



Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen – was und wie umsetzen?

Ergebnisse aus der Machbarkeitsstudie zum Wiener
Konzept Gesundheitskompetenter
Krankenbehandlungsorganisationen

Christina Dietscher

Senior Researcher, LBIHPR, Wien

Jürgen M. Pelikan

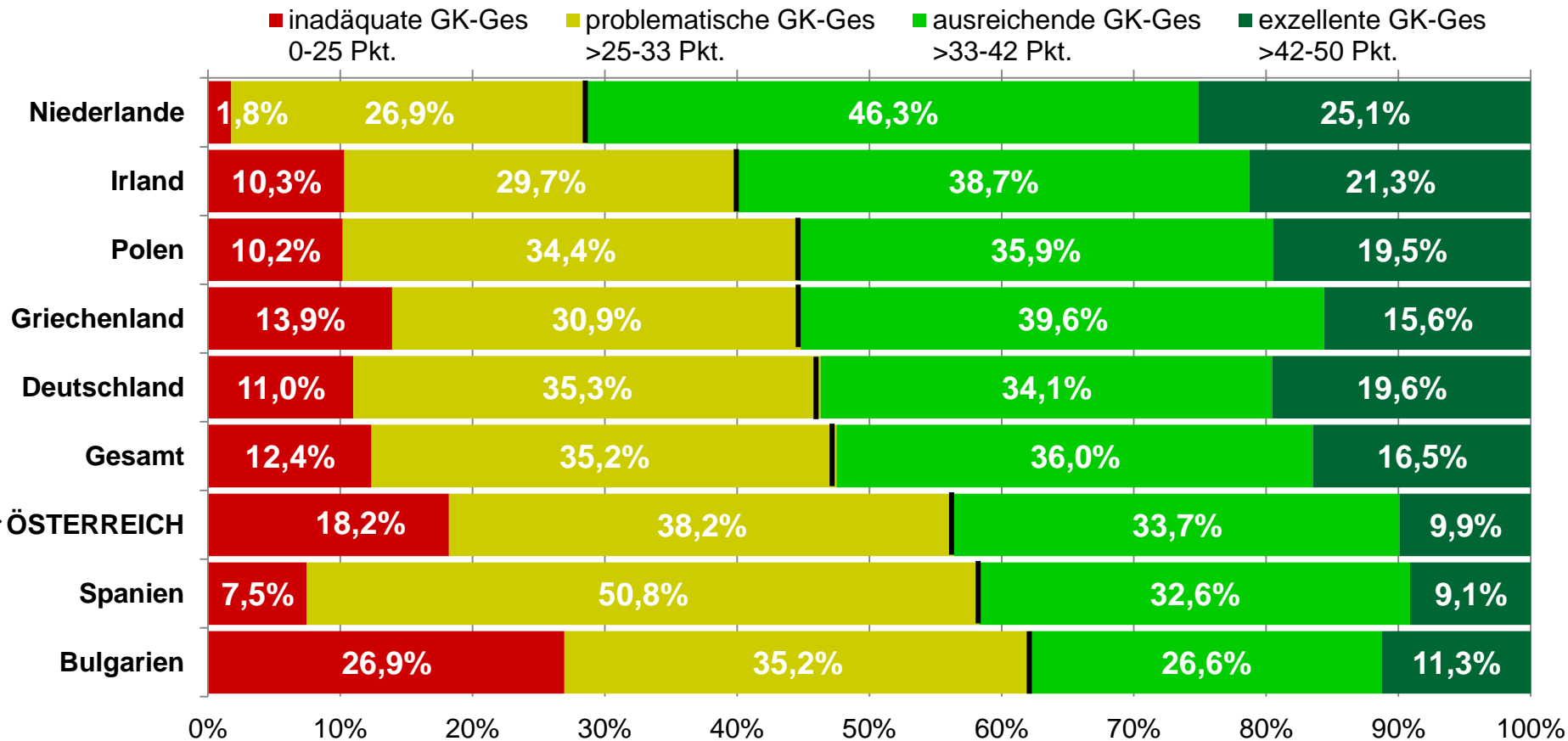
Key Researcher, LBIHPR, Wien

Direktor, WHO-CC für Gesundheitsförderung im Krankenhaus und in
Gesundheitseinrichtungen am LBIHPR, Wien

LBIHPR: A-1020 Vienna, Untere Donaustraße 47, Austria | office@lbihpr.lbg.ac.at | www.lbihpr.lbg.ac.at | +43 1 2121493 -10 | FAX - 50



Eingeschränkte Gesundheitskompetenz betrifft die Mehrheit der ÖsterreicherInnen & ist schlechter als im Durchschnitt der anderen untersuchten EU-Staaten!



