

Elisabeth Haslinger-Baumann

# **Einschätzung von Gesundheitseinrichtungen bezüglich Förderung der Gesundheitskompetenz – Eine Durchführbarkeitsstudie**

104 - 30 Jahre Ottawa Charta (1986 – 2016) Mit welchen Ansätzen hat die Gesundheitsförderung einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der Gesundheitsgesellschaft geleistet?“

## **Abstract**

Gesundheitskompetent zu sein bedeutet, sich die besten Informationen zu beschaffen, sie zu verstehen, zu bewerten und eine informierte Entscheidung treffen zu können. Dazu sind persönliche Kompetenzen, wie ein Buchstaben- und Zahlenverständnis nötig. Zusätzlich bedeutet Gesundheitskompetenz auch eine Interaktion mit den Anforderungen der Umwelt. Es gibt bis dato keine österreichische Forschungsstudie, die Gesundheitseinrichtungen bezüglich der Unterstützung von Gesundheitskompetenz analysiert hat.

In der Durchführbarkeitsstudie wird anhand eines Assessmentinstruments untersucht, inwieweit Informations- und Orientierungssysteme in Gesundheitseinrichtungen gesundheitskompetenzfreundlich sind.

Die Ergebnisse zeigen oftmals uneinheitliche Leitsysteme in den 21 eingeschätzten Krankenhäusern und Pensionistenheimen. Die 42 paarweise einschätzenden Gesundheits- und Krankenpflegepersonen stellen diese Uneinheitlichkeit entlang des Assessmentinstruments in den Eingangsbereichen, bei der mündlichen Informationsweitergabe, bei der generellen Orientierung in den Gängen und in den einzelnen Stationsbereichen fest.

Die Erkenntnisse sollen als Implikationen für das Gebäudemanagement herangezogen werden, um mit gezielten Maßnahmen eine rasche und einfache Orientierung für PatientInnen sowie besuchende und mitarbeitende Personen zu ermöglichen.

## **Keywords:**

Health Literacy, Health Communication, Feasibility Study, Workplace, Nursing

Gesundheitskompetenz, Gesundheitsinformation, Durchführbarkeitsstudie, Gesundheits- und Krankenpflege

## **Einleitung**

Mit dem Begriff Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenz wird neben der grundsätzlichen Alphabetisierung eine Bandbreite an Fähigkeiten miteinbezogen, die Menschen benötigen, um sich Gesundheitsinformationen zu beschaffen, sie zu verstehen, zu bewerten und auf dieser Basis informierte Entscheidungen zu treffen, die im Einklang mit ihren Wünschen und Werten stehen (Sladek / Groth, 2013; Berkman et al 2011; Sørensen et al, 2012; WHO 2009; Soellner et al, 2009).

Eine hohe Gesundheitskompetenz nimmt durch die adäquate Entscheidungskompetenz erheblichen Einfluss auf das persönliche Gesundheitsverhalten. Die Vermittlung der Gesundheitskompetenz ist deshalb ein Bereich innerhalb der Gesundheitsförderung (Bachinger et al, 2011).

Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken ist erklärtes Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ([www.who.int](http://www.who.int)) und des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ([www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)) Die einzelnen Länder sind aufgerufen, dafür Maßnahmen zu entwickeln. So hat auch die österreichische Bundesregierung in den Rahmengesundheitszielen, im Ziel drei „die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“ (Rahmengesundheitsziele, 2012) den diesbezüglichen Auftrag wahrgenommen.

Vorhandene Forschungsergebnisse zum Thema Gesundheitskompetenz zeigen auf, dass viele gesundheitsbezogene Informationen oft auf einem Level gestaltet sind, der einen hohen Bildungsgrad voraussetzt (Candussi / Fröhlich, 2015). Bezogen auf die Tatsache, dass viele Personen (bis zu 36% in den Vereinigten Staaten) wenig Kompetenzen in Lesen, Schreiben und Zahlenverständnis haben (Somers / Mahadevan, 2010 zit. in Wong, 2012) und in Deutschland von 10% funktionellen Analphabetismus der erwachsenen Menschen gesprochen wird (Grotlüschen / Riekmann, 2011), kann davon ausgegangen werden, dass viele gesundheitsbezogene Informationen und Angebote eher aus mangelndem Verständnis nicht angenommen werden und nicht aus bewusst getroffener Entscheidung. Besonders für Gesundheitseinrichtungen regen Fousek et al (2012) an, Projektinitiativen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenz auf persönlicher Ebene zu starten. Das ist jedoch nicht allein ausreichend, es ist auch die Umgebung miteinzubeziehen. Das bedeutet zum Beispiel, mündliche und schriftliche Orientierungssysteme auf ihre Verständlichkeit zu prüfen, ob ihre Eignung bezüglich der verständlichen Vermittlung von Informationen adäquat erfüllt ist.

