

SELBST-ASSESSMENT GESUNDHEITSKOMPETENTE ORGANISATION

Schlussbericht Evaluation

Zürich, 25.11.2021

Careum Stiftung und Gesundheitsdirektion Kanton Zürich
Dunja Nicca, Rebecca Jaks, Natascha Stürmer, Elena Guggiari, Saskia Maria De Gani

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage.....	5
2	Projektziele und Wirkungsmodell.....	5
3	Methoden und Vorgehen.....	6
3.1	Entwicklung des Selbst-Assessment-Tools und Vorbereitung der Pilot-Anwendung	6
3.2	Implementierung des Selbst-Assessment-Tools in Pilotbetrieben	7
3.3	Evaluation der Anwendung des Selbst-Assessment-Tools.....	7
3.3.1	Datensammlung	7
3.3.2	Datenauswertung.....	8
4	Ergebnisse	8
4.1	Das Selbst-Assessment-Tool organisationale Gesundheitskompetenz.....	8
4.1.1	Anleitung	9
4.1.2	Checkliste.....	9
4.1.3	Handbuch Massnahmen.....	9
4.2	Implementierung und Wirkung des Selbst-Assessment-Tools organisationale Gesundheitskompetenz	9
4.2.1	Kohärenz: Warum beteiligen sich die Institutionen und Teams an der Intervention?	10
4.2.2	Kognitive Partizipation: Wie beteiligen sich die Teilnehmenden an der Umsetzung?	11
4.2.3	Kollektive Umsetzung: Was die Beteiligten konkret umsetzen.....	12
4.2.4	Reflexive Beurteilung: Wie Auswirkungen und Bedeutung der Intervention beurteilt werden.....	13
5	Diskussion	18
6	Konklusion und Ausblick	20
7	Literaturverzeichnis	22
8	Anhang.....	24

Impressum

Evaluiertes Projekt:	Selbst-Assessment Gesundheitskompetente Organisation (Projekt-Nr. PGV 01.022.7597)
Laufzeit der Evaluation:	Januar 2020 – September 2021
Begleitung Evaluationsprojekt bei Gesundheitsförderung Schweiz:	Franziska Widmer Howald, Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV), Peter Stettler, Prävention in der Gesundheitsförderung (PGV)
Meta-Evaluation:	Das Team Prävention in der Gesundheitsversorgung bei 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.
Bezug:	Gesundheitsförderung Schweiz, 3014 Bern Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) www.gesundheitsfoerderung.ch/pgv/evaluation/evaluationsberichte
Zitiervorschlag:	Nicca, D., Jaks, R., Stürmer, N., Guggiari, E., De Gani, SM. (2021). <i>Evaluationsbericht des Pilotprojekts Selbst-Assessment Gesundheitskompetente Organisation</i> . Zürich.
Korrespondenzadresse:	Dr. Dunja Nicca Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention Universität Zürich Hirschengraben 84, CH-8001 Zürich +41 79 708 34 00 dunja.nicca@uzh.ch

Management Summary

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz (GK) in der Bevölkerung ist ein wichtiges Anliegen von Politik und Versorgung. Die Förderung der GK von Individuen wird international bereits seit geraumer Zeit beschrieben. Bisher wenig Beachtung findet jedoch die Förderung von Organisationen zur Verbesserung ihrer GK, trotz ihres potenziell grösseren Wirkungsrahmens. Um in der Schweiz einen ersten Schritt in diese Richtung zu gehen, wurde im Rahmen des Programms «Gesundheitskompetenz Zürich», welches von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Careum Stiftung getragen wird, ein Projekt zur Stärkung der organisationalen GK in der ambulanten Grundversorgung gestartet. Die Projektziele waren (1) die Entwicklung und Anwendung eines Tools zur Selbstbeurteilung und Förderung der organisationalen GK in Institutionen der Grundversorgung und (2) die Evaluation dieses Tools auf der Organisationsebene, mit dem Fokus auf die Implementierung und erste Veränderungsprozesse (Wirkung) aus Sicht der beteiligten Fachpersonen.

Methodisch wurde das Tool basierend auf einem Literaturreview mittels eines partizipativen Ansatzes mit den Praxispartnern und weiteren Experten aus Spitex-Organisationen und Arztpraxen entwickelt. Die Anwendung des Tools erfolgte durch 10 Pilotteams der beiden Praxispartner. Für die Evaluation der Anwendung und Wirkungsweise wurden vor und nach der Umsetzung in der Praxis qualitative und quantitative Daten mittels qualitativen Interviews und strukturierten Fragebogen erhoben. Die Datenanalyse erfolgte deskriptiv und mit einer reflexiven thematischen Analyse.

Das finale Selbst-Assessment-Tool gliedert sich in drei Module: (1) eine Anleitung mit einer klaren und leicht verständlichen Einführung in das Konzept GK und einer detaillierten Anleitung zur Anwendung des Instruments, (2) eine Checkliste zur Selbstbeurteilung des Entwicklungsstandes als gesundheitskompetente Organisation und (3) ein Handbuch Massnahmen mit Vorschlägen und Beispielen zur Stärkung der organisationalen GK. Für die Anwendung des Tools bzw. Umsetzung des Projekts definierten die Pilotbetriebe sogenannte Selbstcheck-Teams – Kleingruppen bestehend aus Mitarbeitenden mit unterschiedlichen Professionen und aus unterschiedlichen Hierarchiestufen – sowie einer koordinierenden Person («federführende Person»). Die Selbstcheck-Teams beurteilten mit dem Tool eigenständig, wie sie in verschiedenen Bereichen den Level der GK ihrer Patient/innen berücksichtigen und stärken. Sie wurden darüber hinaus angeleitet, Handlungsbedarf zu identifizieren und Verbesserungsmassnahmen zu planen und umzusetzen.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Pilotbetriebe deshalb am Projekt teilgenommen haben, weil sie das Thema organisationale GK als wichtig und in ihren Aufgabenbereich gehörend erleben. Der Umsetzungsprozess wurde jeweils den bestehenden Strukturen angepasst, wobei alle Teams das Assessment mit Massnahmenplanung und teilweiser Umsetzung durchgeführt haben. Sie betrachten es als Instrument, welches sie zu praxisnahe Handeln animiert. Des Weiteren beschreiben sie, dass das Instrument Veränderungsprozesse in der Organisationsstruktur, insbesondere in der Teamentwicklung begleiten kann. Nach der Umsetzung verbesserte sich das Wissen zu GK bei 5 von 8 befragten Elementen. Ebenfalls verbesserte sich die Einschätzung der Wichtigkeit von GK-fördernden Massnahmen bei 6 von 8 befragten Aspekten.

Das neu entwickelte Selbst-Assessment-Tool scheint bereits gut auf die Bedürfnisse der Grundversorgung angepasst zu sein. Entsprechend wurde es von den Praxispartnern gut akzeptiert und umgesetzt. Die für die Pilotumsetzung bereits überraschend positive Wirkung auf die Teamentwicklung hin zu einer GK-fördernden Kultur sollte in die Weiterentwicklung des Tools bzw. Projekts einbezogen werden. Das Selbst-Assessment-Tool hat dementsprechend Potenzial zur Skalierung, deren nächste Schritte die Entwicklung von Outcome-Messinstrumenten und die Testung des Tools sowie der Implementierungsstrategien beinhalten sollte.

1 Ausgangslage

Die Gesundheitskompetenz (GK) in der Bevölkerung gewinnt international an Aufmerksamkeit. In der Schweiz wurde dementsprechend die Stärkung der GK explizit als Massnahme in die aktuelle gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates «Gesundheit2030» (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019) aufgenommen, und auch in der nationalen NCD-Strategie (Bundesamt für Gesundheit, 2016) wird sie als grundlegendes Element benannt. GK beschreibt die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen und Dienstleistungen beschaffen, verstehen, beurteilen und anwenden zu können, um im Alltag Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Hierbei spielen neben den persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten einer Person auch situative Anforderungen und strukturelle Faktoren eine bedeutende Rolle (Koh & Baur, Cynthia, Brach, Cindy, Harris, Linda. M., & Rowden, Jessica N., 2013; Parker, 2009). Studien zur GK in der Schweiz und auch im Kanton Zürich zeigen: Über die Hälfte der Bevölkerung berichtet von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -diensten. Die Resultate belegen zudem, dass sich Personen mit einer hohen GK tendenziell gesundheitsförderlicher verhalten, sich gesünder fühlen und das Gesundheitssystem seltener in Anspruch nehmen (Bieri et al., 2016; Bieri et al., 2019; De Gani, Saskia M. de et al., 2021). Die Stärkung der GK bietet damit grosses Potenzial für die öffentliche Gesundheit und die Eindämmung der steigenden Gesundheitskosten. Verbesserungen der GK können dabei auf der individuellen Ebene ansetzen und die Fähigkeiten des Einzelnen verbessern, oder auf der Ebene der Organisationen die Fähigkeiten des Systems verbessern, um damit den Anforderungen des Einzelnen besser zu entsprechen und ihre Autonomie und Handlungsfähigkeit zu stärken. Hier spielen Fachpersonen und die Gesundheitsinstitutionen eine zentrale Rolle. Jedoch wurde die Förderung von Organisationen zur Optimierung ihrer GK trotz ihres potenziell grösseren Wirkungsrahmens bisher wenig beachtet (Annarumma & Palumbo, 2016; Farmanova et al., 2018; Lloyd et al., 2018).

Im Rahmen des Programms «Gesundheitskompetenz Zürich», welches von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der Careum Stiftung getragen wird, wurde ein Projekt zur Förderung der organisationalen GK in der ambulanten Grundversorgung entwickelt und umgesetzt. Das Projekt «Selbst-Assessment Gesundheitskompetente Organisation» wurde von Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt. Dieser Bericht erfolgt als Ergänzung zum Projektschlussbericht (www.quint-essenz.ch) zur Erfüllung der Projektabschlusskriterien von Gesundheitsförderung Schweiz.

2 Projektziele und Wirkungsmodell

Das Projekt verfolgte zwei Hauptziele:

- 1) *die Entwicklung und Anwendung eines Tools zur Selbstbeurteilung und Förderung der organisationalen GK von Institutionen der Grundversorgung und*
- 2) *die Evaluation dieses Tools auf der Organisationsebene mit Fokus auf die Implementierung und erste Veränderungsprozesse (Wirkung) aus Sicht der beteiligten Fachpersonen.*

Die erwartete Wirkungsweise des Projektes und insbesondere des Tools zur Selbstbeurteilung und Förderung der organisationalen GK wurde vor Projektbeginn in einem Wirkungsmodell dargestellt (Anhang 1). Innerhalb der Projektlaufzeit sollte ein nutzbringendes und anwenderfreundliches Tool zur Selbstbeurteilung der organisationalen GK erstellt, in Pilotbetrieben der Praxispartner angewendet und durch das Projektteam

hinsichtlich Qualität, Nützlichkeit, Anwenderfreundlichkeit und ersten Veränderungsprozessen evaluiert werden. Zielgruppe im Projekt waren die Multiplikatoren (Fachpersonen) in Organisationen der ambulanten Grundversorgung sowie die Organisationen als solche. Die Patient/innen bzw. Klient/innen der Versorgungsinstitutionen bildeten die indirekte Zielgruppe. Eine Wirkung wurde u.a. aufgrund der kurzen Projektlaufzeit nur bei der direkten und nicht bei der indirekten Zielgruppe erwartet. Es wurde davon ausgegangen, dass durch die Anwendung des Tools die Fachpersonen für das Konzept GK sensibilisiert werden, ihre Einstellungen verändern, ihr Wissen erweitern, Handlungsbedarf zur Stärkung der GK ihrer Patient/innen bzw. Klient/innen erkennen und erste Verbesserungsmassnahmen einleiten. Zudem sollten die Organisationen selbst ihren Verbesserungsbedarf identifizieren, Massnahmen zur organisationalen Weiterentwicklung planen und damit beginnen diese umzusetzen. Dieser Bericht fokussiert auf eine zusammenhängende Beschreibung der Resultate zu Implementierung und Wirkungsweise aus Sicht der am Projekt und der Pilotierung beteiligten Personen. Dazu wurde folgende Fragestellung formuliert:

Wie erleben Fachpersonen aus Spitex-Organisationen und Hausarztpraxen die Implementierung des Selbst-Assessment-Tools und welche wahrgenommene Wirkung der Intervention beschreiben sie?

3 Methoden und Vorgehen

Das Gesamtprojekt orientierte sich an den Prinzipien der Evaluations- und Implementierungsforschung (Peters et al., 2014). Dabei ging es insbesondere darum, mit Praxispartnern partizipativ Instrumente zur Förderung der organisationalen GK zu entwickeln und diese in Pilotbetrieben nicht nur hinsichtlich ihrer Wirkung (z.B. Veränderungsprozesse), sondern auch hinsichtlich Implementierung in einer bestimmten Umgebung zu evaluieren. Entsprechend den einzelnen Projektphasen wurden quantitative und qualitative Methoden eingesetzt. Diese werden für die Entwicklung des Tools (Ziel 1) in diesem Bericht nur noch zusammenfassend beschrieben. Die ausführliche Beschreibung kann in der Publikation des Tools nachgelesen werden (De Gani et al., 2020).

Die für die Evaluation von Implementierung und Wirkungsweise (Ziel 2) eingesetzten qualitativen und quantitativen Methoden werden hier genauer beschrieben. Dazu wird eine Darstellungsform aus der Mixed-Method Forschung verwendet, der sogenannte «theory-informed joint display» (Creswell, 2014): Entlang von vier Dimensionen der «Normalization Prozess Theory» (NPT) werden die vorliegenden qualitativen und quantitativen Daten gemeinsam beschrieben. Die NPT wurde entwickelt, um zu verstehen, wie komplexe Interventionen operationalisiert werden. Sie erklärt Mechanismen, welche die Umsetzungsprozesse vorantreiben oder ggf. auch behindern, wobei der Fokus auf den sozialen Prozessen liegt.

Vier Determinanten der NPT erklären wie komplexe Interventionen in die alltägliche Praxis integriert (d.h. normalisiert) werden: Die **Kohärenz** beschreibt, welchen Sinn die Personen einer komplexen Intervention beimessen. Die **Kognitive Partizipation** beschreibt, wie sie sich an der Umsetzung beteiligen. Das **Kollektive Handeln** beschreibt, was sie ausführen und die **Reflexive Beurteilung** beschreibt, wie sie die Intervention mit ihren Auswirkungen schlussendlich beurteilen (May & Finch, 2009).

3.1 Entwicklung des Selbst-Assessment-Tools und Vorbereitung der Pilot-Anwendung

Bei der Entwicklung des Selbst-Assessment-Tools wurde in einem ersten Schritt eine Literaturrecherche zu bestehenden Instrumenten und Interventionen im Bereich der organisationalen GK in online Datenbanken

(PubMed, CINAHL, PsychInfo) durchgeführt. Anhand der Resultate dieser Literaturrecherche wurde durch das Projektteam und gemeinsam mit den Vertreter/innen der Praxispartner ein erster Entwurf erstellt. In einem zweiten Schritt wurden Gruppen- und Expert/innen-Interviews zur Evaluation des Entwurfs durchgeführt, um Benutzerfreundlichkeit, Inhalt und Anwendbarkeit des Handbuches und der Checkliste zu bewerten. Eine Übersicht der Stichprobe der Gruppen- und Expert/innen-Interviews ist im (Anhang 3 und Anhang 4) dargestellt.

3.2 Implementierung des Selbst-Assessment-Tools in Pilotbetrieben

Um die praktische Anwendbarkeit und Wirksamkeit zu überprüfen, wurden Betriebe der beiden Praxispartner Spitex Zürich Limmat und dem Ärztenetzwerk mediX Zürich für eine Teilnahme am Projekt angefragt. In diesen Betrieben wurden insgesamt zwölf Pilotbetriebe – d.h. vier Arztpraxen und acht Spitex-Teams – rekrutiert. Die detaillierte Zusammensetzung der Pilotbetriebe ist in der Tabelle im Anhang 3 ersichtlich.