AT[N=979] BG[N=925] DE (NRW)[N=1045] EL[N=998] ES[N=974] IE[N=959] NL[N=993] PL[N=921] Eu [N=7795]



Gesundheitskompetenz ist ein zentrales Thema der österreichischen Gesundheitsreform

■ Rahmengesundheitsziele (RGZ) von 2012

- **RGZ 3:**
Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
- **Wirkungsziel 1:**
Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen
- Entwicklung des Wiener Konzepts Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen – eine Maßnahme zum WZ 1



Gesundheitskompetenz – besonders wichtig für das Krankenbehandlungssystem

Personen mit geringer Gesundheitskompetenz ...

- nehmen weniger Vorsorgeangebote weniger in Anspruch
- brauchen mehr medizinische Notfallbehandlungen
- werden häufiger hospitalisiert
- verstehen Gesundheitsinformationen schlechter
- sind weniger gut in der Lage, Medikamente richtig einzunehmen
- haben eine schlechtere Mitwirkung an Behandlung und Pflege
- haben schlechtere Behandlungsergebnisse
- haben ein höheres Risiko, Komplikationen zu erleiden
- haben mehr ungeplante Wiederaufnahmen
- verursachen 3-5% der Behandlungskosten (Eichler, Wieser und Brügger 2009)
- → die Verbesserung der Gesundheitskompetenz kann Effektivität und Effizienz des Krankenbehandlungssystems erhöhen!

(Vgl. Berkman et al. 2011 sowie zitierte Studien in Brach et al. 2012)



Gesundheitskompetenz – vier spezifische Fähigkeiten

Gesundheitsrelevante Informationen ...



Teil der Definition der HLS-EU Studie (Sorensen et al. 2012)



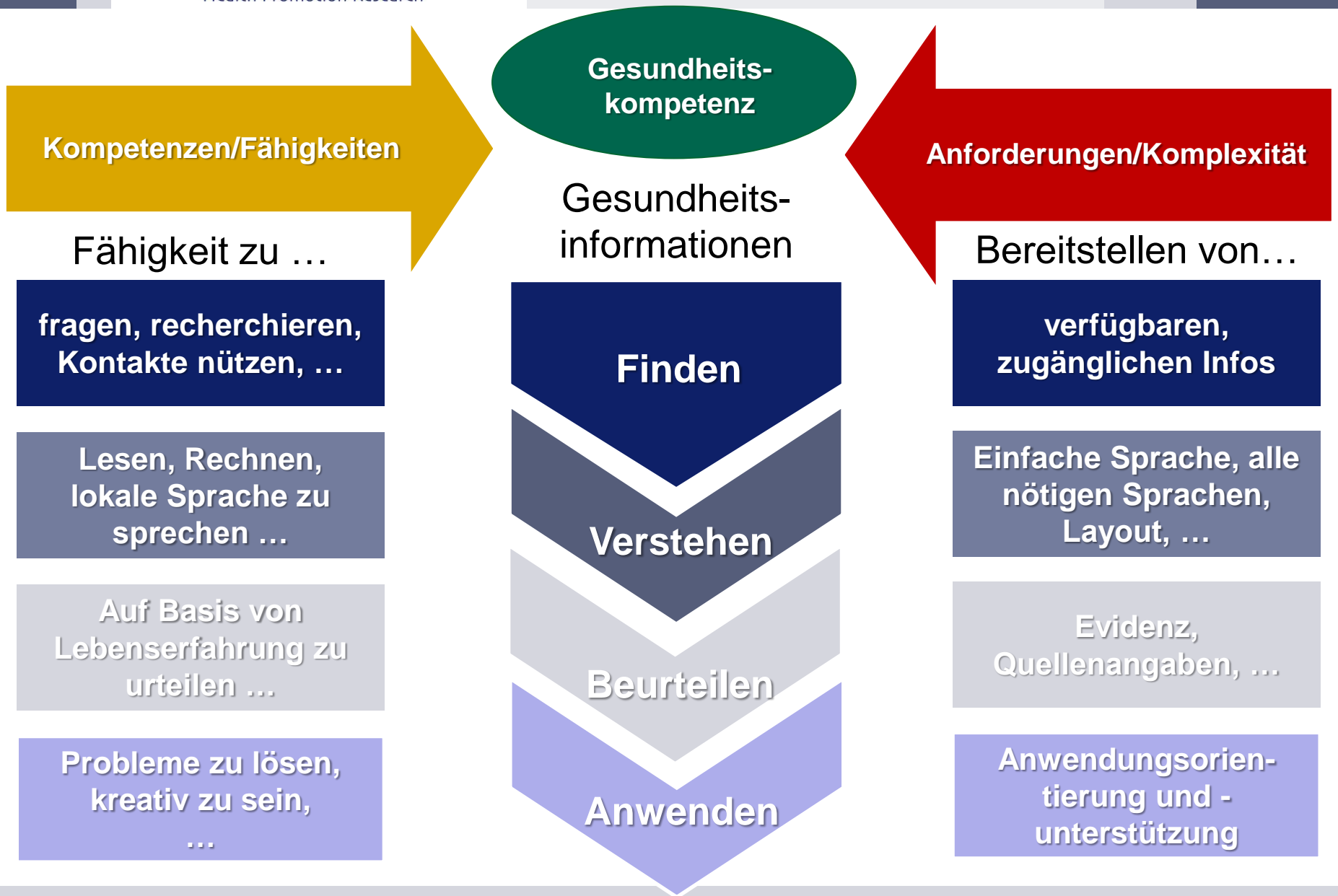
Gesundheitskompetenz – ein relationales Konzept



