



Action Diabète
Aktion Diabetes
Valais – Wallis

Lassen Sie sich testen!

SCHLUSSBERICHT – 15.09.2023

PGV-Projektevaluation: Action Diabète - Aktion Diabetes

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Impressum

Vertragsnummer :	19.122
Evaluiertes Projekt:	Evaluation Projekt Action Diabète - Aktion Diabetes (Projekt-Nr. PGV01.057)
Laufzeit der Evaluation:	Februar 2019 – August 2023
Datenerhebungsperiode:	Februar 2019 – Mai 2023 (Schlussbericht)
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung Schweiz:	Beatrice Annaheim, Evaluation / Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)
Meta-Evaluation:	Gesundheitsförderung Schweiz hat den Entwurf des Berichts, stützend auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards), geprüft. Die Resultate dieser Prüfung wurden den Evaluationsverantwortlichen mitgeteilt und fanden Berücksichtigung im vorliegenden Bericht. Jedoch müssen Interpretation der Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Empfehlungen nicht dem Standpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz entsprechen.
Zitervorschlag:	Ecoplan und serdaly&ankers (2023). PGV-Projektevaluation Action Diabète - Aktion Diabetes. Schlussbericht. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Bern.
Korrespondenzadresse:	Ecoplan AG, Monbijoustr. 14, 3011 Bern

Projektteam Ecoplan und SERDALY&ANKERS SNC

Dr. Simon Endes (Projektleitung), Ecoplan
Eliane Kraft, Ecoplan
Renata Josi, Ecoplan

Simon Büchler, Ecoplan
Neil Ankers, serdaly&ankers
Christine Serdaly, serdaly&ankers

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Schützengasse 1
Postfach
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

serdaly&ankers

Consultants et entrepreneurs
sociaux

www.serdaly-ankers.ch

Route de florissant 210
1231 Conches

Neil Ankers : 079 323 60 81

Christine Serdaly : 076 546 98 52

Inhaltsübersicht

	Inhaltsübersicht	2
	Executive Summary	3
	Résumé	6
	Abkürzungsverzeichnis	9
1	Einleitung und Evaluationsauftrag	10
2	Konzept & Input von «Aktion Diabetes»	13
3	Umsetzung und Outputs	18
4	Wirkungen bei den Fachpersonen und Verhältnissen	36
5	Wirkungen bei den Patienten/-innen	44
6	Impact	48
7	Fazit und Empfehlungen	49
	Literaturverzeichnis	58
	Anhang A: Wirkungsmodell Aktion Diabetes	59
	Anhang B: Organigramm des Projekts Aktion Diabetes	60
	Anhang C: Kommunikations-, Sensibilisierungs- und Screening-Kampagne	61

Executive Summary

Hintergrund

«[Aktion Diabetes](#)» war ein Projekt zur Verbesserung der interprofessionellen Gesundheitsversorgung von Diabetes-Patienten/-innen im Kanton Wallis (Vision des Projekts). Die Hauptziele des Projekts waren die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen unterschiedlicher Professionen, insbesondere im Hinblick auf die interprofessionelle Betreuung von Diabetiker/-innen und die Früherkennung von Diabetes-Risikopersonen, sowie die Schulung von Fachpersonen im Bereich Diabetes. Zudem sollten die beiden Diabetes-Verbände in ihrer Rolle als zentrale Partner für Patienten/-innen und Fachpersonen in der Diabetes-Versorgung unterstützt werden.

Evaluationsziel

Das übergeordnete Ziel der summativen Evaluation war es den **Projektverlauf** zu beurteilen und zu überprüfen, inwiefern Aktion Diabetes die **geplanten Wirkungen** durch die Umsetzung spezifischer Massnahmen mit Hinblick auf die Zielgruppen und Settings erreicht hat. Ausserdem identifizieren wir **Erfolgsfaktoren und Herausforderungen** bei der Durchführung von Aktion Diabetes und leiten **Empfehlungen für die Weiterentwicklung** ab.

Herangehensweise

Die abschliessende summative Evaluation fokussiert auf eine zusammenfassende Gesamtschau zu den Evaluationsergebnissen über die gesamte Laufzeit der Evaluation (Februar 2019 bis Mai 2023). Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wendeten wir einen **Mixed-Method-Ansatz** bestehend aus qualitativen und quantitativen Methoden an, um der Komplexität des Projekts sowie dem Evaluationszweck Rechnung tragen zu können. Für den Schlussbericht waren folgende Methoden und Datenquellen massgeblich:

- Schriftliche und telefonische Befragungen von Fachpersonen (2022/23, N=341), Auswertung der Evaluationen der Schulungen von Fachpersonen (2020-2022, N=355) sowie Fokusgruppengespräche und Einzelinterviews mit dem Lenkungsausschuss sowie der Projektträgerschaft;
- Befragungen von Patienten/-innen (2020/22, N=38);
- Sekundärdatenanalyse (Monitoring der Patienten/-innen der Diabetesverbände (N=1'910) und Auswertung der Nutzungsstatistiken der Website und der App);
- Dokumentenanalyse (u.a. Planungsunterlagen, Berichte des Projekts und der Kohortenstudie).

Ergebnisse

Durch Aktion Diabetes wurde die **interprofessionelle Zusammenarbeit in der Diabetesversorgung** im Wallis gestärkt. Dies zeigte sich daran, dass Walliser Fachpersonen durch das Projekt verstärkt für das Thema Diabetes (Ebene Wissen) und die Bedeutsamkeit der Interprofessionalität in der Diabetesversorgung im Wallis sensibilisiert sind (Ebene Einstellung). Aktion

Diabetes hat dies erreicht, indem insgesamt 229 Pflegefachpersonen aus sozialmedizinischen Zentren und Alters- und Pflegeheimen zum Thema Diabetes und einer interprofessionellen Zusammenarbeit in der Diabetesbehandlung geschult (Zielwert = 65 Personen / Jahr, über vier Jahre). Ausserdem haben 215 medizinische Fachpersonen (Ärzte/-innen, medizinische Fachassistenten/-innen, Apotheker/-innen und Pharma-Assistenten/-innen) über Aktion Diabetes eine Schulung zu Diabetes und Interprofessionalität absolviert (Zielwert 50 Ärzte/-innen und ihre Assistenten/-innen bis Ende 2022). Zwei der Schulungen waren interprofessionelle Schulungen.

Das Projektziel der Stärkung der interprofessionellen Behandlung wurde erreicht. Dies zeigt sich daran, dass 80% der Patienten/-innen der beiden Diabetesverbände von **mindestens vier Fachpersonen verschiedener Berufe betreut** wurden. Ausserdem sind die Diabetesverbände durch das Projekt bei Patienten/-innen und unter Fachpersonen bekannter geworden (Ebene Wissen) und es entsteht langsam eine **Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit** unter Ärzten/-innen und anderen Fachpersonen (Ebene Einstellung/Kultur). Aktion Diabetes unterhielt per Ende der Projektlaufzeit regelmässige Kooperationen mit 19 Partnerorganisationen (Zielwert = 5). Dadurch wurden auch mehr Patienten/-innen von Fachpersonen an die Diabetesverbände vermittelt (Ebene Verhalten).

Auf der Ebene der Patienten/-innen werden trotz der ersten Veränderungen innerhalb der interprofessionellen Diabetesversorgung im Wallis aufgrund Aktion Diabetes klare Auswirkungen des Projekts erst längerfristig sichtbar werden. Es gibt allerdings erste Anzeichen, dass sich die **Versorgung der Patienten/-innen verbessert**. Es wurden Screenings in Zusammenarbeit mit diversen Fachpersonen/-organisationen aufgebaut. Während des gesamten Projekts wurden 2'521 Personen getestet, d.h. im Durchschnitt ca. 720 pro Jahr (Zielwert 500 pro Jahr).

Insgesamt zeigt sich, dass Patienten/-innen die angebotenen **Beratungsleistungen** der Diabetesverbände vermehrt in Anspruch genommen haben (jährlich ca. 1'340 bis 2'000 geleistete Beratungsstunden, Zielwert 1'700 Stunden, Ebene Verhalten) und dadurch ihr **Wissen über Diabetes** verbessert wurde (Ebene Wissen). Die vorhandenen **Selbstmanagement-Tools** (Informationsdokumente/Website/App) wurden im Verlauf des Projekts vermehrt genutzt (Ebene Wissen & Verhalten). Die Anzahl der wöchentlichen Nutzung der Website übertrafen seit 2020 die angestrebten Zielwerte, sowohl hinsichtlich der Nutzenden (34 pro Woche im Jahr 2023/ geplant 25) als auch der Seitenaufrufe der Bereiche für Fachpersonen (15 Seitenaufrufe/Woche) und Patienten/-innen/Angehörige (16 Seitenaufrufe pro Woche/ geplant 5). Bis Ende Mai 2023 verzeichnete die DiabApp insgesamt 573 Downloads. Des Weiteren sind Vorsorgeuntersuchungen mit Hinblick auf verschiedene Organsysteme generell etabliert. Es besteht jedoch Potenzial bei der Ausweitung der Fusskontrolle sowie der Messung der Langzeit-Blutzuckerwerte (HbA1c-Werte) (vgl. Bericht der Kohortenstudie des Walliser Gesundheitsobservatoriums) (Ebene Verhältnisse). Verbesserungen der medizinischen Outcomes von Patienten/-innen sind jedoch keine konkreten Projektziele.

Schlussfolgerungen

Mit Hinblick auf die Zielerreichung fällt die **summative Beurteilung** für die gesamte Projektlaufzeit von 2019 bis Mitte 2023 **gesamthaft positiv** aus. Die Erreichung der gesetzten Zielwerte von Aktion Diabetes kann insgesamt **positiv beurteilt** werden. **Es wurden alle überprüfbaren Zielwerte erreicht oder teilweise erreicht.**¹ Wir stellen fest, dass sich verschiedene Aspekte wie die **interprofessionelle Zusammenarbeit, Schulungen von Fachpersonen sowie die Umsetzung von Screenings und Vorsorgeuntersuchungen in der Diabetesversorgung** im Wallis positiv entwickelt haben. Dies entspricht den Hauptzielsetzungen des Projekts. Deren Auswirkungen werden erst über einen längeren Zeitraum ersichtlich sein.

Über die gesamte Projektlaufzeit gab es diverse Schwierigkeiten bei der Projektorganisation und -umsetzung in der Zusammenarbeit mit den Projektpartnern/-innen. Diese Schwierigkeiten haben die bestmögliche Wirkungsentfaltung des Projekts mit Hinblick auf die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und auf die Rolle der Diabetesverbände als zentrale Partner in der Diabetesversorgung erschwert. Aktion Diabetes hat die Umsetzung jedoch fortlaufend zweckmässig an die Herausforderungen angepasst.

Gleichzeitig hat Aktion Diabetes den Grundstein gelegt für die Verstetigung einzelner Bausteine des Projekts, dazu gehören u.a. Vereinbarungen mit Hauptpartnern/-innen, die Erstellung und Verbreitung von Schulungsmaterialien, die geplante Fortsetzung der Kohortenstudie sowie 10 Stellenprozent von der jetzigen Projektassistentin bei den Diabetesverbänden u.a. für die Verwaltung der Projekt-Website und der DiabApp.

Aus der vorliegenden Abschlussevaluation können folgende Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Projekts abgeleitet werden:

- Fortsetzen der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch das Fortsetzen der bestehenden Massnahmen sowie durch die Förderung der Koordination zwischen Fachpersonen;
- Fördern der Information, Sensibilisierung, Enttabuisierung und Behandlung von Diabetes durch Umsetzung von Informationskampagnen und Bereitstellen von Informationsmaterial für Fachpersonen und die breite Bevölkerung zum Thema Diabetes;
- Aufnehmen der Empfehlungen aus der Kohortenstudie in Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzteschaft;
- Definieren von strategischen Optionen für das weitere Vorgehen über das Projektende hinaus.

¹ Zur Überprüfung eines Zielwerts liegen zum Zeitpunkt der Schlussbeurteilung keine belastbaren Informationen vor (Zahl der Fachpersonen, die regelmässig mit mindestens 1 anderen Fachperson bei der Behandlung von Diabetikern/-innen zusammenarbeiten).

Résumé

Contexte

« [Action Diabète](#) » visait à améliorer la prise en charge interprofessionnelle des patient.e.s diabétiques dans le canton du Valais (vision du projet). Ses principaux objectifs étaient, d'une part, de renforcer la collaboration entre les professionnel.le.s de différentes professions - notamment dans la prise en charge des patient.e.s diabétiques et en matière de dépistage précoce des personnes à risque – ainsi que, d'autre part, de former les professionnel.le.s de la santé dans le domaine du diabète. En outre, il s'agissait de renforcer le positionnement des deux associations du diabète dans leur rôle de partenaires centrales de la prise en charge du diabète, pour les patient.e.s comme pour les professionnel.le.s.

Objectif de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation sommative était d'apprécier le **déroulement du projet** et de vérifier dans quelle mesure Action Diabète a atteint - via les mesures mises en œuvre - les **effets prévus** auprès des groupes cibles et sur les conditions-cadres. En outre, il s'agissait d'identifier **les facteurs de réussite et les défis** dans la mise en œuvre d'Action Diabète et d'en déduire **des recommandations pour l'avenir**.

Approche

L'évaluation sommative finale consiste en une synthèse des résultats de l'évaluation sur toute sa durée (février 2019 à mai 2023). Pour répondre aux questions de l'évaluation, nous avons utilisé une **approche mixte** composée de méthodes qualitatives et quantitatives et permettant de tenir compte à la fois de la complexité du projet et du but de l'évaluation. Le présent rapport final s'appuie en particulier sur les méthodes et sources de données suivantes :

- Enquêtes écrites et téléphoniques auprès des professionnel.le.s (2022/23, N=341), analyse des évaluations des formations des professionnel.le.s (2020-2022, N=355) ainsi que des focus groupes et des entretiens individuels avec le comité de pilotage et les porteuses du projet ;
- Enquêtes auprès des patient.e.s (2020/22, N=38) ;
- Analyse des données secondaires (monitoring des patient.e.s des associations du diabète (N=1'910) et évaluation des statistiques d'utilisation du site web et de l'application) ;
- Analyse de documents (documents de planification, rapports du projet et de l'étude de cohorte, ...).

Résultats

Action Diabète a renforcé la **collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète** en Valais. Cela s'est manifesté par le fait que les professionnel.le.s valaisan.ne.s ont été davantage sensibilisé.e.s au thème du diabète (niveau connaissances) et à l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète (niveau attitude). Action Diabète a atteint cet objectif en formant 229 soignant.e.s de centres médico-sociaux et d'EMS sur le thème du diabète et de la collaboration interprofessionnelle dans le traitement du

diabète (valeur cible = 65 personnes / an, sur quatre ans). En outre, 215 professionnel.le.s de la santé (médecins, assistant.e.s médica.ux.les, pharmacien.ne.s et assistant.e.s en pharmacie) ont suivi une formation sur le diabète et l'interprofessionnalité via Action Diabète (valeur cible : 50 médecins et leurs assistant.e.s d'ici fin 2022). Deux de ces formations étaient des formations interprofessionnelles.

L'objectif du projet visant à renforcer le traitement interprofessionnel a été atteint. Cela s'est traduit par le fait que 80% des patient.e.s des deux associations du diabète ont été **pris en charge par au moins quatre professionnel.le.s de santé de professions différentes**. En outre, grâce au projet, les associations du diabète sont mieux connues des patient.e.s et des professionnel.le.s (niveau connaissances) et une **culture de la collaboration interprofessionnelle** se développe lentement parmi les médecins et les autres professionnel.le.s (niveau attitude/culture). A la fin du projet, Action Diabète entretenait des coopérations régulières avec 19 organisations partenaires (valeur cible = 5). De ce fait, davantage de patient.e.s ont été adressé.e.s aux associations du diabète par des professionnel.le.s de la santé (niveau comportement).

Au niveau des patient.e.s et malgré les premiers changements dans la prise en charge interprofessionnelle du diabète en Valais, les réels effets d'Action Diabète ne seront visibles qu'à long terme. Toutefois, des premiers signes d'**amélioration de leur prise en charge sont visibles**. Des dépistages ont été mis en place en collaboration avec divers professionnel.le.s et organisations. Pendant toute la durée du projet, 2'521 personnes ont été dépistées, soit une moyenne d'environ 720 par an (valeur cible : 500 par an).

Dans l'ensemble, il apparaît que les patient.e.s ont davantage fait appel aux **services de conseil** proposés par les associations du diabète (environ 1'340 à 2'000 heures de conseil fournies chaque année, valeur cible de 1 700 heures, niveau comportement), ce qui a permis d'améliorer leurs **connaissances sur le diabète** (niveau connaissances). Les **outils d'autogestion** existants (documents d'information/site web/application) ont été de plus en plus utilisés au fur et à mesure du projet (niveau Connaissance & comportement). Depuis 2020, le nombre d'utilisations hebdomadaires du site web a dépassé les valeurs cibles visées, tant en ce qui concerne les utilisateurs (34 par semaine en 2023/ 25 prévues) que les pages consultées dans les sections destinées aux professionnel.le.s (15 pages consultées/semaine) et aux patient.e.s/proches (16 pages consultées par semaine/ 5 prévues). A fin mai 2023, l'application DiabApp avait enregistré un total de 573 téléchargements. En outre, les examens de dépistage concernant différents systèmes d'organes sont des pratiques généralement bien établies. Il existe toutefois un potentiel d'extension du contrôle des pieds et de la mesure des valeurs de glycémie à long terme (valeurs HbA1c) (cf. rapport de l'étude de cohorte de l'Observatoire valaisan de la santé) (niveau conditions). Il sied enfin de rappeler que le projet ne visait pas, en tant qu'objectifs, l'amélioration directe des résultats médicaux (outcomes) des patient.e.s..

Conclusions

En ce qui concerne la réalisation des objectifs, l'**évaluation sommative** pour l'ensemble de la durée du projet, de 2019 à mi-2023, est **globalement positive**. La réalisation des valeurs cibles fixées par Action Diabète peut être **évaluée positivement** dans l'ensemble. **Toutes les**

valeurs cibles vérifiables ont été atteintes ou partiellement atteintes.² Nous constatons que différents aspects de la **prise en charge du diabète** tels que la **collaboration interprofessionnelle, la formation des professionnel.le.s de la santé ainsi que la mise en œuvre des tests de risques et des dépistages** ont évolué positivement en Valais. Cela correspond aux objectifs principaux du projet. Leurs effets ne seront visibles que sur une plus longue période.

Tout au long du projet, diverses difficultés ont été rencontrées quant à son organisation et sa mise en œuvre en collaboration avec les partenaires. Ces difficultés ont entravé le meilleur déploiement possible de ses effets, qu'il s'agisse de l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle comme du positionnement des associations du diabète en tant que partenaires centrales dans la prise en charge du diabète. Les porteuses du projet ont toutefois adapté en permanence la mise en œuvre aux défis rencontrés.

Parallèlement, elles ont posé les premiers jalons nécessaires à la pérennisation de certains éléments du projet, notamment les accords avec les principaux partenaires, la création et la diffusion de matériel de formation, la poursuite prévue de l'étude de cohorte ainsi que le financement de 10% de poste de l'actuelle assistante de projet auprès des associations du diabète, entre autres pour la gestion du site web du projet et de DiabApp.

Cette évaluation finale permet de formuler les recommandations suivantes pour l'avenir :

- Continuer à renforcer la collaboration interprofessionnelle en poursuivant les mesures existantes et en encourageant la coordination ;
- Promouvoir l'information, la sensibilisation, la levée des tabous et le traitement du diabète par la mise en œuvre de campagnes d'information et la diffusion de matériel d'information sur le diabète pour les professionnel.le.s de la santé comme pour le grand public ;
- Intégrer les recommandations de l'étude de cohorte dans les cours de formation continue destinés aux médecins ;
- Définir des options stratégiques pour la suite du projet.

² Au moment de l'évaluation finale, il n'existe pas d'informations fiables sur la vérification d'une valeur cible (nombre de professionnel.le.s de la santé collaborant régulièrement avec au moins 1 autre professionnel.le de la santé pour le traitement des personnes diabétiques).

Abkürzungsverzeichnis

APH	Alters- und Pflegeheim
AVsD	Association Valaisanne du Diabète
CARA	Verband CARA
EPD	Elektronisches Patientendossier
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
GPP	Gemeinsamer Pflegeplan
NCD	Nichtübertragbare Krankheiten
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
SMZ	Sozialmedizinisches Zentrum
WGO	Walliser Gesundheitsobservatorium

1 Einleitung und Evaluationsauftrag

1.1 Das Projekt «Aktion Diabetes»

Diabetes gehört zu den häufigsten Todesursachen in der Schweiz und ist eine der nichtübertragbaren Krankheiten (NCD), deren Prävalenz in der Schweiz zunehmend ist (von 3.4% auf 4.4% zwischen 2007 und 2017), die viel Leid verursacht und die für einen wesentlichen Teil unserer Gesundheitskosten verantwortlich ist.³ Die Kosten im Zusammenhang mit Diabetes belaufen sich laut Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf 2.3 Milliarden Franken (direkte Kosten: 1.0 Mrd., indirekte Kosten: 1.3 Mrd.).⁴ Die Prävention von Diabetes ist daher ein Schwerpunkt der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie).

Da dies auch auf den Kanton Wallis zutrifft, wollte das Projekt «[Aktion Diabetes](#)» der beiden Walliser Diabetes Verbände Association Valaisanne du Diabète (AVsD) und Diabetes Oberwallis hier einen Beitrag leisten. Das Projekt Aktion Diabetes zielte darauf ab, durch die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit die Diabetesversorgung von Patienten/-innen zu verbessern (Vision des Projekts). Die Hauptziele des Projekts waren die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen unterschiedlicher Professionen, insbesondere im Hinblick auf die interprofessionelle Betreuung von Diabetiker/-innen und die Früherkennung von Diabetes-Risikopersonen, sowie die Schulung von Fachpersonen im Bereich Diabetes. Zudem sollten die beiden Diabetes-Verbände in ihrer Rolle als zentrale Partner für Patienten/-innen und Fachpersonen in der Diabetes-Versorgung unterstützt werden.