Eine schnelle und korrekte Verständlichkeit von gedruckten Zeichen, Wörtern und Buchstaben ist überall für die sichere Orientierung von umfassender Bedeutung (Grone / Rudd, 2011). Der gesamte öffentliche Raum ist mit schriftlichen und bildhaften Informationen versehen, die der Orientierung dienen. In der öffentlichen Raumplanung, z.B. im U-Bahnbau wird auf die einfache Orientierung schon seit Jahren großer Wert gelegt, um große Menschenströme effizient leiten zu können.

Im Gesundheitsbereich ist dafür der Begriff Health Literacy Environment (Rudd, 2010) entwickelt worden. Es soll auf die Bedeutung und Verständlichkeit der schriftlichen Zeichen und Wörter und der mündlichen Informationsweitergabe zur Orientierung fokussiert werden. Leitsysteme, z.B. in Krankenhäusern, sind oftmals uneinheitlich und ihre Verständlichkeit setzt eine gute Sprach- und Lesefähigkeit im Allgemeinen voraus (Grone / Rudd, 2011). Verwirrende Orientierungssysteme verursachen Unsicherheit und Ängste und können im Notfall sogar tödlich für den erkrankten Menschen sein.

In Österreich sind noch wenig umfassende Forschungsdaten zum Thema Gesundheitskompetenz vorhanden (Wagner / Sparr, 2012) und bis dato keine Publikation, wo die Unterstützung der Gesundheitskompetenz von Gesundheitseinrichtungen geprüft wurde.

Ziel dieser Durchführbarkeitsstudie ist eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zur „Health Literacy Freundlichkeit“ von Krankenhäusern und Pensionistenheimen, bei gleichzeitiger Prüfung der Praktikabilität und AnwenderInnenfreundlichkeit des angewendeten Instruments.

### **Methode**

In der Durchführbarkeitsstudie wird untersucht, inwieweit das angewendete Erhebungsinstrument geeignet ist, die „Health Literacy Freundlichkeit“ von Krankenhäusern und Pflegeheimen adäquat zu untersuchen. Dabei sind die Ergebnisse der Einschätzung relevant und auch die Analyse des Instruments selbst, um dessen Effektivität festzustellen (Flick, 2014; LoBiondo-Wood / Haber, 2005). Angewendet ist „The Health Literacy Environment Activity Packet First Impressions & Walking Interview“ zur Einschätzung von Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf die Unterstützung der Gesundheitskompetenz (Rudd, 2010). Alle Einschätzungen werden von erfahrenen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt.

### **Erhebungsinstrument**

Das von Rudd, (2010) in der Harvard School of Public Health entwickelte und publizierte „The Health Literacy Environment Activity Packet“ fokussiert auf die Gesundheitskompetenz als Interaktion zwischen den persönlichen Fähigkeiten und den Anforderungen, die Systeme stellen. Um diese Interaktion abbilden zu können, sind fünf Bereiche beschrieben (Tab. 1). Diese umfassen den Haupteingang, die mündliche Informationsweitergabe, die Orientierung zum Ziel und die Beobachtung des Ziels. Den Abschluss bildet die Reflexion des Prozesses. Dieses Assessment wurde bereits im Krankenhaussetting angewendet (Grone / Rudd, 2011).