Die Pilotbetriebe wurden während der gesamten Pilotierungsphase durch das Projektteam begleitet und beraten: Zu Beginn der Anwendungs- bzw. Testphase (Januar – März 2020) fand ein Informations- und Vorbereitungstreffen mit den «federführenden» (koordinierenden) Personen der Selbstcheck-Teams statt. Die Selbstcheck-Teams konnten während den ersten beiden Sitzungen im Rahmen des Selbstchecks auf Wunsch jemandem aus dem Projektteam zur Moderation unterstützend zur Seite haben. Davon wurde in zwei Fällen (einmal Spitex, einmal Arztpraxis) gebrauch gemacht. Zudem stand das Projektteam während der gesamten Testphase bei Fragen zur Verfügung. Schliesslich wurden regelmässige Telefon- und Videokonferenzen mit dem Projektteam angeboten, um sich auszutauschen und bestehende Fragen zu klären. Dies wurde sehr häufig und regelmässig in Anspruch genommen. So bestand durchschnittlich alle 2-4 Wochen Kontakt mit allen federführenden Personen.

3.3 Evaluation der Anwendung des Selbst-Assessment-Tools

Die Durchführung der Evaluation basiert auf dem Evaluationskonzept vom 07.10.2019. Die Daten wurden in 10 der ursprünglich 12 Pilotbetrieben der beiden Praxispartner Spitex Zürich Limmat und dem Ärztenetzwerk mediX Zürich erhoben. Zwei Pilotbetriebe der Spitex haben sich im Verlauf der Umsetzung (d.h. vor dem effektiven Selbstcheck) aufgrund mangelnder personeller Ressourcen nicht mehr weiter an der Testphase beteiligt.

3.3.1 Datensammlung

Zur Datenerhebung wurden qualitative und quantitative Methoden eingesetzt, welche in Tabelle 1 dargestellt sind. Die erste Erhebung von qualitativen und quantitativen Daten erfolgte nach der Zusage zur Projektteilnahme und vor der Umsetzung der Selbstbeurteilung. Die zweite Erhebung von qualitativen und quantitativen Daten erfolgte nach Abschluss der Anwendung des Selbst-Assessment-Tools. Die quantitativen Daten wurden mittels eines Online-Fragebogens (prä und post) erhoben. Dieser ist in Anhang 5 ersichtlich. Dabei wurden nebst Fragen zur Person, Fragen zum Begriff Gesundheitskompetenz sowie zum Wissen und zur Einstellung zu diesem Konzept gestellt. In der zweiten Befragung wurden zusätzlich Fragen zu wahrgenommenen Veränderungen durch das Projekt ergänzt (Anhang 5). Die soziodemografischen Charakteristiken der Stichproben der beiden quantitativen Befragungen (prä und post) sind im Anhang 6 ersichtlich.

Tabelle 1: Erhebungsmethoden Prä- und Post-Evaluation

Zeitpunkt	Erhebung	Stichprobe	Fokus
Prä-Anwendung	Quantitative Online-Befragung Mitarbeitende der Pilotbetriebe	– mediX: 36 Personen – Spitex: 38 Personen	Einstellung, Wissen, Kompetenzen der Mitarbeitenden
Prä-Anwendung	Qualitative Befragung Führungspersonen der Pilotbetriebe	– mediX: 4 – Spitex: 2	Erhebung des momentanen Standes bezüglich GK im Pilotbetrieb
Post-Anwendung	Quantitative Online-Befragung Mitarbeitende der Pilotbetriebe	– mediX: 26 Personen, davon paired cases = 18 Personen – Spitex: 22 Personen, davon paired cases = 13 Personen	Veränderungen in Einstellung, Wissen, Kompetenzen der Mitarbeitenden
Post-Anwendung	Qualitative Befragung Führungspersonen der Pilotbetriebe	– mediX: 4 – Spitex: 3	Veränderungen des Standes bezüglich GK im Pilotbetrieb
Post-Anwendung	Einzel- oder Gruppeninterviews mit Mitgliedern der Selbstcheck-Teams	– mediX: 3 – Spitex: 2	Erfahrungen mit Selbst- Assessment-Tool (z.B. Anwenderfreundlichkeit, Umsetzbarkeit)

3.3.2 Datenauswertung

Es wurden deskriptive statistische Analysen der quantitativen Daten und eine reflexive thematische Analyse (Braun & Clarke, 2019; Braun & Clarke, 2006) der qualitativen Daten durchgeführt. Die statistische Analyse beinhaltete einen Vorher-Nachher-Vergleich. Aufgrund der kleinen Stichprobe (31 paired-cases) sind keine Rückschlüsse auf Signifikanzen möglich.

4 Ergebnisse

Die hier dargestellten Hauptergebnisse des Projektes «Selbst-Assessment Gesundheitskompetente Organisation» beinhalten a) die zusammenfassende Beschreibung des Selbst-Assessment-Tools für organisationale GK, gefolgt von b) den Evaluations-Ergebnissen zur Implementierung und Wirkung des Tools basierend auf der NPT. Damit wird der Prozess erklärt, wie die Intervention (Anwendung des Selbst-Assessment-Tools) in der Praxis der Spitex-Organisationen und Arztpraxen umgesetzt wird (Implementierung) und welche bedeutungsvollen Veränderungen sich für die Teams daraus ergeben (wahrgenommene Wirkung der Intervention).

4.1 Das Selbst-Assessment-Tool organisationale Gesundheitskompetenz

Auf Basis der Ergebnisse der Literaturrecherche sowie im Gespräch mit unseren Praxispartnern, nationalen Expertinnen und Experten in diesem Gebiet sowie Kolleginnen und Kollegen aus Österreich (Gesundheit

Österreich GmbH) wurde die Struktur des Selbst-Assessment-Tools festgelegt. Das Instrument gliedert sich in drei Module: (1) eine Anleitung mit einer klaren und leicht verständlichen Einführung in das Konzept GK und einer detaillierten Anleitung zur Anwendung des Instruments, (2) eine Checkliste (Anhang 7) zur Selbstbeurteilung des Entwicklungsstandes als gesundheitskompetente Organisation und (3) ein Handbuch Massnahmen mit Vorschlägen und Beispielen zur Stärkung der organisationalen GK.

4.1.1 Anleitung

Das Selbst-Assessment erfolgt jeweils in einer interdisziplinären und hierarchieübergreifenden Gruppe von Fachpersonen, mit dem Ziel unterschiedliche Erfahrungen und Sichtweisen in die Beurteilung der eigenen Organisation einfließen zu lassen. Zu diesem Zweck werden sogenannte Selbstcheck-Teams gebildet. Das Selbstcheck-Team sollte sich möglichst aus Personen unterschiedlicher Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Medizinische Praxisangestellte, Pflegepersonal, Administrationsmitarbeitende), Hierarchiestufen (Organisationsleitung, Teamleitung, Mitarbeitende) und ggf. Anstellungsverhältnissen (Vollzeit, Teilzeit, selbständig, angestellt) zusammensetzen. Im Selbstcheck-Team wird eine «federführende» Person bestimmt, welche die Leitung und Koordination für den Prozess übernimmt. Zusammengefasst beinhaltet dieser Prozess folgende Aspekte:

- Situationsanalyse zur Identifikation von Stärken und Schwächen und Erkennen von Handlungsbedarf und -potenzial, mit der Checkliste zur Selbstbeurteilung.
- Ableiten von mind. zwei Entwicklungszielen sowie Massnahmen zur Stärkung der organisationalen GK. Erarbeitung des Vorgehens zur Umsetzung der entsprechenden Massnahmen zur Zielerreichung mithilfe des Handbuchs Massnahmen.
- Umsetzung der Massnahmen und Überprüfung des aktuellen Standes der organisationalen GK.

4.1.2 Checkliste

Die Checkliste (Anhang 7) besteht aus einem Fragenkatalog zur Selbstbeurteilung der Organisation. Sie basiert auf den sechs Merkmalen einer gesundheitskompetenten Organisation und gliedert sich entsprechend in diese sechs Dimensionen. Zu jeder Dimension finden sich Unterdimensionen sowie entsprechende Bewertungskriterien. Die Organisationen können zu jedem Kriterium angeben, wie gut sie dieses ihrer Meinung nach auf einer Skala von «(eher) nein» bis «(eher) ja» erfüllen.

4.1.3 Handbuch Massnahmen

Das Handbuch Massnahmen ist eine Sammlung von Tipps, Hinweisen und Methoden, die zeigen, wie die GK in Organisationen verbessert werden kann. Das Handbuch versteht sich als Ideengeber und Nachschlagewerk. Die Sammlung von Hinweisen gliedert sich wie die Checkliste in sechs Kapitel: Jedes Kapitel entspricht einer Dimension der Checkliste. So können die Fachpersonen zielgerichtet nach Ideen und Materialien für die Planung von Massnahmen zu den bestimmten Themenfeldern suchen.

4.2 Implementierung und Wirkung des Selbst-Assessment-Tools organisationale Gesundheitskompetenz

In diesem Kapitel wird mit qualitativen und quantitativen Ergebnissen erklärt, 1) welche Bedeutung die Teilnehmenden der Intervention vor der Teilnahme beimessen und warum sie schlussendlich teilnehmen (Kohärenz); 2) wie sich die Teilnehmenden an der Umsetzung beteiligen, um die Intervention in den Alltag integrieren zu können (Kognitive Partizipation); 3) was die beteiligten Teams konkret umsetzen (Kollektives

Handeln); und 4. welche Veränderungen und Wirkung sie durch die Intervention erleben und welche Bedeutung sie dem beimessen (Reflexive Beurteilung) (May & Finch, 2009).

4.2.1 Kohärenz: Warum beteiligen sich die Institutionen und Teams an der Intervention?

Zur Implementierung des Selbst-Assessment-Tools erklärten sich die gleichen zwei Praxispartner (Spitex Zürich Limmat / Ärztenetzwerk mediX Zürich) bereit, die schon bei der Entwicklung beteiligt waren. Innerhalb dieser Organisationen wurden die Teams und Praxen intern durch die Führungspersonen der Organisationen persönlich für eine Teilnahme an diesem Projekt angefragt. Von den ursprünglich zwölf Pilotbetrieben, beteiligten sich schliesslich deren zehn an der Umsetzung. Zwei Teams der Spitex beteiligten sich aufgrund fehlender Personalressourcen nicht an der finalen Umsetzung. Die personelle Situation hatte sich in diesen Teams durch die COVID-Pandemie zu sehr verschärft.

Die Analyse der qualitativen Daten aus der Prä- und Post-Erhebung beschreibt im folgenden Abschnitt, warum es die Führungspersonen und Teammitglieder trotz des arbeitsintensiven Alltages als sinnvoll erachteten, an der Intervention teilzunehmen und sich zu engagieren:

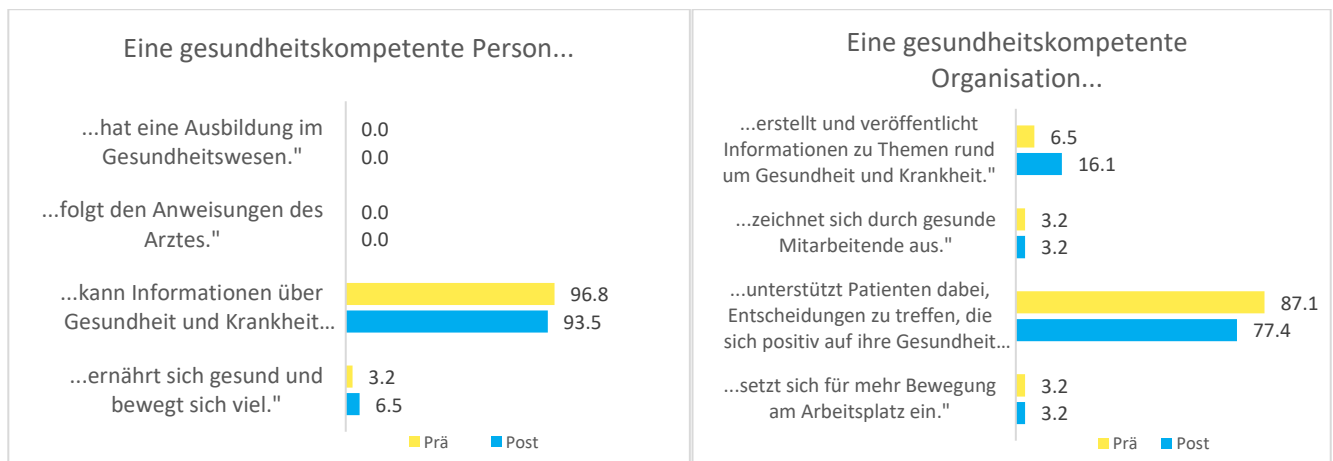
Stärkung der Gesundheitskompetenz ist Aufgabe der Grundversorgung

Die Führungspersonen der beteiligten Institutionen sowie die Teilnehmenden der Selbstcheck-Teams erzählten von einem Arbeitsalltag, der eng gefüllt ist mit Terminen und damit zusammenhängenden Arbeiten. Die Zeit für projektorientierte Arbeit beschrieben sie als äusserst knapp und in Bezug auf Personalressourcen schwierig planbar. Die Teilnahme an diesem Projekt («Selbstcheck GKO») beurteilten sie einerseits als sinnvoll, weil das Projekt einfach umsetzbar schien. Diese Beurteilung war beeinflusst durch ähnliche bereits abgeschlossene Projekte, zum Beispiel einer externen Qualitätsüberprüfung («EQUAM»). Andererseits erklärten alle Beteiligten, dass GK für sie ein wichtiges und positiv besetztes Thema sei und sie sich deshalb am Projekt beteiligen wollten. Die vertiefte Nachfrage nach der Bedeutung von GK vor der eigentlichen Umsetzung, beinhaltete sehr unterschiedliche Argumente. Auch Personen aus der gleichen Institution schienen unterschiedliche inhaltliche Bedeutungen und Erwartungen an das Projekt und insbesondere die Förderung von GK zu haben. Während die einen beispielsweise fast ausschliesslich von besserer Patientenberatung sprachen, betonten andere eher die Optimierung von Informationsprozessen. Allen gemein war, dass sie sich als Grundversorger in der Verantwortung sahen, die GK ihrer Patient/innen bzw. Klient/innen zu stärken. Eine Person beschrieb es treffend: *«Wenn nicht wir, wer soll es denn dann machen. Also irgendwelche Medien oder Google oder irgendetwas ist einfach nicht der Sinn dieser Sache, finde ich. Wenn schon irgendwelches Fachpersonal da ist, dass so Informationen rausgeben kann.»* (I. MP4, Z. 798-802)

In den quantitativ erhobenen Daten gab die Mehrheit der Teilnehmenden (84 %) an, bereits vor der Anwendung des Tools den Begriff «Gesundheitskompetenz» gehört zu haben, nach der Anwendung waren es 87 %. In Bezug auf das Verständnis der Begriffe «gesundheitskompetente Person oder Organisation» wurde eine gesundheitskompetente Person (vor der Intervention (gelb)) von fast allen Teilnehmenden korrekt eingeschätzt und zwar als jemand, der Informationen über Gesundheit und Krankheit nutzen kann, um im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, verstanden (Abbildung 1). Die Mehrheit stimmte auch korrekterweise zu, dass eine gesundheitskompetente Organisation Patient/innen bzw. Klient/innen dabei unterstützt, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Diese Einschätzung änderte sich nach der Intervention minim in Richtung einer Verschlechterung des Verständnisses.

Jedoch ist hier festzuhalten, dass aufgrund der geringen Anzahl Teilnehmenden insgesamt die Ergebnisse nur leichte Trends und keine signifikanten Unterschiede darstellen.