Das Projekt Aktion Diabetes gehört zu den ausgewählten Projekten, die im Rahmen der Förderrunde 2018 der Projektförderung «Prävention in der Gesundheitsversorgung» (PGV) von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) unterstützt wurde.

1.2 Zweck der Evaluation

Ecoplan hat im Auftrag von GFCH das Projekt «Aktion Diabetes» evaluiert. Übergeordnetes Evaluationsziel war es zu überprüfen, inwiefern das Projekt entlang des vereinbarten Konzepts umgesetzt wurde und inwieweit das Projekt die geplanten Wirkungen durch die Umsetzung spezifischer Massnahmen mit Hinblick auf die Zielgruppen und Settings erreicht hat. Ausserdem sollten Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Verbreitung des Projekts abgeleitet werden.

Die Evaluation verfolgte somit einen summativen und einen formativen Zweck. Sie diente dazu,

- Rechenschaft über die Zielerreichung und Wirksamkeit des Projekts Aktion Diabetes abulegen,

³ Bundesamt für Statistik. Gesundheitsstatistik 2017.

⁴ Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie). 2017–2024.

- Erfolgsfaktoren und Hindernisse hinsichtlich Umsetzung und Wirkung zu identifizieren sowie allfällige Lösungsansätze, die über das konkrete Projekt hinaus relevant für die PGV sind, sowie
- im Projektverlauf steuernd eingreifen zu können und Optimierungen vornehmen zu können.

Der Schlussbericht fokussiert auf eine zusammenfassende Gesamtschau zu den Evaluationsergebnissen über die gesamte Laufzeit der Evaluation (Februar 2019 - Mai 2023), um die Zielerreichung von Aktion Diabetes zu beurteilen und Learnings abzuleiten.⁵ Zielpublikum des Schlussberichts sind Fachpersonen (Umsetzer und Träger sowie weitere interessierte Fachkreise), potenzielle Finanzierer und Träger (Verwaltung, Versicherer, etc.) sowie die Stiftung GFCH.

1.3 Evaluationsgegenstand

Gegenstand der Evaluation waren folgende Elemente der Wirkungskette des Projekts Aktion Diabetes (vgl. Wirkungsmodell in Anhang A):

- Konzept und Input
- Outputs: Massnahmen und Leistungen
- Outcomes: Auswirkungen und Verhaltensänderungen bei den Multiplikatoren/-innen (= Fachpersonen im Kontext des Projekts Aktion Diabetes), Verhältnissen und Patienten/-innen.

Nicht untersucht bzw. beurteilt werden konnten hingegen die langfristigen Wirkungen auf Ebene Gesamtbevölkerung (konkret: Reduktion der Diabetes-Prävalenz), da aus ähnlichen Programmen bekannt ist, dass es mehrere Jahre braucht, um solche Ergebnisse zu erzielen (Antille-Zuercher et al. 2018).

1.4 Methodik

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen wendeten wir einen **Mixed-Method-Ansatz** bestehend aus qualitativen und quantitativen Methoden an, um der Komplexität des Projekts sowie dem Evaluationszweck Rechnung tragen zu können. Tabelle 1 zeigt die im Rahmen der Evaluation verwendeten Methoden zur Datenerhebung (vgl. ausführlicher in den jährlichen Evaluationszwischenberichten).

⁵ Weitere Erkenntnisse aus der Evaluation sind in den vier Zwischenberichten zu finden, die GFCH vorliegen.

Tabelle 1: Übersicht über das methodische Vorgehen je Evaluationsthemenblock

Evaluationsthemenblöcke	Dokumenten-/ Sekundärdatenanalyse	Fokusgruppen-gespräche	Schriftliche Online-Befragung	Telefonische Interviews	Nutzendenstatistik Website/App/Social Media, Nutzenbefragung Website
Konzept und Input	Konzepte, Planungen, Budgets, Newsletter	Lenkungsausschuss/ Fachpersonen (4-mal)		Vertretern/-innen der Projektleitung und mit dem Lenkungsausschuss	
Umsetzung und Output	– Berichte der Projektleitung – Newsletter	Lenkungsausschuss/ Fachpersonen (4-mal)	Teilnehmende (N=355) von 18 Schulungen	Projektleitung und Trägerschaft (fortlaufend)	Qualitätsprüfung der Website und App
Outcome I: Multiplikatoren/-innen / Verhältnisse	Berichte der Projektleitung	Lenkungsausschuss/ Fachpersonen (4-mal)	Fachpersonen (2-mal, 2022/23, N=341)	– Projektleitung und Trägerschaft (fortlaufend) – Fachpersonen (N=6) – Leiter Kohortenstudie (5-mal)	– Nutzendenstatistik Website/App/Social Media – Befragung von Nutzenden der Website (N=28)
Outcome II: Patienten/-innen	Monitoring der Diabetesverbände (N=7'909 Beratungen bei 1'910 Patienten/-innen) ¹	Patienten/-innen (2-mal FR, N=23)	Patienten/-innen im Rahmen der Diabetes-Kohorte (N=411)	– Patienten/-innen DE (N=15) – Fachpersonen (N=6) – Leiter Kohortenstudie (5-mal)	– Nutzendenstatistik Website/App/Social Media – Befragung von Nutzenden der Website (N=28)
Impact, Fazit und Ausblick	Summative Analyse der Evaluationsergebnisse basierend auf allen genannten Methoden				

1 – Zeitraum 01.10.2019 bis 30.9.2022

Zu den Ergebnissen der Kohortenstudie «Diabetes-Qualität Wallis»

Die Kohortenstudie «Diabetes-Qualität Wallis» liefert Informationen über die Epidemiologie und die Behandlung von Diabetes im Wallis. Auch wenn die Ergebnisse der Kohorte nicht direkt auf das Projekt Aktion Diabetes zurückgeführt werden können, liefern sie Hinweise zur gesundheitlichen Situation der Diabetiker/-innen im Wallis, die in den Evaluationsbericht integriert wurden. Dabei sind die multikausalen Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Diabetikern/-innen zu berücksichtigen, nicht zuletzt der Einfluss der Corona-Pandemie. Zudem bezieht sich die Analyse der Kohorte nur auf eine begrenzte Anzahl Teilnehmenden, wovon zugleich die Mehrheit von den Diabetes-Verbänden und über Aktion Diabetes rekrutiert wurden. Dennoch lassen sich einige Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Betreuungsqualität von Menschen mit Diabetes im Wallis und für die Fortsetzung von Aktion Diabetes ableiten, die in den Evaluationsbericht eingeflossen sind.

2 Konzept & Input von «Aktion Diabetes»

2.1 Ziele und Wirkungslogik von «Aktion Diabetes»

Welche Ziele verfolgte das Projekt?

Das Projekt war in folgende Vision eingebettet. Das Projekt wollte:

- das **interprofessionelle Management** der Diabetes-Erkrankung fördern;
- die Fachpersonen an die **Zusammenarbeit in dezentralen Teams** gewöhnen;
- die Vorteile einer **koordinierten Versorgung** durch eine/n einzige/ Koordinator/-in aufzeigen, die/der den gesamten Behandlungsweg der/s Patienten/-in und die beteiligten Fachpersonen, insbesondere die Ärzteschaft, kennt;
- die **Umsetzung dieser Funktionsweisen in der Schweiz** erleichtern.

Abgeleitet von dieser Vision verfolgte Aktion Diabetes bis Mitte 2023 insbesondere folgende Ziele:⁶

- **Aufbau eines interprofessionellen Netzwerks** rund um Diabetes im Wallis zur Verbesserung der Früherkennung und Versorgung von Diabetespatienten/-innen. Dazu gehörte insbesondere, dass
 - die beiden Walliser Diabetesverbände als die **Schnittstellen für das Diabetes-Management** fungieren und bis zum Ende des Projekts 250 Fachpersonen⁷ Diabetespatienten/-innen an die beiden Diabetes-Verbände überweisen sollten.
 - 80% der Patienten/-innen interprofessionell behandelt werden sollten.
 - 65 Fachpersonen der Sozialmedizinischen Zentren/Spitex und Alters- und Pflegeheime und 50 Ärzte/-innen sowie medizinische Praxisassistenten/-innen geschult werden sollten.
 - in jeder Sprachregion zwei interprofessionelle Ausbildungskurse durchgeführt werden sollten.
 - die Fachpersonen und deren Patienten/-innen für die Nutzung des Gemeinsamen Pflegeplans (GPP) des Verbands CARA sensibilisiert sind. Konkret heisst dies, dass Informationen, die für das interprofessionelle Management von Diabetespatienten/-innen nützlich sind, in den GPP integriert werden sollten. Dieses Ziel wurde im Projektverlauf und aufgrund der Verzögerungen bei CARA durch die Entwicklung einer Diabetes-App ersetzt.
- **Bekanntmachung des Projekts und dessen Angebote**, um die Nutzung durch die Zielgruppen zu fördern. Dazu gehörte insbesondere, dass

⁶ Die detaillierten Projektziele sind in der Evaluationstabelle ersichtlich, die GFCH vorliegt.

⁷ Zu Projektbeginn unrealistischerweise 3'000 Fachpersonen geplant, basierend auf der gesamthaften Anzahl potenzieller Fachpersonen.

- das Selbstmanagement der Krankheit bei 80% der Patienten/-innen unterstützt und verbessert werden sollte und
- das Projekt diverse Informationsmaterialien für die Betroffenen zur Verfügung stellen sollte.
- **Verbesserung der Früherkennung (Screenings).** Dazu gehörte, dass pro Jahr 500 Personen mit einem Diabetes-Risiko im Rahmen von Früherkennungsscreenings getestet werden sollten.

Welche Wirkungslogik liegt dem Projekt zugrunde (Wirkungsmodell)?

Das Wirkungsmodell in Anhang A dient dem besseren Verständnis des Projekts sowie der Beurteilung der zugrundeliegenden Wirkungszusammenhänge. Das Wirkungsmodell orientiert sich an den Elementen der **Wirkungskette des Projekts Aktion Diabetes**. Konzeptionelle Basis des Projekts war das **Versorgungskonzept des Kantons Wallis** auf Grundlage des Chronic Care Modells sowie die konkrete Projektkonzeption, die in den Projektantrag an Gesundheitsförderung Schweiz eingegangen ist. Der Input umfasste die **finanziellen und personellen Ressourcen** der beiden Walliser Diabetesverbände (AVsD und Diabetes Oberwallis) und weitere Geldgeber/-innen sowie die Mitarbeit von Partnerorganisationen in den Projektgremien und in diversen konkreten Massnahmen.

Der langfristige, gesellschaftliche Nutzen und Impact des Projekts Aktion Diabetes mitsamt seinen Leistungen und angedachten Wirkungen auf Ebene von Patienten/-innen, Multiplikatoren/-innen (=Fachpersonen) und auf der Verhältnisebene war durch die **Reduktion der Diabetes-Prävalenz und der Inzidenzrate von Komplikationen** gegeben. Die Wirkungen auf Impact-Ebene konnten im Rahmen der zeitlich beschränkten Evaluation in Anbetracht eines längerfristigen Wirkungshorizonts der Projektmassnahmen jedoch nur abgeschätzt werden.

Welche Ansätze wurden gewählt: Umsetzung von präventiven Praktiken durch Multiplikatoren/-innen und/oder Schaffung förderlicher Strukturen (Verbesserung der Verhältnisse)?

Das Projekt war primär auf die **Verbesserung der Verhältnisse der Diabetes-Versorgung** im Kanton Wallis ausgerichtet. Dazu gehörten

- eine **dauerhafte Etablierung der Koordinations- und Schnittstellenfunktion** von AVsD und Diabetes Oberwallis im Wallis,
- der Aufbau einer **interprofessionellen Versorgung** von Diabetespatienten/-innen sowie
- der Aufbau einer **effektiven Diabetes-Früherkennung** u.a. durch die Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen, dem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum und den Sozialdiensten.
- der **Aufbau einer Diabetes-Kohorte** zur Überwachung der Entwicklung von Diabetes und der Behandlung im Wallis.

Ausserdem ging es auf **Verhaltensebene bei den Multiplikatoren/-innen und Patientinnen/-innen** um die Förderung präventiver Praktiken:

- **Sensibilisierung** von Fachpersonen u.a. Spitex-Pflegepersonal und Fachpersonen der Alters- und Pflegeheime sowie med. Fachpersonen (Ärztenschaft und deren med. Assistenten/-innen, Apotheker/-innen) für eine hochwertige Behandlung, die sich auf die Vermeidung von Komplikationen konzentriert.
- **Empowerment von Betroffenen:** Förderung der Patientenbeteiligung und des Selbstmanagements der Diabeteserkrankung. Dazu gehörte, dass die Diabetespatienten/-innen die wesentlichen Informationen erhalten sollen, die sie benötigen, um ihren Diabetes zu kontrollieren, und dass sie wissen, wo sie nach zuverlässigen Informationen suchen können. Den Patienten/-innen wurden didaktische Werkzeuge zur Verfügung gestellt, um ihre Kompetenzen im Umgang mit dem Diabetes zu stärken. Zu den didaktischen Werkzeugen gehören deutsche und französische Lehrmittel, eine [Website des Projekts](#) sowie eine App ([DiabApp](#)). Ausserdem gab es diverse Kommunikationsmassnahmen (z.B. Informationsveranstaltungen, Medienarbeiten), um über das Thema Diabetes in allen Belangen zu informieren und dafür zu sensibilisieren

Inwiefern besteht ein Bezug zu der nationalen NCD-Strategie bzw. anderen nationalen Strategien im Gesundheitsbereich?

Diabetes gehört zu den häufigsten Todesursachen in der Schweiz und ist eine der nichtübertragbaren Krankheiten, die stark zunehmen, viel Leid verursachen und die für einen wesentlichen Teil unserer Gesundheitskosten verantwortlich sind. Die Prävention von Diabetes ist daher ein Schwerpunkt der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie). Das Projekt Aktion Diabetes der beiden Walliser Diabetesverbände AVsD und Diabetes Oberwallis leistet hier einen Beitrag. Das Projekt ist ausserdem in die [«Kantonale Strategie zur Verhinderung von Diabetes»](#) eingebettet.

2.2 Organisation von «Aktion Diabetes»: Akteure, Settings und Zielgruppen

Wer waren die wichtigsten Akteurinnen und Akteure und Zielgruppen? Wie war die geografische Abdeckung des Projekts (Region)?

Die wichtigsten Akteure/-innen des Projekts waren in den folgenden Gruppen zusammengefasst (vgl. Organigramm, Abbildung 2 in Anhang B):

- **Arbeitsgruppe** als operatives Organ bestehend aus Vertretenden vom Projekt Aktion Diabetes, AVsD, Diabetes Oberwallis und die Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) des Kantons Wallis. Die Arbeitsgruppe wurde unterstützt durch «operative Zellen» mit Referenten/-innen wie den Mitgliedern des Lenkungsausschusses oder der Arbeitsgruppe (zu Beginn «Fachausschuss/Bureau»), die punktuell für die verschiedenen Massnahmen oder Projekte beratend zur Seite standen.
- **Projektleitung** mit operativer Verantwortung für die Umsetzung des Projekts und die Zusammenarbeit mit kantonalen Fachorganisationen/-stellen.
- **Lenkungsausschuss** als strategisches Organ mit Vertretenden der relevanten Organisationen (u.a. Verbände, kantonale Stellen) im Kanton Wallis.

- Darüber hinaus bestand eine **spezifische Zusammenarbeit** mit dem **Walliser Gesundheitsobservatorium** (WGO) für den Aufbau der Diabetes-Kohorte und dem **Verband CARA** für die Einrichtung seines GPP.
- Das Projekt wurde durch **Gesundheitsförderung Schweiz** mitfinanziert und von der **Eco-plan AG zusammen mit serdaly&ankers** evaluiert.

Wichtigste Zielgruppen von Aktion Diabetes waren:

- Die im vorherigen Abschnitt genannten Akteure/-innen und Organisationen;
- Diagnostizierte oder noch nicht diagnostizierte Diabetespatienten/-innen sowie Risikopersonen.

Die geografische Abdeckung umfasste den gesamten Kanton Wallis mit beiden Sprachregionen.

2.3 Finanzielle und personelle Ressourcen (Input)

Welche finanziellen und personellen Ressourcen standen im Projekt zur Verfügung?

2.3.1 Finanzielle Ressourcen

Die Gesamtkosten beliefen sich auf CHF 2'701'000 (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Budgetübersicht Projekt «Aktion Diabetes»

Gesamtkosten	CHF 2'701'000 (inkl. MwSt.)
Beitrag Gesundheitsförderung Schweiz	CHF 2'000'000
Beiträge der verantwortlichen Organisationen (Personalstunden und Sachleistungen der Walliser Diabetesverbände)	CHF 105'000
Beiträge von Projektpartnern/-innen (Mitfinanzierung der Kohorte durch den Kanton)	CHF 496'000
Beiträge von Drittparteien (Personalstunden und Sachleistungen für die Mitwirkung von weiteren (Fach-)Organisationen)	CHF 100'000

2.3.2 Personelle Ressourcen

Für die Umsetzung von Aktion Diabetes standen folgende personelle Ressourcen zur Verfügung:

- AVsD: Koordination 130% (80% Projektleitung, 20% Koordination, 30% administrative Assistenz für das Oberwallis)⁸. Insgesamt wurden pro Monat 180% statt 130% der Personalressourcen benötigt. Diese zusätzliche Arbeitszeit wurde über die vom Team geleisteten Überstunden ermöglicht.

⁸ Zu beachten ist, dass laut der Projektleitung viele Überstunden geleistet werden mussten.

- Vorsitz Lenkungsausschuss: 10% für die Co-Präsidenten/-in des Lenkungsausschusses im Rahmen ihrer Anstellung.
- Die zwei Begleit- und Steuerorgane Lenkungsausschuss (tagte zwei- bis viermal jährlich) und Arbeitsgruppe (traf sich einmal im Monat (2019-2020) bzw. einmal alle drei Monate ab 2021).
- Externe Mandate für die Realisierung bestimmter Teilaufgaben des Projekts (z.B. Website, Übersetzungen), u.a. für Projektpartner/-innen (z.B. Gesundheitsobservatorium Wallis: Entwicklung und Umsetzung der Kohortenstudie «Diabetes Qualität Wallis»; Verband CARA im Kontext der Entwicklung des GPP).

2.4 Aktivitäten und Massnahmen von «Aktion Diabetes»

Welche Aktivitäten und Massnahmen umfasste das Projekt?

Bei der **Zielgruppe der Fachpersonen** umfasste das Projekt folgende Aktivitäten und Massnahmen:

- Berufsgruppenspezifische sowie interprofessionelle Schulungen von Fachpersonen;
- Stärkung der Interprofessionalität in der Diabetesversorgung durch Sensibilisierung von Diabetikern/-innen und Fachpersonen für die Bedeutung der Interprofessionalität;
- Früherkennungs- und Informationskampagnen zur Erkennung und Beratung von Risikopatienten/-innen und Diabetikern/-innen;
- Bereitstellung einer App mit spezifischem Bereich für Fachpersonen und einem E-Learning-Tool.

Das Projekt umfasste bei der **Zielgruppe der Patienten/-innen** folgende Aktivitäten und Massnahmen:

- Sensibilisierungsmassnahmen sowie (Selbstmanagement-) Schulungen zum Thema Diabetes und Diabetesvorsorge;
- Erleichterung des Diabetes-Managements durch Informationsmaterialien, die Website und die zur Verfügung gestellte App;
- Früherkennungsscreenings in der allgemeinen Bevölkerung und bei Risikopersonen.

3 Umsetzung und Outputs

3.1 Umsetzung

Bemerkung zur Evaluation der Umsetzung

Die Bewertung des Fortschritts und Verlaufs eines Projekts konzentriert sich üblicherweise darauf, mögliche Abweichungen zwischen dem ursprünglich Geplanten und dem tatsächlich Erreichten zu analysieren. «Aktion Diabetes» strebte an, evidenzbasierte Praktiken in einem neuen Umfeld umzusetzen und das Projekt gemäss dem Projektantrag getreu zu replizieren. Der anfängliche Aktionsplan des Projekts wurde basierend auf dem entwickelt, was zum Zeitpunkt der Konzeption als sinnvoll erachtet wurde.

Im Laufe des Projekts haben sich jedoch zwangsläufig wichtige Veränderungen ergeben. Die Bewertung des Projektverlaufs zielt deshalb darauf ab, die Wirksamkeit der Massnahmen im Hinblick auf die Gesamtvision des Projekts zu beurteilen, dies unter Berücksichtigung der Anpassungen, die während des Projekts vorgenommen wurden, um den aktuellen Bedingungen gerecht zu werden.

3.1.1 Projektverlauf

Wie kam das Projekt voran? Wurde das Projekt wie geplant umgesetzt? (Informationen aus Befragungen von Projektträgerschaft, Lenkungsausschuss und Fachpersonen sowie Projektberichten)

Nach einem schwierigen Start in den Jahren 2019 und 2020 – in denen der COVID-Kontext die Beteiligung der Partner/-innen stark einschränkte und in der Folge zu einem Wechsel des Vorsitzes des Lenkungsausschusses und der Projektleiterin von Aktion Diabetes führte – wurde 2021 ein tiefgreifender Paradigmenwechsel hin zu einem «opportunistischen» Modus vollzogen, bei dem der Schwerpunkt auf PR- und Kommunikationsmassnahmen lag. Anstatt sich auf die Zusammenarbeit mit den Partnern/-innen zu verlassen, um Fortschritte zu erzielen (da diese 2022 immer noch damit beschäftigt waren, die während der Gesundheitskrise aufgelaufenen Verzögerungen aufzuholen), bestand die implizite – da von den Projektträgern nie formell so artikuliert – Entscheidung darin, die betroffenen Zielgruppen (Patienten/-innen und Fachpersonen) direkt mit nützlichen Informationen zu bedienen.

Dank dieser strategischen Änderung und der umfangreichen Informationsproduktion und -verbreitung sowie der Sensibilisierungsarbeit wurden das Projekt und seine Leistungen besser bekannt, es wurde mehr über das Projekt gesprochen und es hat sich eine grössere Nachfrage nach den Instrumenten und Materialien des Projekts entwickelt.