<b>1. Schwerpunkt Haupteingang</b>	<b>2. Schwerpunkt Anweisungen/ Unterstützung suchen</b>	<b>3. Schwerpunkt Orientierung – der Weg zu einem bestimmten Ziel</b>	<b>4. Schwerpunkt Beobachtung des Ziels</b>	<b>5. Schwerpunkt Reflexion des Prozesses</b>
Einschätzung der generellen Gestaltung und Eindruck des Eingangsbereiches. Analyse der Orientierungsmöglichkeiten. Sichtbarkeit und Verständlichkeit der Informationen.	Analyse Informationsschalter. Beobachtung der mündlichen Auskunft bezüglich Art und Weise und Verständlichkeit der erhaltenen Informationen.	Analyse Wegeleitsystem und Orientierungsmerkmale – bezüglich Vorhandensein und Einheitlichkeit.	Beschreibung des Ziels. Transparenz des Prozesses der weiteren Anmeldung. Informationsweitergabe der handelnden Personen	Abschließende Besprechung und Reflexion der gewonnenen Eindrücke

Tab. 1: Eigene Darstellung nach „The Health Literacy Environment Activity Packet“, Rudd, 2010

Zwei Personen sollen die Durchführung der Begehung der Gesundheitseinrichtungen mit Einschätzung der schriftlichen und mündlichen Informationen zur Orientierung auf ihre

Verständlichkeit und Stringenz durchführen. Eine Person nimmt dabei eine führende und die zweite eine beobachtende Rolle ein. Die Einschätzungsergebnisse werden verschriftlicht.

## Ergebnisse

Je zu zweit schätzten 42 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen insgesamt 21 Krankenhäuser und Pflegeheime in Ostösterreich im Jahr 2015 ein. Mehrheitlich wurden Schwerpunktkrankenhäuser eingeschätzt (15). Vier Krankenhäuser mit spezifischen Schwerpunkten von privaten Trägern und zwei Pensionistenheime sind begangen worden. Alle einschätzenden Personen erhielten eine einstündige Einschulung zur Handhabung des Instruments. Die Gesundheitsorganisationen durften frei gewählt werden.

Jeder einzelne Schwerpunkt wurde gemeinsam gemäß der im Assessment angeführten Aspekte analysiert. In Tab. 2 sind die hauptsächlich beschriebenen Ergebnisse der Einschätzungen zusammengefasst. Sie sind in positive (+) und negative Attribute geteilt.

Der Eingangsbereich wird mehrheitlich als großer hallenartiger Raum beschrieben, der oft aufgrund von Einkaufsmöglichkeiten, Sitzgruppen und durch die Frequenz vieler Menschen als „stressig“ oder „laut“ wahrgenommen wird. Orientierungssysteme sind nicht immer auf den ersten Blick sichtbar und verständlich. Die mündliche Informationsweitergabe am Informationsschalter wird weitestgehend korrekt und freundlich durchgeführt, obwohl mehrmals im Vorfeld eine „distanzierte Haltung“ der auskunftgebenden Person wahrgenommen wird. Der begangene Weg zu einem ausgewählten Ziel wird häufig als Herausforderung empfunden: Hinweisschilder sind versteckt angebracht und uneinheitlich, Gänge sind nicht gut ausgeleuchtet und eng, farbliche Leitsysteme verwirrend. Manchmal stellen abgestellte Gegenstände Hindernisse dar und manchmal ist es kalt und zugig. Wenn das ausgewählte Ziel (Station, Ambulanz) erreicht ist, wird der Empfang durch Pflegepersonen mehrheitlich als freundlich, kompetent und einladend beschrieben, was sich oft auch auf die Umgebung wie Sitzgelegenheiten, aufgehängte Informationsplakate, Zeitschriften etc. bezieht.