Quelle: Parker, 2009

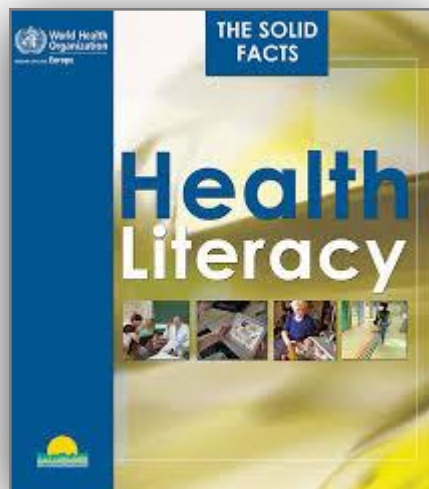
Kompetenzen / Fähigkeiten X **Anforderungen / Komplexität** = **Gesundheitskompetenz**

Gleichung Gesundheitskompetenz: Quelle: Brach 2013



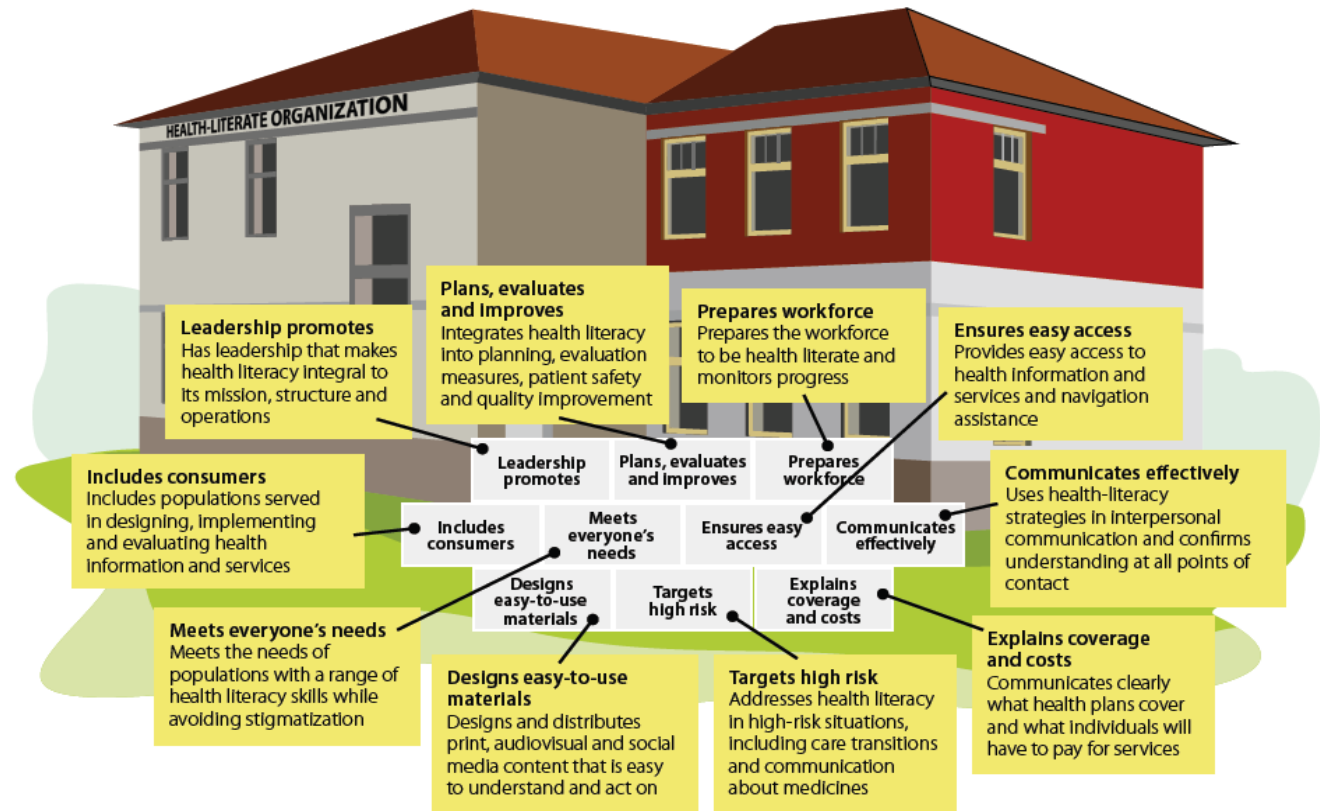


Organisationale Gesundheitskompetenz – Erfahrungen in unterschiedlichen Settings (Städte, Schulen, Betriebe, Gesundheitseinrichtungen)



WHO Regional Office for Europe (2013): Health Literacy. The Solid Facts.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf



Source: adapted from: Brach C et al. *Attributes of a health literate organization*. Washington, DC, Institute of Medicine, 2012 (http://www.iom.edu/~media/Files/Perspectives-Files/2012/Discussion-Papers/BPH_HLit_Attributes.pdf, accessed 15 May 2013).



Entwicklung des Wiener Konzeptes Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen – konzeptueller Rahmen

- Umfassende Literaturrecherche zu den Themenbereichen
Gesundheitskompetenter
Krankenbehandlungsorganisationen
- Abgleich mit anderen Krankenhaus-Reformkonzepten
 - Qualitätsbewegungen
 - Gesundheitsförderndes Krankenhaus
- Erstellung einer kognitiven Map



Das „Wiener Konzept der Gesundheitskompetenten Krankenbehandlungsorganisation“: 12 inhaltliche und 3 Implementierungsbereiche

| Gesundheitskompetenz von ... | Stakeholder-Gruppen | | | D) Organisationale Strategien, Kapazitäten Implementierungsprozesse |
|---|--|--|---|---|
| | A) PatientInnen | B) MitarbeiterInnen | C) Bevölkerung | |