Abbildung 1: Verständnis Begriff gesundheitskompetente Person oder Organisation (N=31)



4.2.2 Kognitive Partizipation: Wie beteiligen sich die Teilnehmenden an der Umsetzung?

In der Anleitung zum Selbst-Assessment-Tool wurde definiert, dass das Assessment in einer kleinen Gruppe (mind. 2 Personen) gemacht werden sollte, mit möglichst viel Varianz in Bezug auf die Berufsgruppe und die hierarchische Position. Die Analyse der qualitativen Post-Evaluationsdaten beschreibt zwei Themen, welche die konkrete Umsetzung dieser Anleitung in den verschiedenen Institutionen und Selbstcheck-Teams beschreibt:

Die Umsetzung auf die bestehende Organisationsform anpassen

Die Anwendung des Selbst-Assessment-Tools im Selbstcheck-Team war eine Anforderung, welche die Teilnehmenden als sinnvoll einordneten, aber sehr anspruchsvoll in der Umsetzung erlebten. Sie mussten die Zusammensetzung der Selbstcheck-Teams und auch die Durchführung der Intervention den Möglichkeiten und Bedingungen ihrer Institution anpassen. Beispielsweise hatte die Spitex-Organisation kürzlich «Selbstorganisierte Teams» eingeführt. Deshalb entschieden sie sich dafür, dass der Selbstcheck durch das gesamte Team von 8-12 Personen ausgefüllt werden sollte. Zudem übernahmen in den Selbstcheck-Teams Personen die Führung, welche dies als neue Rolle beschrieben, in der sie sich noch unsicher fühlten. Auch die beteiligten Personen der Arztpraxen mussten die Umsetzung der Intervention als Selbstcheck-Team den Bedingungen in den Praxen anpassen. Während sich dort die Teams aus MPAs und Ärzt/innen zusammensetzten, wurde die Umsetzung der Intervention (Assessment und Massnahmenplanung) in einigen Praxen zusammen erarbeitet, in andern durch eine oder mehrere MPAs durchgeführt und die ausgefüllten Dokumente anschliessend dem Arzt / der Ärztin vorgelegt. Die Hauptverantwortung trug stets die leitende MPA, welche grosses Vertrauen durch die ärztliche Leitung genoss. Eine Ärztin meint dazu: «Wir lassen da unserer leitenden MPA freie Hand. Sie übernimmt so viele organisatorische Aufgaben.» Andererseits haben sich einige Ärzt/innen nicht so intensiv mit der Intervention beschäftigt, wie sie weiter sagt: «Wir haben dem nicht so richtig irgendwie einen Rahmen gegeben oder so. Es ist mehr so ein bisschen eingeflossen, dass das Bewusstsein an und für sich ein bisschen geweckt geworden ist.» (I.FP01, Z. 75-78 und 20-23).

Der strukturellen Unterstützung Bedeutung beimessen

Das Selbstcheck-Assessment-Tool wurde zur selbständigen Anwendung für Organisationen im Gesundheitswesen entwickelt. Die Pilotbetriebe erhielten dazu eine gewisse strukturelle Unterstützung, weil parallel auch evaluiert wurde. Regelmässige Online-Besprechungen und Telefonkontakte fanden statt, bei je einem Team der Spitex respektive Arztpraxis war die Projektleitung auch beim Ausfüllen des Selbstchecks mit dabei. Dadurch konnten Verständnisfragen oder Unklarheiten direkt geklärt werden. Die Teilnehmenden, insbesondere auch die koordinierenden Personen, erlebten diese Meetings, die verbindlichen Termine sowie die persönlichen Nachfragen zu bestimmten Dokumenten als hilfreich. Sie beschrieben, wie sie dadurch in der Lage waren, der Umsetzung im vollen Alltag die nötige Priorität beizumessen und auch inhaltliche Fragen klären konnten. Auch die Führungspersonen aus der eigenen Institution wurden als unterstützend erlebt, wenn sie sich aktiv interessierten und nachfragten. Eine koordinierende Person aus der Spitex beschrieb dies folgendermassen: *«dann war es für uns ein bisschen schwierig einfach die Zeit zu finden, um die Massnahmen zu machen. Aber da war die Projektleitung sehr geduldig mit uns und hat uns immer wieder auch klare Anweisungen gegeben und uns weitergeführt bis ans Ziel. Das habe ich sehr toll gefunden»* (I. S3, Z.131-135).

4.2.3 Kollektive Umsetzung: Was die Beteiligten konkret umsetzen

In einem ersten Schritt mussten die zehn Selbstcheck-Teams die Situationsanalyse durchlaufen und beurteilen, wie gut sie bzw. ihre Organisation die sechs Dimensionen einer gesundheitskompetenten Organisation erfüllen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Dimension mit dem grössten Handlungsbedarf Dimension 4 «Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken» ist (vgl. Tabelle 2) – sowohl bei den Spitex-Teams als auch bei den Arztpraxen. Die Arztpraxen schätzen bei der Dimension 1 «Einfachen Zugang zur Organisation ermöglichen und Orientierung erleichtern» – im Gegensatz zur Spitex – einen geringeren Handlungsbedarf ein.

Tabelle 2: Auswertung Checkliste – Mittelwerte und Standardabweichung pro Dimension (N=10)

		Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5	Dimension 6	alle Dimensionen
Spitex	Mittelwert	65.9%	74.3%	76.4%	58.9%	73.4%	66.2%	69.2%
(n=6)	Standardabweichung	6.2%	8.7%	14.0%	18.2%	8.5%	11.2%	7.5%
mediX	Mittelwert	84.5%	75.0%	73.6%	60.6%	65.6%	73.1%	72.1%
(n=4)	Standardabweichung	6.4%	13.4%	17.8%	11.1%	13.7%	11.2%	6.1%

Legende: Dimension 1: Einfachen Zugang zur Arztpraxis ermöglichen und Orientierung erleichtern; Dimension 2: Einfach und leicht verständlich kommunizieren; Dimension 3: Gesundheitskompetenz unserer Patienten stärken; Dimension 4: Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken; Dimension 5: Gesundheitskompetenz in Management und Organisationskultur verankern; Dimension 6: Gesundheitskompetenz an Versorgungsschnittstellen, Vernetzung und weiterführende Aktivitäten der Organisation stärken

Nachdem der Handlungsbedarf mithilfe der Checkliste identifiziert worden war, wurden die Selbstcheck-Teams aufgefordert zu überlegen, in welchen Bereichen Sie Verbesserungen erzielen möchten, und entsprechende Entwicklungsziele zu formulieren. Anschliessend definierte jedes Team bestimmte Massnahmen für die Zielerreichung. In Tabelle 3 ist eine Übersicht einiger geplanten Massnahmen der Pilotbetriebe – pro Dimension – zu finden.

Tabelle 3: Geplante Massnahmen der Pilotbetriebe

Dimension	Beispiele geplanter Massnahmen
1. Einfachen Zugang zur Arztpraxis ermöglichen und Orientierung erleichtern	1) Bessere Beschriftungen der Türen im Gebäude 2) Dienstleistungen transparenter gegenüber bestehenden und potenziellen Kunden zu machen. 3) Die Spitex/Arztpraxis ist von aussen gut ersichtlich
2. Einfach und leicht verständlich kommunizieren	1) Interne Schulung, um die Kommunikation mit Patienten zu verbessern 2) Homepage und App anpassen mit einfacherer Ansicht 3) Erstellung von Leitlinien für die Kommunikation
3. Gesundheitskompetenz unserer Patienten stärken	1) Bezugsperson für die Kunden-/Patientenbetreuung 2) Info-Anlass und Tag der offenen Tür für Patienten und Angehörige 3) Informationen zu zuverlässigen Informationsquellen zur Verfügung stellen
4. Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken	1) Schulungen und Weiterbildungen für die Mitarbeitende 2) Infomaterial für die Mitarbeitende zur Verfügung stellen
5. Gesundheitskompetenz in Management und Organisationskultur verankern	1) Gesundheitskompetenz in die Praxis integrieren 2) Gesundheitskompetenz als Thema in internen Sitzungen
6. Gesundheitskompetenz an Versorgungsschnittstellen, Vernetzung und weiterführende Aktivitäten der Organisation stärken	1) Übersicht des Netzwerks aktualisieren und MA darüber informieren 2) Gremien und Schnittstellen decken

Die meisten Massnahmen wurden für die Dimension 1 «Einfachen Zugang zur Arztpraxis ermöglichen und Orientierung erleichtern» geplant. Viele der geplanten Massnahmen adressierten zudem die Dimension 4 «Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken», welche in beiden Partnerorganisationen den grössten Handlungsbedarf zeigte (Tabelle 2). Der Fokus von solchen Massnahmen lag dabei vor allem auf der Erstellung von Infomaterial, der Organisation von Schulungen und Weiterbildungen für die Mitarbeitenden zum Thema GK und zur Verbesserung der Kommunikation. Neben den dokumentierten Massnahmen erzählten die Befragten auch, dass sie durch das Projekt zu weiteren Massnahmen inspiriert worden waren: beispielsweise fing eine Praxis an, die Patient/innen aktiver nach einem Spitalaufenthalt anzurufen, was einer Massnahme in Dimension 6 entspricht und bei den Patient/innen positiv aufgenommen worden sei. Eine andere Befragte machte folgendes Beispiel: *«Was wir ein bisschen mehr gemacht haben ist intern auf die eigene Gesundheit achten. Das ist für mich ein Zusatzziel gewesen, von meiner Seite her. Und das haben wir wirklich auch bewusst mehr gemacht.»* (I.FP02, Z.73.76)

4.2.4 Reflexive Beurteilung: Wie Auswirkungen und Bedeutung der Intervention beurteilt werden

Die quantitativen Daten zeigen, dass 45.2 % der Befragten Veränderungen durch das Projekt «Selbstcheck Gesundheitskompetente Organisation» in ihrer Praxis oder in ihrem Spitex-Team festgestellt haben, wobei nicht zwischen positiven und negativen Veränderungen per se gefragt wurde. Die Mitarbeitenden in den Pilotbetrieben konnten jedoch bei der anschliessenden offenen Frage (Anhang 5) ergänzen, was für eine Veränderung sie erlebt hatten. Dabei wurden vor allem die verbesserte Zusammenarbeit im Team sowie verbesserte Zugangs- und Patienteninformationen genannt.

Die qualitativen Post-Evaluations-Daten beschreiben die von den Beteiligten erlebten Veränderungen und die Wirkungsweise des Selbst-Assessment-Tools in drei Themen:

Baustellen identifizieren und praxisrelevante Massnahmen treffen

Rückblickend erzählten die Interviewten, dass sie den Selbstcheck als verständliches und nutzbares Instrument beurteilen: Es stelle auf übersichtliche Art die Einschätzung dar. Es sei zudem motivierend, dass auch aufgezeigt werde, was bereits gut laufe. Die Befragten erhielten durch die Intervention (Assessment/Ziel/Massnahmen) den Impuls und die Struktur um Änderungen, oder wie es eine Teilnehmerin formulierte, «Baustellen» anzugehen, die sie eigentlich schon lange angehen wollten, es im arbeitsintensiven Alltag aber bisher nicht geschafft hatten. Parallel dazu beschrieben sie auch, wie ihnen das Tool und die Auseinandersetzung damit geholfen habe «Baustellen» zu erkennen, die ihnen bisher nicht vordergründig präsent waren. Für alle Beteiligten resultierten daraus Massnahmen, die sie als äusserst praxisnah und relevant für sich und Patient/innen bzw. Klient/innen erlebten. Eine Person beschrieb dies folgendermassen: *«Die Patienten mussten immer fragen, wo die Toilette ist, obwohl sie auch angeschrieben ist, aber nicht so gut angeschrieben. Und das ist jetzt so eine Massnahme gewesen, wo wir dann geändert haben, dass man die besser, grösser anschreiben und wir haben wirklich eigentlich nach kürzester Zeit – hat man sogar gemerkt: die Patienten müssen nicht mehr Fragen, es ist klar ersichtlich, ja. Also es ist super gewesen. Wir haben eigentlich gewusst, wir müssten das schon längststens anpassen, aber jetzt dank dem Pilotprojekt haben wir es auch wirklich in Angriff genommen.»* (I. MP1, Z. 80-88).

Teamentwicklung und Wirksamkeit erleben vs. Einzelkämpferin-Sein

Entsprechend der unterschiedlichen Zusammensetzungen und Organisation der Selbstcheck-Teams wurde die Interaktion im Team unterschiedlich erlebt. Einige Beteiligte erlebten den Austausch rund um das Assessment als bereichernd, denn er ermöglichte ihnen, sich inhaltlich auf einer anderen Ebene mit der eigenen Arbeit auseinanderzusetzen. Dies beschrieben sie als Gegensatz zum üblichen Arbeitsalltag, wo sie sich hauptsächlich organisatorisch austauschen würden. Aber auch das Diskutieren von verschiedenen Sichtweisen der GK und dazu relevanten Einschätzungen wurde von denen, die einen solchen Austausch hatten, als bereichernd beschrieben. Demgegenüber gab es einzelne Personen, die kaum eine Diskussion mit Kolleginnen und Kollegen anregen konnten. Sie erlebten den Prozess (Assessment, Massnahmen und auch Evaluation) zunehmend als beschwerlich und energieraubend. Dies hinderte sie zwar nicht an der Umsetzung, sie waren jedoch froh das Projekt abschliessen zu können. Demgegenüber betonten die Teammitglieder, die Austausch hatten, dass sich dies so wie auch der Erfolg der umgesetzten Massnahmen, positiv auf die Teamarbeit ausgewirkt habe und die Intervention wiederholt werden sollte. Zudem beschrieben Mitarbeitende der Spitex, dass ihnen die Intervention auch geholfen habe, sich mit der neuen Organisationsstruktur der Selbstorganisation auseinanderzusetzen. Insgesamt beschrieben diese Teilnehmenden, dass sie sich durch die Auseinandersetzung im Team, welche durch den Selbstcheck gefördert wurde, besser in der Lage fühlten sich gegenseitig zu befähigen und etwas zu verändern. Eine Teilnehmerin erklärte es so: *«Ich glaube wir arbeiten viel enger zusammen jetzt und haben auch mehr Vertrauen und transparenteren Austausch miteinander und wie gesagt, ich glaube wir können sicher mehr über so Fälle sprechen. Und jeder kann davon etwas lernen und profitieren. Der Austausch von Informationen ist viel flüssiger bei uns. Ich muss so sagen: vorher hat jede einfach ihre Arbeit gemacht – ihre Kunden, ihre Tour. Und vieles wurde nicht angesprochen wegen Zeitmangel oder einfach: ah, ist schon gut. Und jetzt können wir wirklich mehr den Fokus drauflegen, dass andere auch davon profitieren, wenn wir es ins Gespräch bringen, so andere Teammitglieder.»* (I. S3, Z. 495-509)

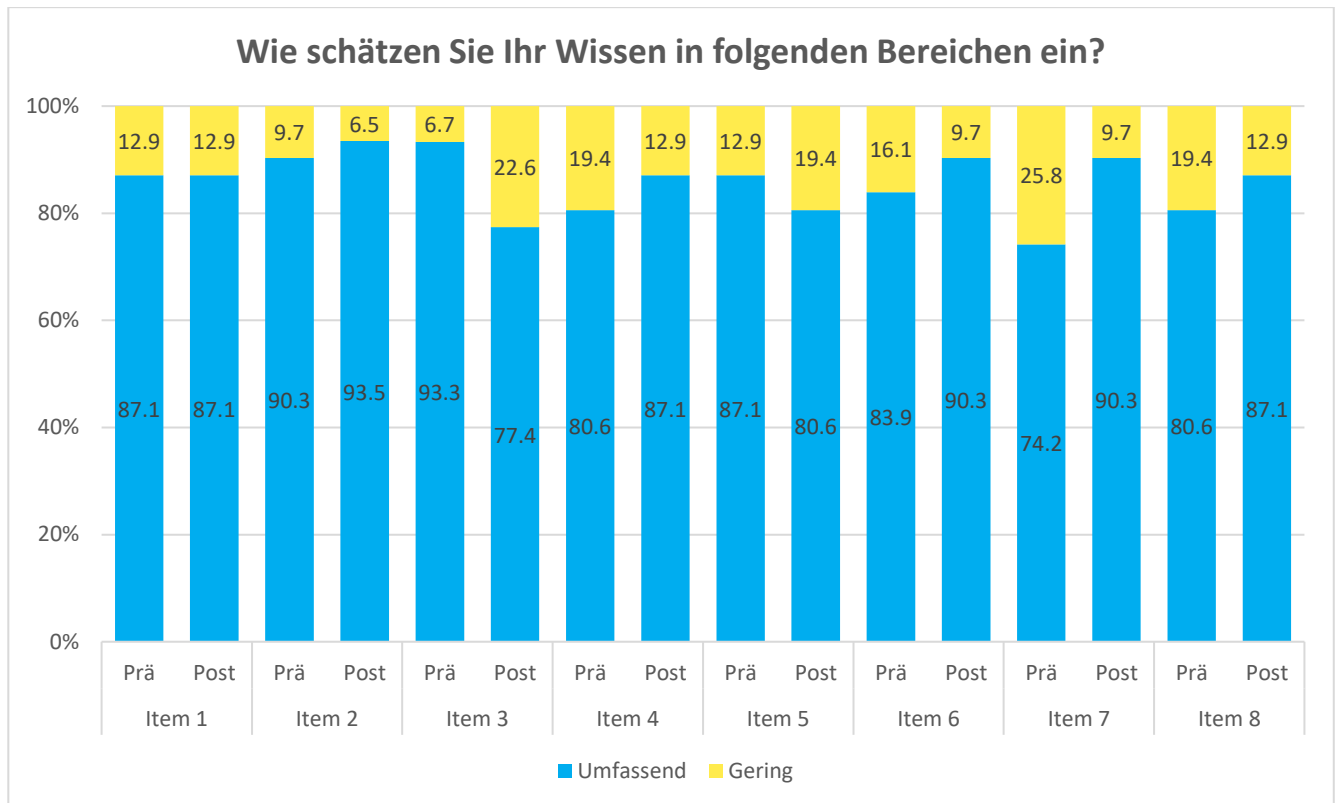
Kleinen Tätigkeiten grössere Bedeutung beimessen können und vernetzen