Insgesamt und unter Berücksichtigung des oben genannten Kontextes kann **die Umsetzung des Projektes als sehr zufriedenstellend beurteilt werden**. Dies ist vor allem auf die **Agilität**

des Projekts zurückzuführen: Es wurde systematisch versucht, das Projekt an sinnvollen Stellen voranzutreiben (z.B. Vereinbarungen mit zögernden Partnern), anstatt mit Gewalt durchzusetzen, was schwierig war. Das Ergebnis waren Outputs, die sich leicht von den ursprünglichen Plänen unterschieden, aber relevanter waren, weil sie auf die lokale Situation zugeschnitten waren. Beispielhaft sollte ursprünglich von der HES-SO Fachhochschule Westschweiz ein «didaktisches Instrument» im Sinne von Materialien zur Wissensvermittlung in Bezug auf den Diabetes entwickelt werden, was durch die Website, die DiabApp und zehn Informationsflyer mit hoher Auflage ersetzt wurde.

3.1.2 Erfolgsfaktoren

Welche Faktoren haben die Umsetzung des Projekts gefördert (Erfolgsfaktoren)? (Informationen aus Befragungen von Projektträgerschaft, Lenkungsausschuss und Fachpersonen sowie Projektberichten)

Das Projekt wurde durch ein **kompetentes Projektteam** geleitet: Das Team, das das Projekt leitete, war klein (drei Personen), bestand aus hoch motivierten, agilen Personen und stand in engem Kontakt mit den Diabetesverbänden. Eine dieser Personen (Leiterin der AVsD) verfügte über anerkanntes Fachwissen in diesem Bereich, eine hohe Glaubwürdigkeit bei den Partnern/-innen und ein grosses Netzwerk, auch auf politischer Ebene. Die Projektleiterin brachte grosses Fachwissen im Bereich Kommunikation mit und konnte, ebenso wie die dritte Person, zweisprachig arbeiten.

Das Projekt wurde durch **gezieltes Engagement von Partnern/-innen** unterstützt: Im Lenkungsausschuss des Projekts waren alle betroffenen Berufsverbände vertreten. Anstatt zu versuchen, sie in Gesamtheit für alle Fragen zu mobilisieren, zog es die Projektleiterin vor, jedes Mitglied einzuladen, sich individuell und tiefgreifend im Rahmen bestimmter Projektmassnahmen zu engagieren (z.B. starkes persönliches Engagement von Dr. Nicolas Kirchner, Co-Präsident von Aktion Diabetes, bei der Entwicklung der DiabApp).

Der **Fokus auf Kommunikationsmassnahmen** zahlte sich aus: Ein bewusster Fokus wurde in den letzten Jahren auf die Kommunikation gelegt. Diese bevölkerungsbezogene Strategie wird durch die Diabetesproblematik mit hoher Prävalenz und Betroffenheit in der Bevölkerung gerechtfertigt.⁹ Die auf die breite Öffentlichkeit fokussierte Kommunikationsarbeit in den gängigen Medien, in sozialen Netzwerken, über die Website und die DiabApp war demnach der beste Weg, um alle Zielgruppen parallel zu erreichen. Dies führte einerseits zu einer weiten Verbreitung nützlicher Informationen an Fachpersonen, Menschen mit Diabetes und die allgemeine Bevölkerung. Andererseits trug dies zur Sichtbarkeit des Projekts, der AVsD und von Diabetes Oberwallis bei, wodurch Fachpersonen ermutigt wurden, sich zu engagieren und Patienten/-innen, sich an das Projekt zu wenden.

⁹ Prävalenz: ca. 25'000 Diabetiker/-innen im Kanton Wallis, 25'000 Prädiabetiker/-innen und ein hoher Anteil gefährdeter Personen durch Übergewicht (ca. 42%).

3.1.3 Herausforderungen und Lösungsansätze

Welche Faktoren haben die Umsetzung des Projekts behindert (Herausforderungen)? Wie wurde auf diese Herausforderungen reagiert bzw. welche Lösungen wurden gefunden? (Informationen aus Befragungen von Projektträgerschaft, Lenkungsausschuss und Fachpersonen sowie Projektberichten)

Herausforderung 1: Die enorme Belastung und mangelnde Verfügbarkeit der meisten Akteure/-innen im Gesundheitswesen – d.h. von Projektpartnern/-innen, aber auch innerhalb des Lenkungsausschusses – während des gesamten Projekts. Dies aus drei Gründen:

- Hauptgrund: die beiden Jahre der Gesundheitskrise im Zusammenhang mit COVID (2020-2021), die sich dann stark auf die Jahre 2022 und 2023 auswirkten;
- Ein zunehmendes Spannungsverhältnis zwischen dem immer akuter werdenden Mangel an Pflegepersonal und der Alterung der Bevölkerung;
- Ein immer vielfältigerer und intensiverer Ausbildungsbedarf für dieses Personal, um mit der Alterung Schritt zu halten.

Lösung 1: Das Projektteam versuchte systematisch, den Partnern/-innen «schlüsselfertige» Teilprojekte anzubieten, damit Aktion Diabetes trotzdem vorankommen konnte. Zum Beispiel mit einer vollständig organisierten Screening-Kampagne oder mit dem Walliser Erlebnis Marathon, bei denen die Partner/-innen nur noch für ihre Präsenz sorgen mussten. Oder indem den sozialen Einrichtungen Material (Flyer und Videos) angeboten wurde, das speziell für sie bestimmt war. Diese Strategie brachte folgende Nebenerscheinungen mit sich:

- Eine hohe und dauernde Überbelastung für das Projektteam selbst;
- Eine ständige Neudefinition des ursprünglichen Projektplans (Massnahmen und Zeitrahmen, wie im ursprünglichen Antrag definiert), ohne dass dies jedes Mal vom Projektteam oder dem Lenkungsausschuss formell überdacht und bestätigt wurde.
- Wenn Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Partnern/-innen auftraten, reagierte die Projektträgerschaft jedes Mal schnell und nutzte diese Spannungen als Gelegenheit, um einen aktiven Dialog mit dem/den betroffenen Partnern/-innen zu führen und die Rollen und Erwartungen der Parteien zu klären und zu formalisieren (z.B. über Kooperationsvereinbarungen)¹⁰.
- Um die Wirkung von Aktion Diabetes nachhaltig zu sichern und der mangelnden Verfügbarkeit von Fachpersonen für die Teilnahme an physischen Weiterbildungen entgegenzuwirken, erarbeitete Aktion Diabetes im Jahr 2023 umfangreiches Schulungs- und Informationsmaterial (Videos, Podcasts und Flyer), das über die Projekt-Website verfügbar gemacht wurde (weiteres Material in Arbeit).

¹⁰ Bis Mitte 2023 wurden fünf Verträge unterzeichnet (kantonale Leistungsaufträge für jeden der beiden Verbände, sozialmedizinische Zentren (SMZ), Verein der Walliser Alters- und Pflegeheime (AVALEMS), Podologen, OVS), zwei warten auf die Unterzeichnung (Centre hospitalier du VS romand (CHVR), Promotion Santé Valais (PSVS)) und sechs Verträge müssen noch ausgearbeitet werden (Pharmavalais, Walliser Ärztesgesellschaft, Unterwalliser Ärztevereinigung, Ernährungsberaterinnen, Assoziation der Westschweizer med. Assistenten/-innen ARAM, Clinique romande de réadaptation Suva Sion).

Herausforderung 2: Das Spital Wallis richtete 2020 eine eigene Abteilung für Diabetologie und Endokrinologie ein, die ambulante Beratungen anbietet. Diese Beratungen zielen nicht nur auf die Diagnose, Überwachung und Anpassung der Behandlung ab, sondern auch auf «Information und Empowerment des Patienten», wobei die letztgenannten Aufgaben von Pflegefachpersonen durchgeführt werden. Seitdem ist eine Form der Konkurrenz mit dem Angebot der Diabetesverbände zu beobachten, wobei die Allgemeinärzte/-innen dazu tendieren, Patienten/-innen an das Krankenhaus und nicht an die Diabetesverbände zu überweisen. Ausserdem scheint der sehr geringe Anteil der an der Kohorte teilnehmenden Diabetiker/-innen, die über das Spital Wallis rekrutiert wurden (5%, Stand Ende Mai 2023), diese Hypothese der Konkurrenz und geringen Unterstützung des Projekts und der Kohorte von Seiten des Spitals zu bekräftigen.

Lösung 2: Zum einen fand 2022 ein Treffen mit den vier niedergelassenen Diabetologen/-innen des französischsprachigen Wallis statt, um sie für die Arbeit der Diabetesverbände zu sensibilisieren. Andererseits wurde zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts zwischen dem Spital und Aktion Diabetes eine Zusammenarbeitsvereinbarung ausgehandelt, die darauf abzielt, die Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu optimieren – im ambulanten Bereich und unter dem Gesichtspunkt der Effizienz.

Herausforderung 3: Während die Vereinigung CARA den Patienten/-innen seit Mai 2021 die Möglichkeit bot, ein elektronisches Patientendossier (EPD) zu eröffnen, hat sich die Einrichtung eines GPP erheblich verzögert. Aktion Diabetes fehlte damit ein starker, potenzieller Hebel zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Lösung 3: In Anbetracht dieser Verzögerung beim GPP investierte Aktion Diabetes in die Entwicklung einer eigenen App (DiabApp), um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Diese Entwicklung wurde, wie auch die von EPD und GPP, durch Datenschutzfragen weitgehend verzögert. Ausserdem wurde die Vereinbarung mit CARA im Jahr 2021 gekündigt, der Dialog jedoch fortgesetzt. Im April 2023 hat CARA die Entwicklung des GPP sowie die Zusammenarbeit mit Aktion Diabetes wieder aufgenommen. Das gemeinsame Ziel ist eine Verknüpfung der DiabApp mit dem EPD und später mit dem GPP.

Herausforderung 4: Eine nicht optimale Zusammenarbeit zwischen den beiden kantonalen Diabetesvereinigungen (AVsD und Diabetes Oberwallis) bzw. zwischen Aktion Diabetes und Diabetes Oberwallis. Aktion Diabetes war ursprünglich ein Projekt, das im französischsprachigen Wallis konzipiert wurde. Ganz allgemein hätte man erwarten können, dass Aktion Diabetes die beiden Verbände so weit vereint, dass sie die Fusion zu einer einzigen zweisprachigen kantonalen Liga begünstigt.¹¹ Es blieb jedoch bei einer angespannten Zusammenarbeit.

Lösung 4: Es wurde versucht, diese Zusammenarbeit durch die Integration der für das Oberwallis zuständigen Projektkoordinatorin in die Arbeitsgruppe von Aktion Diabetes zu verbessern. Trotzdem blieb die Zusammenarbeit aus Sicht von Diabetes Oberwallis nicht auf Augenhöhe. Seit 2022 arbeitete das Projektteam von Aktion Diabetes direkt mit dem Pflegeteam im

¹¹ Im Kanton Freiburg gibt es zum Beispiel nur einen einzigen Verband (diabetesfribourg / diabetesfreiburg).

Oberwallis zusammen, um Massnahmen (Kampagnen, Schulungsvideos, Podcasts usw.) umzusetzen.

3.2 Output

3.2.1 Erbrachte Leistungen

Welche Leistungen wurden erbracht? (Informationen aus den Interviews mit der Projektleitung und den Projektberichten)

Im Folgenden wird auf die Leistungen fokussiert, die für die Überprüfung der Zielerreichung massgeblich sind und die gesamte Laufzeit geprägt haben. Die Auflistung ist demnach nicht abschliessend. Einen vollständigen Überblick liefern die Jahresberichte der Projektleitung sowie die Evaluationszwischenberichte.

a) Aufbau von Projektpartnerschaften

Erbrachte Leistungen:

Aktion Diabetes unterhielt per Ende der Projektlaufzeit regelmässige Kooperationen mit 19 Partnerorganisationen (Zielwert = 5), darunter alle Walliser Dachverbände der betroffenen Berufsgruppen (APH, SMZ, Ernährungsberater/-innen, Podologen/-innen, medizinische Praxisassistenten/-innen, Allgemeinmediziner/-innen, soziale Einrichtungen etc.). Diese Zusammenarbeit betraf insbesondere die gemeinsame Erarbeitung von Informations- und Schulungsmaterialien sowie deren Verbreitung, die konkrete Organisation von Schulungen und die gemeinsame Beteiligung an Kommunikationskampagnen und Events (Walliser Erlebnis Marathon) in der Bevölkerung.

Insgesamt waren bis Mitte 2023 3'783 Fachperson in das Projekt mit unterschiedlicher Tiefe involviert, dazu gehörten:

- 1'625 Pflegefachpersonen in den SMZ, die von denjenigen, die von Aktion Diabetes als Referenten/-innen ausgebildet wurden, kaskadenartig geschult wurden.
- 1'413 Pflege- und Sozialfachpersonen in sozialen Einrichtungen, denen die Schulungsvideos und Informationspakete von Aktion Diabetes zur Verfügung gestellt wurden.
- 317 Ärzte/-innen (Diabetologen/-innen und Allgemeinmediziner/-innen, die ihre Patienten/-innen an die Diabetesverbände überwiesen und/oder an einer Schulung oder Veranstaltung des Projekts teilgenommen haben.
- 222 medizinische Fachassistenten/-innen, die im Rahmen des Projekts geschult oder um Unterstützung gebeten wurden.
- Weitere Fachpersonen (u.a. Podologen/-innen, Diätassistenten/-innen, orthopädische Schumacher, Bewegungs- und Sport-Coaches).

Nachdem der Zielwert für diesen Indikator im Jahr 2020 von 3'000¹² (Zielwert aus der Projektkonzeption = ursprünglicher Projektantrag bei Gesundheitsförderung Schweiz) auf 250 gesenkt worden war, wurde das ursprünglich geplante Ziel per Ende der Projektlaufzeit erreicht.

Beurteilung

Die Definition der betreffenden beiden Indikatoren war sehr vage («Anzahl der Organisationen, mit denen Projekte entwickelt werden» und «Anzahl der Fachpersonen, die an dem Projekt teilnehmen») und ein strikter quantitativer Blick würde daher kaum eine Einschätzung der Situation ermöglichen. Wenn wir uns diese Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen wie auch mit den betroffenen Fachpersonen sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich ihrer Dynamik anschauen, sind wir der Ansicht, dass Aktion Diabetes trotz schwieriger Rahmenbedingungen (Belastung und geringe Verfügbarkeit der Gesundheitsfachpersonen) in diesem Bereich erhebliche Fortschritte gemacht hat und eine Vielzahl relevanter Fachpersonen und -organisationen in das Projekt involvieren konnte.

b) Schulungen

Erbrachte Leistungen

Insgesamt wurden 229 Pflegefachpersonen aus SMZ¹³ und APH geschult (Zielwert = 65 Personen / Jahr). Ausserdem haben 215 medizinische Fachpersonen (Ärzte/-innen, medizinische Fachassistenten/-innen, Apotheker/-innen und Pharma-Assistenten/-innen) über Aktion Diabetes eine Schulung zu Diabetes und Interprofessionalität absolviert (Zielwert war, dass bis Ende 2022 50 Ärzte/-innen und ihre Assistenten/-innen geschult sind). Zwei der Schulungen waren interprofessionelle Schulungen, eine in Visp und eine in Sitten.

Schliesslich lud die AMAS Wallis (Schule, die medizinische und zahnmedizinische Assistenten/-innen ausbildet) die AVsD ein, sich an ihrem Ausbildungsgang zu beteiligen. Die nächste Intervention ist für das Frühjahr 2024 geplant.

In Anbetracht der auslaufenden Finanzierung der Aktion Diabetes durch Gesundheitsförderung Schweiz im Juni 2023, aber auch als Reaktion auf die oben erwähnte Feststellung, dass immer weniger Fachpersonen zur Verfügung stehen, haben die Träger von Aktion Diabetes daran gearbeitet, umfangreiches Schulungs- und Informationsmaterial zu erstellen und auf der Projekt-Website zur Verfügung zu stellen (Videos, Podcasts und Flyer, siehe Bericht der Projektträger für eine vollständige Liste, weitere in Arbeit). Das Material wurde so konkret wie möglich gehalten, um den Grundbedürfnissen von Menschen mit Diabetes und Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich gerecht zu werden. In den Materialien wird auf die Diabetesverbände verwiesen, um mehr über deren Arbeit zu erfahren.

¹² N=3000 entspricht der Anzahl aller im Wallis tätigen Fachpersonen, die potenziell in der Diabetesversorgung tätig sein können.

¹³ Im französischsprachigen Wallis: Ausbildung von Referenten/-innen, die dann selbst ihre Kollegen/-innen in jedem SMZ ausbilden.

Ausserdem wurde beschlossen, zwei Präsentationsfolien in die beiden jährlichen Sitzungen der Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG) für die neuen Ärzte/-innen des Kantons (obligatorisch) zu integrieren und ihnen bei dieser Gelegenheit diverse Materialien (Flyer, Sticker, etc.) zu überreichen. In Ergänzung wird ein Schreiben mit dem aktuellen Stand des Projekts und einer Liste der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel an alle Arztpraxen im Kanton geschickt.

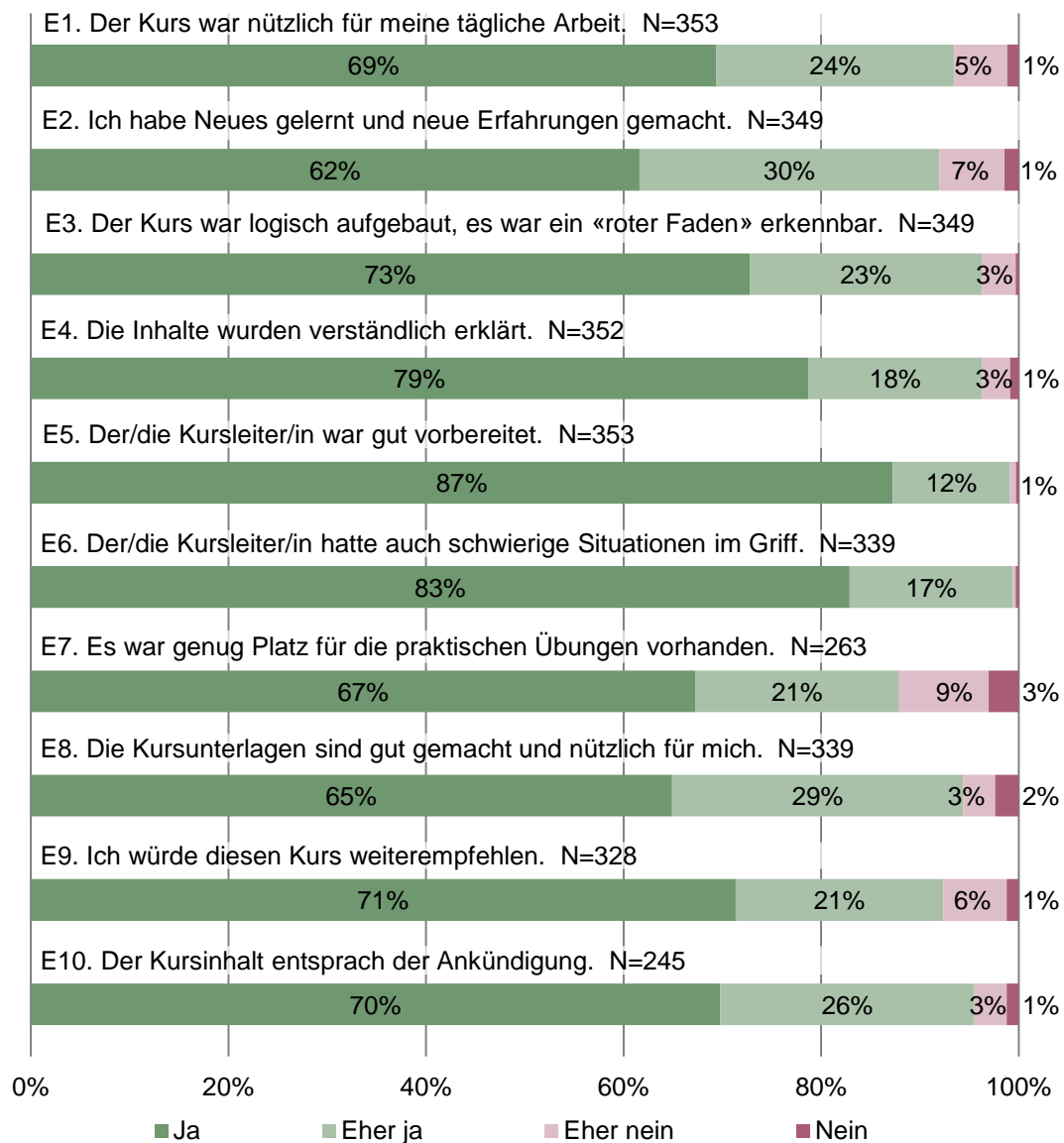
Beurteilung

Die Teilnehmenden haben die Schulungen insgesamt sehr positiv beurteilt (vgl. Abbildung 1):

- Insgesamt waren 95%¹⁴ der Teilnehmenden zufrieden mit den angebotenen Schulungen.
- Jeweils mehr als 90% fanden den jeweiligen Kurs nützlich für ihre tägliche Arbeit, sie haben im Kurs Neues gelernt und neue Erfahrungen gemacht.
- Auch die didaktische Vorgehensweise (ausreichend Zeit für praktische Übungen, nützliche Kursunterlagen, roter Faden im Kursverlauf) und die Kursleitenden (verständliche Erklärungen, gut vorbereitet, schwierige Situationen im Griff) wurden durchweg positiv bewertet.

¹⁴ Gewichteter Mittelwert über alle Fragen.