| Bereich 1: Zugang zu, Leben und Arbeiten in der Einrichtung | A1 GK für Leben und Navigieren | B1 GK für Navigieren und Arbeiten | C1 GK für Navigieren und Zugang | D(i) Grundsätze und Kapazitätsentwicklung für die Implementierung |
| Bereich 2: Diagnose, Behandlung und Pflege | A2 GK für Ko-Produktion von Gesundheit | B2 GK für gesundheitskompetente Kommunikation mit PatientInnen | C2 GK für Koproduktion in der kontinuierlichen Versorgung | |
| Bereich 3: Krankheitsmanagement und Prävention | A3 GK für Krankheitsmanagement und -prävention | B3 GK für Krankheitsmanagement und -prävention | C3 GK für Krankheitsmanagement und -prävention | D(ii) Monitoring von GK-Strukturen und -prozessen |
| Bereich 4: Lebensstilentwicklung | A4 GK für Lebensstilentwicklung | B4 GK für Lebensstilentwicklung | C4 GK für Lebensstilentwicklung | D(iii) Anwaltschaft und Netzwerken für die Dissemination |



Entwicklung des Wiener Konzeptes Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen – Operationalisierung

Zielsetzung:

- Entwicklung von Standards und eines organisationalen Selbstbewertungs-Tools

Methoden:

- Standard-Entwicklung gemäß den Kriterien der International Society for Quality in Healthcare (ISQua)
 - Identifizieren und Übersetzen von Indikatoren aus der Literatur – 113 Indikatoren aus 20 Instrumenten
 - Entwicklung von 47 neuen Indikatoren für Bereiche, die in der Literatur nicht abgedeckt waren (z.B. Lebensstilentwicklung)
 - Experten-Konsultation