Einige Interviewte erklärten, dass für sie die Auseinandersetzung im Projekt mit dem Thema GK dazu geführt habe, dass sie einfachen Tätigkeiten (auch wenn diese nicht angepasst oder optimiert wurden) eine andere Bedeutung beimessen. Beispielsweise wurde vielen in Erinnerung gerufen, welches Informationsmaterial bereits vorhanden ist und die Befragten äusserten, dass sie diese wieder häufiger nutzen würden. Diese Bedeutung entstand durch erlebte positive Änderungen infolge der definierten Massnahmen. Eine Person beschrieb beispielsweise: *«Wir haben viel mehr Kontakt mit externen Fachstellen aufgenommen. Und arbeiten mit denen auch zusammen. Also daher hat sich sicher die Qualität von der Betreuung von Kunden verbessert. Ja.»* (I: S5, Z. 536-538). Eine weitere Vernetzung hin zum Konzept der GK beschreiben sie durch eine gedankliche Zuordnung dieser Tätigkeiten/Situation. Beispielsweise wurden einzelne Kommunikationstechniken, wie die motivierende Gesprächsführung, in das Gesamtkonzept integriert. Eine Ärztin beschrieb es so: *«Ich denke, dass gewisse Begriffe aktiver bekannt sind. Dass man es nicht einfach implizit umsetzt, sondern wie expliziter allenfalls wahrnehmen kann. Dadurch dass es formuliert wird. Weil häufig haben wir gesehen, dass ein Grossteil eigentlich schon umgesetzt wird. Also hat einfach nie einen Titel, so wie ein Post-it «Gesundheitskompetenz» dran gehabt, sondern man hat das einfach anders formuliert und es einfach umgesetzt. Und dadurch, dass man es bewusster umsetzt, bewusster formuliert, habe ich den Eindruck, dass man sich auch ein bisschen mehr Gedanken macht.»* (I: FP02, Z.232-240).

Das erweiterte Konzeptverständnis der GK nach der Intervention wurde in den qualitativen Daten nur von einigen Personen beschrieben, die sich zusätzlich aus eigener Initiative damit befasst hatten. In der quantitativen Evaluation wurden Wissens- und Einstellungsänderungen in Bezug auf das Konzept GK vor und nach der Intervention erfasst und sind im Folgenden dargestellt:

Wissens- und Einstellungsveränderung

Fachpersonen schätzten ihr Wissen und ihre Kompetenzen vor der Anwendung des Tools bereits als (eher) umfassend ein, mit Werten zwischen 77.4 - 93.5 %. Nach der Anwendung des Tools veränderten sich diese Werte bei sieben von acht Items. Bei fünf dieser sieben Items wurde das Wissen positiver beurteilt: Die Fachpersonen berichten häufiger, Gesprächstechniken zu kennen, die Patient/innen bzw. Klient/innen und ihren Angehörigen helfen, Informationen aus einem Gespräch richtig zu verstehen (Item 2), sowie Informationsquellen für vertrauenswürdige und leicht verständliche Patienteninformationen zu kennen (Item 4). Ausserdem wissen sie häufiger, wie sie Patient/innen bzw. Klient/innen bei Lebensstilveränderungen unterstützen können (Item 6), und kennen Angebote für Patient/innen bzw. Klient/innen, die sie in ihrem Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen (Item 7). Auch Massnahmen, um Patient/innen bzw. Klient/innen beim Übergang zu anderen Leistungserbringern zu unterstützen, wurden als besser beurteilt. Demgegenüber wurden folgende zwei Items nach der Anwendung des Tools geringer bewertet: das Kennen von Ansätzen, wie Patient/innen bzw. Klient/innen bei ihrer Behandlung mitentscheiden können (Item 5) und Möglichkeiten, um Patient/innen bzw. Klient/innen mit sprachlichen Schwierigkeiten im Gespräch zu unterstützen (Item 3) (siehe Abbildung 2).

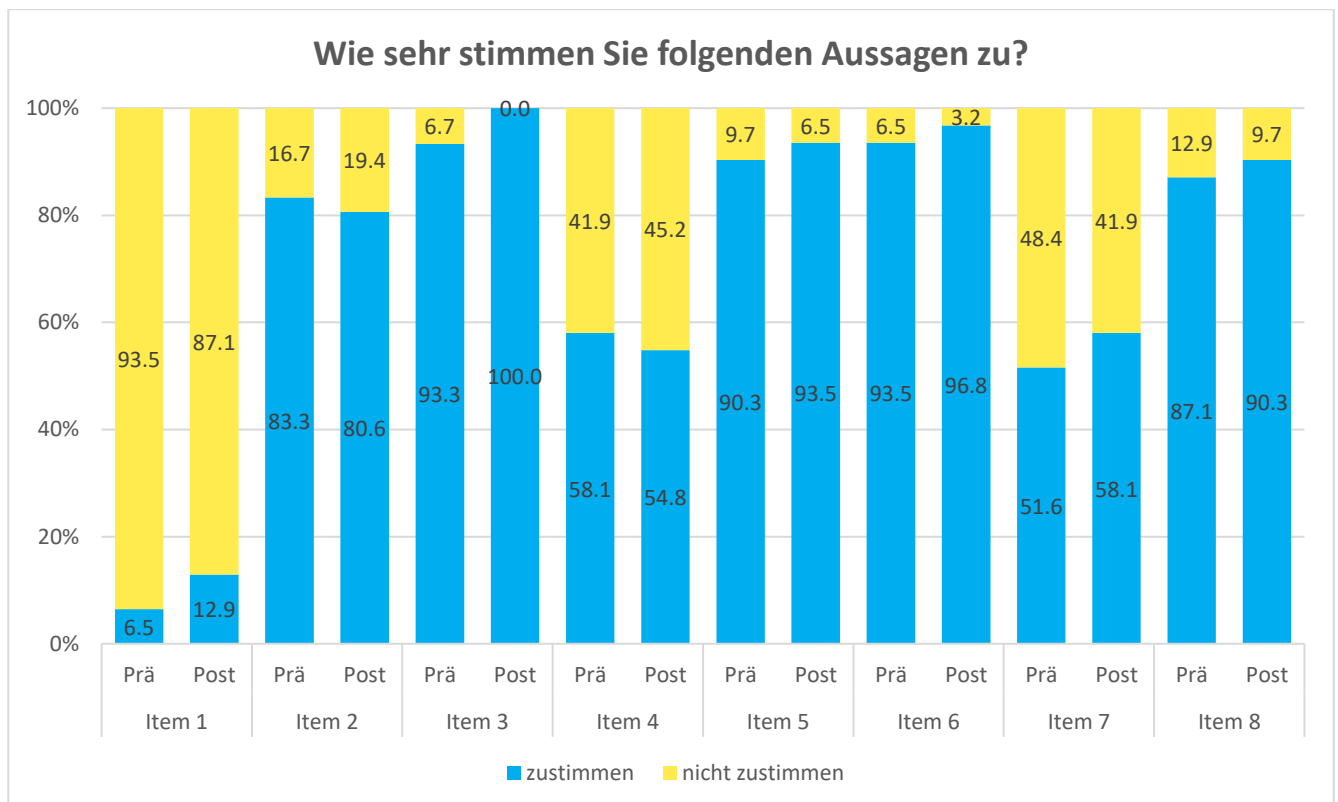
Abbildung 2: Wissensveränderungen der Fachpersonen (N=31)

Legende: Item 1 = Hilfen mit denen sich Patient/innen bzw. Klient/innen einfacher in Arztpraxen oder Spitälern zurechtfinden; item 2 = Gesprächstechniken, die Patient/innen bzw. Klient/innen und ihre Angehörigen helfen, Informationen aus einem Gespräch richtig zu verstehen; item 3 = Möglichkeiten, um Patient/innen bzw. Klient/innen mit sprachlichen Schwierigkeiten im Gespräch zu unterstützen; item 4 = Informationsquellen für vertrauenswürdige und leicht verständliche Patienteninformationen; item 5 = Ansätze, wie Patient/innen bzw. Klient/innen bei ihrer Behandlung mitentscheiden können; item 6 = Möglichkeiten, um Patient/innen bzw. Klient/innen bei Lebensstilveränderungen zu unterstützen; item 7 = Angebote für Patient/innen bzw. Klient/innen, die sie in ihrem Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen; item 8 = Massnahmen, um Patient/innen bzw. Klient/innen beim Übergang zu anderen Leistungserbringern zu unterstützen.

Die Ergebnisse zu den Einstellungsänderungen der Fachpersonen sind in der Abbildung 3 dargestellt. Item 1 fokussiert auf die Relevanz von GK für Praxen, Spitex und Spitäler und wird in Form einer negativen Frage gestellt, welcher im optimalen Fall nicht zugestimmt wird. Alle weiteren Items (2-8) fokussieren auf Einstellungsänderungen der Fachpersonen in Bezug auf die GK-Förderung bei Patient/innen bzw. Klient/innen und erhalten im optimalen Fall Zustimmung. Von diesen sieben Items (2-8) erhielten fünf eine höhere Zustimmung nach Anwendung des Selbst-Assessment-Tools. Darunter insbesondere Item 3 («Es ist wichtig Patient/innen bzw. Klient/innen mit konkreten Angeboten und Informationen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen») und Item 8 («Leistungserbringer des Gesundheitssystems sollten gemeinsam Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient/innen bzw. Klient/innen anbieten»). Demgegenüber erhielten zwei Items eine tiefere Zustimmung, nämlich Item 2 («Patient/innen bzw. Klient/innen darüber zu informieren, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können, ist Aufgabe von Arztpraxen/Spitex-Teams») und Item 4 («Bei der

Erstellung von neuen Angeboten, Materialien und Dokumenten in der Arztpraxis/Spitex sollte immer die Meinung von Patient/innen bzw. Klient/innen einbezogen werden»).

Abbildung 3: Einstellungsveränderung der Fachpersonen (N=31)



Legende: 1: Item 1 = Gesundheitskompetenz ist ein Trendthema und für Organisationen wie Arztpraxen, Spitex und Spitäler nicht relevant; item 2 = Patient/innen bzw. Klient/innen drber zu informieren, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können, ist Aufgabe von Arztpraxen/Spitex-Teams; item 3 = Es ist wichtig Patient/innen bzw. Klient/innen mit konkreten Angeboten und Informationen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen; item 4 = Bei der Erstellung von neuen Angeboten, Materialien und Dokumenten in der Arztpraxis/Spitex sollte immer die Meinung von Patient/innen bzw. Klient/innen einbezogen werden; item 5 = Zur Aufgabe von Mitarbeitenden von Arztpraxen/Spitex-Mitarbeitenden gehört es, Patient/innen bzw. Klient/innen zu helfen, sich im «Dschungel des Gesundheitssystems» zurechtzufinden; item 6 = Es ist wichtig Patient/innen bzw. Klient/innen beim bertritt zu anderen Leistungserbringern zu unterstützen; 7 = Es ist wichtig Patient/innen bzw. Klient/innen auch zwischen den Besuchen zu kontaktieren und nachzufragen, ob sie Fragen haben oder Unterstützung benötigen; item 8 = Leistungserbringer des Gesundheitssystems sollten gemeinsam Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient/innen bzw. Klient/innen anbieten.

5 Diskussion

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die involvierten Praxispartner die GK-Förderung als Teil ihrer Aufgaben erachten und es deshalb sinnvoll fanden am Projekt teilzunehmen («Stärkung der Gesundheitskompetenz ist Aufgabe der Grundversorgung»). Alle involvierten Pilotbetriebe konnten sämtliche Schritte des Selbst-Assessment-Tools umsetzen. Sie haben die GK in ihrer Organisation über sechs Dimensionen eingeschätzt, Massnahmen zur Verbesserung geplant und umgesetzt. Dazu mussten sie die Umsetzung der bestehenden Organisationsform anpassen. Dies führte bei der Spitex dazu, dass relativ grosse Gruppen an der Einschätzung der GK-Dimensionen und Umsetzung der Massnahmen beteiligt waren, während es in den Arztpraxen Kleingruppen waren. Im Rückblick beurteilten die Teilnehmenden das neu entwickelte Selbst-Assessment-Tool als bedeutungsvoll, weil es ihnen half Probleme in der organisationalen GK praxisnah zu identifizieren und anzugehen (siehe «Baustellen identifizieren und praxisnahe Massnahmen treffen»). Eine positive Wahrnehmung der Anwendung des Selbst-Assessment-Tools war insbesondere in denjenigen festzustellen, bei denen sich die Beteiligten gemeinsam austauschen konnten und sich miteinander in der Umsetzung als wirksam erlebten (siehe «Teamentwicklung und Wirksamkeit erleben vs. Einzelkämpferin-Sein»). Die Erfahrung, als Team etwas bewirken zu können, wirkte sich ebenso positiv auf die Bereitschaft aus, sich weiter in Richtung einer GK-fördernden Organisation zu entwickeln.

Das Wissen und die Einstellung zum Konzept GK waren schon vor der Anwendung des Tools relativ hoch, bzw. wurden positiv eingeschätzt. Nach der Anwendung wurde das Wissen respektive die Einstellung bei jeweils fünf von acht respektive sieben Items noch besser bzw. relevanter.

Die qualitativen Daten zeigen mit dem Thema «*Stärkung der Gesundheitskompetenz ist Aufgabe der Grundversorgung*», dass das neu entwickelte Selbst-Assessment-Tool der Werthaltung der Fachpersonen aus Arztpraxen und Spitex-Organisationen entsprach. Dies zeigt sich im umgekehrten Sinn auch in den quantitativen Daten, wo weniger als 13 % der Befragten der Aussage zustimmten, dass GK für Organisationen wie Arztpraxen, Spitex und Spitäler *nicht* relevant ist. Die Übereinstimmung von neuen und komplexen Interventionen, wie sie das GK Selbst-Assessment-Tool darstellt, mit der Werthaltung von den umsetzenden Teams wird in der Literatur als eine wichtige Voraussetzung für die nachhaltige Implementierung beschrieben (May, 2015; Powell et al., 2015). In den Pilotbetrieben scheint diese Voraussetzung bereits vorhanden gewesen zu sein, was vielleicht auch Grund und Motivation für deren Teilnahme war. Bei einer breiteren Skalierung des Tools ist diese Motivation vielleicht nicht in allen Teams gleich ausgeprägt vorhanden. Dementsprechend sollte die Haltung und Motivation vor der Umsetzung erfasst und gegebenenfalls zuerst gefördert werden. Dies kann über Implementierungsstrategien im Bereich der «Integration Strategies» geschehen, welche auf die Motivation und Teamkommunikation hinsichtlich der Umsetzung einer Intervention zielen (Leeman et al., 2017). Diese sollten im Folgeprojekt eingeplant und evaluiert werden.

Das neu entwickelte Selbst-Assessment-Tool scheint die beteiligten Teams darin zu unterstützen über ihre Stärken und Schwächen in der organisationalen GK nachzudenken und aus ihrer Sicht «praxistaugliche» Massnahmen zu planen und umzusetzen (beschrieben in den qualitativen Daten im Thema «*Baustellen identifizieren und praxisrelevante Massnahmen treffen*»). Gemäss der Anleitung zum Selbstcheck-Assessment-Tool konnten Massnahmen unabhängig von der Einschätzung zu Stärken und Schwächen in der GK-Förderung

der Organisation geplant werden. Das heisst, die Teams mussten nicht unbedingt Massnahmen in der Dimension planen, in welcher sie die tiefste Gesundheitskompetenz bzw. den grössten Handlungsbedarf für ihre Organisation identifiziert hatten. Interessanterweise planten alle Teams mindestens einen Teil der Massnahmen auch in Dimensionen, in denen die GK bereits als relativ gut eingeschätzt wurde. Sie wählten Massnahmen, die ihnen trotzdem praxisrelevant aber auch umsetzbarer als andere erschienen. Es scheint, dass besonders diese Massnahmen entsprechend erfolgreich umgesetzt werden konnten. In der Literatur ist gut beschrieben, dass schnell und deutlich sichtbare erste Erfolgserlebnisse einen guten Rückhalt für den weiteren Prozess schaffen (Schüz et al., 2004).