Abbildung 1: Evaluation der Schulungen durch die Teilnehmenden (2020-2022)



Die Schulungen scheinen per Ende der Projektlaufzeit – angesichts der sehr hohen Zufriedenheitswerte – den Bedürfnissen der Teilnehmenden sehr gut zu entsprechen. Die Finanzierung durch Aktion Diabetes hat zwar dazu beigetragen, dass sie zu einer Priorität wurden, aber wir stellen fest, dass die Finanzierung von Weiterbildungen für die Teams der APH und SMZ normalerweise Teil der Betriebskosten dieser Organisationen ist. Und dennoch mussten mehrere Kurse wegen mangelnder Teilnehmer/innenzahl abgesagt werden. Der Grund dafür – so die Verantwortliche für die Kompetenzentwicklung der Walliser APH – ist die zunehmende Nicht-

Verfügbarkeit von Pflegepersonal (Mangel einerseits und Konkurrenz zwischen den Ausbildungsangeboten andererseits).¹⁵

In diesem Sinne ist die laufende Entwicklung von Online-Lernmaterialien (u.a. Videos, Podcasts, Flyer...) – und zwar nicht nur für Fachpersonen des Gesundheits-, sondern auch des Sozialbereichs – ein sinnvoller Weg, um den Mehrwert von Aktion Diabetes im Anschluss an die Finanzierung zu sichern. Schliesslich stellt sich die Frage nach dem Interesse an einem solchen Schulungsmaterial auf nationaler Ebene, z.B. von Seiten Diabetes Schweiz, und damit nach zukünftigen Möglichkeiten einer Drittfinanzierung.

c) Kommunikation

Erbrachte Leistungen (hier sind nur die wichtigsten Aktivitäten aufgeführt; die vollständige Liste findet sich in den Berichten der Projektleitung)

- Kommunikationsmassnahmen insbesondere per Website, App, Podcasts in beiden Sprachen, Social Media, Newsletter sowie Beiträge in Print-/Online-Medien, TV und Radio.
- Umfangreiche Sensibilisierungskampagnen 2021 und 2022 sowie im Rahmen der Teilnahme von 15 Diabetespatienten/-innen am Walliser Erlebnis Marathon im Jahr 2023 (vgl. Anhang C), mit Durchführung von Findrisk- und Blutzuckertests, kostenloser Bewertung des Zustands der Füsse (Podologen/-innen waren an den Ständen anwesend), Ernährungswettbewerb und Rekrutierung für die Kohorte. Im Jahr 2023 bestand das Ziel darin, über die Erfahrung von 15 Patienten/-innen zu kommunizieren, die an einem Experiment zur Erhöhung der körperlichen Aktivität teilnahmen. Die Idee hinter der Kommunikation über diese Erfahrung was es, andere Patienten/-innen dazu zu inspirieren, ebenfalls in Bewegung zu kommen. Durch die Zusammenarbeit zwischen den Verbänden und der Clinique romande de réadaptation CRR Sion wurde ein Betreuungsangebot ermöglicht.
- Umfangreiche Kommunikationsmassnahmen im Vorfeld, während und nach den Kampagnen insbesondere bei den Gesundheitsämtern, Apotheken, Arztpraxen, sowie für die Kampagnen und den Walliser Erlebnis Marathon bei der Allgemeinbevölkerung (Artikel, Anzeigen, soziale Netzwerke, Radio, TV), um Risikopersonen und Diabetiker/-innen zum Besuch der Stände bzw. zu mehr körperlicher Aktivität (Walliser Erlebnis Marathon) zu motivieren.
- Produktion und Veröffentlichung von 2 Podcasts¹⁶ zu den Themen Ernährung einerseits und körperliche Aktivität andererseits, die auf den gängigen Online-Plattformen zur Verfügung gestellt wurden. Produktion von 4 Mini-Videos zu Diabetes und körperlicher Aktivität im Rahmen des Walliser Erlebnis Marathons sowie eines Films über dieses Event mit Erfahrungsberichten.

¹⁵ Und es sind die selben Gründe die Aktion Diabetes dazu veranlasst haben, auf die Organisation von interprofessionellen Schulungen im Jahr 2023 zu verzichten.

¹⁶ Verfügbar unter <https://www.aktiondiabetes.ch/menu-droite/medien/podcasts/> Ein weiterer Podcast soll bis Ende Jahr 2023 folgen.

Beurteilung

Seit 2021 haben die Träger von Aktion Diabetes die Kommunikation im weitesten Sinne zum wichtigsten Handlungsfeld für die Ausweitung des Projekts gemacht, sei es für die Sekundärprävention (Screenings von Bevölkerungsgruppen mit wenig medizinischer Betreuung), die Tertiärprävention (Informationen und Schulungen zur Vermeidung von Komplikationen, inkl. Motivation zu körperlicher Aktivität) oder zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Da es keine vordefinierten Bewertungskriterien für die verschiedenen Massnahmen gab (Entwicklung des Bekanntheitsgrads des Projekts? Verbesserung der Kenntnisse der Personen, die an die Stände kamen? usw.), haben wir die Kommunikationsarbeit qualitativ beurteilt. Wir stellen fest, dass die Kommunikationsarbeit des Projekts

- einer formalisierten Strategie folgte,
- von der Projektleiterin (selbst Kommunikationsfachperson) getragen wurde,
- sich auf zwei spezialisierte Agenturen stützte und
- gut auf die Projektziele und die umgesetzten Massnahmen abgestimmt war.

Bei der Beurteilung der Kommunikationsstrategie von Aktion Diabetes verzichten wir auf das klassische Paradigma¹⁷ einer Welt mit vorhersehbaren Veränderungen, in der die Kommunikation geplant wird und klaren, formalen Wegen folgen sollte. Stattdessen greifen wir auf das Paradigma einer Welt mit emergenten und evolutionären Veränderungen in einer VUCA-Umgebung¹⁸ zurück. Unter dieser Perspektive kann der von Aktion Diabetes gewählte Ansatz einer über soziale und informelle Netzwerke geteilten und weitgehend auf **persönlichen Geschichten basierenden Information positiv beurteilt** werden. Dieser Ansatz verfolgt das Ziel, heute die Narrative zu schaffen, die morgen das kollektive Verständnis des Umgangs mit Diabetes erzeugen wird.

Diese Anpassung des Massnahmenplans mit der Betonung von Kommunikationsmassnahmen wurde durch die «bevölkerungsbezogene» Strategie gerechtfertigt, um die Diabetesproblematik mit hoher Prävalenz und Betroffenheit anzugehen.¹⁹ Die Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit war demnach der beste Weg, um alle Zielgruppen parallel zu erreichen.

d) Website und soziale Medien

Erbrachte Leistungen

Die Website aktiondiabetes.ch wurde entwickelt, laufend aktualisiert und im Verlauf des Projekts neugestaltet. Es wurde eine Suchmaschine integriert, um die Zielgruppen Diabetiker/-

¹⁷ Vgl.: C. Lustig, D. Shaked et B. Tollec, « Comment déployer la pleine puissance de l'Appreciative Inquiry », p.56, AI5 Publishing, 2019.

¹⁸ Volatilität, Unsicherheit, Komplexität (complex) und Mehrdeutigkeit (ambiguous). Es beschreibt schwierige Rahmenbedingungen der Unternehmensführung.

¹⁹ Prävalenz: ca. 25'000 Diabetiker/-innen im Kanton Wallis, 25'000 Prädiabetiker/-innen und ein hoher Anteil gefährdeter Personen durch Übergewicht (ca. 42%).

innen, Angehörige, Risikopersonen und Fachpersonen (Gesundheitspersonal und Sozialarbeiter/-innen) gezielter anzusprechen und so besser auf ihre Bedürfnisse eingehen zu können. Ergänzend wurden Auftritte auf sozialen Netzwerken entwickelt, ausgebaut und fortlaufend gepflegt (Facebook, LinkedIn, Instagram).

Beurteilung der Website

Grundsätzlich ist die Website sehr ansprechend gestaltet und grafisch gut umgesetzt. Sie ist einfach navigierbar und gut verständlich. Inhaltlich hat die Website Entwicklungspotenzial (vgl. Evaluationszwischenbericht 3).

Einschätzung der Website von befragten Fachpersonen

Die Fachpersonen, welche an der schriftlichen Online-Befragung teilgenommen haben (n=341), haben den Bereich für Fachpersonen der Website des Projekts zum grössten Teil noch nie genutzt (75%). Weitere 20% haben die Website selten (ein paar Mal pro Jahr) benutzt. Nur sehr wenige Fachpersonen benutzten die Website manchmal (ein paar Mal pro Monat).

Diejenigen, die den Bereich für Fachpersonen der Website schon genutzt haben (n=80) beurteilten die Website generell fast ausschliesslich sehr gut (29%) bis eher gut (69%). Alle diese Personen fanden die Informationen auf der Website relevant und hilfreich.

Resultate der Befragung der Website-Nutzer/-innen

Die befragten Nutzer/-innen der Website (N=28) beurteilten die Website generell als sehr gut (46%) bis eher gut (50%) und die Informationen auf der Website wurden als relevant und hilfreich beurteilt (89%). Diese Resultate spiegeln die Einschätzungen der Fachpersonen wider, wobei die Resultate aufgrund der geringen Fallzahl nur beschränkte Aussagekraft besitzen.

Nutzungsstatistik Website

Die Anzahl der wöchentlichen Nutzung der Website übertrafen seit 2020 die angestrebten Zielwerte, sowohl hinsichtlich der Nutzenden (34 pro Woche im Jahr 2023/ geplant 25) als auch der Seitenaufrufe der Bereiche für Gesundheitsfachpersonen (15 Seitenaufrufe/Woche) und Patienten/-innen/Angehörige (16 Seitenaufrufe pro Woche/ geplant 5) (vgl. Tabelle 3). Insgesamt wurden die meisten Seitenaufrufe auf der Home-Seite, der Seite des Walliser Erlebnis Marathons 2023, dem Bereich für Fachpersonen sowie auf dem Kalender verzeichnet.

Tabelle 3: Statistik der Website-Nutzung (per 30.05.2023)

	Nutzende gesamt <i>Jahr [Woche]</i>	Sitzungen pro Nutzende <i>Anzahl</i>	Durchschnittliche Interaktionsdauer <i>min:sec</i>	Seitenaufrufe Bereich für Fachpersonen <i>Jahr [Woche]</i>	Seitenaufrufe Bereich für Patienten/-innen und Angehörige <i>Jahr [Woche]</i>
2019 ²⁰	244 [5]	1.6	02:18	423 [8]	226 [4]
2020	1467 [28]	1.5	02:44	1485 [29]	893 [17]
2021	4918 [95]	1.4	01:59	1824 [35]	539 [45]
2022	4235 [81]	1.5	01:57	891 [17]	725 [14]
2023	1760 [34]	1.5	01:10	761 [15]	826 [16]

Grün markiert sind erfüllte Zielwerte.

Beurteilung der Nutzung sozialer Medien

Aktion Diabetes war im Zeitraum 2020 bis Mai 2023 folgendermassen auf Social-Media-Plattformen aktiv:

- Facebook: 65 Posts, 111 Follower, 924 Profilaufufe
- Instagram: 28 Posts, 1 Story, 67 Follower, 296 Profilaufufe
- LinkedIn: 13 Post, 29 Follower
- Ausserdem wurden Videos über YouTube (32 Videos, 612 Views) und Vimeo (4 Videos, 224 Views) zur Verfügung gestellt.

Die Reichweite (Follower) entsprach den Rückmeldungen auf die verschiedenen getätigten Posts. Von denen wurden einige im Rahmen von Kampagnen bezahlt, wie die Diabetes-Kampagnen und um die interprofessionelle Schulung sowie die DiabApp zu boosten. Die meisten wurden jedoch nicht bezahlt, um über die verschiedenen Neuigkeiten von Aktion Diabetes zu informieren und diese weiterzuleiten.

Die Veröffentlichung von gezielten und qualitativ hochwertigen Inhalten in beiden Sprachen in den sozialen Netzwerken (Facebook, Instagram und LinkedIn) mit jeweils angepasstem Inhalt war für die Projektleitung sehr zeitaufwendig und erforderte die Beteiligung mehrerer Personen, die Fotos machen, Texte verfassen, korrigieren und freigeben. Das Team von Aktion Diabetes von drei Personen, welches das gesamte Projekt leitete, hatte nicht die Mittel, um so viel zu veröffentlichen, wie geplant, um nach und nach eine Community aufzubauen und zu vernetzen. Dennoch wurden alle wichtigen Ereignisse mit mehr oder weniger grosser Wirkung weiterverbreitet. Es ist offensichtlich, dass die Beiträge, für die bezahlt wurde, erfolgreicher waren.

Bei der letzten Veranstaltung im Jahr 2023 – 15 Diabetespatienten/-innen, welche für die Teilnahme am Walliser Erlebnis Marathon trainiert wurden – wurden keine bezahlten Posts erstellt, sondern hochwertige zweisprachige Inhalte erstellt und darauf geachtet, die Partner/-innen in den Posts zu erwähnen.

²⁰ Der Start der Website war im November 2019.

Generell hätten mehr bezahlte Posts eine grössere Reichweite und mehr Abonnenten ermöglicht (dessen ist sich die Projektleitung bewusst). Dies war jedoch aufgrund des beschränkten Kommunikationsbudgets, das für die sozialen Netzwerke im Rahmen der Kampagnen bereitgestellt wurde, nicht möglich. Die Priorität für den digitalen Bereich bestand darin, die Downloads der DiabApp zu fördern. Ansonsten lag die Priorität auf der Medienarbeit.

Qualitativ gesehen erhielten die Aktivitäten in den sozialen Netzwerken stets gute Rückmeldungen und Reaktionen («Gefällt mir»-Einschätzung, geteilte Links, Kommentare).

Auf der Ebene der Nachhaltigkeit bleibt die Fortführung und Weiterleitung der Aktivitäten von Diabetes Wallis in den sozialen Netzwerken durch qualitativ hochwertige Inhalte (Fotos von Veranstaltungen, Erfahrungsberichte, Videos, Weiterleitung von Presseartikeln) eine Priorität. So wurde beispielsweise für Fotos und Videos ein Template erstellt, um einheitliche und grafisch kohärente Posts zu erstellen.

e) DiabApp

Beurteilung

Die DiabApp stand per Mitte 2023 für beide Betriebssysteme (Android und IOS) zum Download bereit. Es bestand jedoch (noch) kein spezifischer Zugriff auf die DiabApp für Fachpersonen. D.h. es konnten noch keine Daten aus Behandlungen bei anderen Fachpersonen ausgetauscht werden. Diese Möglichkeit sollte in Zukunft über das EPD und den GPP bestehen.²¹

Konzeptionell stehen die beiden Ziele im Zusammenhang mit der App im Einklang mit den Projektzielen und entsprechen auch den Zielen des GPP:

- Empowerment der Patienten/-innen über deren Zugang zu den für sie relevanten Daten;
- Stärken der Interprofessionalität durch den Zugang zu relevanten Informationen zur Behandlung einer Patientin/eines Patienten.

Die DiabApp bot per Mitte 2023 jedoch noch wenig diabetesspezifische Informationen für Patienten/-innen, wie z.B. Verhaltensempfehlungen. Die Inhalte sind kurz beschrieben und grafisch dargestellt. Es sollte geprüft werden, ob ausführlichere Informationen zur Verfügung gestellt werden können, sofern dies ein Bedürfnis von Patienten/-innen ist.

Die Zweckmässigkeit der DiabApp zur Erreichung der Patienten/-innen und zur Förderung der Interprofessionalität wurde von manchen Akteuren/-innen in Frage gestellt. Zu den Gründen gehörten das Vorhandensein diverser Apps für das Diabetesmanagement, die erschwerte Erreichung der Zielgruppe älterer Personen mit einer App sowie die fragliche tatsächliche Reichweite und Nutzung der DiabApp in Konkurrenz zum zukünftigen GPP (vgl. Evaluationszwischenbericht 3).

²¹ Derzeit werden die notwendigen Schritte unternommen, um eine Verbindung von DiabApp mit dem EPD und dem GPP zu ermöglichen. Aber es wird noch mehrere Jahre dauern, bis dies funktioniert. Laut der Vereinigung CARA, die das Projekt leitet, ist der Zeithorizont 2030.

Einschätzung von befragten Fachpersonen

Nur 6% (N=22) der befragten Fachpersonen waren mit der DiabApp vertraut und kannten diese. Von diesen 22 Personen beurteilten 18 die App als relevant und hilfreich. 13 Personen beurteilten die App generell als eher gut, zwei Personen bewerteten sie als eher schlecht.²²

Nutzendenstatistik

Bis Ende Mai 2023 verzeichnete die DiabApp insgesamt 573 Downloads (191 Unterwallis, 273 Mittelwallis, 109 Oberwallis). Die Anzahl der Downloads sowie der Nutzenden und neuen Nutzenden nahm seit Lancierung der App Anfang 2021 kontinuierlich zu. Im April/Mai 2023 verzeichnete die App 517 aktive Nutzende mit 1'519 Session (2022 waren es insgesamt 1'995 Sessions). Laut App Store gab es pro Session ca. 3 Seitenaufrufe im 1. Quartal 2023, laut Google Play-Store ca. 17 Seitenaufrufe pro Nutzenden. Dies zeugt von einer vertiefteren Auseinandersetzung mit der App, wenngleich es auch eine nicht vernachlässigbare Anzahl Löschungen der App pro Quartal gab. Das quantitative Ziel betreffend die DiabApp lautet, dass 100 Patienten/-innen die App regelmässig nutzen sollen. Dieses Ziel ist nicht überprüfbar, da wir nicht beurteilen können, wer die App nutzt.

f) Screenings

Erbrachte Leistungen

Während des gesamten Projekts wurden 2'521 Personen getestet, die meisten von ihnen nach einem Findrisk-Test, d.h. im Durchschnitt ca. 720 pro Jahr (2020 bis Mitte 2023). Die überwiegende Mehrheit wurde im Rahmen der beiden Früherkennungs- und Informationskampagnen von Aktion Diabetes sowie am Walliser Erlebnis Marathon getestet, eine Minderheit (351) in Partnerapotheken. Der Zielwert lag bei 500 Tests/Jahr.

Beurteilung

Laut der Website von Aktion Diabetes weiss eine von drei Personen im Wallis nicht, dass sie Diabetes hat. Durch ihre gezielte Kommunikation hat Aktion Diabetes folgerichtig versucht, diese Personen, die sich der Betreuung durch Allgemeinmediziner entziehen²³, an ihre Informations- und Screening-Stände zu bringen.

Unter diesem Gesichtspunkt (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) erscheint das produzierte Videomodul zur Schulung von Sozialarbeitern/-innen der Partnerorganisationen als sehr kohärent.

²² Achtung: sehr kleine Fallzahlen.

²³ Mögliche Gründe: hohe Selbstbehalte; wenig geneigt, einen Arzt aufzusuchen, oder sogar ausgegrenzt.

Schliesslich ist die im Jahr 2022 erfolgte Zusammenarbeit mit den Apotheken, insbesondere durch eine Entschädigung für jeden durchgeführten Test und jede durchgeführte Vorsorgeuntersuchung, zu begrüssen. Dies einerseits, weil dadurch der potenziellen Konkurrenz zwischen den Diabetesverbänden und Apotheken beim Verkauf von MiGel-Material entgegengewirkt wurde. Vor allem aber sind Apotheken ein wichtiger Ort, um Patienten/-innen zu identifizieren, die zur Selbstmedikation neigen und daher wenig medizinische Betreuung erhalten.

Nachdem der Fokus von 2020 bis 2022 weitgehend auf dem Diabetes-Screening und -Management lag, entschied sich Aktion Diabetes schliesslich 2023, mit der Beteiligung am Walliser Erlebnis Marathon den Fokus um das Thema «Diabetes und Bewegung» zu erweitern. Das Screening wurde beibehalten – mit einem Stand während des Marathons –, aber es war nicht die Priorität dieser Veranstaltung. Angesichts der zentralen Rolle der körperlichen Aktivität in der Primär- und Tertiärprävention von Diabetes können wir diese Entscheidung positiv beurteilen.

g) Beratungsleistungen von AVsD und Diabetes Oberwallis

Die Verbände bieten zwei Arten der Betreuung und Nachsorge an:

- Therapeutische Patientenaufklärung/ Beratung inklusive Abgabe von Informationen;
- Fusspflege durch die AVsD, die jedoch nicht in den Zielwert des Projekts hinsichtlich der Beratungsstunden einfließt.

Beurteilung

Die Diabetesverbände leisteten jährlich ca. 1'340 bis 2'000 Beratungsstunden (Zielwert 1'700 Beratungsstunden jährlich), die AVsD zusätzlich ca. 1'350 bis 1'700 Stunden Fusspflege.

Von den 1'910 Patienten/-innen, die im Monitoring der Verbände erfasst sind, hatten **1'321** im Verlauf über den Erfassungszeitraum **mindestens zwei Beratungen**. Im Schnitt über den ganzen Erfassungszeitraum hat jede/r Patient/-in **4.1 Beratungen** in Anspruch genommen (AVsD 4.0, Diabetes Oberwallis 4.5).

Aus den Monitoring-Daten wird ersichtlich, dass die Verbände über die Laufzeit des Projektes die Anzahl Patienten/-innen steigern konnten, die Anzahl neuer Patienten/-innen jedoch im Verlauf bei beiden Verbänden abnahm. Dies spricht dafür, dass die Verbände in ihren Regionen mit der Zeit eine **bessere Abdeckung der Diabetes-Patienten/-innen** erreichen konnten und daher weniger neue Patienten/-innen dazukamen.