Die 9 Standards des Wiener Konzepts (22 Sub-Standards, 160 Indikatoren)

1. Organisationale Kapazitäten, Infrastrukturen und Ressourcen für Gesundheitskompetenz bereitstellen
2. Materialien und Angebote partizipativ entwickeln und evaluieren
3. MitarbeiterInnen für Gesundheitskompetenz qualifizieren
4. Eine unterstützende Umwelt schaffen - Navigationshilfen
5. Gesundheitskompetente Kommunikation mit PatientInnen sicherstellen – mündlich, schriftlich / audi-visuell / digital, muttersprachlich
6. Gesundheitskompetenz von PatientInnen und Angehörigen durch Lernangebote verbessern
7. Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen durch Lernangebote verbessern
8. Zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen
9. Dissemination und Vorbildwirkung



1 STANDARD 1:

Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren

Organisationale Gesundheitskompetenz ist in Struktur, Prozessregelungen und Dokumenten der Organisation und in der organisationalen Selbstbewertung verankert.

| 1.1 Die Organisation versteht Gesundheitskompetenz als Unternehmensverantwortung. | Ja (76-100%) | Teilweise (26-75%) | Nein (0-25%) |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1.1 Gesundheitskompetenz – das heißt, die Zugänglichkeit, Verständlichkeit, Bewertbarkeit und Anwendbarkeit von Informationen für Gesundheitsentscheidungen – wird in Dokumenten der Organisation, z.B. in Leitbild, Unternehmenszielen oder Aktionsplänen, als Unternehmensverantwortung definiert. ^{2; 4; 9; 19} <i>Kommentare / Belege:</i> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.2 Die personelle Zuständigkeit für Gesundheitskompetenz ist klar geregelt (z.B. Beauftragte/r, Team). ^{4; 7; 9; 17; 19} <i>Kommentare / Belege:</i> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1.3 Finanzielle Mittel und Personal zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz sind gewidmet. ^{4; 9; 19} <i>Kommentare / Belege:</i> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung: Eckdaten

- Zeitraum: Oktober 2014 bis März 2015
- TeilnehmerInnen:
 - 9 KH aus 5 Bundesländern (Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Wien)
 - Große wie kleine, städtische wie ländliche, Allgemein- und Sonderkrankenanstalten
- Forschungsfragen:
 - Sind Standards, Sub-Standards und Items verständlich und relevant?
 - Ist die Selbstbewertung durchführbar?
 - Erscheinen die Ergebnisse für Organisationsdiagnose und Benchmarking geeignet?
- Methoden:
 - Deskriptive Auswertung der Daten aus der Selbstbewertung einschließlich Feedback zur Qualität des Instruments
 - Follow-Up-Interviews mit Verantwortlichen in den Einrichtungen



Ergebnisse: Verständlichkeit und Bewertbarkeit der Items



- Pro Haus im Schnitt 3 von 160 Items nicht zutreffend oder nicht bewertbar (Range von 0-12 Items)
- Standards und Items werden als relevant eingeschätzt – aber mit standortspezifischen Unterschieden – Beispiel:
 - In einem Akut-KH bis zu 100 Sprachgruppen → qualitativ gute Übersetzung spielt eine hoch relevante Rolle
 - In einer Reha-Einrichtung v.a. deutschsprachige Klientel → Übersetzung wird nicht als wichtig betrachtet
- Einige Empfehlungen zur Weiterentwicklung (Formulierungen, Skalierung) wurden aufgegriffen