1. Schwerpunkt Haupteingang	2. Schwerpunkt Anweisungen/ Unterstützung suchen	3. Schwerpunkt Orientierung – der Weg zu einem bestimmten Ziel	4. Schwerpunkt Beobachtung des Ziels	5. Schwerpunkt Reflexion des Prozesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoher Lärmpegel</li> <li>• Hallenartiger Charakter</li> <li>• Orientierungssystem nicht gleich zu finden.</li> <li>• Unterschiedliche Schriftgrößen und -designs.</li> <li>• Unverständliche Zeichen/Symbol</li> <li>• Zu viele Schilder</li> </ul>	Keine ersichtliche Kennzeichnung des Informationsschalters. wirkt wenig einladend. Fenster zum Durchsprechen klein und hoch platziert Mündliche Auskunft wird falsch verstanden	Orientierung zur ausgewählten Station wenig beschildert. Weg verunsichernd Informationstafeln nicht sichtbar. Leitsystem durch Farben verwirrend Weg zur Station gleicht Entdeckungsreise Gänge durch abgestellte Geräte	Stationsname ist unterschiedlich zur mündlichen Information. Sitzgruppen zu eng Anmeldeschalter klein und unübersichtlich platziert  + Rascher, freundlicher und	Nicht alltäglicher Fokus auf Krankenhaus Durch Einschätzung wird anderer Blickwinkel eingenommen Bereichernde Sichtweise Konstruktives Auseinandersetzen mit

+ • Rollstuhlrampe und Handläufe • Sitzgruppen • Große elektronische Übersichtstafeln • Saubere Toiletten, leicht zu finden	+ Gruß und höfliche Kontaktaufnahme Informationen freundlich und präzise Verständlichkeit wird nachgefragt	verengt + Saubere Aufzüge Wandschilder in Augenhöhe Einheitliche Beschilderung/farbliche Markierung	professioneller Empfang durch Pflegepersonal Sitzgelegenheiten vorhanden Informationen in verschiedenen Sprachen	Orientierungssystem
---	---	---	--	---------------------

Tab. 2: Zusammengefasste Ergebnisse „First Impression and Walking Interview“

In der gemeinsamen Reflexion des Prozesses wird von den einschätzenden Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen besonders die dabei eingenommene spezifische Sichtweise als sehr bereichernd erlebt. Der Blickwechsel auf die Orientierung in der Institution ist in der täglichen pflegerischen Berufspraxis kaum relevant. Bei eigener guter Orientierung im Krankenhaus wird wenig antizipiert, wie relevant es für PatientInnen ist, die damit nicht oder wenig vertraut sind.

Die in diesem Zusammenhang durchgeführte Reflexion des Einschätzungsinstruments selbst ergab eine generell positive Haltung. Es wird festgehalten, dass das Einschätzungsinstrument gut den Zweck erfüllt, die relevanten Aspekte der Orientierung in Gesundheitsinstitutionen abzubilden. Es ist leicht verständlich und nachvollziehbar. Einschränkend soll jedoch festgehalten werden, dass die einschätzenden Personen keine alternativen Assessments zum Vergleich hatten.

### Diskussion und Fazit

Das Ziel dieser Durchführbarkeitsstudie, eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zur „Health Literacy Freundlichkeit“ von Krankenhäusern und Pensionistenheimen, bei gleichzeitiger Prüfung der Praktikabilität und AnwenderInnenfreundlichkeit des angewendeten Instruments zu bieten, konnte erreicht werden. Das verwendete Instrument „The Health Literacy Environment Activity Packet First Impressions & Walking Interview“ (Rudd, 2010) bildet die relevanten Aspekte der Orientierungswege in Gesundheitseinrichtungen ab. Die Einschätzung der einzelnen Krankenhäuser und Pensionistenheime bestätigt die Uneinheitlichkeit bezüglich der Informations- und Leitsysteme (Grone / Rudd, 2011). Dabei ist sichtbar, dass einzelne Krankenhausträger die Wichtigkeit von einheitlichen Informations- und Orientierungssystemen bereits erkannt und umgesetzt haben. Eine einheitliche Systematik ist für eine klare Kommunikation nötig, die sich durch eine ganze Organisation ziehen muss (Wong, 2012). So gesehen, kann das Zitat von Candussi / Fröhlich (2015) abgewandelt werden zu „Orientierung – Der Schlüssel in die richtige Richtung“. Dafür ist eine weiterführende Adaption der Systeme wichtig, damit alle darin agierenden Personen auf einer Basis Entscheidungen treffen können, die einerseits die Orientierung im klassischen Sinne betreffen, und durch zusätzliche Informationsaspekte (wie Broschüren, Plakate, Infoscreens) andererseits auch im Einklang mit ihren Wünschen und Werten stehen (Sladek / Groth, 2013).