Tabelle 4: Anzahl neuer Patienten/-innen der Diabetesverbände

	01.10.2019- 31.12.2020	01.01.2021- 31.12.2021	01.01.2022- 30.09.2022
Anzahl neue Pat. AVsD	693	497	339

Anzahl neue Pat. Diabetes Oberwallis	186	128	67
--------------------------------------	-----	-----	----

Quelle: Monitoring der Diabetesverbände

Am häufigsten kannten die Patienten/-innen die beiden Diabetesverbände durch ihren **Arzt oder ihre Ärztin** (DGO: 58%, AVsD: 73%). Die restlichen Patienten/-innen kannten die Diabetesverbände entweder aus dem Spital oder durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Durch die Webseiten der Verbände wurden nur sehr wenige Patienten auf die Verbände aufmerksam.

h) Kohorte Diabetes-Qualität Wallis des Walliser Gesundheitsobservatoriums

Detaillierte Informationen zur Kohorte Diabetes-Qualität Wallis finden sich auf der [Website](#) des Walliser Gesundheitsobservatoriums. Bis 20. April 2023 wurden 411 Patienten/-innen für die Kohorte rekrutiert und haben den ersten Fragebogen ausgefüllt (ursprünglicher Zielwert: 500 bis Ende 2022, aufgrund der COVID-Krise auf 400 bis Ende 2022 und 500 bis Juni 2023 angepasst). Details zur Rekrutierung und Studienpopulation:

- Die Mehrheit wurde über die Walliser Diabetesverbände (69%) rekrutiert. Weitere 9% über die Kampagnen von Aktion Diabetes aus den Jahren 2021 und 2022. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung über Kommunikation des Walliser Gesundheitsobservatoriums sowie über medizinische und soziale Einrichtungen.
- Die Mehrheit war männlich (61%), war über 65 Jahre alt (56%) und lebte im französischsprachigen Wallis (88%).
- 75% hatten einen Diabetes Typ 2.

Vom Walliser Gesundheitsobservatorium wurden zur Kohortenstudie jährlich Zwischen- und Jahresberichte sowie Newsletter zur Kohorte veröffentlicht.

Beurteilung

- Die Rekrutierung war zwar fortlaufend verzögert, hat aber stetig zugenommen und wurde leicht diversifiziert, auch wenn die Diabetesverbände und Aktion Diabetes die wichtigsten Rekrutierungskanäle waren.
- Die Berichte der Kohorte ermöglichen einen guten Einblick in die Situation der Teilnehmenden (Merkmale, Gesundheitsverhalten, Präventionsmassnahmen, Komplikationen usw.). Zur Beurteilung der Diabetes-Behandlung der Kohorten-Teilnehmenden bezog sich die WGO auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) und mit Hinblick auf die Ernährungsweise der Diabetiker/-innen auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SSN-SGE).
- Die Berichte enthielten ausserdem auf der Grundlage der festgestellten Schwächen wertvolle Empfehlungen zur Verbesserung der Behandlung von Menschen mit Diabetes. Die Präsenz des Vertreters der Kohortenstudie im Lenkungsausschuss von Aktion Diabetes war geeignet, die Berücksichtigung dieser Empfehlungen in den Planungen von Aktion Diabetes zu gewährleisten.

- Der Vergleich der Ergebnisse für 2020/2021 und 2022/2023 ergab keine signifikanten Unterschiede. In diesem Zeitraum zeigte sich ein Trend zur Verringerung von Schmerzen und Beschwerden sowie zu weniger Obst- und Gemüsekonsum und weniger körperlicher Aktivität bei den Studienteilnehmenden. Etwas mehr Personen berichteten, dass sie sich ein Ziel für den Blutdruck gesetzt haben (vgl. folgendes Kapitel zu den Outcomes).

3.2.2 Beurteilung der Zielerreichung

Wie sind die Leistungen zu beurteilen? (Begründung, Erreichung Outputziele und Bewertung allfälliger Abweichungen)

Das Projekt Aktion Diabetes wurde **zweckmässig und dynamisch** an die Gegebenheiten angepasst: Die Projektverantwortlichen haben im Projektverlauf erkannt, dass diverse Anpassungen – insbesondere hinsichtlich der stärkeren Fokussierung auf Kommunikationsmassnahmen – für die Zielerreichung nötig sind.

Die Erreichung der gesetzten Zielwerte von Aktion Diabetes kann insgesamt **positiv beurteilt** werden. **Es wurden alle überprüfbaren Zielwerte erreicht oder teilweise erreicht.** Zur Überprüfung eines Zielwerts liegen zum Zeitpunkt der Schlussbeurteilung keine belastbaren Informationen vor (Zahl der Fachpersonen, die regelmässig mit mindestens 1 anderen Fachperson bei der Behandlung von Diabetikern/-innen zusammenarbeiten).²⁴

Der Zielwert bzgl. Ziel I.2.1 ist per Ende Laufzeit des Projekts **teilweise erreicht**, da die Übermittlung von Berichten in der App noch nicht möglich war («Anzahl der Fachpersonen, die Berichte in die mobile Anwendung hochladen oder herunterladen (50)»). Dieser Aspekt der Web-App für Fachpersonen wurde entwickelt, aber vorerst nicht weiterverfolgt, da die Integration der App in das EPD und den GPP diese Funktion überflüssig machen wird. Aktion Diabetes konzentrierte sich stattdessen auf die Verbesserung der Patienten-App und die zukünftige Möglichkeit, die DiabApp mit dem EPD und dem GPP zu synchronisieren. Dies geschieht derzeit in Zusammenarbeit mit CARA.

Detailliertere Betrachtung einzelner Ziele und Zielwerte

In Bezug auf das Ziel I.1.1 («Bis 2022 fungieren die AVsD und die DGO als **Schnittstelle für das Diabetesmanagement im Wallis**») spiegeln die ersten beiden erhobenen Indikatoren vor allem die **intensiven und relevanten Aktivitäten von Aktion Diabetes** in dieser Richtung wider. Im Gegensatz dazu erreicht der Indikator «Anzahl der Fachleute, die ihre Patienten an die AVsD oder die DGO überweisen» (295) zwar den **Zielwert** (250), erscheint aber angesichts der Tatsache, dass es im Wallis fast 3'000 potenzielle «Zuweiser» gibt, **eher niedrig**. Bezüglich dieses letzten Ergebnisses: Wenn wir davon ausgehen, dass das erwartete Ergebnis des Projekts die Einführung einer systematischen Zusammenarbeit zwischen allen betroffenen Akteuren/-innen rund um ein einziges Protokoll für die Betreuung von Diabetespatienten im ganzen Kanton ist, dann hat das Projekt sein Ziel nicht erreicht. Wenn wir jedoch realistischerweise

²⁴ Zu diesem Zielwert könnten zukünftig über den GPP Informationen bereit gestellt werden.

und in Übereinstimmung mit der ursprünglichen Beschreibung des Projekts davon ausgehen, dass Aktion Diabetes darauf abzielt, die (zu langsame) Entwicklung hin zu einer besser koordinierten Behandlung chronischer Krankheiten zu verstärken und zu beschleunigen, dann können wir davon ausgehen, dass die Aktivitäten von Aktion Diabetes wesentlich dazu beigetragen haben, dem Ziel I.1.1 näherzukommen.

Das Ziel I.2.1 betreffend **interprofessionelle Behandlung** von Diabetiker/-innen ist dahingehend erreicht, dass 80% der Patienten/-innen der beiden Diabetesverbände **von mindestens vier Fachpersonen unterschiedlicher Professionen** betreut werden. Ausserdem bestehen eine **Website** und **App**, die Informationen für verschiedene Fachpersonen und Patienten/-innen zur Verfügung stellen und zukünftig als Instrument der interprofessionellen Zusammenarbeit dienen können (u.a. durch den Fachpersonenbereich und Übermittlung von Berichten).

Dank der Organisation von Kampagnen vor Ort und einer intensiven Kommunikation wurde der Zielwert in Bezug auf die **Screenings** (500 Personen/Jahr, Ziel I.2.2) seit 2020 **deutlich übertroffen**.

Auch das Ziel I.3.1. kann als erreicht angesehen werden, da Aktion Diabetes und die Diabetesverbände mittels **Wissensvermittlung** und **Sensibilisierung** über die Beratungsgespräche, Informationsdokumente, Website und App dazu beitragen, dass bei einem Grossteil ihrer Patienten/-innen das **Selbstmanagement** ihrer Diabetes-Erkrankung gut ist.

In Bezug auf die Ziele II.1.1 bis II.1.3, die sich auf die **Schulungen** beziehen, stellen wir fest, dass sie **alle weitgehend erreicht** wurden. Die mit der **Entwicklung der Kohorte** verbundenen Ziele (II.2.2.) wurden **erreicht**. Die Ergebnisse erlauben epidemiologische Aussagen über die Diabetesversorgung im Wallis. Ausserdem können damit bei einer Fortsetzung der Kohorte die Wirkungen von Aktion Diabetes über längere Sicht und generell das Diabetesmanagement im Wallis überprüft werden und Ableitungen für die Steuerung des Projekts gezogen werden.

Die Ziele II.3.1/3.2 bzgl. der **Bereitstellung von Informationen zu Finanzierungsfragen** rund um die Diabeteserkrankung und eine Reflexion über mögliche Ergänzungsleistungen, wurden dahingehend erreicht, dass einer der von Aktion Diabetes produzierten Flyer («Diabetiker? Sind Sie gut informiert?») auf diese Frage eingeht und Personen mit weiteren Fragen an die Diabetesverbände verweist. Diese haben die Möglichkeit, einen kantonalen Fonds für Härtefälle zu beantragen. Da der zur Verfügung stehende Betrag begrenzt ist, wurde jedoch beschlossen, keine Werbung für dessen Existenz zu machen. Ausserdem setzte sich Aktion Diabetes in den Jahren 2022 und 2023 dafür ein, dass in der kantonalen Gesetzgebung die Möglichkeit für den Abzug eines jährlichen Pauschalbetrages für krankheitsbedingte Ausgaben von Menschen mit Diabetes verankert wird. Diese Möglichkeit bestand bis dahin, wurde aber 2022 mangels ausreichender gesetzlicher Grundlage abgeschafft.

Für eine detaillierte Beurteilung sollten für die Überprüfung zweier Zielwerte durch das Projekt bzw. die Kohorte noch weitere Informationen erhoben werden (Anteil der Patienten/-innen, die die Walliser Diabetesverbände kennen, Regelmässigkeit der Nutzung der DiabApp durch Patienten/-innen).

4 Wirkungen bei den Fachpersonen und Verhältnissen

Übergeordnete Evaluationsfragestellung: Welche Wirkungen wurden bei den Multiplikatoren/-innen (=Fachpersonen) und/oder auf der Verhältnisebene erzielt?

Bemerkung zur Evaluation der Wirkungen

Aktion Diabetes war ein breit angelegtes Projekt im Bereich der öffentlichen Gesundheit, da sein Setting potenziell die gesamte – diagnostizierte oder nicht diagnostizierte – Bevölkerung mit Diabetes im Wallis (beide Sprachregionen), die gesamte Bevölkerung mit Diabetesrisiko und alle potenziell betroffenen (Pflege-)Fachpersonen, d.h. fast alle (Pflege-)Fachpersonen im Wallis, umfasste.

Darüber hinaus ging das Projekt in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit von einer Situation aus, in der zuvor nichts Formelles oder Systematisiertes existierte. Die allgemeine Praxis bestand – von Ausnahmen abgesehen – darin, dass jede Fachperson/Institution bilateral mit «ihrem/r» Patienten/-in arbeitete.

Die Auswirkungen von Aktion Diabetes müssen daher abschliessend vor dem Hintergrund dieser Ausgangssituation beurteilt werden. Das Projekt konnte also nicht den Anspruch haben, innerhalb von vier Jahren den Anteil der nicht diagnostizierten Diabetiker/-innen substantiell zu reduzieren oder die Einführung einer systematischen und kodifizierten interprofessionellen Zusammenarbeit (durch standardisierte Behandlungspfade) zu erreichen. Die Waadtländer Erfahrung mit CoDiab-VD-Kohortenstudie zeigt zudem, dass sich solche längerfristigen Wirkungen erst über einen Zeitraum von ca. 7 bis 10 Jahren zeigen (Antille-Zuercher et al. 2018).

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden die Auswirkungen von Aktion Diabetes anhand von Veränderungen (Wissen, Einstellungen und/oder Verhaltensweisen) bei den direkt vom Projekt betroffenen Personen (Fachpersonen und Patienten/-innen) beurteilt.

Dies allein würde dem Projekt jedoch nicht gerecht werden, wenn nicht auch und vor allem die Dynamiken berücksichtigt würden, die durch die Betonung von Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit ausgelöst wurden. Und zwar sowohl bei den Fachpersonen (Aufmerksamkeit und Interesse für Diabetes, für den Erwerb von nützlichem Wissen, für die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit, Beitrag zur Schaffung einer Kultur rund um die koordinierte Behandlung der NCDs...) als auch bei der Risiko- (Interesse, sich testen zu lassen) und Diabetesbevölkerung (Interesse an einer stärkeren Einbindung in das Management ihrer Krankheit).

4.1 Erreichung von Fachpersonen

Welche und wie viele Multiplikatoren/-innen (= Fachpersonen) wurden erreicht?

Aktion Diabetes strebte als ein Kernziel an, dass die beiden Walliser Diabetesverbände in ihrer Rolle als zentrale Partner für Patienten/-innen und Fachpersonen in der Diabetes-Versorgung unterstützt werden sollten. Konkreter sollte erreicht werden, dass per Ende der Projektlaufzeit die AVsD und Diabetes Oberwallis eine Rolle als Vermittler für Prädiabetes-Patienten/-innen

(Begleitung und Schulung zur Verhinderung des Auftretens von Diabetes) und Diabetespatienten/-innen (Begleitung, Schulung und Koordination der Behandlung) tragen. Die Evaluationserkenntnisse zeigen, dass **Fachpersonen vermehrt die neue Rolle der AVsD und Diabetes Oberwallis anerkennen und sich stärker auf die Diabetesverbände stützen**, um eine qualitativ hochwertige Behandlung zu gewährleisten, auch wenn es diesbezüglich noch Verbesserungspotenzial gibt.

Die diesbezüglich definierten Ziele wurden erreicht:

- Die Zusammenarbeit zwischen den Fachorganisationen wurde gestärkt: Es wurden Partnerschaften mit **19 Fach- oder Patientenorganisationen** (Zielwert fünf) aufgebaut.
- Bis dato wurden insgesamt **3'783 Fachpersonen** (Zielwert 250) aus diversen Versorgungseinstellungen auf verschiedene Art erreicht (u.a. Information über das Projekt, Schulungen, Beteiligung an Screenings- und anderen Massnahmen).
- Die **Anzahl Fachpersonen**, die Patienten/-innen an die beiden Walliser Diabetesverbände **überwiesen**, ist seit 2019 stetig gestiegen (295 per Ende 2022, Zielwert 250).
- Es **kannten ca. 83%** (2021: 88%, Zielwert 80%) der Teilnehmenden der Kohortenstudie Diabetes Qualität Wallis die **Diabetesverbände**. Allerdings ist dieser Bekanntheitswert nicht verallgemeinerbar, da 69% der Teilnehmenden über die Verbände und weitere 9% über Kampagnen von Aktion Diabetes rekrutiert wurden.

Bestätigt werden diese Kennzahlen durch die schriftliche Online-Befragung der Fachpersonen zur Bekanntheit von Aktion Diabetes und der Rolle der Verbände. Es zeigte sich, dass immerhin etwa zwei Drittel der befragten Fachpersonen (N=341) das Projekt Aktion Diabetes zumindest kannten, auch wenn nur etwa ein Fünftel konkreter damit vertraut waren. Die Bekanntheit und v.a. die vertiefere Auseinandersetzung mit den Massnahmen von Aktion Diabetes ist jedoch weiter ausbaufähig.

Tabelle 5: Bekanntheitsgrad des Projektes unter Fachpersonen (N=341)

Bekanntheitsgrad	Anteil
Ich kannte das Projekt und dessen Inhalte gar nicht	32%
Das Projekt war mir bekannt, aber ich habe noch kaum Informationen abgeholt	43%
Ich kenne das Projekt gut und bin mit den wichtigsten Massnahmen vertraut	21%
Ich kenne das Projekt sehr gut und es ist ein wichtiger Bestandteil in meinem beruflichen Alltag	4%

Die Fachpersonen wurden auf verschiedene Weise auf das Projekt aufmerksam (sortiert nach Häufigkeit):

- Am häufigsten über Mund-zu-Mund Propaganda (20%)
- Über den Newsletter (18%) oder über die Website (17%)
- Über die Teilnahme an einer Weiterbildung oder über eine Veranstaltung in Zusammenarbeit mit dem Projekt

- Über die Mitarbeit in einem der Organe des Projekts
- Über die Presse/Plakate oder Werbung

Aus der schriftlichen Befragung der Fachpersonen wurde zudem ersichtlich, dass sie die Rolle der Diabetesverbände vorrangig darin sehen, ein Ort für allgemeine, aber auch spezifische Beratung und therapeutische Schulung von Menschen mit Diabetes zu sein (vgl. Tabelle 6). Dazu gehört die u.a. Diabetesberatung, Vermittlung von Fachpersonen, Bereitstellung von Informationen zum Thema Diabetes, Organisation und Durchführung von Aktionen zur Früherkennung von Diabetes sowie bei der AVSD die Fusspflege. Darüber hinaus nimmt bereits ein Drittel der befragten Fachpersonen die Diabetesverbände als zentrale Partner für Fachpersonen bei der Betreuung von Diabetespatienten/-innen wahr.

Tabelle 6: Rolle der Diabetesverbände (N=341, Mehrfachauswahl möglich)

Rolle	Anteil
Ein Ort für die allgemeine Beratung für Menschen mit Diabetes	62%
Ein Ort für die spezifische Beratung und therapeutische Schulung für Menschen mit Diabetes	54%
Ein Ort der Pflege für Menschen mit Diabetes	31%
Ein zentraler Partner für Fachpersonen bei der Betreuung von Diabetespatienten/innen	33%

Ähnlich wie die Fachpersonen sehen die befragten Patienten/-innen bei den Diabetesverbänden vorrangig eine **Beratungs- und Unterstützungsfunktion** (Interviews/Fokusgruppen mit Patienten/-innen). Die Leistungen und Verfügbarkeit der Diabetesverbände werden sehr geschätzt. Es wird jedoch keine Veränderung der Rolle der Diabetesverbände seit Beginn des Projekts Aktion Diabetes wahrgenommen.

4.2 Präventive Praktiken und Wirkungen auf die Verhältnisse

Welche präventiven Praktiken setzten die erreichten Multiplikatoren/-innen (=Fachpersonen) wie um? Welche Wirkungen auf die Verhältnisse wurden erzielt? Wie sind die erzielten Wirkungen zu beurteilen?

Allgemein beurteilten die befragten Fachpersonen die **Qualität der Diabetesbetreuung** im Wallis als **zufriedenstellend oder sogar sehr zufriedenstellend** (73%). Dies entspricht auch der generellen Einschätzung von Seiten der befragten Patienten/-innen sowie von den Fachpersonen des Lenkungsausschusses. Der Bericht der Kohorte Diabetes-Qualität Wallis 2023 bestätigt, dass die grosse Mehrheit der Kontrolluntersuchungen – bis auf die Kontrolle der Füsse und des Langzeit-Blutzuckerwerts (HbA1c-Wert), regelmässig durchgeführt werden. Allerdings haben viele keine Behandlungsziele für den HbA1c-Wert und Blutdruck.

Präventive Praktiken der Fachpersonen, die durch Aktion Diabetes gestärkt werden, sind die **Sensibilisierung für die interprofessionelle Zusammenarbeit, die Durchführung von**

Screenings, die Vermittlung von Patienten/-innen an die Diabetesverbände sowie generell ihre Sensibilisierung für das Thema Diabetes. Dies ist durch folgende strukturelle Massnahmen erfolgt:

*Wirkungen auf das **Wissen über Diabetes, Einstellung und Verhalten** der Fachpersonen*

Es wurden Schulungen entwickelt und umgesetzt: Fachpersonen werden durch Aktion Diabetes geschult (Wissen), sensibilisiert (Einstellung) und in das Projekt einbezogen (Verhalten). Die Schulungen erfahren hohe Wertschätzung hinsichtlich Erkenntnisgewinn und niederschwelligem Austausch unter den Teilnehmenden. Jedoch gibt es mittlerweile auch eine gewisse Sättigung z.B. bei den medizinischen Praxisassistenten/-innen mit Hinblick auf die Schulungen.

Die Website aktiondiabetes.ch sowie die DiabApp wurden aufgebaut, worüber für Fachpersonen und Patienten/-innen (Wissen & Verhalten) relevante Informationen bereitgestellt werden: Inwiefern die Nutzung der Website und der App zur Verbesserung der Interprofessionalität oder der Diabetesversorgung beiträgt, kann bis dato noch nicht beurteilt werden, v.a. weil die volle Funktionalität dieser beiden Instrumente noch nicht gegeben ist.

Es wurden wichtige **Partnerschaften** im Zusammenhang mit der Diabetesversorgung aufgebaut und die Akteure arbeiten besser zusammen (Einstellung & Verhalten). Bis dato hat es sich jedoch nicht dahingehend entwickelt, dass die medizinischen Praxisassistenten/-innen die Rolle des Patientencoachs übernehmen (Weiterbildung mit eidg. Fachausweis zur medizinischen Praxiskoordinatoren/-innen). Gründe sind, dass in den Arztpraxen eine andere Kultur, die mehr auf Versorgung als auf Patientencoaching ausgerichtet ist, gelebt wird, eine fehlende OKP-Finanzierung sowie die generelle Überlastung der medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten.

Konkret versuchte Aktion Diabetes in mehreren Bereichen, insbesondere die administrativen und finanziellen Prozesse und Praktiken als Voraussetzung für die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu harmonisieren (Verhältnisse). Beispiele für die Schaffung dieser wichtigen Rahmenbedingungen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind:

- Die **Kooperationsvereinbarung** zwischen den Diabetesverbänden AVsD/Diabetes Oberwallis und der Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren (GVCMS), bei der die Verhandlungen unter der Schirmherrschaft von Aktion Diabetes erfolgten. Dabei ging es spezifisch um die Finanzierung der Schulungen für SMZ durch Aktion Diabetes und übergeordnet um die Harmonisierung der Abrechnungspraxis.
- Das interne, **standardisierte Monitoring** der AVsD, das nun auch auf Deutsch verfügbar ist, auch von der Diabetes Oberwallis verwendet wird und nun Teil des Leistungsvertrags zwischen dem Kanton und beiden Verbänden geworden ist.
- Eine **Vereinbarung über die Zusammenarbeit mit Podologen**: In diesem Zusammenhang wurden alle Ärzte/-innen des Kantons über die Arbeitsmodalitäten zwischen den Diabetesverbänden und Podologen/-innen informiert.