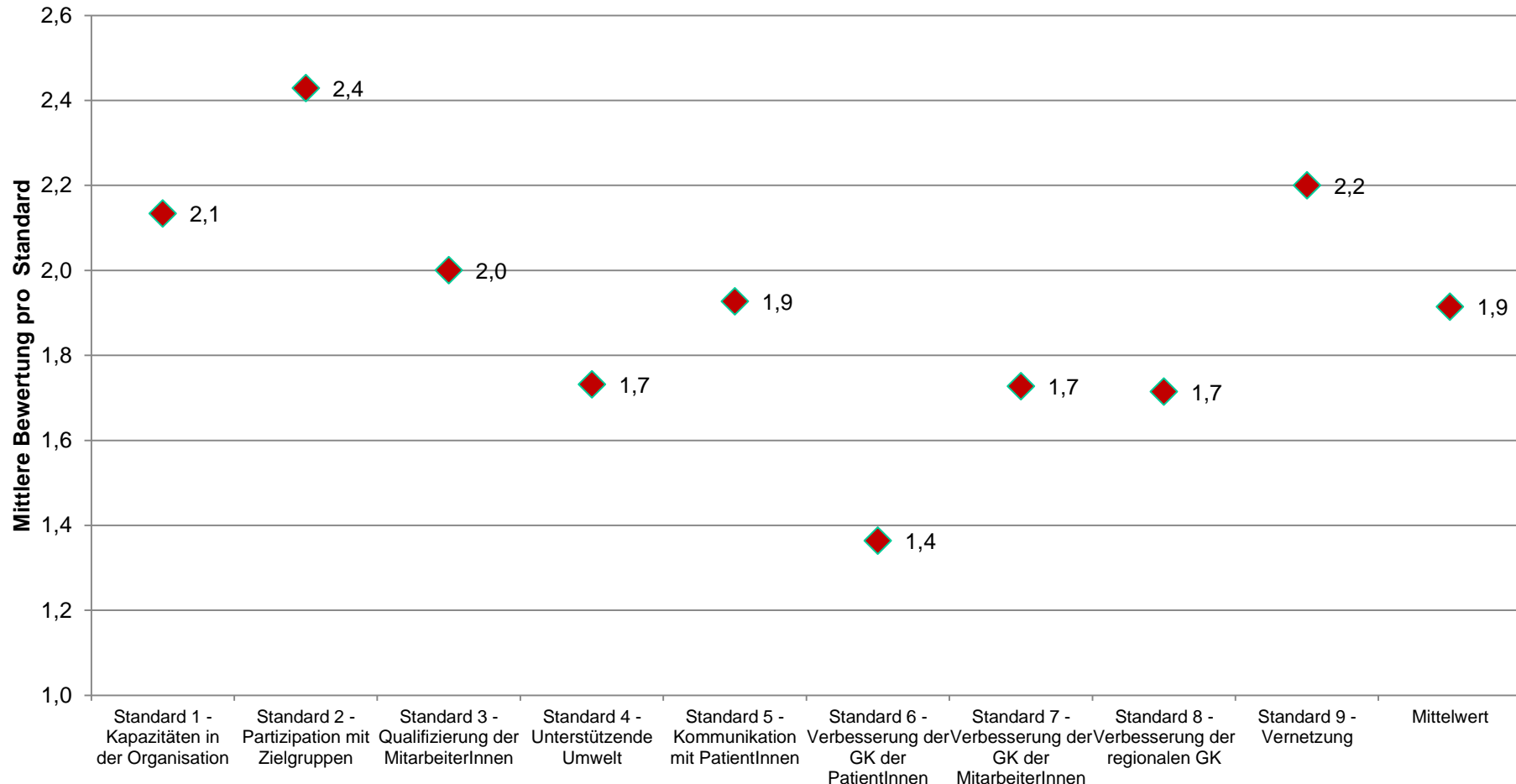


Ergebnisse: Durchführbarkeit der Selbstbewertung ✓

- Bildung interdisziplinärer Bewertungs-Gruppen
 - Individuelle Vorbereitung
 - Gemeinsame Team-Sitzung und Einigung auf Bewertungen für die Standards
-
- Prozess wird als machbar und sinnvoll erlebt
 - Individuelle Vorbereitung und Team-Sitzung sind mit einem Zeitaufwand von jeweils etwa drei Stunden verbunden