Insbesondere Teams, welche es im extrem arbeitsreichen Praxisalltag und trotz COVID-Pandemie geschafft haben, miteinander das Assessment und die Massnahmen zu besprechen und aus ihrer Sicht erfolgreich umzusetzen, beschrieben die GK-Förderung nach der Tool-Anwendung als einen wichtigen Prozess, der fortgeführt werden sollte. Sie erklärten, dass sie sich gut vorstellen könnten, weiter mit dem Tool zu arbeiten (*«Teamentwicklung und Wirksamkeit erleben vs. Einzelkämpferin-Sein»*). Daraus ist zu schliessen, dass das Tool insbesondere dann gut funktioniert, wenn der Austausch im Team stattfindet und Umsetzungserfolge als Ergebnis dieses Teamprozesses erlebt werden. Sich in Bezug auf die Umsetzung von Veränderungen als wirksam zu erleben, hilft dabei, Veränderungen mitzutragen und beizubehalten, wie im Konzept der Selbstwirksamkeit beschrieben wird (van Dyk et al., 2016). Selbstwirksamkeit (*«self-efficacy»*) ist die Fähigkeit einer Person, überzeugt zu sein eine Herausforderung erfolgreich zu meistern (Bandura, 1977). Studien zeigen eine signifikante Korrelation zwischen Selbstwirksamkeit und Arbeitsleistung respektive Zielerreichung (Stajkovic & Luthans, 1998). Dies gilt sowohl für Einzelpersonen als auch für Teams im Sinne einer kollektiven Wirksamkeit (Tower et al., 2021). Die gemeinsame Auswahl von wahrscheinlich gut umsetzbaren Massnahmen war dementsprechend förderlich für das gemeinsame Erleben von Wirksamkeit und damit auch für die Entwicklung als gesundheitskompetente Organisation. Die Selbst- und kollektive- Wirksamkeit sind dementsprechend wichtige Outcome-Parameter für die weitere Evaluation des Selbst-Assessment-Tools.

Im Weiteren zeigen die vorliegenden Resultate, dass der Prozess in den Selbstcheckteams, dort wo Austausch im Team stattfand, von den Beteiligten als fördernd für die allgemeine Teamentwicklung beschrieben wurde. Dies war nicht der Fall in Teams, wo kaum Austausch stattfand. Ein aktueller Literaturreview zeigt in Anlehnung dazu, dass ungenügende Teamarbeit einen grossen Zusammenhang mit einer hohen Rate von vermeidbaren Komplikationen bei Patient/innen, Versorgungs-Qualität von Organisationen und Mitarbeiter-Fluktuation sowie Burnout hat (Rosen et al., 2018). Die positive Wirkung des Tools auf die Teamprozesse ist für Führungspersonen folglich eine wichtige Erkenntnis. Die Anwendung des Selbst-Assessment-Tools könnte deshalb auch als Baustein in Teamentwicklungsprozessen eingesetzt werden. Obwohl das existierende Tool als Teamintervention geplant wurde, sollte der Aspekt der Teamentwicklung bei den Anpassungen noch stärker verankert werden. Das heisst, die Anwendung als Selbstcheck-Team muss klarer definiert und gefordert werden. Dazu braucht es Implementierungsstrategien auf der Führungsebene von Organisationen. Manager und Führungspersonen müssen die Bedeutung der Teamarbeit zur Förderung der GK erkennen und über wirksame Strategien verfügen, die Teams darin zu unterstützen (Buljac-Samardzic et al., 2020; Powell et al., 2015).

Trotz der in den qualitativen Daten beschriebenen hohen Identifikation mit dem Konzept GK (*«Stärkung der Gesundheitskompetenz ist Aufgabe der Grundversorgung»*) scheinen die Vorstellungen dazu, was GK genau beinhaltet und was gefördert werden sollte, vor der Anwendung recht unterschiedlich gewesen zu sein. Der quantitative Vergleich von Wissen zum Konzept GK, vor und nach der Anwendung des Tools, zeigte nach der Anwendung Veränderungen der bereits hohen Ausgangswerte von über 74 %. Bei fünf von acht Items wurde das

Wissen nach der Anwendung höher und bei zwei tiefer eingeschätzt. Diese veränderte Einschätzung könnte mit der Auseinandersetzung der eigenen Stärken und Schwächen hinsichtlich GK-Förderung zusammenhängen. Eine Veränderung egal in welche Richtung wäre dementsprechend positiv zu bewerten. Methodologisch muss jedoch angefügt werden, dass die Untersuchungsgruppe sehr klein war und dementsprechend keine Signifikanzen berechnet werden konnten. Die Wirksamkeit der Tool-Anwendung in Bezug auf Wissen, Haltung und weitere Outcomes müsste in einer grösseren Untersuchungsgruppe geprüft werden.

6 Konklusion und Ausblick

Zusammenfassend zeigt das neu entwickelte Selbst-Assessment-Tool in der ersten Pilotanwendung eine hohe Akzeptanz, eine gute Umsetzung und positive erste Veränderungen hinsichtlich GK-fördernden Organisationen. Insbesondere die beschriebene Auswirkung auf die Teamentwicklung und die positive Erfahrung von Kollektiver Wirksamkeit durch erfolgreiche Massnahmenumsetzung sind vielversprechend für die Weiterentwicklung des Tools und des Konzepts der organisationalen GK. Die volle Wirksamkeit dürfte jedoch, wie von einigen Anwenderinnen und Anwender des Tools beschrieben, erst nach einer mehrmaligen Anwendung des Selbst-Assessment-Tools in Kraft treten. **Das Potential** dieses Tools zeigt sich insbesondere im Bereich der Stärkung der Mitarbeitenden:

- Der Selbstcheck sensibilisiert die Mitarbeitenden auf Fragen rund um die Gesundheitskompetenz. Durch das gemeinsame Ausfüllen, den Austausch und das gemeinsame Planen und erfolgreiche Umsetzen der Massnahmen entsteht ein Gefühl der Teamwirksamkeit. Dies zeigen insbesondere die qualitative Daten.
- Durch diese erlebte Teamwirksamkeit kann sich eine Teamkultur entwickeln, welche sich kontinuierlich durch mehrmalige Anwendung in Richtung einer gesundheitskompetenteren Organisation verändert. Dies folgt aus der Interpretation der Daten mit Evidenz aus der Literatur.
- Wenn sich die Organisation und somit auch die Mitarbeitenden gesundheitskompetenter verhalten und ihre Prozesse und Strukturen anpassen, können sie entsprechend auch die Patientinnen und Patienten befähigen. Damit ergibt sich eine Multiplikation auf mehreren Ebenen (Mitarbeitende / Patienten und Patientinnen). Auch dies basiert auf der Interpretation der Daten mit der Evidenz aus der Literatur.

Aufgrund der vielversprechenden Ergebnissen aus diesem Pilotprojekt und den darauf aufbauenden Annahmen zur möglichen Wirksamkeit, **empfehlen wir eine nächste Projektphase**, mit dem Ziel das Selbst-Assessment-Tool hinsichtlich Wirksamkeit und Implementierungsauscomes zu prüfen.

Dazu braucht es:

- Die Überarbeitung des bestehenden Tools anhand der gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere in Bezug auf die Teamanwendung und den Prozess der Zielsetzung (erreichbare Ziele definieren).
- Entwicklung einer systematischer Erhebung der Wirksamkeit: Die Evaluation der Wirksamkeit in einer grösseren Untersuchungsgruppe verlangt eine Anpassung des Wirkungsmodells. Die Outcomes zur Wirksamkeit müssen besser auf die Inhalte der Intervention abgestimmt sein und beispielsweise auch die Kollektive Wirksamkeit von Teams erfassen. Die Definition von Messinstrumenten wird eine sprachliche und kulturelle Adaptation, allenfalls auch eine Neuentwicklung erfordern.
- Die Entwicklung einer systematischen und nachhaltigen Implementierungsstrategie auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen und Daten. Eine solche Strategie sollte beispielsweise für Personen aus dem

Management/Führung entwickelt werden, damit sie die Selbstcheck-Teams effizient unterstützen können und diese zunehmend autonom werden. Zusätzlich braucht es Instrumente, um die Implementierungsergebnisse zu messen. Ein quantitatives Instrument dazu, welches auf der NPT (Normalization Process Theory) basiert, wird aktuell von unserem Team übersetzt und kulturell adaptiert. Wir empfehlen für diesen nächsten Projektschritt neben der quantitativen Evaluation der Wirksamkeit und Implementierung wieder eine qualitative Evaluation basierend auf der NPT zu integrieren. Wie schon in der Pilotstudie gezeigt, können solche qualitativen Analysen vertiefte Einblicke in Prozesse ermöglichen. Zusätzlich liefern sie oft wertvolle Erklärungen für quantitative Resultate, dort wo diese nicht selbsterklärend sind.

- Die Testung der Wirksamkeit und der Implementierungsstrategien: Das überarbeitete Tool sowie die Wirksamkeit und die Implementierungsstrategien müssen in einer grösseren Untersuchungsgruppe parallel evaluiert werden. Entsprechend müssen zusätzliche Praxispartner aus der medizinischen Grundversorgung gewonnen und rekrutiert werden. Erste Gespräche diesbezüglich laufen mit bisherigen Projektpartnern. Die positive Auswirkung der Pilotanwendung auf die Teams ist dabei unterstützend.

Mit dem Abschluss dieser nächsten Projektphase wären aus unserer Sicht die Grundlagen für eine breite Skalierung des Selbst-Assessment-Tools auf nationaler oder internationaler Ebene geschaffen. Aktuelle Skalierungsmodelle und Theorien zeigen, dass nach diesen sorgfältig durchgeführten Schritten, welche auch als Lernphasen bezeichnet werden, das Ausrollen der Intervention relativ schnell geht (Barker et al., 2015). Erst damit kann das in der Pilotstudie vielversprechende Selbstcheck-Tool seine volle Wirksamkeit hinsichtlich der GK-Förderung von Organisationen erreichen.

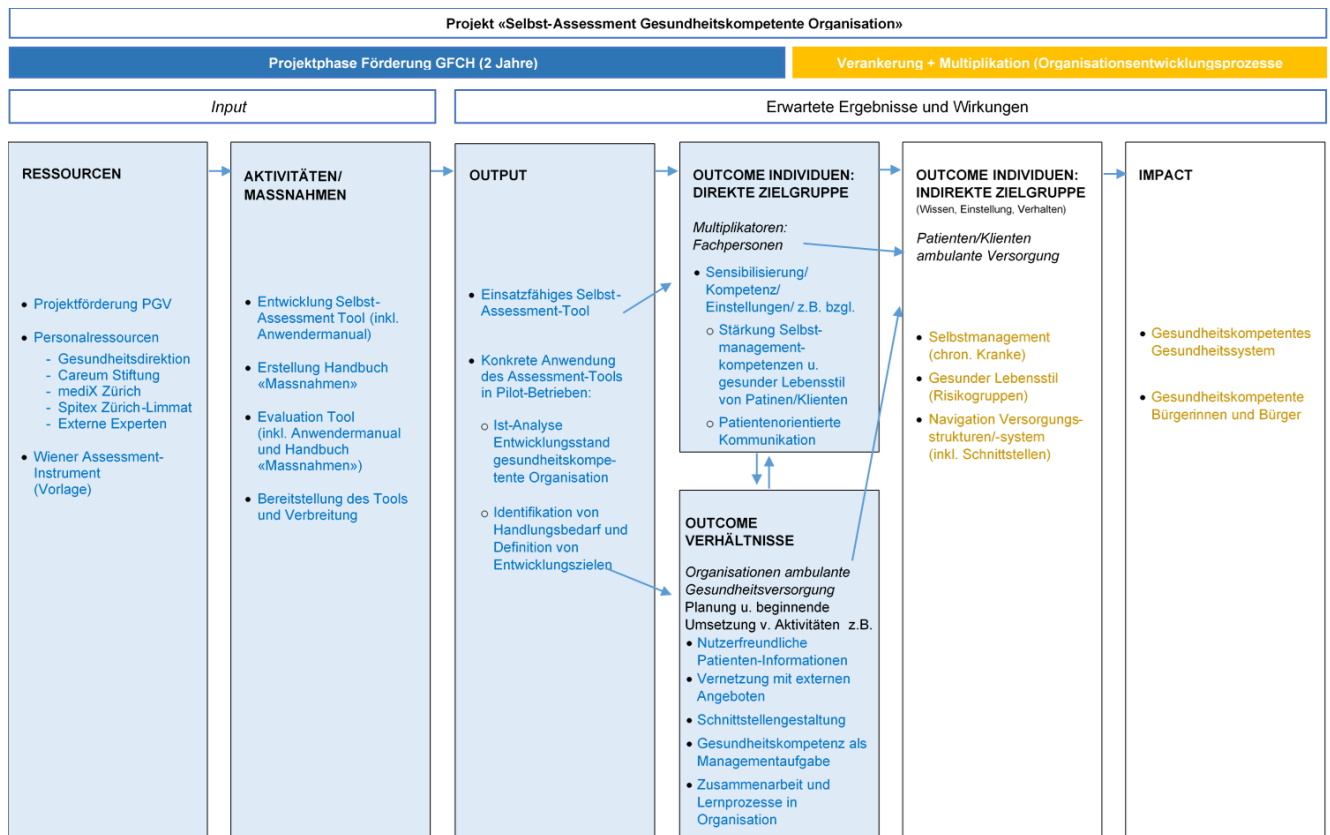
7 Literaturverzeichnis

- Annarumma, C., & Palumbo, R. (2016). Contextualizing Health Literacy to Health Care Organizations: Exploratory Insights. *Journal of Health Management*, 18(4), 611–624.
<https://doi.org/10.1177/0972063416666348>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>
- Barker, P. M., Reid, A., & Schall, M. W. (2015). A framework for scaling up health interventions: Lessons from large-scale improvement initiatives in Africa. *Implementation Science*, 11(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s13012-016-0374-x>
- Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöppe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, J., Schüpbach, S., & Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»: Schlussbericht*. Studie im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien.
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/erhebung-gesundheitskompetenz-schweiz.pdf.download.pdf/erhebung-gesundheitskompetenz-chweiz.pdf>
- Bieri, U., Kocher, J., Huth, P., Frind, Alexander, Wattenhofer, K., Salathe, L., Bohn, D., & Herzog, N. (2019). *Die Gesundheitskompetenz in Zürich ist durchschnittlich mit urbanem Profil: Schlussbericht*. Bern.
- Braun, V., & Clarke, V. *Thematic analysis. a reflexive approach*.
<https://www.psych.auckland.ac.nz/en/about/our-research/research-groups/thematic-analysis.html>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & van Wijngaarden, Jeroen D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: A systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*.
- Bundesamt für Gesundheit. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th edition, international student edition). SAGE.
- De Gani, Saskia M. de, Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. P. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021.: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Zürich. Careum Stiftung.
- De Gani, S. M., Nowak-Flück, D., Nicca, D., & Vogt, D. (2020). Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9497. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249497>
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *Inquiry : A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 55, 46958018757848. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>

- Koh, H. K., Baur, C., Brach, C., Harris, L. M., & Rowden, J. N. (2013). Toward a Systems Approach to Health Literacy Research. *Journal of Health Communication*, 18, 1–5.
<https://doi.org/10.1080/10810730.2013.759029>
- Leeman, J., Birken, S. A., Powell, B. J., Rohweder, C., & Shea, C. M. (2017). Beyond “implementation strategies”: Classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. *Implementation Science*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0657-x>
- Lloyd, J. E., Song, H. J., Dennis, S. M., Dunbar, N., Harris, E., & Harris, M. F. (2018). A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PLOS ONE*, 13(4), e0195018.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>
- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43(3), 535–554.
<https://doi.org/10.1177/0038038509103208>
- May, C. R. (2015). Making sense of technology adoption in healthcare: Meso-level considerations. *BMC Medicine*, 13, 92. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0305-8>
- Parker, R. (2009). Measuring Health Literacy: What? So What? Now What? PowerPoint presentation at the Institute of Medicine workshop on measures of health literacy; Washington, DC.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2014). Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. *British Journal of Sports Medicine*, 48(8), 731–736. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>
- Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K., & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science : IS*, 10, 21.
<https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Rosen, M. A., Diaz Granados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Schüz, B., Sniehotta, F., & Scholz, U. (2004). Mastery Experience, Planning Self-Efficacy, and Action Control in the first Weeks of Health Behavior Change. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(Supplement), 354–355. <https://abdn.pure.elsevier.com/en/publications/mastery-experience-planning-self-efficacy-and-action-control-in-t>
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124(2), 240–261. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.2.240>
- Tower, C., van Nostrand, E., Misra, R., & Barnett, D. J. (2021). Building Collective Efficacy to Support Public Health Workforce Development. *Journal of Public Health Management and Practice : JPHMP*, 27(1), 55–61. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000987>
- van Dyk, J., Siedlecki, S. L., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Frontline nurse managers’ confidence and self-efficacy. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 533–539. <https://doi.org/10.1111/jonm.12355>

8 Anhang

Anhang 1: Wirkungsmodell Projekt «Selbst-Assessment Gesundheitskompetente Organisation»



Anhang 2: Wissenschaftliche Publikation



International Journal of
Environmental Research and Public Health



Article

Self-Assessment Tool to Promote Organizational Health Literacy in Primary Care Settings in Switzerland

Saskia Maria De Gani ^{1,*} , Daniela Nowak-Flück ¹ , Dunja Nicca ² and Dominique Vogt ^{1,3} 

¹ Health Literacy Division, Careum Foundation, 8032 Zurich, Switzerland; daniela.nowak@careum.ch (D.N.-F.); dominique.vogt@uni-bielefeld.de (D.V.)

² Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute, University of Zurich, 8001 Zurich, Switzerland; dunja.nicca@uzh.ch

³ Interdisciplinary Centre for Health Literacy, University of Bielefeld, 33501 Bielefeld, Germany

* Correspondence: saskia.degani@careum.ch; Tel.: +41-43-222-64-29



Received: 30 October 2020; Accepted: 16 December 2020; Published: 18 December 2020

Abstract: Dealing with health information and taking care of one's own health are key aspects of health literacy and a difficulty for nearly half of the population in Europe. Limited health literacy often results in poorer health outcomes. Health literacy is a fundamental health determinant, and its improvement provides great potential for addressing public health challenges. Health care organizations play an important role in improving population's health literacy. Health literate health care organizations facilitate access, understanding and use of health information and decrease the demands and complexities of the health care system. Few efforts have been taken so far to promote organizational health literacy, especially in German-speaking countries. This project aimed at developing a self-assessment tool, which enables primary care organizations to assess and improve their level of health literacy. The self-assessment tool was developed and evaluated with general practitioners and community care organizations in Switzerland. Here the participative development process, outcomes and the three modules of the self-assessment tool are presented: (1) manual with detailed introduction and instruction, (2) checklist for self-assessment of organizational health literacy and (3) handbook with measures for improvement. The aim of this tool is that organizations are able to identify the need for action, plan and implement improvement measures.

Keywords: health literacy; health literate organizations; primary care settings; health information; self-assessment

1. Introduction

Nowadays, people ought to actively take care of their own health and make informed decisions. This requires accessible, easy to understand and reliable health information, which is also tailored to people's needs [1]. The

corresponding necessary knowledge, motivation and skills—including accessing, understanding and appraising health information—have been conceptualized as health literacy. Hence, personal health literacy is “the degree to which individuals have the ability to find, understand, and use information and services to inform health-related decisions and actions for themselves and others” [2]. In this respect, it must be underlined that health literacy is always content and context-specific. This means that the ability to deal with health information is dependent on the context in which they are to be applied in order to make health-related decisions [3].

More than half of the population in German-speaking countries report low health literacy, meaning people have difficulties dealing with health information. Low income, low education, increasing age, chronic diseases, to mention a few, are related to limited health literacy [4]. Furthermore, low health literacy results in more hospitalizations and greater use of emergency care and, consequently, is associated with worse health outcomes [5]. Health literacy is, therefore, an important health determinant [6] that needs to be strengthened. Most approaches for improving health literacy so far focus on personal health literacy by increasing people’s knowledge or specific skills [7]. However, to improve health literacy effectively, interventions need to be focusing equally on reducing the demands and complexities of the health care system. The need for organizations to better respond and act on the health literacy requirements of individuals has been recognized [6,8,9]. This approach is addressed by the so-called concept of health-literate (health care) organizations [9] or organizational health literacy, which is “the degree to which organizations equitably enable individuals to find, understand, and use information and services to inform health-related decisions and actions for themselves and others” [2].

Health and social care organizations are able to empower the population they serve by ensuring health-literatefriendlyandresponsivestructuresandprocesses. Healthliteratehealthcareorganizations facilitate access, navigation, understanding and use of health information and services for the population to take care of their own health [8]. These organizations can be characterized by the following attributes [8]: They approve health literacy as an organizational value and integrate it in their structure, process and culture; they aim to strengthen health literacy of their users, their staff, as well as on different interfaces; they facilitate access to and navigation within their organization; they use clear and easy to understand oral and written communication, and they meet the needs of their users. Health care organizations that internalize these attributes enable their users to access and effectively use health services and materials, increase their competencies, and substantially contribute to better health outcomes. These attributes have been used to conceptualize organizational health literacy in organizational assessment tools and guides to support the implementation thereof in health organizations [10,11].

However, until today only a few tools have been developed to assess organizational health literacy and to support organizations to increase health literacy successfully. One of them is the “self-assessment tool to investigate the organizational health literacy of hospitals” [12,13] following the “Vienna Concept of Health Literate Hospitals and Health care Organizations” (V-HLO), which is predominantly tailored towards hospitals. A tool that focuses on community service organizations is “HeLLO Tas!” [14], a Tasmanian toolkit for developing organizational health literacy. Another tool from the southern hemisphere is the “Organizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool”, which addresses a broad range of organizations across the health and social service sector [15]. A tool from Germany assesses which attributes of health literate health care organizations are implemented in certain health care organizations [16]. Furthermore, there are two tools from the United States that aim at improving health literacy in hospitals [17] and health care settings [18]. Such self-assessment tools have shown to be useful in supporting monitoring, continuous quality improvement activities, self-reflection, organizational learning and benchmarking in order to enhance organizational

performance and effectiveness [19]. Despite the huge potential of such tools to assess and enhance organizational health literacy, they need to be specific in order to be successful in practice. Most approaches have merely focused on inpatient care or health care organizations in general; specifically, outpatient and/or primary care settings have marginally been integrated. However, especially primary care settings offer a huge opportunity to enhance health literacy of the population, as they are often the first and a regular contact within the health system.

Only recently, the concept of health literate organizations has gained attention in Switzerland. Hence, there is a lack of comprehensive tools and interventions to improve organizational health literacy in health care settings in general, but especially in primary care settings [10,20]. As mentioned above, particularly primary care settings with their regular and close contact with their users have great potential in increasing their health literacy levels. Therefore, there is an urgent need to design, implement and evaluate tools in respect to effectiveness that enables organizations to become a health literate health care organization. By strengthening the health literacy of health service providers, especially in primary care, the health literacy of the population can eventually be enhanced.

The aim of this implementation-oriented research project was to close the research gap by developing and evaluating a self-assessment tool for general practitioners and community care services to improve the health literacy of primary care organizations in Switzerland. Based on already existing tools [8,13–15] and in a participative process with general practitioners and community care service organizations, our objective was to develop a tool that assesses the current situation of a primary care organization, supports the organization to create an action plan and provides information for implementation of the defined actions. Therefore, we developed a tool called “Organizational Health Literacy Self-Assessment Tool for Primary Care” (OHL Self-AsseT) for primary care settings in Switzerland, consisting of the following three modules: (1) a manual containing a clear and easy to understand introduction into the health literacy concept and detailed instructions on how to use the tool; (2) a checklist for the self-assessment of general practitioners and community care services in Switzerland; (3) a handbook as a reference for measures of improvement according to the content of the checklist. This article focuses on the checklist that builds the core of this self-assessment tool. The participative development process of the self-assessment tool, together with the outcomes, is presented in short as well. The three modules of the self-assessment tool are described, and the entire translated checklist is shown in the results part.

2. Materials and Methods

This project was organized into two parts. The first part served to generate the structure, domains and content of the self-assessment tool and to create the first draft. In order to develop a self-assessment tool for general practitioners and community care services, we performed a literature review of existing tools and interventions in the field of organizational health literacy. Combining the results of the literature review and in constant exchange with our practice partners and experts from Austria (Gesundheit Österreich GmbH), we developed a draft of the self-assessment tool. In the second part, we conducted group and expert interviews to evaluate the draft and revised the self-assessment tool accordingly. In the current method section, we describe not only the development process itself (literature review, draft, evaluation with interviews) but also the results of the evaluation interviews and the revision of the draft. The self-assessment tool consisting of the three modules (manual, checklist, and handbook) is then described in the results section.

2.1. Narrative Literature Review and Adaption of Existing Tools

In a first step, we conducted a narrative literature search in online databases (PubMed, CINAHL, PsychInfo), which was complemented by extensive hand searches. The aim of the literature search was to obtain a comprehensive insight into the topic of organizational health literacy as well as available instruments and materials. Since this was not a systematic search but rather a collection of material, no detailed bibliographic information can be provided. For this literature search, we used the following keywords: health literacy, organization, environmental health literacy, health literacy responsiveness, health literate health care organization, organizational health literacy, improving. The keywords were combined with AND or OR and formed into a search term. Publications were included for further screening when they related to health literacy at an organizational level and were published in English or German language. No limits of publication date or study design restrictions were made. Afterward, the identified publications were screened and then analyzed with regard to their relevance to the study objective. The analysis of the literature focused on identifying conceptual papers on organizational health literacy as well as assessment tools and health literacy guides. The results were listed in a table for internal project work and were processed by content analysis.

To date, very few tools in the field of health literacy of health care organizations exist [10]. Accordingly, we identified two tools as relevant to inform the development of our checklist: First, we thoroughly examined the comprehensive, piloted and validated “self-assessment tool to investigate the organizational health literacy of hospitals” [13], following the V-HLO. The V-HLO linked organizational health literacy to quality management and drew on models of quality improvement and organizational development. The according tool comprises 9 standards, 22 sub-standards and 160 items in German language. The checklist is recommended to be completed by a multidisciplinary team of workforce members that are in charge of the quality of the organization [13]. The tool has lately been adapted to an international version in English language and one that covers different health care settings [12]. Second, we used the Tasmanian toolkit for developing organizational health literacy “HeLLO Tas!” [14] to inform the development of our checklist. This toolkit consists of three parts: (1) the process (to become a health literate organization), (2) the checklist (to assess the actual status of the organization) and (3) the tools (to support the development process). This intuitive structure inspired us to use a similar composition of three modules (manual, checklist and handbook). Additionally, “HeLLO Tas!” describes a framework of six dimensions of a health literate organization, which are: access and navigation, communication, consumer involvement, meeting the needs of diverse communities, workforce and leadership and management. Moreover, the Tasmanian self-assessment checklist has a clear and remarkable design, and its items are written concisely and in plain language. Accordingly, we also tried to develop a clear design and write everything in an easily understandable language.

2.2. Development of the Draft

According to our literature search and in discussion with our practice partners, we defined the structure of our self-assessment tool. We decided to organize the tool into three modules: (1) a manual, (2) a checklist and (3) a handbook.

2.2.1. Manual

The manual mainly contains instructions on how to use the checklist and guides the users step-by-step through the self-assessment process.

2.2.2. Checklist

Based on the ten attributes of a health literate health care organization [8], the nine standards of the V-HLO tool [12], the framework containing six dimensions of a health literate organization used by the Tasmanian toolkit [14] as well as in close discussion with our practice partners (representatives of general practitioners and community care organizations), we elaborated the dimensions, sub-dimensions and criteria defining a health literate primary care organization in Switzerland. Table 1 shows an example of the development of one dimension using the above-mentioned resources.

Table 1. Example of a dimension's development.

Dimensions of the OHL Self-Asset	Attributes of a Health Literate Health Care Organization [8]	Standards of the V-HLO [12]	Dimension of "HeLLO Tas!" [14]
2. Communicating in plain and easy to understand language.	6. Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact. Designs and distributes print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on. Addresses health literacy in high-risk situations, including care transitions and communications about medicines. Communicates clearly what health plans cover and what individuals must pay for services.	2. Develop documents, materials and services with stakeholders in a participatory manner 5. Apply health literacy best-practices in all forms of communication with patients	Communication

Accordingly, we defined the following six dimensions: "provide easy access to primary care service and facilitate navigation within", "communicating in plain and easy to understand language", "promoting health literacy of our users", "promoting health literacy of staff members", "incorporating health literacy into the management and organizational structure" and "promoting health literacy at care interfaces, networks and further activities of the organization". These six dimensions include and aggregate the most important attributes, standards or dimensions of health literate organizations according to our literature research as well our discussions with practice partners and our colleagues from Austria (Gesundheit Österreich GmbH), as they were conducting a similar project. Consequently, the present six dimensions represent crucial characteristics of health literate primary care organizations and are specifically tailored towards primary care organizations, which was one of our major concerns. At the same time, we aimed at developing dimensions, which are concise and clear. This means that the dimensions should be clear for all workforce members of primary care settings, important for their everyday work as well as their organization's development process. Moreover, they should be able to fill in the checklist within a reasonable time.

These dimensions formed the main content of the checklist and were further divided into sub-dimensions and criteria. To give an example: For the first dimension, "provide easy access to primary care service and facilitate navigation within", we defined the two sub-dimensions "contact" and "navigation within the primary care service". Each sub-dimension then consists of multiple criteria, which are the statements the workforce members are rating and which are used to assess the primary care service organization (see results, Table 2). We adopted the rating scale for our checklist from the Vienna model [12] defining the following four categories for the degree of fulfillment: not fulfilled (0–25%), rather not fulfilled (26–50%), rather fulfilled (51–75%) and completely fulfilled (76–100%). According to our practice partners, these categories seem intuitive to be answered. Besides these four categories, we also added the option to indicate that a specific criterion is "not applicable". Moreover, we left some space for remarks. To support the comprehensibility and for clarification purposes of each criterion, we worked out specific examples. Considering the different challenges, situations and circumstances of general practitioners and community care services, an

issue that clearly emerged from our discussions with the practice partners, we developed two versions of the checklist to address these differences, especially concerning the specific examples for each criterion. Thus, the checklist for general practitioners specifically addresses general practitioner workforce members. Moreover, the examples given in order to ease comprehension of each criterion were tailored towards general practice. As a specific explanatory example, we used the term “treatment plan” for general practitioners and “care plan” for community care service. However, in order to be able to publish a tool for primary care services in general, the present checklist (see results, Table 2) applies more general terms.

2.2.3. Handbook

According to the dimensions, sub-dimensions and criteria of our checklist, we developed the handbook. The handbook is based on existing German [21], Austrian [22] and Swiss [23] tool-boxes for health literate organizations and refers to a few other mainly national offers and opportunities when useful. The purpose of the handbook is to support the organization’s improvement process to become more health literate by describing a set of ideas, indications, strategies, measures as well as instruments. The idea after applying the checklist is to identify strengths and weaknesses and define the need for action. At this point in the organization’s development process, the handbook assists organizations in planning and implementing improvement actions specific to the criteria that, according to the self-assessment, were met to a lesser degree.

2.3. Evaluation Interviews

After the development of the draft, containing the three modules manual, checklist and handbook, we evaluated the user-friendliness, content and applicability of it. Therefore, we recruited members of our practice partner organizations (representatives of general practitioners and community care organizations) and primary care experts from other organizations. They received our tool with an accompanying information letter to study it thoroughly before being interviewed. For these evaluation interviews, we recruited 3 care specialists, 6 qualified nurses and nursing assistants and 4 housekeepers from the community care organization. Regarding our partners from the general practitioners, we were able to recruit 1 practice manager and 1 medical doctor. Thereafter, we organized four group interviews with these experts (two interviews with teams of the community care organization and two interviews with the general practitioners). In addition, we conducted four expert interviews with primary care experts from other organizations (2 medical doctors and 2 leading care and support specialists).

Table 2. “Organizational Health Literacy Self-Assessment Tool for Primary Care” (OHL Self-AsseT).