4.3 Wirkungen auf die Interprofessionalität

Wurde die inter- und/oder multidisziplinäre Zusammenarbeit verbessert? Wenn ja, zwischen wem? Wurden Schnittstellen innerhalb und/oder ausserhalb der Gesundheitsversorgung verbessert? Wenn ja, inwiefern?

Ein Teil der vorher beschriebenen Wirkungen auf struktureller Ebene hat auch einen Bezug zur Interprofessionalität in der Diabetes-Behandlung. Generell ist festzustellen, dass Fachpersonen im Wallis verstärkt für das **Thema Diabetes (Wissen)** und die **Bedeutsamkeit der Interprofessionalität in der Diabetesversorgung im Wallis von Fachpersonen sensibilisiert sind (Einstellung)**. Es wurde eine Dynamik in Gang gesetzt, die sich konkret an folgenden Stellen zeigt:

- Aktion Diabetes erhöhte den Bekanntheitsgrad des Themas Diabetes und Interprofessionalität unter Fachpersonen (Wissen).
- Pflegefachpersonen in Alters- und Pflegeheimen kannten die Diabetesverbände vor dem Start von Aktion Diabetes nicht. Dank der von Aktion Diabetes organisierten Schulungen sind diese Pflegefachpersonen nicht nur geschult (direkt oder als interne Kaskade), sondern kannten auch die Diabetesverbände und ihre Rolle (Wissen, Einstellung).
- Bei der Ärzteschaft entstand allmählich eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit, insbesondere bei der jüngeren Generation von Ärzten/-innen (Einstellung). Dies ist nicht nur, aber **auch bedingt durch Aktion Diabetes**, besonders durch die interprofessionellen Schulungen und regelmässige Botschaften über die Bedeutung der Interprofessionalität. Weiterhin erschwert wird dies durch das ungelöste Problem der Finanzierung von medizinischen Praxisassistenten/-innen für diese Koordinationsaufgaben.
- Die Anzahl der durch die Diabetesverbände betreuten Patienten/-innen durch Überweisung von Ärzten/-innen hat fortlaufend zugenommen, was auch die Rolle der Verbände in der kantonalen Landschaft widerspiegelt (Verhalten).
- Die AVsD und die Diabetes Oberwallis überweisen regelmässig Patienten/-innen an Ernährungsberater/-innen (Verhalten).
- Aus Sicht der befragten Oberwalliser Patienten/-innen²⁵ funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit gut. Es wurde sehr geschätzt, dass die Diabetesberatungen jeweils gemeinsam mit der Diabetesfachberatung sowie mit dem/r Diabetologen/-in stattfinden. Der Austausch mit den Hausärzten/-innen funktioniert aus Sicht der Patienten/-innen gut. Veränderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Verlauf der Projektdauer wurden jedoch nicht festgestellt.
- Laut der befragten Patienten/-innen im Unter- und Mittelwallis funktioniert die Zusammenarbeit unter den Pflegefachpersonen gut. Sie fühlen sich generell gut betreut und begleitet, jedoch ist die Koordination zwischen Hausarzt/-ärztin und weiteren Fachpersonen, insbesondere Diabetologen/-innen, ausbaufähig. Die Koordination ist weiterhin zu sehr von den

²⁵ Zur Einordnung: Alle befragten Patienten/-innen werden von der Praxis der Diabetologin betreut, die mit den beiden beratenden Pflegefachpersonen zusammenarbeitet.

Leistungen von Einzelpersonen abhängig und weniger von strukturellen Rahmenbedingungen. Erschwert wird die Behandlung durch den Mangel an Hausärzten/-innen.

Die Interprofessionalität zeigt sich im Behandlungspfad: Im Durchschnitt aller Patienten/-innen beider Verbände wurde jeder Patient und jede Patientin im Verlauf der Diabetesberatungen von durchschnittlich **4.4 Fachpersonen** unterschiedlicher Professionen betreut (10.2019 bis 09.2022). Hier unterscheiden sich die Patienten/-innen der beiden Verbände nur leicht (Diabetes Oberwallis: 4.6, AVsD: 4.4).

Über die gesamte Erfassungsdauer im Rahmen des Monitorings sind gesamthaft **80% der Patienten/-innen von ≥ 4 Fachpersonen unterschiedlicher Professionen betreut** oder beraten worden. Berücksichtigt wurden hierbei nur diejenigen Patienten/-innen, die mindestens 2 Beratungen in Anspruch genommen haben. Dieser Anteil unterscheidet sich in den Verbänden leicht (Diabetes Oberwallis: 87%, AVsD: 78%).²⁶

Die Datenerhebung bei den durch die beiden Verbände beratenen Patienten/-innen hat gezeigt, dass sie am häufigsten von folgenden **Fachpersonen** begleitet wurden:

- **Hausarzt/-ärztin** (89% aller Patienten/-innen).
- Im Oberwallis wurden fast alle Patienten/-innen neben dem/r Hausarzt/-ärztin von einem/r **Diabetologen/-in** (96%) und von einem/r **Diabetesberater/-in** (98%) betreut.
- Da die Diabetesberatungen bei Diabetes Oberwallis durch **Diabetesberater/-innen durchgeführt** werden, wurden alle Patienten/-innen durch diese Fachpersonen begleitet.
- Bei der AVsD hingegen wurden alle Patienten/-innen entweder von einer **spezialisierten Pflegefachperson (Fusspflege)** oder von einer **Pflegefachperson** begleitet (54%, respektive 51%).
- Viele Patienten/-innen wurden in beiden Verbänden zusätzlich durch **Augenärzte/-innen** (59%) und ein Viertel auch von **Ernährungsberatern/-innen** betreut (26%).

Da die Patienten/-innen praktisch immer von mehreren Fachpersonen begleitet werden, ist eine Analyse der **Kombinationen der begleitenden Fachpersonen** spannend. Die häufigsten Kombinationen (in absteigender Häufigkeit) spiegeln auch die häufigsten Komplikationen und klinischen Manifestationen einer Diabeteserkrankung wider:²⁷

- Hausarzt/-ärztin + Augenarzt/-ärztin
- Hausarzt/-ärztin+ Diabetologe/-in
- Diabetologe/in + Augenarzt/-ärztin
- Hausarzt/-ärztin + (spezialisierte) Pflegefachperson

Aktion Diabetes ist bestrebt die Fusspflege/Podologie in die Diabetes-Behandlung zu integrieren: Der Lenkungsausschuss von Aktion Diabetes ist sich bewusst, dass es immer noch zu

²⁶ Werden auch diejenigen mit nur einer Beratung berücksichtigt, liegt der Anteil derjenigen mit mind. 4 Fachpersonen bei 41%.

²⁷ Fehlend ist die Podologie.

viele Komplikationen an den Füssen gibt.²⁸ Daher wurden Podologen/-innen in die Diabetes-Kampagne 2022 einbezogen und waren an den Ständen präsent, wo sie kostenlose Fusspflege für Menschen mit Diabetes durchführten. 2023 wurde ein Poster für das Pflegepersonal erstellt, um auf die Bedeutung von Komplikationen an den Füssen aufmerksam zu machen. Dies ermöglichte Folgendes:

- Das Bewusstsein für die Bedeutung der Fusspflege in der Diabetes-Behandlung zu schärfen.
- Die Notwendigkeit der Pflege zu überprüfen. Ein grosser Teil der Patienten/-innen, die diese Möglichkeit an manchen Ständen nutzten, hatten schlechte Füsse, obwohl sie von einem/r Allgemeinmediziner/-in auf Diabetes behandelt wurden.
- Ausserdem wird derzeit eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit zwischen der AVSD/Diabetes Oberwallis und den Podologen/-innen ausgehandelt.

Interprofessionalität aus Sicht der Fachpersonen

Von den befragten Fachpersonen arbeiteten **66% vernetzt mit anderen Fachpersonen** (N=330 bei dieser Frage). Die restlichen 34% haben angegeben, dass sie eher allein arbeiten und sich darauf verlassen, dass der/die Patient/-in die Koordination mit anderen Fachpersonen übernimmt.

Diejenigen, die mit anderen Fachpersonen zusammenarbeiten, arbeiten meistens mit Hausärzten/-innen, mit Diabetologen/-innen, Endokrinologen/-innen, Pflegefachpersonen in APH oder SMZ, Ernährungsberater/-innen sowie mit Podologen/-innen zusammen (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Zusammenarbeit der Fachpersonen (N = 217)

Fachperson	N	%
Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin, in Praxis	163	75%
Arzt/Ärztin für Diabetologie/Endokrinologie, in Praxis	133	61%
Pflegefachmann/-frau in APH oder SMZ	105	48%
Ernährungsberater/in	86	40%
Podologe/in	77	35%
FaGe in APH oder SMZ	59	27%
Apotheker/in	41	19%
Andere Funktionen	37	17%
Arzt/Ärztin für Augenheilkunde, in Praxis	26	12%
Medizinische/r Praxisassistent/in, in Praxis	22	10%
Orthopädienschuhmacher/in	22	10%
Arzt/Ärztin, in Klinik	16	7%
Fachmann/-frau Apotheke	15	7%
Arbeitnehmer/in im Sozialbereich (RAV, SAH, Sozialhilfe, andere Institution usw.)	14	6%
Arzt/Ärztin, andere Fachrichtung, in Praxis	6	3%
Arzt/Ärztin, Gynäkologe/Gynäkologin, in Praxis	3	1%

²⁸ Die Kohorte zeigt auch den Bedarf an regelmässiger Fusspflege: dies war eine der Empfehlungen im Bericht 2021 und wird im Bericht 2022 erneut erwähnt.

Einschätzung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Gut zwei Drittel der Fachpersonen erachtet **die interprofessionelle Zusammenarbeit als eher gut (48%) bis sehr gut (11%)**. Etwa die Hälfte Fachpersonen gaben an, dass sie versuchen im Allgemeinen und wenn nötig, ihr Handeln untereinander zu koordinieren. Etwa ein **Fünftel der Fachpersonen** hat jedoch angegeben, dass sie ihre Massnahmen **nur koordinieren**, wenn sie sich **bereits kennen** und/oder wenn sie **Zeit dafür haben** (18%). Insgesamt besteht demnach bereits eine **Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit, die weiter ausbaufähig ist**.

Einschätzung des Beitrags von Aktion Diabetes

Von denjenigen, die das Projekt Aktion Diabetes kannten und beurteilen konnten, ob das Projekt zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit beigetragen hat, haben **43%** angegeben, dass das Projekt **spürbar dazu beigetragen hat** und weitere **46%**, dass das Projekt **ein wenig dazu beigetragen** hat. Die Einschätzung derjenigen, die das Projekt kennen und eine Einschätzung dazu abgeben können fällt daher mit insgesamt mit **89% sehr positiv** aus.²⁹

Von denjenigen, die angegeben haben, dass das Projekt ein wenig oder spürbar eine Wirkung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit hatte, wurden folgende Erfolgsfaktoren genannt (N=108 Antworten, Mehrfachauswahl möglich):

- Die interprofessionelle Weiterbildung von Aktion Diabetes (43%);
- Die Früherkennungskampagnen von Aktion Diabetes in Apotheken und Arztpraxen (38%);
- Die Website von Aktion Diabetes (37%);
- Soziale Netzwerke und die Medien (15% respektive 14%);
- Sonstiges: Sensibilisierung der Fachpersonen, die in die Diabetesbetreuung involviert sind sowie Sensibilisierung der breiten Bevölkerung.

Wirkungen auf das Verhalten der Fachpersonen in Bezug auf Diabetes

Bei den Fachpersonen zeigten sich einzelne Wirkungen auf Verhaltensebenen. Sie unterstützen die von den Diabetesverbänden durchgeführten Screenings der Allgemeinbevölkerung und vermehrt Patienten/-innen an die Diabetesverbände. Patienten/-innen werden vermehrt interprofessionell durch verschiedene Fachpersonen versorgt. Ausserdem beteiligten sich diverse Fachpersonen aktiv an der Rekrutierung von Patienten/-innen für die Diabetes-Kohorte.

²⁹ Die andere Hälfte (53%) der befragten Multiplikatoren/-innen konnte nicht beurteilen, ob das Projekt Aktion Diabetes dazu beigetragen hat, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

5 Wirkungen bei den Patienten/-innen

Wie viele Patienten/-innen (bzw. Angehörige) haben profitiert (z.B. teilgenommen)? Bei wie vielen Betroffenen konnte ein Hinweis auf Wirkungen nachgewiesen werden?

Trotz der ersten Veränderungen innerhalb der interprofessionellen Diabetesversorgung im Wallis aufgrund Aktion Diabetes ist es noch zu früh, um auf **Ebene der Patienten/-innen** detaillierte Aussagen zur Erreichung der intendierten Wirkungen des Projekts Aktion Diabetes (Selbstmanagement der Krankheit, Verbesserung der Lebensqualität, Vorbeugung von Diabetes) zu treffen. Generell gilt, dass klare Auswirkungen des Projekts auf Ebene der Betroffenen erst **längerfristig sichtbar sein werden**. Bei den nachfolgend aufgezeigten Wirkungen auf Ebene Wissen, Einstellung, Verhalten und Gesundheit bleibt daher bei vielen Dimensionen unklar, welche Resultate effektiv auf das Projekt zurückgeführt werden können. Diese Erkenntnis geht einher mit der CoDiab-VD-Kohortenstudie (Cohorte des patient-e-s diabétiques du canton de Vaud (Suisse), 2011-2017), die aufzeigte, dass das kantonale Diabetesprogramm Waadt nach 5-6 Jahren kaum Auswirkungen auf die Klinik hatte (Antille-Zuercher et al. 2018).

Zur Erreichung von Patienten/-innen:

- Während den Kampagnen der Jahre 2021 und 2022 sowie während des Walliser Erlebnis Marathons wurden insgesamt 2'521 Personen mit grösstenteils erhöhtem Diabetesrisiko aus der Allgemeinbevölkerung getestet. Im Durchschnitt waren es demnach ca. 720 Personen pro Jahr von 2020 bis Mitte 2023 (Zielwert 500 Personen pro Jahr).
- Es wurden 52 Personen im Sozialmedizinischen Zentrum Oberwallis im Rahmen eines Früherkennungsprojekts im Jahr 2020 getestet.
- 411 Patienten wurden für die Kohorte Diabetes Wallis rekrutiert.

Auf längere Sicht ist auch zu prüfen, ob Aktion Diabetes mit den angebotenen Ressourcen (App, Website, Angebote der Diabetesverbände usw.) vorrangig «neue Diabetiker/-innen» anspricht, die direkt mittels dieser Ressourcen mit dem Diabetesmanagement beginnen. Im Gegensatz zu den «alten Diabetikern/-innen», die sich bereits an die Gegebenheiten ihrer Diabeteserkrankung und das Diabetesmanagement gewöhnt haben.

Hinweise auf Wirkungen bei den Patienten/-innen: Entwicklung des Selbstmanagements der Krankheit (Stärkung von Wissen / Fähigkeiten / Empowerment / Lebensstiländerung)

*Wirkungen auf das **Wissen** der Patienten/-innen über Diabetes*

Die Diabetesverbände leisteten jährlich ca. 1'340 bis 2'000 Beratungsstunden, plus die AVsD ca. 1'350 bis 1'700 Stunden Fusspflege. Darüber wurden Patienten/-innen für ihre Erkrankung sensibilisiert sowie Wissen zum Diabetes vermittelt

Aktion Diabetes fokussierte ab 2021 mit den Früherkennungskampagnen und Sensibilisierungskampagnen stärker auch auf die Patienten/-innen. Die Evaluation konnte aufzeigen, dass sich die Patienten/-innen sehr gut versorgt und von den Verbänden AVsD und Diabetes Oberwallis gut abgeholt fühlen. Dies ist aber nicht zwingend auf die Leistungen des Projekts Aktion

Diabetes zurückführbar. Stattdessen haben die befragten Patienten/-innen in den letzten zwei Jahren keine Veränderungen in ihrer Diabetesversorgung wahrgenommen. Das Projekt Aktion Diabetes dient ihrer Meinung nach hauptsächlich der Information, Prävention und Erkennung. Langjährige Diabetespatienten fühlen sich eher nicht angesprochen und spüren keine Auswirkungen.

Aus den erhobenen Daten aus der Kohorte geht hervor, dass sich 89% der Befragten diagnostizierten Diabetiker/-innen der Kohorte sehr gut oder eher gut über Diabetes informiert fühlen. Dies bestätigte auch die Verlaufsuntersuchung zwischen 2020/21 und 2022/23, wonach sie mehrheitlich zufrieden mit ihrem Informationsstand über Diabetes zufrieden blieben. Die Themen, über die sich die Kohortenteilnehmenden am häufigsten mehr Informationen wünschten, sind die Erstattung von Leistungen für Diabetiker/-innen oder die finanziellen Aspekte der Diabetesbehandlung (40%), Ernährung (37%), und mögliche Komplikationen von Diabetes und die Pflege und Überwachung, die zur Vermeidung dieser Komplikationen durchgeführt werden müssen (35%) (Gesamtkohorte).

Ärzte/-innen schienen die **wichtigste Informationsquelle** zu sein (78%), noch vor den Verbänden (50%) (Gesamtkohorte). In den Jahren 2022/23 berichteten die Teilnehmenden, dass im Vergleich zu 2020/21 die Walliser Diabetesverbände, das Internet und die Medien für sie weniger relevante Informationsquellen in Bezug auf ihre Diabeteserkrankung waren. Ausserdem berichtete ein höherer Anteil, dass sie bereits vom Langzeit-Blutzuckerwert (HbA1c) gehört haben. was für eine verbesserte Kenntnis über das Diabetesmanagement steht (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T9).

*Wirkungen auf die **Einstellung** der Patienten/-innen in Bezug auf Diabetes*

Zum Empowerment und Selbstmanagement der Krankheit gehört, dass die Patienten/-innen Anlaufstellen für Informationen und Behandlung kennen. 83% der in die Kohorte aufgenommenen Patienten kannten die Diabetesverbände (Zielwert = 80%). Es wurden jedoch 69% der Teilnehmenden der Kohorte von den Verbänden und weitere 9% über Aktion Diabetes rekrutiert.

*Wirkungen auf das **Verhalten/Selbstmanagement** der Patienten/-innen in Bezug auf Diabetes*

77 % von allen Patienten/-innen der AVsD und 82% von Diabetes Oberwallis (inkl. Fusspflege der AVsD) erreichten ihr Behandlungsziel. Dies kann als ein Indiz für die Qualität der Beratungen und indirekt allenfalls auch für die für Qualität der Aktivitäten von Aktion Diabetes gewertet werden.

Die häufigsten Ziele der Patienten/-innen waren über beide Verbände hinweg laut des Monitorings die folgenden (N=1'653):

- Verbesserung/Management des HbA1c Wertes (55.8%)
- Fusspflege (40.9%)
- Verbesserung der Ernährung (36.4%)
- Körperliche Aktivität (31.9%)
- Grundkenntnisse der Krankheit erlangen (9.6%)

In Bezug auf das Setzen von Zielen mit dem Arzt – ein wichtiges Element, um den Patienten/die Patientin stärker in die Behandlung einzubeziehen und Ausdruck des Empowerments der Patienten/-innen – war in der Kohortenstudie ein höherer Anteil der Teilnehmenden zu verzeichnen, die ein Ziel für den Blutdruck gesetzt hatten (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T6).

Aus der Selbsteinschätzung der in der Evaluation befragten Patienten/-innen aus Fokusgruppen und telefonischen Interviews ging hervor, dass fast alle ihre Krankheit gut selbst managen können. Die eigene Disziplin sei dabei entscheidender als die Behandlung durch Fachpersonen.

Zum Selbstmanagement von Diabetes gehört ein angepasstes Gesundheitsverhalten wie ausgewogene Ernährung und regelmässige körperliche Aktivität (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T4). Die Ergebnisse der Kohortenstudie legen nahe, dass zwischen 2020/21 und 2022/23 ein geringerer Anteil der Teilnehmenden die Empfehlungen für Ernährung und körperliche Aktivität befolgte.³⁰ Positiv entwickelte sich die Nutzung digitaler Tools: Der Anteil der Kohortenteilnehmenden, die digitale Tools nutzten, insbesondere vernetzte Blutzuckermessgeräte, stieg im Erhebungszeitraum (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T5).

³⁰ D.h. Verzehr von 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag und ausreichend Bewegung entsprechend der Bewegungsempfehlungen.

Zu einem guten Diabetesmanagement gehört auch die regelmässige Kontrolle durch Gesundheitsfachpersonen. Diesbezüglich zeigten sich in der Verlaufsuntersuchung der Kohorte kaum Unterschiede in der Häufigkeit der durchgeführten Kontrollen, mit leichtem Rückgang von Kontrollen des Cholesterinspiegels (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T7).

*Wirkungen auf die **Gesundheit** der Patienten/-innen*

Lebensqualität

Ein wichtiges Ziel des Diabetesmanagements ist zudem die **Förderung der Lebensqualität**. Ein grosser Teil (66%) der im Monitoring der Verbände erfassten Patienten/-innen beurteilte die eigene **Lebensqualität** im Verlauf der Projektdauer als **gut oder sehr gut** (N=1803). Hier gibt es keine Unterschiede zwischen den beiden Verbänden (AVsD 67%/ Diabetes Oberwallis 65%).

66% der Teilnehmenden der Kohorte beurteilten ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut. Die Teilnehmenden berichteten grösstenteils, unabhängig zu sein (87%), keine Probleme bei der Verrichtung von Alltagsaktivitäten zu haben (67%), keine Angst/Depression zu haben (62%) sowie mobil zu sein (56%). Hingegen gaben 61% leichte bis mittlere und 8% schwere bis extreme Schmerzen zu haben.

Die Verlaufsuntersuchung der Kohortenstudie (N=159) bestätigte diese gute Einschätzung der Lebensqualität: Zwischen 2020/21 und 2022/23 blieb die selbst-wahrgenommene Lebensqualität relativ gut und stabil. Zudem berichteten mehr Teilnehmende von keinen Problemen mit Schmerzen und Beschwerden (Anteil der Personen ohne Probleme von 30% auf 35%). Hier muss der Alterseffekt beachtet werden, weshalb stabile Verläufe von Gesundheitsdeterminanten in einer Population älterer Personen (Durchschnittsalter zum Messzeitpunkt 2 65 Jahre) positiv zu beurteilen ist (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T1).