Ergebnisse: Organisationsdiagnose ✓

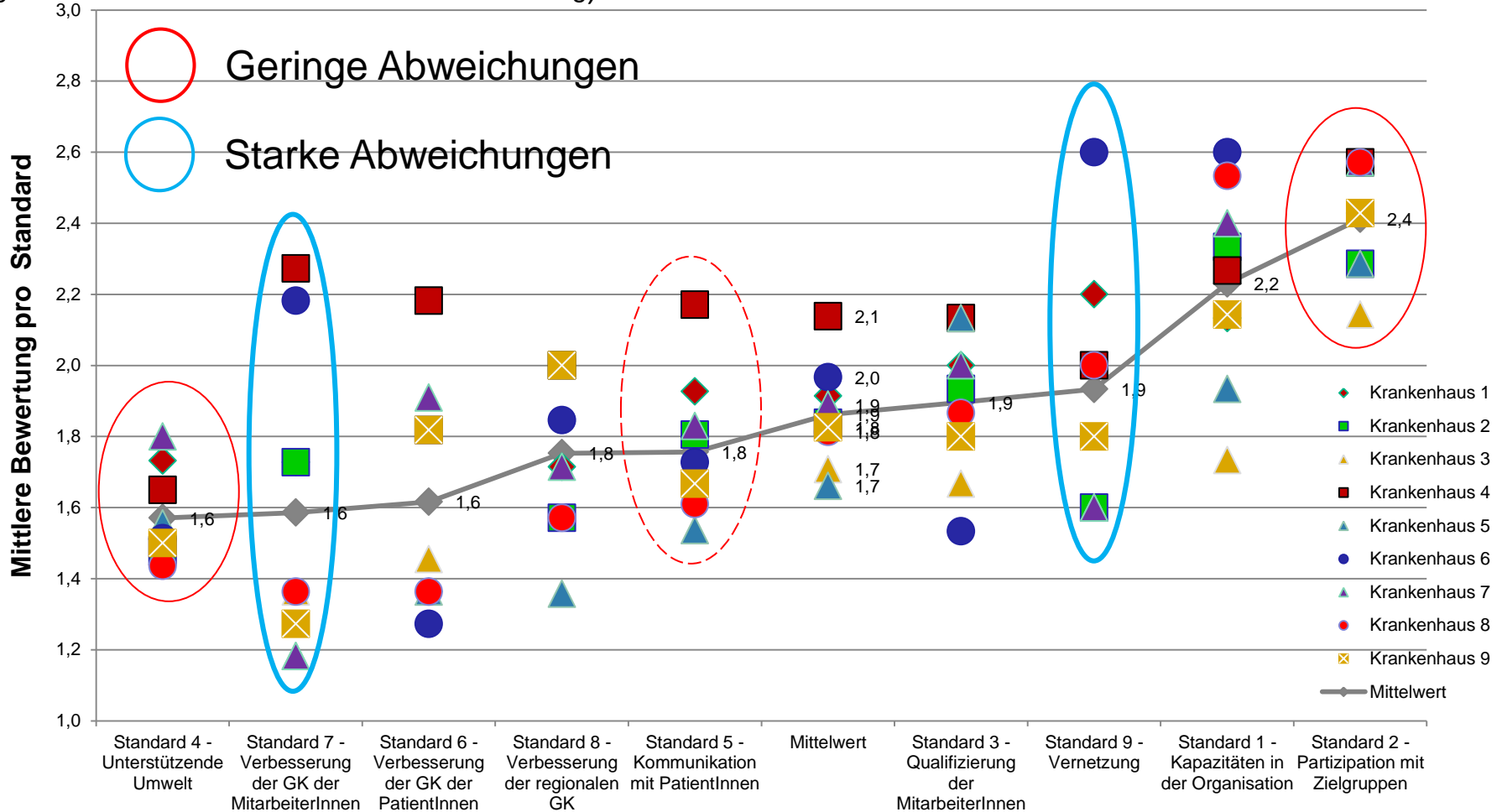
Mittlere Bewertung pro Standard am Beispiel von Haus 1
(1= voll und ganz erfüllt, 2 = teilweise erfüllt 3 = gar nicht erfüllt)