1. Provide easy access to primary care service and facilitate navigation within	
Contacting our primary care service is possible in a simple way for users. Access to our buildings and premises is clearly visible. Navigation within the primary care service is easy.	
1.1	Contact
	1.1.1 We offer several ways for our users to contact us (phone, email, website). 1.1.2 Our phone numbers, addresses and our website are clear and easy to find in directories (e.g., internet, information brochures). Our website is user-friendly and easy to understand even for people with poor digital competencies as well as for people with physical and cognitive disabilities (e.g., use of plain language, adjustable font size, 1.1.3 available color choice, simple navigation, read-aloud function). 1.1.4 We react appropriately to questions from our users on the phone, through email or at the main entrance. 1.1.5 We offer easily accessible and understandable information about our location and the journey to our primary care service.
1.2	Navigation within the primary care service
	1.2.1 The building and the entrance of our primary care services are clearly marked and visible (e.g., with signs, indications). 1.2.2 The individual areas within our primary care service are clearly marked and visible (i.e., reception, waiting area, consultation room, meeting room, washrooms).
2. Communicating in plain and easy to understand language	
Oral and written communication with our users is based on health literacy standards.	
2.1	Oral communication
	2.1.1 We create circumstances that allow calm communication (e.g., relocate to an appropriate room, closing doors). 2.1.2 We dedicate sufficient time for conversations with our users. 2.1.3 We use plain language in a conversation with our users (e.g., when explaining the intake of medication or clarifying technical terms). 2.1.4 In conversations with our users, we ensure the information given is understood (e.g., through conversation techniques such as teach-back). 2.1.5 We explicitly encourage our users to ask questions or to express any concerns. 2.1.6 We provide written notes on important information and key messages from the conversation with our users if required. 2.1.7 We respond to different needs and language requirements of our users (e.g., through mother tongue assistance, visual material and pictograms). 2.1.8 We have guidelines for a. verbal communication, which follows health literacy best practices (according to questions 2.1.1–2.1.7), b. communicating in risk situations (e.g., communicating bad news, preparation for surgical interventions, new therapies).

2.2 Written communication

- 2.2.1 We use **plain language** in our written materials and information (e.g., in information sheets, forms).
- 2.2.2 We design **clear and easy-to-understand** written material and information (e.g., by using appropriate font size, line spacing, color contrast, images).
- 2.2.3 We provide and recommend **material and resources** (e.g., brochures, digital applications) that are: a. up to date,
- b. technically correct,
- c. available in the mother tongue of the larger user groups.
- 2.2.4 We provide **assistance** for our users in **completing forms** (e.g., in case of referrals, registration, patient decree).
- 2.2.5 We have **guidelines** for written communication, which take into account the above-mentioned aspects of communication following health literacy best practices (question 2.2.1–2.2.4).
-

3. Promoting health literacy of our users

We enhance health literacy of our users and support them to be experts of their well-being as well as to cope with chronic conditions.

3.1 Empowering our users to use health information

- 3.1.1 We empower our users
- a. **to access health information** (e.g., by referencing good and reliable sources of information, brochures, links, contact person),
- b. **to appraise health information** (e.g., through explanation, replying to inquiries),
- c. **to evaluate health information** (e.g., through informing and explaining different options and their advantages and disadvantages),
- d. **to apply health information** to make informed decisions in regards to their own health (e.g., decisions regarding diagnostic methods and therapies, changes in lifestyle).

Table 2. Cont.

3.2 Promoting an active role and self-management of our users

- 3.2.1 We **provide information** to our users about:
- a. **the treatment schedule/care plan,**
- b. possible ways they **can contribute to coping with their condition,**
- c. their contribution to their **mental and physical health.**
- 3.2.2 We offer **courses** to our users about the following topics, or we refer them to other adequate providers:
- a. **copng with chronic disease** (self-management),
- b. **lifestyle changes** (e.g., nutrition and exercise, health coaching, stop smoking),
- c. **use of health information and conversational skills** (e.g., how to find trustworthy health information, contributing to a good and informative conversation with a health professional).
-

4. Promoting health literacy of staff members

Enhancing health literacy of our users is part of our staff members' professional competence. Health literacy is part of the personnel development. Note: The following questions are particularly for staff members in direct contact with users.

4.1 Know-how and professional competence

4.1.1 We as staff members know

- a. the meaning of **health literacy** (note: see instruction for a definition),
 - b. how to **enhance the health literacy** of our users (e.g., provide trustworthy information, simple and easy-to-understand communication, promoting self-management competences),
 - c. where to find **good and reliable information** for our users (e.g., about symptoms, diagnostic methods, therapies, guidelines of the health system).
-

4.2 Personnel development

4.2.1 We receive **training and/or materials** to build and extend our knowledge of health literacy.

4.2.2 We receive training in **health literate communication**:

- a. the use of plain language (no jargon and technical terms, simple sentences),
- b. active listening and how to stimulate questions being asked,
- c. the use of reconfirmation techniques to ensure our users have understood the context of the conversation (e.g., Chunk-and-Check, Teach-Back), d. supporting conversations with written and audiovisual tools,
 - e. dealing with users speaking a foreign language,
 - f. motivational interviewing,
 - g. communicating in risk situations.

4.2.3 We receive training and/or materials about how to support our users:

- a. **to cope with common chronic disease** (self-management),
 - b. through **lifestyle changes** (e.g., nutrition and exercise, health coaching, stop smoking).
-

4.3 Staff members' health

4.3.1 Staff members are supported in **their personal health literacy** (e.g., through training):

- a. dealing with professional health risks,
 - b. lifestyle changes.
-

5. Incorporating health literacy into the management and organizational structure

Health literacy is part of the management principles of our organization and is embedded in the structure, processes and culture of our primary care service team. Health literacy is a development goal of our primary care organization. We collect feedback from our users to issue and refine documents and services.

Note: Depending on how your primary care team is organizationally embedded, you may only be able to answer questions for your primary care team and/or also for your primary care organization.

5.1 Health literacy as an organizational responsibility

Table 2. Cont.

In our **strategic documents**, health literacy is defined as an organizational responsibility (e.g., in the mission statement, in policies, in business goals). 5.1.1

Answer for

- i. primary care team ii.
- primary care organization

We provide **financial support** and recruit a **responsible person** to enhance organizational health literacy.

5.1.2

Answer for

- i. primary care team ii.
- primary care organization

5.2 Health literacy as a development goal

We **define and implement goals** and measures to further develop as a health literate organization.

5.2.1

Answer for

- i. primary care team ii.
- primary care organization

We regularly **review** whether our **goals and measures** to further develop as a health literate organization are being reached and refine them accordingly.

5.2.2

Answer for

- i. primary care team ii.
- primary care organization

5.3 Organizational culture

Health literacy is an important topic for our management, and this is regularly communicated.

5.3.1

Answer for

- i. primary care team ii.
- primary care organization

We are convinced that it is important to **enhance the health literacy** of our users. Therefore, we want **to further develop as a health literate organization**.

5.3.2

Answer for

- i. primary care team ii.
- primary care organization

5.4 User involvement - feedback

We gather **feedback** from our users on the following aspects, and it will be considered in the development and improvement of our services and documents: **medical care, services and processes** (e.g., making contact, access to the doctor's office/our spaces, referrals, support services, care services, medical measures, provided information)

5.4.1

Answer for

- i. primary care team ii.

primary care organization

5.4.2 We gather **feedback** from our users on the following aspects, and it will be considered in the development and improvement of our services and documents: **documents, materials and resources** (e.g., brochures, forms, declaration of consent, digital applications)

Answer for

- i. primary care team ii.
primary care organization

6. Promoting health literacy at care interfaces, networks and further activities of the organization

We support our users at care interfaces.

Networking with external services is used to enhance health literacy of our users. The organization is active in promoting health literacy beyond its performance mandate. Note: Depending on how your team is organizationally embedded, you may only be able to answer questions for your team or also for your primary care organization.

6.1 Care interfaces

Table 2. Cont.

6.1.1	In case of a referral, we ask our users whether further support is needed.
6.1.2	We support the transfer of our users to other service providers (e.g., arranging appointments, collecting documents and filling in forms through information exchange between service providers).
6.1.3	In between visits , we contact our users in order to ensure they have understood their diagnosis, their treatment schedule/care plan and health care services and are able to implement the first steps.
6.1.4	We point out possible further important services (e.g., pharmacists, community care services, physicians, podiatry, etc.) to our users.
6.2 Networking and further activities	
6.2.1	Along with other organizations and partners, we offer and develop resources and materials to enhance health literacy of our users (courses, consulting services and information materials on how to handle health information and self-management). Answer for i. primary care team ii. primary care organization We are committed to promoting health literacy on a higher level (e.g., supporting research and practical projects, activities to promote changes on a political level).
6.2.2	Answer for i. primary care team ii. primary care organizations We distribute our activities and experiences in health literacy in internal and external committees, publications, presentations, etc. 6.2.3 Answer for i. primary care team ii. primary care organizations

The interviews were conducted in a semi-structured way and followed a specifically developed guideline to allow for systematic feedback. We asked for feedback on each module separately. The questions targeted aspects such as comprehensibility, the process of the assessment, relevance of the dimensions, completeness of relevant criteria, accurate examples, practical relevance, usability, user-friendliness and general impression. Here are some example questions: “How relevant is the content of the manual/checklist/handbook?”, “If you were given the manual and the checklist to perform a self-assessment, would you need any additional information?”, “Are the dimensions presented in the checklist understandable?” and “How do you rate the length of the checklist? Is there content missing or that could be left out?”. All interviews were recorded and logged.

2.4. Results of Evaluation Interviews

The results of the interviews were collected, categorized and processed in one spreadsheet. Subsequently, we examined the condensed feedback and implemented valuable indications and suggestions into the here presented self-assessment tool (manual, checklist and handbook). Overall, the tool received very positive feedback in the interviews. Briefly, the specific and clear directions, as well as the explanatory graphics in all of the modules, were appreciated. The clear instruction of the manual and the recommendation of building an interprofessional self-assessment-team to consider different opinions within the organization were valued. On the other side, difficulties were mentioned in understanding the theoretical part of the manual, wherefore we rewrote that part in a more comprehensible language. Furthermore, the comprehensiveness of the criteria and the consideration of the two settings in the checklist were appreciated. The interview partners highlighted the clear and accurate examples in the checklist, which were given for each criterion. Despite being slightly overwhelmed by the thoroughness of the criteria, the participants did not recognize any shortening or downgrading potential and considered the comprehensive list of criteria inevitable. In order to successfully implement and distribute the tool, the interview partners emphasized the commitment of the organization’s management and the provision of incentives, therefore. As every organizational development process is dependent on the management’s commitment, we considered this aspect more specific in the manual as well as the handbook.

2.5. Translation of the Checklist

To provide the checklist also for primary care organizations in non-German-speaking countries and other interested parties, we translated the final version of our checklist into English. Thereby, we matched our translation (language, but not content) with the already existing tools in English language [13,14].

3. Results

The self-assessment tool called “Organizational Health Literacy Self-Assessment-Tool for Primary Care” (OHL Self-Asset) consists of the following three modules: (1) manual, (2) checklist, (3) handbook. The self-assessment tool (including the checklist) has originally been developed in German language.

3.1. Manual

The manual gives a brief introduction to the topics of health literacy, health literate organizations as well as organizational development in general. Aside from the theoretical introduction, the manual mainly focuses on detailed and clear instructions on how to perform the self-assessment. Briefly, the manual includes how to

evaluate the current level of health literacy of a particular primary care organization or network and how to proceed from thereon.

First, it is recommended to conduct the self-assessment in consultation with the organization's management and to decide whether the assessment is performed for the team only or for the possible corresponding organizations as well. An interprofessional team of at least two workforce members is recommended to undertake the self-assessment. This procedure allows the integration of different perspectives within the organization. This so-called self-assessment-team can be built separately or be represented by an already existing quality management team. Moreover, we recommend designating a responsible person for the coordination of the self-assessment process.

As quality improvement processes always proceed stepwise, the manual describes five steps to evolve towards a more health literate health care organization (Figure 1). The second module (checklist), together with the enclosed material (see below), thereby covers steps 1 to 3, which can be conducted in one or two meetings of around two hours total time required. The idea is that every member of the self-assessment-team fills in the checklist according to his or her own personal opinion. Thereafter, the self-assessment-team discusses their individual ratings and together reaches a consensus for their entire organization (step 1). Based on the consensus, the team identifies strengths, weaknesses and needs for action (step 2) and defines one to three development goals (step 3). Thereupon, the self-assessment-team reviews the development goals, discusses and defines one or two improvement measures per goal (step 4). In this process, the handbook assists them. This step takes one or two meetings of approximately one hour in total duration. Additionally, the defined measures need to be coordinated with the management. In the last step, the organization implements and regularly reviews the endorsed measures (step 5). The time required for implementing and reviewing defined measures cannot be indicated, as this depends on the organizational circumstances. In order to get a complete overview of the current level of organizational health literacy, it is recommended to check all the dimensions of the tool. However, as the tool is comprehensive but also modularized, it can be used either for a total organizational assessment or for an assessment of a specific aspect of organizational health literacy.



Figure 1. Stepwise organizational improvement process.

3.2. Checklist

To consider the heterogeneity of primary care settings, originally, two separate questionnaires were developed, one for general practitioners and one for community care services. However, as mentioned above, here, we present the generic version (Table 2). Furthermore, the tool considers different organizational structures, such as whether a general practitioner or a care team belongs to a head organization (see checklist dimensions 5 and 6).

3.3. Handbook

The handbook describes a set of ideas, indications, strategies, measures and instruments to support primary care settings in Switzerland in improving aspects of organizational health literacy. The handbook is based on the structure of the checklist (Table 2). However, there is no separation between the two settings, general practitioners and community care service. Each chapter starts with a short introduction on the relevance and the practical application of the corresponding dimension and is followed by descriptions and links to specific measures, instruments or training. The handbook intends to be a reference and does not guarantee to be complete, as it only represents a range of instructions and methods that were evaluated for quality and reliability. Moreover, it only refers to non-commercial providers and offers and recognized public institutions.

4. Discussion

The aim of the article was to present a self-assessment tool, which was developed to assess and improve organizational health literacy in primary care organizations in Switzerland. Considering the lack of comprehensive tools and interventions to evaluate and strengthen organizational health literacy in primary care settings [10,20], this “Organizational Health Literacy Self-Assessment-Tool for Primary Care” (OHL Self-AsseT) provides a practice-oriented intervention for primary care organizations to independently assess and improve their organizations’ health literacy. The self-assessment tool consists of three modules: (1) manual, (2) checklist (Table 2), (3) handbook. These three modules not only enable primary care organizations to independently perform a self-assessment but also include guidance in improving health literacy within their organization as well as of their users. To ensure practice relevance, the present self-assessment tool has been developed in collaboration with various experts in primary care settings.

In accordance with the validated, comprehensive V-HLO tool [13], the dimensions, sub-dimensions and criteria of the OHL Self-AsseT consider a broad understanding of health literacy [6,24] and focus on developing organizational structures and processes to improve health literacy sustainably. With the objective of providing a concise and application-oriented tool and with respect to our literature review, we condensed the ten attributes of health literate health care organizations [8] or the nine standards of the V-HLO [13], respectively, into six dimensions specific for primary care organizations. Thus, the checklist (Table 2) resulted in a concise tool that supports primary care organizations in promoting health literacy.

In contrast to the V-HLO tool, but in accordance with the Tasmanian tool [14], the present tool not only provides an assessment of health literacy but supports organizations with an according handbook to systematically improve organizational health literacy. This handbook is consistent with the more up-to-date health literacy toolkits [10] that provide only evidence-based recommendations and best practices to implement health literacy promoting measures. Moreover, the handbook reflects the dimensions of the self-assessment and facilitates the application of the tool. However, despite considering the practical level during the development of the entire self-assessment tool, its applicability in organizational practices has not been tested so far.

4.1. Future Directions

To verify practical feasibility and effectiveness, we will apply the self-assessment tool in four general practitioners and eight community care teams in the canton of Zurich over a period of six months. For detailed evaluation in terms of user-friendliness, usability, usefulness and potential development processes towards a more health literate organization, focus groups with interprofessional workforce members and expert interviews with leaders of those organizations will be conducted. Moreover, a standardized questionnaire assesses the development of knowledge in and attitude towards health literacy of the entire workforce of these pilot companies. Based on the evaluation results, we will adapt the self-assessment tool one more time and provide all materials free of charge. The results of this practical evaluation will be published later.