Komplikationen

Die Erleichterung des Diabetesmanagements kann dazu beitragen, die mit dem Diabetes verbundenen Komplikationen zu verringern bzw. zu verhindern. Die Ergebnisse der Kohortenstudie zeigten keinen Unterschied zwischen 2020/21 und 2022/23 bezüglich des Anteils der Teilnehmenden, die über Komplikationen berichteten (vgl. Bericht der Kohorte 2023, Tabelle T8). Die Mehrheit (69% bis 92%) berichteten 2022/23 von **keinen Komplikationen** wie hoher Cholesterinspiegel, hoher Blutdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Retinopathie, perforierende Fusskrankheit, Niereninsuffizienz oder Amputation einer Gliedmasse (sortiert nach Anteil).

6 Impact

Inwiefern finden sich Hinweise, dass Lebensqualität und Autonomie von Patienten/-innen, durch das Projekt verbessert werden? Inwiefern finden sich Hinweise, dass durch das Projekt deren Behandlungsbedarf vermindert wird?

Auf Impact-Ebene kann die Evaluation nur Hinweise auf potenzielle Wirkungen aufzeigen und keine stichhaltigen bzw. beobachtbaren Erkenntnisse, da sich Wirkungen des Projekts Aktion Diabetes und eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit erst über einen längeren Zeitraum bei den Patienten/-innen zeigen.

Die befragten Fachpersonen und die Mitglieder des Lenkungsausschusses sehen bei Aktion Diabetes das Potenzial, dass durch die umgesetzten Massnahmen auf längere Sicht die Lebensqualität und Autonomie von Walliser Diabetes-Patienten/-innen verbessert werden kann. Aus den vorliegenden Informationen lässt sich ableiten, dass die Lebensqualität und das Selbstmanagement der Diabetes-Erkrankung der Walliser Diabetes-Patienten/-innen unabhängig vom Projekt Aktion Diabetes gut sind. In Bezug auf den Behandlungsbedarf hat das Projekt Aktion Diabetes zum Ziel, dass Diabetes-Patienten/-innen je nach Ausprägung des Krankheitsbildes durch verschiedene Fachpersonen betreut werden. Es liegen aktuell keine belastbaren Hinweise vor, dass sich die Inanspruchnahme von Behandlungen durch Aktion Diabetes erhöht oder reduziert hat.

Laut dem Bericht der Kohortenstudie scheint die Mitgliedschaft in den Walliser Diabetesverbänden einen positiven Beitrag zur Einhaltung der Präventionsmassnahmen (regelmässige Kontrollen gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)), zum Wissen über Diabetes und zur Nutzung von Tools im Zusammenhang mit der digitalen Gesundheit zu leisten. Jedoch ist die Anzahl der Teilnehmenden in der Kohorte, die weder Mitglied der AVsD noch der Diabetes Oberwallis sind, relativ gering. Ausserdem ist es schwer zu sagen, ob die Mitgliedschaft in einem der Verbände zu einem erhöhten Bewusstsein für die Überwachung der eigenen Krankheit führt oder umgekehrt. Kurz gesagt: Dieser Befund ist derzeit noch fragil und muss in Zukunft überprüft werden.

Perspektivisch misst die Kohorte verschiedene Indikatoren, um die Entwicklung folgender Aspekte der Diabetesversorgung zu betrachten:

- Das Ernährungsverhalten der Walliser Diabetespatienten/-innen nach den Normen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE);
- Ihre präventive Betreuung (Überwachung relevanter Aspekte ihres Gesundheitszustands zur Vermeidung von Komplikationen) gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie;
- Ihre Konsultation verschiedener Gesundheitsfachpersonen, was in Richtung einer stärkeren interprofessionellen Betreuung geht (Outcome-Ziel von Aktion Diabetes), bei der der Hausarzt /die Hausärztin nicht mehr der einzige Akteur ist;
- Ihre Kenntnisse über Diabetes (Outcome-Ziel der Aktion Diabetes);

- Ihre Nutzung von digitalen Instrumenten, was die Relevanz der Investitionen von Aktion Diabetes in die Website und DiabApp beurteilen kann.

Die Kohorte hat damit das Potenzial über einen längeren Zeitraum die Auswirkungen des Projekts Aktion Diabetes zu betrachten.

7 Fazit und Empfehlungen

7.1 Fazit

7.1.1 Fazit zur Zielerreichung

Das Projekt Aktion Diabetes bot die Gelegenheit, ein Modell zur sekundären und tertiären Prävention einer der – in Bezug auf Prävalenz und Kosten – wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten zu erproben. Das Projekt basierte auf der Verstärkung

- des Screenings und des Empowerments von Patienten/-innen und Risikopersonen,
- der Kompetenzen der betreffenden Fachpersonen,
- ihrer interprofessionellen Zusammenarbeit, indem die beiden Walliser Diabetesverbände in den Mittelpunkt des Systems gestellt werden sollten;

Die Originalität des Projekts liegt insbesondere in der Art und Weise, wie das Projekt zu dieser Verstärkung beiträgt. Dies lässt sich folgendermassen charakterisieren:

- Nutzung der verfügbaren Technologien (EPD, GPP, DiabApp), Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit;
- Management des Projekts entlang einer Vision (und nicht der Roadmap) als Kompass und in täglich anpassungsfähiger opportunistischer Weise («Was ist heute möglich, um sich in Richtung der Vision zu bewegen?» und nicht «Was ist der nächste Schritt, der in der ursprünglichen Roadmap geplant ist?»).

Mit Hinblick auf die Zielerreichung fällt die summative Beurteilung für die gesamte Projektlaufzeit von 2019 bis Mitte 2023 **gesamthaft positiv** aus. Die Erreichung der gesetzten Zielwerte von Aktion Diabetes kann insgesamt **positiv beurteilt** werden. **Es wurden alle Zielwerte erreicht oder teilweise erreicht.** Der Zielwert bzgl. Ziel I.2.1 ist per Ende Laufzeit des Projekts **teilweise erreicht**, da die Übermittlung von Berichten in der App noch nicht möglich war («Anzahl der Fachpersonen, die Berichte in die mobile Anwendung hochladen oder herunterladen (50)»). Zur Überprüfung eines Zielwerts liegen zum Zeitpunkt der Schlussbeurteilung keine belastbaren Informationen vor (Zahl der Fachpersonen, die regelmässig mit mindestens 1 anderen Fachperson bei der Behandlung von Diabetikern/-innen zusammenarbeiten). Wir stellen fest, dass sich verschiedene Aspekte wie die interprofessionelle Zusammenarbeit, Schulungen von Fachpersonen sowie die Umsetzung von Vorsorgeuntersuchungen in der Diabetesversorgung im Wallis positiv entwickelt haben. Deren Auswirkungen werden erst über einen längeren Zeitraum ersichtlich sein.

7.1.2 Wirksamkeit und Effizienz

Inwiefern ist das Projekt wirksam und effizient? Welche Kosten sind pro erreichtem Patient/-in bzw. pro erreichtem Multiplikator/-in angefallen? (Schätzung)

Aktion Diabetes ist ein **komplexes Projekt**, das durch die Förderung der **Interprofessionalität** in der Versorgungskette **zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von an Diabetes Erkrankten** im Kanton Wallis beiträgt. Das Projekt trifft damit den Geist der Zeit und entspricht dem Weiterentwicklungsbedarf des Gesundheitssystems und den Bedürfnissen der Patienten/-innen und Fachpersonen. Die Verbesserung der Interprofessionalität ist zugleich **ein sehr ambitioniertes Anliegen** und das Projekt an sich wurde ehrgeizig konzipiert mit Hinblick auf die verschiedenen Themen- und Massnahmenbereiche, die parallel beeinflusst werden sollten (Früherkennungsuntersuchungen, Schulungen, Nutzung neuer digitaler Hilfsmittel, Empowerment, Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit). Eine Beschränkung auf einzelne Themen, Massnahmen und Ziele wäre im Projektverlauf allenfalls effizienter gewesen, um die beschränkten Ressourcen fokussiert auf einzelne Wirkungsziele einzusetzen.

Über die gesamte Projektlaufzeit gab es diverse Schwierigkeiten bei der Projektorganisation und -umsetzung in der Zusammenarbeit mit den Projektpartnern/-innen. Diese Schwierigkeiten haben die bestmögliche Wirkungsentfaltung des Projekts mit Hinblick auf die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und auf die Rolle der Diabetesverbände als zentrale Partner in der Diabetesversorgung erschwert. Aktion Diabetes hat die Umsetzung jedoch fortlaufend zweckmässig angepasst und an Herausforderungen angepasst.

7.1.3 Relevanz des Projekts (Bedarfs- und Bedürfnisorientierung) und präventive Praktiken

Inwiefern ist das Projekt zweckmässig (relevant, bedarfsgerecht)? Inwiefern kann durch das Projekt ein Angebot geschaffen werden, das den Bedürfnissen der Akteure in der Gesundheitsversorgung entspricht?

Insgesamt kann Aktion Diabetes als relevant für die Walliser Diabetesversorgung eingestuft werden. Dies aufgrund der Übereinstimmung der Projektziele und -massnahmen mit den Bedürfnissen der Patienten/-innen und der Fachpersonen. Es haben sich verschiedene Aspekte der Diabetesversorgung positiv entwickelt, deren Auswirkungen erst über einen längeren Zeitraum ersichtlich sein werden.

Relevanz für Patienten/-innen

Auf der Ebene der Patienten/-innen kann davon ausgegangen werden, dass einer von drei Diabetikern im Wallis nicht diagnostiziert ist. Das sind Personen, die keinen behandelnde/n Ärztin/Arzt oder eine hohe Franchise und wenig Mittel haben, die sich der Pflege entziehen und somit «ausserhalb» des Therapie-/Pflegetages sind. Bei Personen mit Hausarzt/-ärztin und potenziellem Risiko, wird in der Regel ein Diabetes-Screening durchgeführt. Dies unterstreicht die **Relevanz der Screening-Komponente von Aktion Diabetes**, die auf Personen abzielt, die nicht in das Gesundheitssystem eingebunden sind. Ebenso zweckmässig war es

im Jahr 2023 nicht eine erneute Kampagne wie bisher durchzuführen, die sich auf das Screening und die Verbesserung des Wissens/der Behandlung konzentriert, sondern auf die körperliche Aktivität/Bewegung und ihre zentrale Bedeutung für das Diabetesmanagement und die Verhinderung einer Verschlechterung (tertiäre Prävention).

Einige der von Aktion Diabetes umgesetzten oder kommenden Massnahmen entsprachen bereits teilweise den Empfehlungen aus der Kohortenstudie:

- Häufigere Kontrolle der Füsse und des HbA1c-Wertes: Aktion Diabetes hat Podologen/-innen in die Diabetes-Kampagne 2022 einbezogen (Präsenz an Ständen, Fussbehandlungen). Ausserdem wird eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit Podologen ausgearbeitet und für das Thema sensibilisiert.
- Grosser Anteil Diabetiker/-innen mit unzureichender körperlicher Aktivität und zu wenig Ratschläge von Seiten der Ärzteschaft bzgl. körperlicher Aktivität: Aktion Diabetes hat am Walliser Erlebnis Marathon teilgenommen.
- Verbesserung der Informationen über die Rolle der nicht-ärztlichen Berufsgruppen und Förderung ihrer Beteiligung an der Entwicklung einer interprofessionellen Behandlung: Dieses Ziel verfolgt Aktion Diabetes mit allen Massnahmen.

Relevanz für Fachpersonen

Es gibt unter den Walliser Gesundheitsfachleuten (inklusive Ärzteschaft) keinen Konsens, vor allem aber kein eindeutiges und gemeinsames Verständnis davon, was eine gute Diabetesbehandlung ausmacht. Dies bestätigt die Relevanz der von Aktion Diabetes umgesetzten **Schulungen** (APH, SMZ, interprofessionell).

In den letzten zwei Jahren gab es eine deutliche Verbesserung im Bereich der **Kommunikation** von Aktion Diabetes. Unter Fachpersonen besteht die Ansicht, dass man mit dem Projekt damit den richtigen Weg gegangen ist. **Die Interprofessionalität und die Rolle der Verbände als zentraler Akteur im Diabetes-Management wurde bereits gefördert, kann aber noch weiter gestärkt werden.** Dies braucht weiterhin Zeit sowie eine gute Kommunikation, ein gutes Netzwerk und eine gute Zusammenarbeit unter Fachpersonen mitsamt dem gemeinsamen Verständnis und Willen zur Verbesserung der Diabetesversorgung.

7.1.4 Nachhaltigkeit des Projekts

Ist eine nachhaltige Integration des Projekts erfolgt/gewährleistet/geplant/möglich? (Begründung) Konnten mit Hilfe des Projekts präventive Praktiken in die Gesundheitsversorgung integriert werden, oder bestehen die notwendigen Voraussetzungen, damit dies in Zukunft erfolgen kann? (Begründung)

Im Allgemeinen beschleunigt Aktion Diabetes Trends, die bereits im Gange sind: Verbesserung der Kenntnisse von Fachpersonen, die sich mit chronischen Krankheiten befassen, Interprofessionalität, Nutzung neuer Informationstechnologien usw. Die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die öffentliche Gesundheit werden jedoch erst nach einiger Zeit sichtbar werden. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass die Hauptbestandteile des Projekts (Kohorte, Schulungen, Screening, Website, App usw.) mittelfristig aufrechterhalten werden können.

Im Laufe des Projekts wurde Folgendes im Hinblick auf seine Nachhaltigkeit umgesetzt:

- Im Hinblick auf die **interprofessionelle Zusammenarbeit** und die **Rolle der Diabetesverbände** als zentraler Akteur wurde die Strategie gewählt, mit den Hauptpartnern/-innen Vereinbarungen zu treffen, die somit auch nach dem Ende von Aktion Diabetes ihre Wirkung entfalten.
- Bezüglich der **Schulungen** wurde die Strategie gewählt, grundlegende Schulungsmaterialien (im Wesentlichen Videos und Flyer) zu erstellen und diese auf der Website des Projekts zur Verfügung zu stellen, damit sie von den verschiedenen Fachpersonen zur Unterstützung des Projekts verwendet werden können. Darüber hinaus stehen die beiden Diabetesverbände weiterhin für kostenpflichtige Schulungen von Fachpersonen (insbesondere der Alters- und Pflegeheime (APH) sowie der sozialmedizinischen Zentren (SMZ)) zur Verfügung.
- Die Walliser Gesundheitsobservatorium plant die **Kohorte «Diabetes Qualität Wallis»** weiterzuführen. Für die Fortsetzung wurden zwei Szenarien erarbeitet:
 - Szenario 1: Fortsetzung der Rekrutierung bis 500 Teilnehmende.
 - Szenario 2: Beendigung der Rekrutierung und erneute Erhebung in fünf Jahren.
- **Personalwesen:** Für die Verwaltung der Website von Aktion Diabetes, des im Rahmen von Aktion Diabetes erstellten Kommunikationsmaterials und für die Koordination mit CARA (DiabApp) hat sich der Kanton verpflichtet, 10 Stellenprozent bei den Diabetesverbänden zu finanzieren.
 - Für die **Website** ist geplant, die AVsD-Website mit der von Aktion Diabetes zusammenzuführen. Eine Zusammenführung wurde in Bezug auf die Website von Diabetes Oberwallis bisher jedoch nicht bestätigt.
 - **Kommunikation:** Die verantwortliche Person kann auf das gesamte bereits verfügbare Material zurückgreifen: Stände, Displays, Videos, Flyer, Aufkleber, didaktisches Puzzle, Poster, Kommunikationskit für verschiedene Partner, Roll-Ups sowie spezifische Dokumente. Darüber hinaus wurden Vorlagen für zukünftige Veröffentlichungen (soziale Netzwerke, Flyer, Videos, Podcasts usw.) entwickelt.

- **CARA – EPD/GPP:** Nach einer langen Pause aufgrund von Entwicklungsverzögerungen seitens CARA wurde die Zusammenarbeit im Frühjahr 2023 wieder aufgenommen. Obwohl es sinnvoll erscheint, die Zusammenarbeit auszubauen, um die Nutzung der DiabApp auf nationaler Ebene voranzutreiben, ist es noch zu früh, um das Ergebnis dieser Zusammenarbeit zu beurteilen.
- Allfällige weitere **Aufklärungs-, Präventions- und Screening-Kampagnen** könnten in Zukunft von den beiden Diabetesverbänden in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Wallis durchgeführt werden, beispielsweise im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme und unter Mitwirkung von Apotheken. Allerdings sind im Moment keine konkreten Aktionen geplant.

Wir stellen fest, dass die von Aktion Diabetes gewählte Strategie zur nachhaltigen Aufrechterhaltung der Effekte des Projektes im Kanton Wallis angesichts der Knappheit der verfügbaren Ressourcen zweckmässig ist.

Generell ist anzumerken, dass das von Aktion Diabetes entwickelte Kommunikations- und Schulungsmaterial in der ganzen Schweiz genutzt werden könnte. In diesem Sinne begrüssen wir die Tatsache, dass die Verantwortlichen von Aktion Diabetes die Initiative ergriffen haben, dieses Material an einem zukünftigen Treffen von Diabetes Schweiz vorzustellen. Auch in diesem Sinne könnte die DiabApp durch die Anbindung an CARAs EPD und den GPP zur Standard-App für das Diabetes-Management in der Schweiz werden.

7.2 Empfehlungen und übergeordnete Learnings aus der Evaluation

7.2.1 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Aktion Diabetes

Aktion Diabetes hat wichtige Grundlagen für eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Diabetesversorgung im Wallis aufgebaut. Aus der Abschlussevaluation können folgende Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Projekts abgeleitet werden:

Empfehlung 1: Fortsetzung der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Empfehlung 1a: Fortsetzung der bestehenden Massnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, d.h. Aktion Diabetes sollte weiterhin

- die Fachpersonen, die an der Diabetesversorgung beteiligt sind (u.a. medizinische Fachpersonen wie Ärzte/-innen, medizinische Fachassistenten/-innen, Apotheker/-innen und Pharma-Assistenten/-innen sowie Pflegefachpersonen), aktiv vernetzen und Austauschplattformen schaffen;
- sämtliche Berufsgruppen, die in einer Diabetesbehandlung involviert sind, für eine interprofessionelle Diabetesversorgung in physischen oder Online-Weiterbildungen schulen und sensibilisieren (u.a. mit den Lernvideos);
- spezifische Kommunikationsmassnahmen und Informationskampagnen zum Thema Interprofessionalität für Fachpersonen umsetzen.

Empfehlung 1b: Fördern der Koordination zwischen Fachpersonen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt einen Aufwand bei der Koordination zwischen verschiedenen Fachpersonen und den Bedürfnissen des/r Patienten/-in. In einzelnen Diabetes-Praxen (z.B. Diabetespraxis im Oberwallis), gibt es Diabetes-Pflegefachpersonen, die diese Koordinationsrolle übernehmen. Insgesamt gibt es drei Varianten, wie diese Koordinationsaufgabe gefördert werden könnte:

- über die Walliser Diabetesverbände;
- über spezialisierte Pflegefachpersonen in einer Praxis (oder im Spital);
- über ausgebildete med. Praxisassistenten/-innen.

Aktion Diabetes könnte bei der Walliser Ärztesgesellschaft vorstellig werden, um zu überlegen, wie gemeinsam die Zusatzausbildung der medizinischen Praxisassistenten/-innen für den Erhalt des eidgenössischen Fachausweises «**Medizinische/r Praxiskoordinator/-in**» gefördert werden könnte (vgl. diesbezüglich den Bericht des Bundesrates vom 26.10.22³¹, der das Interesse daran im Bereich Diabetes bestätigt). Eine Variante wäre auch, zumindest die Umsetzung des diabetesspezifischen Moduls der Zusatzausbildung zum/r medizinischen Praxiskoordinator/-in für die bestehenden med. Praxisassistenten/-innen zu fördern (2'000.-2'500.- CHF mit spezifischem Examen).

Empfehlung 2: Förderung der Information, Sensibilisierung, Enttabuisierung und Behandlung von Diabetes

Es sollten zusätzliche Informationskampagnen und Informationsmaterial für Fachpersonen und die breite Bevölkerung zum Thema Diabetes (Information, Sensibilisierung und Enttabuisierung) bereitgestellt werden. Ein Element dieser Informationsvermittlung sollte sein, vermehrt auf die Problematik der Insulinresistenz bei Fachpersonen und Patienten/-innen aufmerksam zu machen. Ausserdem gehört zu diesen Kampagnen die Bekanntmachung

- bestehender und mit entsprechendem Aufwand entwickelter Elemente des Projekts, insbesondere der Website und DiabApp;
- der Diabetesfachberatung und deren Leistungen in der Bevölkerung und auch bei allen Hausärzten/-innen;
- von Aktion Diabetes und der Diabetesverbände bei den Ernährungsberatenden und Pflegenden in APH und SMZ.

Zusätzlich erachten wir es als zweckmässig, die gezielten **Screenings für Risikopopulationen fortzusetzen**. Darüber hinaus könnte die Möglichkeit von Hausbesuchen durch die Diabetesfachberatung, v.a. bei älteren, nicht mehr mobilen Patienten/-innen, Unterstützung und Begleitung von Patienten/-innen in psychologischer Hinsicht sowie der Aufbau von Gesprächsgruppen unter Diabetes-Patienten/-innen zum Erfahrungsaustausch geprüft werden.

³¹ Der Bundesrat (2022). Implementierung der eidgenössischen Berufsprüfung «Medizinische/r Praxiskoordinator/in» mit eidgenössischem Fachausweis.