Ergebnisse: Benchmarking-Tauglichkeit ✓

Standardisierte Bewertungen pro Standard und Haus

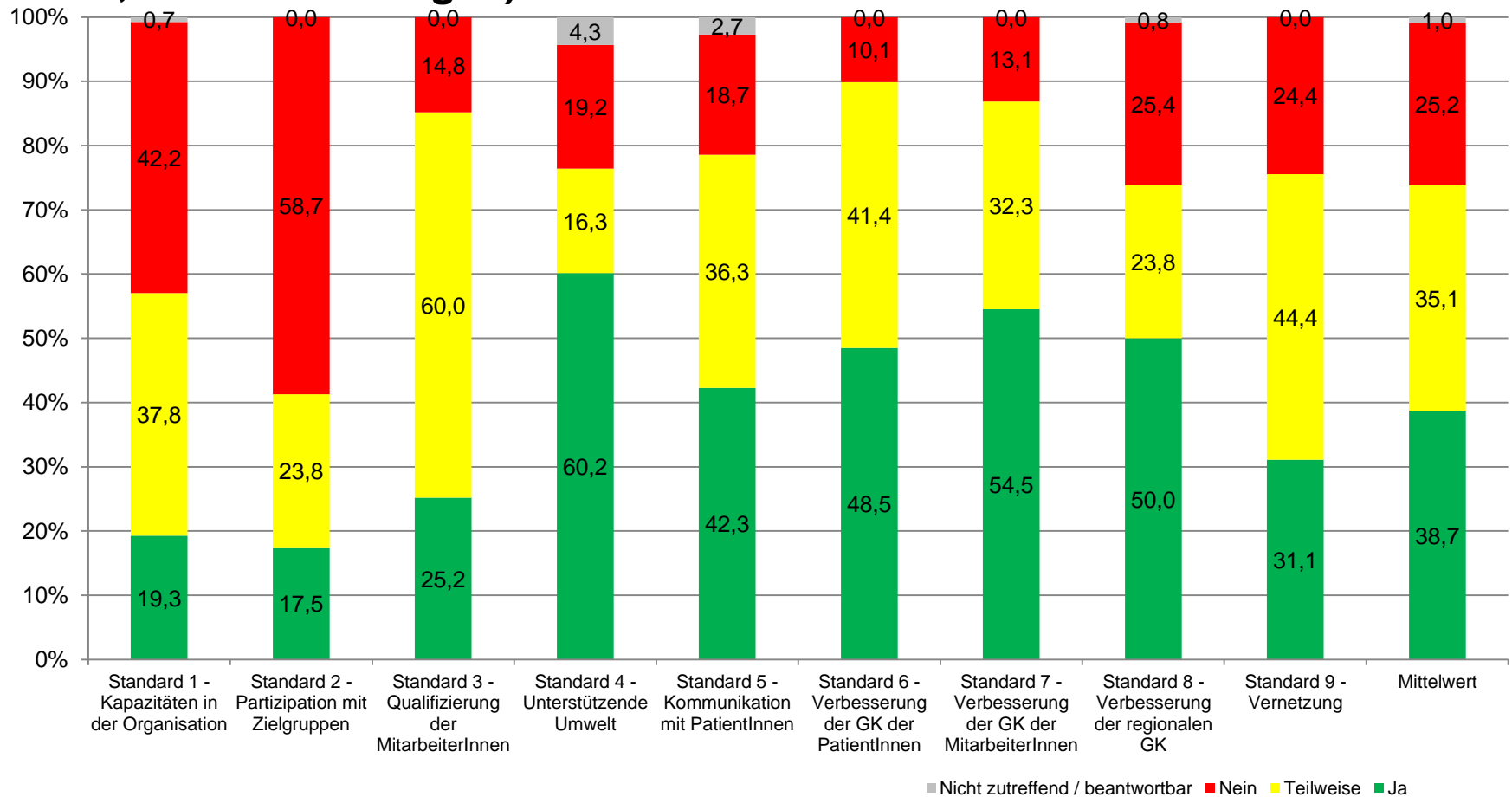
(gereiht nach durchschnittlicher Standard-Erfüllung)





Die Standards im Vergleich

Gesamterfüllung der Standards 1-9 in den Pilothäusern (Angaben in Prozent, n=9 Einrichtungen)





Schlussfolgerungen und Empfehlungen

- Die Standards und Items sind verständlich, relevant und bewertbar
- Die Selbstbewertung ist machbar.
- Die Selbstbewertung unterstützt Organisationsdiagnose und Benchmarking

Mögliche Maßnahmen zur Unterstützung einer systematischen

Weiterentwicklung organisationaler GK:

- Verbesserung der Partizipation mit PatientInnen – z.B. im Rahmen eines nationalen Kompetenzzentrums
- Verstärkung der organisationalen Kapazitäten für GK – z.B. durch Bundesqualitätsleitlinien zur organisationalen Gesundheitskompetenz
- Gesundheitskompetenz in die Ausbildung von Gesundheitsberufen integrieren – z.B.
 - Pflege (Altin / Stock 2015)
 - Medizin (Brach, Dreyer, Schillinger 2014)
 - Pharmazie (z.b. „Crystal-clear Pharmacy“)



Nächste Schritte

- Bereitstellung Selbstbewertungs-Tool für organisationale Gesundheitskompetenz
- Bereitstellung einer Umsetzungs-Toolbox zur organisationalen Gesundheitskompetenz
- 20. Österreichische Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG):
Die Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen entwickeln: Strategien und Beispiele
19.-20. November 2015 Wien
<http://www.ongkg.at/konferenzen.html>



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

christina.dietscher@lbihr.lbg.ac.at