Einschränkungen dieser Durchführungsstudie sind, dass die Ergebnisse mittels einer Gelegenheitsstichprobe ermittelt wurden und nicht repräsentativ sind. Es kamen keine standardisierten statistischen Tests zur Anwendung. Die Analyse der Ergebnisse entwickelte sich aus den formulierten Zuschreibungen. Weiterführende Untersuchungen zu Reliabilität und Validität des Einschätzungsinstruments (LoBiondo-Wood / Haber, 2005) stehen noch aus, ebenso die Entwicklung von spezifischen Items und eines Scoring Systems. Dennoch kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse die grundsätzliche Anwendbarkeit des Assessments bestätigt werden.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die oftmals uneinheitlichen Leitsysteme zur Orientierung in den Krankenhäusern und Pensionistenheimen der raschen Orientierung hinderlich sind. Deshalb sollen die Erkenntnisse als Implikationen für das Gebäudemanagement herangezogen werden, um mit gezielten Maßnahmen eine rasche und einfache Orientierung für PatientInnen sowie besuchende und mitarbeitende Personen zu ermöglichen. Die Rolle der auskunftsgabenden Personen ist ebenfalls von zentraler Wichtigkeit für die Orientierung, aber auch für die Repräsentanz einer Willkommenskultur in den einzelnen Organisationen. Eine emphatische und verständliche Informationsweitergabe ist eine gute Unterstützung für die Entwicklung der persönlichen Gesundheitskompetenz.

### Literaturliste/ Quellenverzeichnis:

Bachinger Almut; Lang Gert; Bammer Doris (2011): Entwicklung der Gesundheitskompetenz als Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Schule. In: Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport der Universität Wien (Ed.), HELLIP „Be Happy – Be Healthy“: Facetten der Gesundheitskompetenz: Bildungspolitische Leitlinien für Schule, Universität, Pädagogische Hochschule und den Sport, S. 153 - 164.

Berkmann Nancy; Sheridan Stacey; Donahue Katrina; Halpern David; Crotty Karen (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: Annals of Internal Medicine 155 (2) 97-107.

Candussi Klaus; Fröhlich Walburga (Hrsg.) (2015): Leicht lesen: Der Schlüssel zur Welt, Böhlau Verlag.

Flick Uwe (2014): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen, 2. Auflage, Rowohlt Verlag.

Grone Raluca; Rudd Rima (2011): Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. In: Journal of Communication in Healthcare, 4 (4) 227-237.

Fousek Stephan; Domittner Brigitte; Nowak Peter (2012): Health Literacy – Grundlagen und Vorschläge für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitsziels „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GMBH (Hrsg.), Wien.

Grotluschen Anke; Riekmann Wibke (2011) leo. – Level-one Studie Literalität von Erwachsenen auf den unteren Kompetenzniveaus. Presseheft Universität Hamburg. Online ressource: <http://blogs.epb.uni-hamburg.de/leo/>.

LoBiondo-Wood Geri; Haber Judith (2005): Pflegeforschung, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag.

Rudd Rima (2010): The Health Literacy Environment Activity Packet First Impressions & Walking Interview. Online resource: [www.hsph.harvard.edu/healthliteracy](http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy).

Sladek Ulla; Groth Sylvia (2013): Angebote zur Förderung von Gesundheitskompetenz in Österreich. Eine Erhebung im Rahmen des Projektes Health Literacy – Vertiefen – Vernetzen – Verankern des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Soellner Renate; Huber Stefan; Lenartz Norbert; Rudinger Georg (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 17 (3) 105-113.

Sørensen Kristine; Van den Broucke Stephan; Fullam James; Doyle Gerardine; Pelikan Jürgen; Slonska Zofia; Brand Helmut (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health, 12, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

Wagner Kerstin; Sparr Florian (2012): Wie kann die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verbessert werden. In: Gesundheitswissenschaften Dokument. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation, Linz.

Wong Bet Key (2012): Building a Health Literate Workplace. In: Workplace Health & Safety, 60 (8) 363-369.

### Internetquellen

World Health Organization (WHO) 2009: Health Promotion. Track 2 Health literacy and health behavior: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/index.html>, (6.12.2014).