Empfehlung 3 aus den Erkenntnissen der Kohorte: Aufnehmen der Empfehlungen der Kohorte in Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzteschaft

Aktion Diabetes könnte die folgenden Empfehlungen der Kohorte aufnehmen und sie allein oder zusammen mit dem WGO bei der Walliser Ärztesgesellschaft, bei den Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte/-innen und bei den betroffenen Schulen/Ausbildungsorganisationen verbreiten und fördern:

- Verstärken der Förderung körperlicher Aktivität und einer ausgewogenen Ernährung.
- Verstärken der Praxis der Fusskontrolle und der Langzeit-Blutzucker-Messung (u.a. mittels der Fortsetzung der verstärkten Zusammenarbeit mit Podologen/-innen).
- Verbesserung der Informationen über die Bedeutung der Festlegung von Zielen für den Langzeit-Blutzucker-Wert und der Messung des Blutdrucks. Dies fördert gleichzeitig den Einbezug der Patienten/-innen in ihre Behandlung (Stichworte Empowerment und Selbstmanagement).
- Verbessern der Informationen über die Rolle nichtärztlicher Gesundheitsberufe und fördern ihres Einbezugs in die Behandlung, um ein interprofessionelles Diabetesmanagement weiterzuentwickeln.
- Verstärkte Informationen über die Erstattung von Leistungen und finanzielle Aspekte im Allgemeinen sowie Unterstützung von Patienten/-innen in finanziellen Fragen (z.B. Zugang zu Hilfsmitteln, Produkten).
- Weiterentwicklung technischer Hilfsmittel des Diabetesmanagements unter Berücksichtigung altersbedingter Unterschiede bei der Nutzung.
- Verbreitung der Informationen aus der Kohortenstudie unter Fachpersonen.

Empfehlung 4 für die Planung über das Projektende (Mitte 2023) hinaus: Strategische Optionen für das weitere Vorgehen über das Projektende hinaus definieren

Der Lenkungsausschuss sollte die strategischen Optionen für das weitere Vorgehen über das Projektende hinaus definieren. Es wäre empfehlenswert zu prüfen, wie die Grundlagen für ein nachhaltiges kantonales Handeln mit Hinblick auf die Projektziele geschaffen werden können. Dabei sollte das Projekt auch aus einer Gesamtperspektive heraus betrachtet werden, die die einzelnen Massnahmen in den Kontext der übergeordneten Vision und Projektziele stellt. Ausserdem sollte diese Planung möglichst ergebnisoffen und in alle Richtungen geführt werden. Dazu gehört auch die Fortführung einzelner Projektelemente zu stoppen oder regionsspezifisch anzupassen. Folgende Fragen sind relevant, um eine gemeinsame Vision auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses und geklärter Erwartungen an das Projekt von allen Projektpartnern/-innen über das Projektende hinaus zu entwickeln:

- Was sollte Aktion Diabetes fortführen wie bisher?
- Was sollte verändert oder gestärkt werden?
- Was sollte Aktion Diabetes aufgeben?
- Wer sollte die Trägerschaft von Aktion Diabetes zukünftig innehaben?
- Welche Finanzierungsmöglichkeiten bestehen über das Projektende hinaus?

7.2.2 Übergeordnete Learnings aus der Evaluation

Die Begleitung und Evaluation von Aktion Diabetes ermöglichte es uns, folgende Erkenntnisse aus dessen Ansatz zu ziehen und Empfehlungen für andere Akteure/-innen zu formulieren, die insbesondere in der Schweiz an der tertiären Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten beteiligt sind.

a) Die zentrale Rolle der Projektträgerschaft

Eine wirksame interprofessionelle Zusammenarbeit im Versorgungsbereich zu etablieren, bedeutet, ein ganzes System umgestalten zu wollen. Es ist daher zur Umsetzung eines solchen Projekts notwendig, die Vorstellungen jedes/r Akteurs/-in über seine gegenwärtige und zukünftige Rolle und die der anderen zu klären sowie die impliziten Regeln und Bedingungen zu identifizieren, die innerhalb dieses Systems vorherrschen. Und das alles in einem veränderlichen und unvorhersehbaren Umfeld, in dem die Grenzen des betroffenen Systems offen sind. Das bedeutet, dass dieses Vorhaben sehr ehrgeizig ist. So sehr, dass die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwar ein altes Arbeitsthema ist, aber in der Schweiz noch weit davon entfernt ist, systematisch umgesetzt zu werden.

Eine solche Aufgabe kann nur von einem Team mit vielen Kompetenzen bewältigt werden, wobei das erforderliche Fachwissen weniger technischer Natur ist – dieses ist im System selbst weitgehend vorhanden –, sondern vielmehr darin besteht, den Wandel in komplexen Umgebungen zu begleiten. Dieses Team sollte über ausreichende Ressourcen verfügen, um seine Aufgabe erfolgreich bewältigen zu können. Unserer Meinung nach sollten diese Kriterien – Kompetenzen des Teams, das das Projekt trägt, und ausreichende Ressourcen – unbedingt erfüllt sein, bevor solche Projekte durchgeführt werden. Umgekehrt ist es eine Fehlkalkulation, bei den Kompetenzen und Ressourcen des Umsetzungsteams zugunsten des Budgets für die Massnahmen einzusparen.

b) Vollzugsföderalismus: Quelle der Inspiration oder der Verschwendung?

Der Föderalismus hat die gute Eigenschaft, dass er bei der Umsetzung von Gesetzen (hier insbesondere des KVG) und nationalen Strategien Umsetzungsmodalitäten hervorbringen kann, die besonders auf die lokalen Gegebenheiten zugeschnitten sind. Umgekehrt kann dies potenziell zu Doppelspurigkeiten bei der Erstellung von Ansätzen, Instrumenten, Unterrichtsmaterialien usw. führen.

In Anbetracht dessen und aufgrund der Erfahrungen aus Aktion Diabetes ermutigen wir dazu, die erstellten Instrumente aktiv mit Diabetes Schweiz und ihren kantonalen Sektionen zu teilen (insbesondere die DiabApp in Partnerschaft mit CARA), um eine verbreitete Nutzung dieser Instrumente zu ermöglichen.³²

³² Die Vorstellung des Projekts Aktion Diabetes bei Diabetes Schweiz ist für den 28.09.23 geplant. Ziel ist es, Erfahrungen auszutauschen und mögliche Kooperationen mit anderen kantonalen Organisationen auszuloten, die z.B. eine Abwandlung der erstellten Materialien benötigen.

c) Mit einem zunehmenden Mangel an Pflegefachpersonen rechnen

Der Mangel an Pflegepersonal ist auch im Wallis bereits deutlich spürbar und die Zukunftsaussichten sind in dieser Hinsicht eher düster. Darüber hinaus steigt der Ausbildungsbedarf proportional zur zunehmenden Gebrechlichkeit der betreuten Bevölkerungsgruppen. Das bedeutet, dass Projekte wie Aktion Diabetes in Zukunft diesen Fachpersonenmangel als Ausgangslage berücksichtigen müssen. Ausserdem scheint es heute illusorisch zu sein, Projekte aufzubauen, die sich auf die unbezahlte Bereitstellung von Fachpersonen durch die betroffenen Partner/-innen stützen. Die Lösungen, die im Rahmen von Aktion Diabetes gefunden wurden, sind in dieser Hinsicht inspirierende Beispiele: Dazu gehören u.a. die Bereitstellung von Online-Schulungsinhalten, die Umsetzung intensiver Kommunikationsmassnahmen, um einen Kulturwandel im Umgang mit Diabetes bei der Bevölkerung, den Patienten/-innen sowie bei den Fachpersonen in Gang zu setzen oder auch die Entschädigung von Apothekern/-innen für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Früherkennungs-Screenings von Risikopersonen).

d) Bei Projekten, die auf Innovation abzielen, ist die evolutive Evaluation zu bevorzugen

Formative und summative Evaluation, basierend auf einem linearen Ursache-Wirkungs-Modell (Wirkungsmodell Input / Konzept / Umsetzung / Output / Outcome / Impact), sind Standards, die verwendet werden sollten und angemessen sind, wenn es entweder darum geht, eine bereits etablierte Praxis zu testen und zu validieren, um sie zu einer «Best Practice» zu machen, oder um die getreue – und an ihren Kontext angepasste – Umsetzung einer «Best Practice» zu überprüfen. Formative und summative Evaluationen bestehen im Wesentlichen aus dem Vergleich von Geplantem und Erreichtem («plan your work, work your plans»), entweder um den Verlauf auf dem Weg dorthin anzupassen (formative Evaluation) oder um Rechenschaft darüber abzulegen, ob die angestrebten Ergebnisse erreicht wurden oder nicht (summative Evaluation).

In Bezug auf die Prävention im Bereich der Versorgung gibt es jedoch sehr oft kaum etablierte Good Practices. Das Ziel eines Projekts wie Aktion Diabetes ist es, in einem bestimmten Setting verschiedene Ansätze zu testen, um diese Prävention zu fördern. Die Relevanz des Projekts ist über die Zeit oft grossen Veränderungen unterworfen, sei es in Bezug auf die Umsetzung, die Leistungen oder sogar das Konzept selbst (insbesondere die Zielgruppen). Denn in einer Umgebung, die sich ständig verändert, werden der zu Beginn des Projekts erstellte Plan und eine Roadmap schnell wirkungslos.

Die formative Evaluation – ein Kompass, der helfen sollte mit der zuerst geplanten Roadmap zu navigieren – muss dann zu einem kollektiven Kompass (mit allen Beteiligten) zur Navigation durch die Ungewissheit ausgebaut werden. Im Rahmen der finalen Evaluation sollte schliesslich der Vergleich «geplant vs. erreicht» (= summative Evaluation) durch eine Bewertung der Relevanz der erzielten Ergebnisse im Lichte dessen, was in dem Kontext und durch seine Veränderungen (un)möglich war, ersetzt werden. Das ermöglicht die evolutive Evaluation (developmental evaluation) (vgl. Patton Michael Quinn (2011)).

Literaturverzeichnis

Aktion Diabetes, diverse Projektdokumentationen (z.B. Jahresberichte, Konzepte, Social Media Analytics Report).

Antille-Zuercher E, Carron T, Peytreman-Bridevaux I. (2018). Cohorte CoDiab-VD : Caractéristiques des patient-e-s diabétiques vaudois-e-s et évaluation de leur prise en charge : Etat des lieux en 2017 et comparaison avec 2011-2012. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 293).
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/293>

Bundesamt für Gesundheit. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie). 2017–2024.

Bundesamt für Statistik. Gesundheitsstatistik 2017.

Der Bundesrat (2022). Implementierung der eidgenössischen Berufsprüfung «Medizinische/r Praxiskoordinator/in mit eidgenössischem Fachausweis. Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulats 14.3632 Steiert vom 20. Juni 2014.

Kanton Wallis, Diabetes-Kommission. Kantonale Strategie zur Verhinderung von Diabetes.

Kanton Wallis, Kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention.
Rahmenprogramm Gesundheitsförderung und Prävention Kanton Wallis 2019-2022

Raboud L, Burato Gutierrez V, Kuonen B, Konzelmann I, Chiolero A, Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO). Diabetes-Qualität Wallis 2023. Sitten, Juni 2023. Verfügbar unter <https://www.ovs.ch/de/publikationen/?id=16028>

Raboud, L., Burato Gutierrez, V., Konzelmann, I., Chiolero, A., Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) (2022). Diabetes-Qualität Wallis 2022. Sitten.

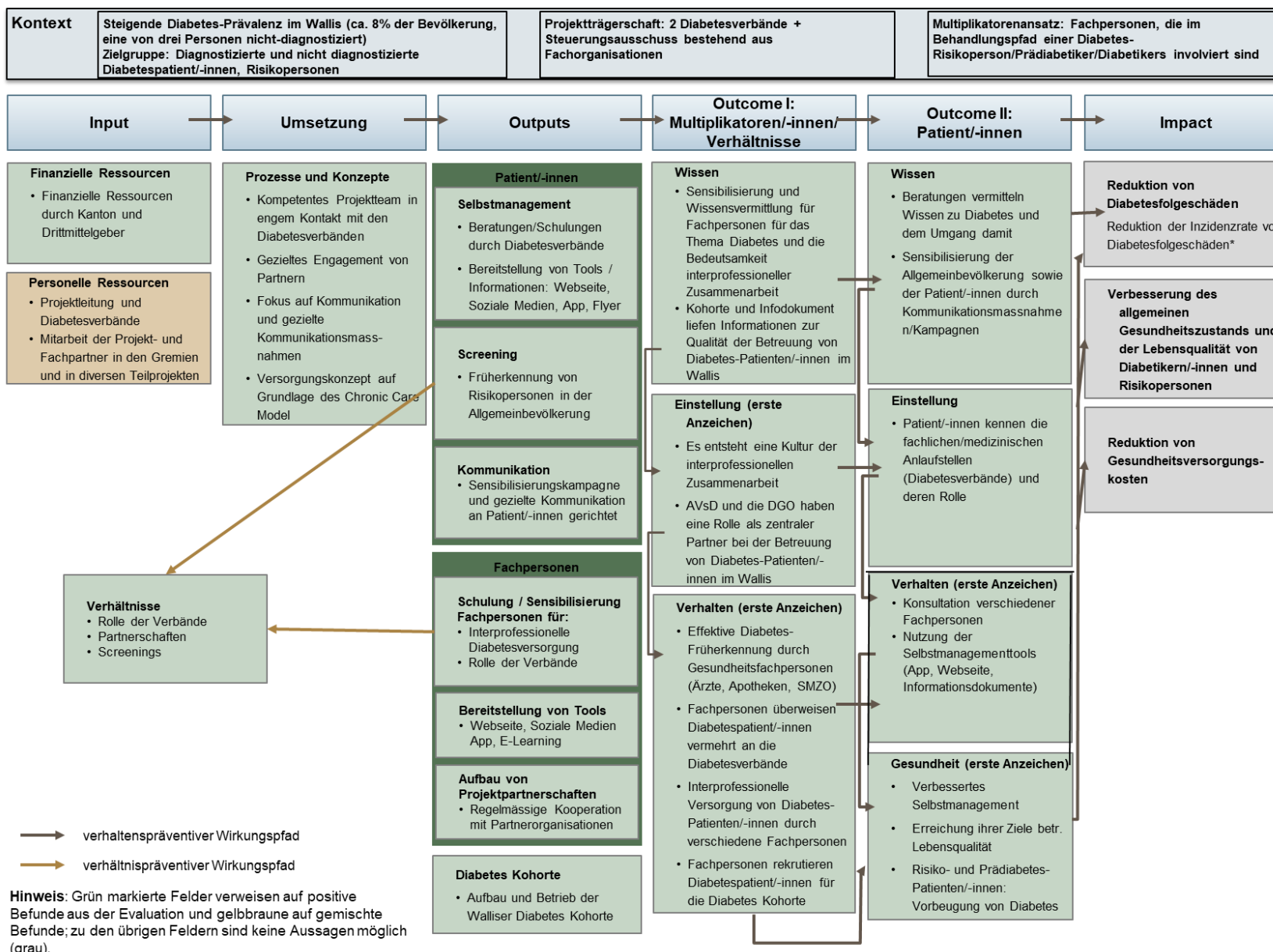
Raboud L, Burato Gutierrez V, Konzelmann I, Chiolero A. (2021). Qualité Diabète Valais 2021. Sion.

Patton Michael Quinn (2011). Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation. New-York : The Guilford Press.

Ulrich, G; Amstad, H; Glardon, O; u. a. (2020): Careum Working Paper 9 – «Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap.». Careum.

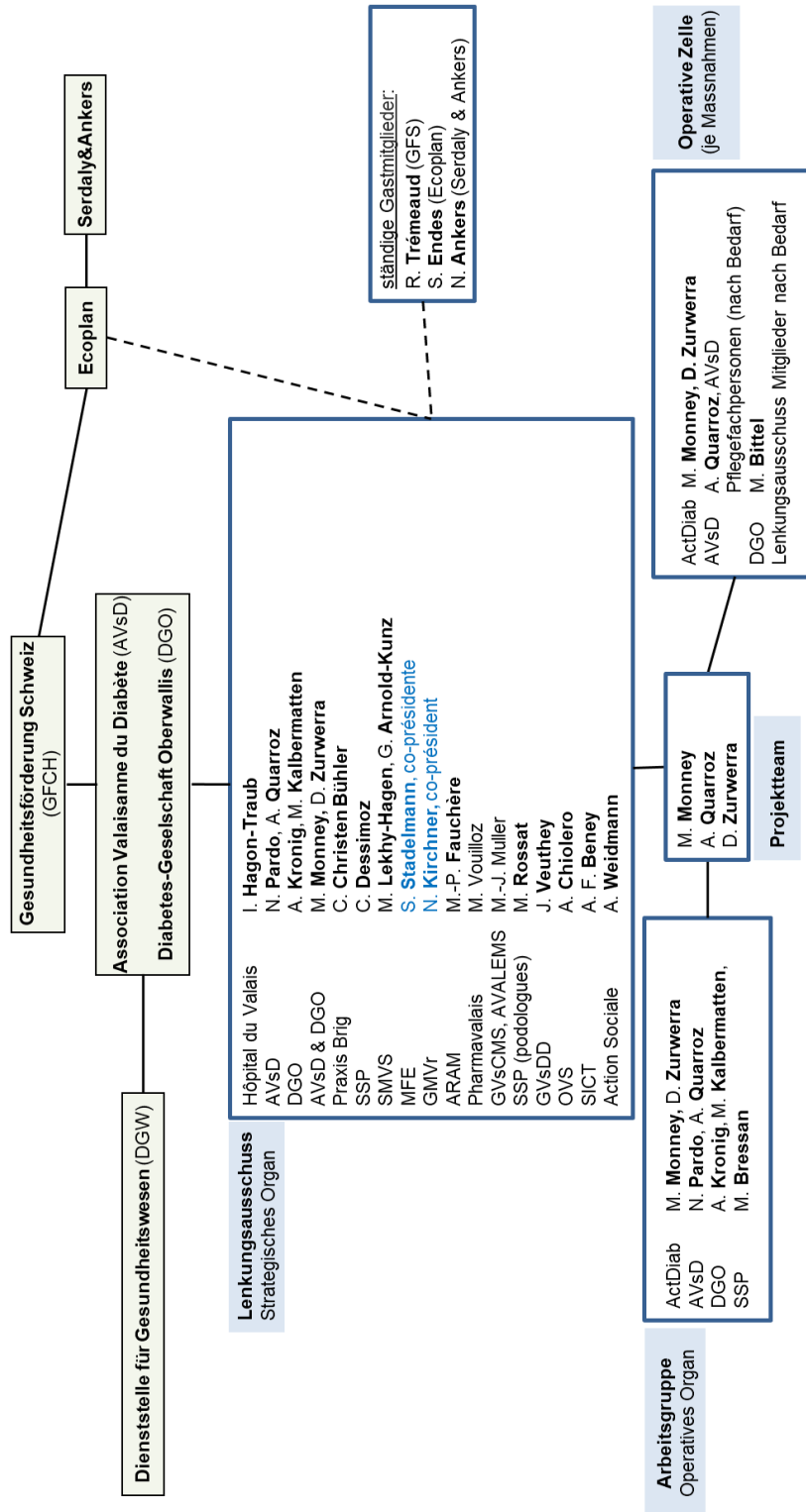
Diverse konzeptionelle und organisatorische Unterlagen des Projekts und der Kohorte.

Anhang A: Wirkungsmodell Aktion Diabetes



Anhang B: Organigramm des Projekts Aktion Diabetes

Abbildung 2: Organigramm von «Aktion Diabetes»



Anhang C: Kommunikations-, Sensibilisierungs- und Screening-Kampagne

Anhand der Teilnahme von Aktion Diabetes am Walliser Erlebnis Marathon 2023 (13.5.23) erläutern wir kurz das Vorgehen und die Inhalte einer kombinierten Kommunikations-, Sensibilisierung- und Screening-Kampagne des Projekts:

- Ziel: Sensibilisierung der Risikobevölkerung, von Diabetiker/-innen und der Öffentlichkeit für die Diabetesproblematik und die im Wallis vorhandenen Lösungen. Im Fokus standen die teilnehmenden Patienten/-innen sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Darüber Förderung des Selbstmanagements der Krankheit durch Menschen mit Diabetes.
- Umsetzung der Massnahme:
 - Identifizierung von 15 interessierten Diabetespatienten/-innen.
 - Medizinische Abklärung, Belastungstest bei der Clinique romande de réadaptation Sion, 5 Monate wöchentliches Training unter der Aufsicht eines Coaches mit digitaler Überwachung über die App der Clinique romande de réadaptation Sion.
 - Effektive Teilnahme von 15 Patienten/-innen (Typ 1 und 2): 42km, 21km, 10km und 5km.
- Begleitende Kommunikationsmassnahmen:
 - Entwicklung einer speziellen Seite auf der Website von Aktion Diabetes.
 - Herstellung und Verteilung von 200 **Kappen mit dem Logo des Projekts**
 - Herstellung und Verteilung von **T-Shirts mit dem Logo des Projekts** für Läufer/-innen und Mitarbeiter/-innen
 - Erstellung von **Videos mit Erfahrungsberichten und Tutorials** durch die Coaches mit Tipps, wie man sich in Bewegung setzen kann.
 - Weiterleitung der Neuigkeiten über die sozialen Netzwerke Instagram, Facebook und LinkedIn.
 - Veröffentlichung einer **Pressemitteilung** an alle Medien.
 - Am Tag des Marathons Präsenz des Standes und des Teams von Aktion Diabetes, um die Öffentlichkeit und die Patienten/-innen zu informieren und kostenlose Screenings durchzuführen: Abnahme von **330 Blutzuckermessungen** bei Risikopersonen, darunter 2 pathologische Blutzuckermessungen.
 - Erstellung von **zwei Podcasts** «Allez je me bouge! Aber wie soll ich das machen?».
 - Erstellung eines **Films über diesen Ereignistag** mit Erfahrungsberichten.
 - Nach dem Marathon wurde jedem/r Patienten/-innen vorgeschlagen, wieder einen Belastungstest durchzuführen, um die Entwicklung seiner/ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und des Gesundheitszustands zu messen und zu vergleichen.
 - Fortführung eines **Programms zur Begleitung** von Diabetespatienten/-innen, die wieder mit Sport beginnen möchten.