Once the self-assessment tool is approved in everyday practice, it still needs to be ensured that primary care organizations make efforts to increase their organizations' health literacy and independently apply the tool. Thus, we are fully aware of the need to provide incentives so that general practitioners and community care organizations voluntarily apply and implement the self-assessment tool. Therefore, in a further step, we will be working on an implementation strategy of the present self-assessment tool in order to accomplish sustainable changes and development processes in primary care organizations. A possible relevant framework to successfully implement the OHL Self-AsseT in primary care settings that could be considered during this process is the famous "behavior change wheel" [25]. Important steps in this direction and the involvement of relevant stakeholders are necessary for a successful future of this field.

4.2. Limitations

We acknowledge that the development of the present OHL Self-AsseT is not without limitations. Ideally, a larger cohort of users could have been involved in the development and evaluation of the tool—specifically, in terms of our group and expert interviews. However, we used our resources to the maximum, and with our future directions, we are confident to be able to further optimize our tool.

5. Conclusions

Conclusively, the present tool adds to the development of health literate health care organizations by a comprehensive package of tools (manual, checklist (Table 2) and handbook), including assessment and interventions for primary care needs specifically. The participative development with practice partners and experts has shown great acceptance and, therefore, may support successful implementation in primary care settings. In order to scale the implementation of the present "Organizational Health Literacy Self-Assessment-Tool for Primary Care" (OHL Self-AsseT) up, an evaluation of its application in several pilot companies is planned. The evaluated and refined self-assessment tool could serve as a powerful instrument to improve organizational health literacy internationally, not only in primary care settings in Zurich or Switzerland.

Nonetheless, a future systematic implementation thereof is necessary to improve health literacy system-wide. Therefore, organizational health literacy needs to be considered on the political agenda. Furthermore, it is also important to integrate health literacy in the education and training of health care professionals.

Author Contributions: Conceptualization, methodology, writing—original draft preparation, writing—review and editing, project administration, S.M.D.G. and D.V. Writing—original draft preparation, writing—review and editing, D.N.-F. Writing—review and editing, project administration, D.N. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This project was funded by “Gesundheitsförderung Schweiz” and realized by the Careum Foundation Zurich and the Health Department of the Canton Zurich, in cooperation with the practice partners “mediX Zürich” (network of general practitioners) and “Spitex Zürich Limmat” (community care organization).

Acknowledgments: We would like to acknowledge the friendly cooperation and help from our colleagues from Austria (Gesundheit Österreich GmbH), practices partners and interview partners.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

9 References

1. Kickbusch, I.; Maag, D. *International Encyclopedia of Public Health*; Academic Press: San Diego, CA, USA, 2008.
2. Centers for Disease Control and Prevention. What is Health Literacy? Available online: https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html?ACSTrackingID=USCDC_501-DM39562&ACSTrackingLabel=New%20Definitions%20of%20Health%20Li (accessed on 26 October 2020).
3. Paasche-Orlow, M.K.; Wolf, M.S. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am. J. Health Behav.* **2007**, *31* (Suppl. 1), S19–S26. [CrossRef] [PubMed]
4. Sørensen, K.; Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; Fullam, J.; Kondilis, B.; Agraftiotis, D.; Ueters, E.; et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur. J. Public Health* **2015**, *25*, 1053–1058. [CrossRef] [PubMed]
5. Berkman, N.D.; Sheridan, S.L.; Donahue, K.E.; Halpern, D.J.; Crotty, K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann. Intern. Med.* **2011**, *155*, 97–107. [CrossRef] [PubMed]
6. Kickbusch, I.; Pelikan, J.M.; Apfel, F.; Tsouros, A.D. Health Literacy. In *The Solid Facts*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013; ISBN 978 92 890 00154.
7. Visscher, B.B.; Steunenberg, B.; Heijmans, M.; Hofstede, J.M.; Devillé, W.; van der Heide, I.; Rademakers, J. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: A systematic review. *BMC Public Health* **2018**, *18*, 1414. [CrossRef]
8. Brach, C.; Keller, D.; Hernandez, L.; Baur, C.; Parker, R.; Dreyer, B.; Schyve, P.; Lemerise, A.J.; Schillinger, D. *Ten Attributes of Health Literate Care Organizations*; Discussion Paper; Institute of Medicine of the National Academies: Washington, DC, USA, 2012.
9. Koh, H.K.; Baur, C.; Brach, C.; Harris, L.M.; Rowden, J.N. Toward a systems approach to health literacy research. *J. Health Commun.* **2013**, *18*, 1–5. [CrossRef] [PubMed]
10. Farmanova, E.; Bonneville, L.; Bouchard, L. Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry* **2018**, *55*, 46958018757848. [CrossRef] [PubMed]
11. Meggetto, E.; Kent, F.; Ward, B.; Keleher, H. Factors influencing implementation of organizational health literacy: A realist review. *J. Health Organ. Manag.* **2020**. ahead-of-print. [CrossRef] [PubMed]
12. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations. *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals-SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-international*; WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH): Vienna, Austria, 2019.
13. Dietscher, C.; Pelikan, J.M. Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations-results from an Austrian Feasibility Study on the Self-assessment of organizational Health Literacy in Hospitals: Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. *BernHogrefe* **2017**, 303–313.
14. HeLlo TAS! Available online: <https://www.hellotas.org.au> (accessed on 7 October 2020).

15. Trezona, A.; Dodson, S.; Osborne, R.H. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Serv. Res.* **2018**, *18*, 694. [CrossRef]
16. Kowalski, C. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): Development and validation. *BMC Health Serv. Res.* **2015**, *15*, 1–9. [CrossRef]
17. The Joint Commission. “What Did the Doctor Say?” Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Available online: www.jointcommission.org (accessed on 17 December 2020).
18. Abrams, M.A.; Kurtz-Rossi, S.; Riffenburgh, A.; Savage, B. Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change. Available online: www.HealthLiterateOrganization.org (accessed on 17 December 2020).
19. Ritchie, L.; Dale, B.G. Self-assessment using the business excellence model: A study of practice and process. *Int. J. Prod. Econ.* **2000**, *66*, 241–254. [CrossRef]
20. Lloyd, J.E.; Song, H.J.; Dennis, S.M.; Dunbar, N.; Harris, E.; Harris, M.F. A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PLoS ONE* **2018**, *13*, e0195018. [CrossRef] [PubMed]
21. Schmidt-Kaehler, S.; Vogt, D.; Berens, E.-M.; Horn, A.; Schaeffer, D. *Gesundheitskompetenz: Verständlich Informieren und Beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit Geringer Gesundheitskompetenz*; Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld: Bielefeld, Germany, 2017.
22. Soffried, J.; Kraus-Füreder, H. *Methodenbox. Die Gesundheitskompetente Sozialversicherung. 2. überarbeitete Auflage*; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: Wien, Austria, 2017.
23. Allianz Gesundheitskompetenz. *Gesundheitskompetenz: Verständlich informieren und beraten. Praxisleitfaden*; Allianz Gesundheitskompetenz: Schweizer Ausgabe, Switzerland, 2019.
24. Sørensen, K.; van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* **2012**, *12*, 80. [CrossRef] [PubMed]
25. Michie, S.; van Stralen, M.M.; West, R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement. Sci.* **2011**, *6*, 42. [CrossRef] [PubMed]

Publisher’s Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Anhang 3: Stichprobe Evaluation Entwurf Selbst-Assessment-Tool

Nr.	Erhebung	Berufsgruppe(n) bzw. Funktion	Institution
1	Einzelinterview Handbuch	Arzt/in	Ärztenetz Nordwest AG
2	Einzelinterview Handbuch	Arzt/in	Gemeinschaftspraxis Dübendorf
3	Einzelinterview Handbuch	Pflegeexpert/in	Verein Lunge Zürich
4	Einzelinterview Handbuch	Pflegeexpert/in	Spitex Kempt
5	Gruppeninterview Checkliste	1 Fachverantwortung Pflege 4 Pflegefachfrau/mann HF 3 Hauswirtschaft / Pflegehelfer/innen	Spitex
6	Gruppeninterview Checkliste	2 Fachmann/Fachfrau Gesundheit 2 Pflegefachfrau HF 1 Pflegehelfer/in	Spitex
7	Gruppeninterview Checkliste	1 Praxismanager/in 1 Arzt (nicht erschienen) 1 MPA (abgemeldet)	mediX
8	Gruppeninterview Checkliste	1 Arzt/in 1 MPA (krank abgemeldet), 1 Praxismanager/in (abgemeldet)	mediX
9	Einzelinterview Checkliste	Leitung Pflege & Betreuung, Mitglied Betriebsleitung	Spitex
10	Einzelinterview Checkliste	Arzt/in	Ärztenetz Nordwest AG
11	Einzelinterview Checkliste	Arzt/in	Permanence Winterthur
12	Einzelinterview Checkliste	Leitung Beratungsstellen	Verein Lunge Zürich

Anhang 4: Stichprobe Pilotbetriebe

Nr.	Betrieb	Zusammensetzung Pilotbetriebe
1	Spitex	3 Hauswirtschaftsmitarbeiter/in 3 Fachfrau/Fachmann Gesundheit 3 Pflegefachfrau/mann
2	Spitex	3 Hauswirtschaftsmitarbeiter/in 1 Fachfrau/Fachmann Gesundheit in Ausbildung 3 Fachfrau/Fachmann Gesundheit 2 Pflegefachfrau/mann
3	Spitex	1 Hauswirtschaftsmitarbeiter/in 6 Fachfrau/Fachmann Gesundheit 2 Pflegefachfrau/mann
4	Spitex	5 Pflegeexpertinnen APN
5	Spitex	3 Hauswirtschaftsmitarbeiter/in

		4 Pflegehelfer/in SRK 0 Fachfrau/Fachmann Gesundheit in Ausbildung 3 Fachfrau/Fachmann Gesundheit 4 Pflegefachfrau/mann
6	Spitex	1 Hauswirtschaftsmitarbeiter/in 4 Pflegehelfer/in SRK 1 Fachfrau/Fachmann Gesundheit in Ausbildung 4 Fachfrau/Fachmann Gesundheit 3 Pflegefachfrau/mann
7	Spitex	3 Pflegehelfer/in SRK 1 Fachfrau/Fachmann Gesundheit in Ausbildung 5 Fachfrau/Fachmann Gesundheit 3 Pflegefachfrau/mann
8	Spitex	3 Hauswirtschaftsmitarbeiter/in 1 Pflegeassistent/in SRK 6 Fachfrau/ Fachmann Gesundheit 3 Pflegefachfrau/mann
9	mediX	4 Ärzte 4 MPA 1 Lernende
10	mediX	7 Ärzte 7 MPA 1 Lernende
11	mediX	13 Ärzte 2 Med. Fachpersonal 16 MPA 2 Lernende
12	mediX	7 Ärzte 7 MPA 1 Lernende 2 Psycho-Therapie

Anhang 5: Fragebogen pre- und post-Anwendung

FRAGEBOGEN EVALUATION (PRE-ANWENDUNG)

1 Fragen zur Person

Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Keine Angabe

Wie alt sind Sie?

- Jünger als 20 Jahren
- zwischen 20 und 40 Jahre
- zwischen 41 und 65 Jahre
- älter als 65 Jahre
- keine Angabe

In welcher Funktion sind Sie bei Spitex Zürich Limmat /mediX tätig?

- Pflegefachverantwortliche/r
- Pflegefachfrau/mann HF/ FH
- Fachfrau/Fachmann Gesundheit
- Hauspfleger/in
- Pflegeassistent/in
- Pflegehelfer/in SRK
- Hauswirtschaftsmitarbeiter/in
- Lernende/r
- keine Angabe
- Sonstige

Übernehmen Sie in Ihrem Spitex-Team/mediX eine leitende Funktion?

- ja
- nein
- keine Angabe

In welchem Stellenumfang arbeiten Sie aktuell in Ihrem Spitex-/mediX Team?

- bis 20%
- zwischen 21% und 40%
- zwischen 41% und 60%
- zwischen 61% und 80%
- mehr als 80%
- keine Angabe

Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits bei der Spitex Zürich Limmat/mediX?

- weniger als 2 Jahre
- zwischen 2 und 5 Jahre
- zwischen 6 und 10 Jahre
- mehr als 10 Jahre
- keine Angabe

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie (auch bei anderen Spitex-Zentren/mediX)?

- ich bin noch in der Ausbildung
- weniger als 5 Jahre
- zwischen 5 und 14 Jahren
- zwischen 15 und 25 Jahren
- mehr als 25 Jahre
- keine Angabe

2 Begriff Gesundheitskompetenz**Haben Sie den Begriff "Gesundheitskompetenz" schon einmal gehört?**

- ja
- nein
- keine Angabe

Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach am ehesten zu? "Eine gesundheitskompetente Person..."

- "...ernährt sich gesund und bewegt sich viel."
- "...kann Informationen über Gesundheit und Krankheit nutzen, um im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken."
- "...folgt den Anweisungen des Arztes."
- "...hat eine Ausbildung im Gesundheitswesen."

Welche Aussagen treffen Ihrer Meinung nach auf die Schweizer Bevölkerung zu?

- Mit Gesundheitsinformationen umzugehen, ist für einen Grossteil der Bevölkerung schwer.
- Mehr als die Hälfte der Bevölkerung findet es schwierig Vor- und Nachteile von Behandlungen zu beurteilen.
- Für viele Personen ist es einfach einzuschätzen, wie vertrauenswürdig Gesundheitsinformationen in den Medien sind.
- Für ältere Personen ist es besonders schwer mit Informationen zu Gesundheit und Krankheit umzugehen.
- Personen mit höherer Gesundheitskompetenz schätzen ihren Gesundheitszustand positiver ein.
- Personen mit höherer Gesundheitskompetenz gehen seltener zum Arzt.
- Personen mit höherem Bildungsabschluss fällt es leichter Informationen zu Gesundheit und Krankheit zu verstehen.

Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach am ehesten zu? "Eine gesundheitskompetente Organisation (z.B. Arztpraxis, Spitex, Spital)..."

- ...setzt sich für mehr Bewegung am Arbeitsplatz ein."
- ...unterstützt Kunden dabei, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken."
- ...zeichnet sich durch gesunde Mitarbeitende aus."
- ...erstellt und veröffentlicht Informationen zu Themen rund um Gesundheit und Krankheit."

3 Wissen Stärkung der Gesundheitskompetenz

Wie schätzen Sie Ihr Wissen in folgenden Bereichen ein? (sehr umfassend, umfassend, eher umfassend, eher gering, gering, sehr gering)

- Hilfen mit denen sich Kunden einfacher in Spitex-Räumlichkeiten zurechtfinden.
- Gesprächstechniken, die Kunden und ihre Angehörigen helfen, Informationen aus einem Gespräch richtig zu verstehen.
- Möglichkeiten, um Kunden mit sprachlichen Schwierigkeiten im Gespräch zu unterstützen.
- Informationsquellen für vertrauenswürdige und leicht verständliche Kundeninformationen.
- Ansätze, wie Kunden bei ihrer Betreuung mitentscheiden können.
- Möglichkeiten, um Kunden bei Lebensstilveränderungen zu unterstützen.
- Angebote für Kunden, die sie in ihrem Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen.
- Massnahmen, um Kunden beim Übergang zu anderen Leistungserbringern (z.B. Spital, Spezialist) zu unterstützen.

4 Einstellung Gesundheitskompetenz

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? (stimme voll zu, stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, stimme gar nicht zu)

- Gesundheitskompetenz ist ein Trendthema und für Organisationen wie Arztpraxen, Spitex und Spitäler nicht relevant.
- Im Gespräch mit Kunden und Ihren Angehörigen ist es wichtig, einfache und leicht verständliche Sprache zu verwenden.
- Im Gespräch mit Kunden ist es wichtig sicherzustellen, dass sie alle Informationen auch verstehen.
- Im Pflegealltag ist es wichtig auf unterschiedliche Sprachbedürfnisse von Kunden einzugehen.
- Vor- und Nachteile verschiedener Betreuungsmöglichkeiten sollten Kunden umfassend und leicht verständlich erklärt werden.
- Kunden darüber zu informieren, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können, ist Aufgabe von Spitex-Teams.
- Es ist wichtig Kunden mit konkreten Angeboten und Informationen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen.
- Bei der Erstellung von neuen Angeboten, Materialien und Dokumenten in der Spitex sollte immer die Meinung von Kunden einbezogen werden (z.B. bei Kundeninformationen, Webseite).
- Zur Aufgabe von Spitex-Mitarbeitenden gehört es, Kunden zu helfen, sich im «Dschungel des Gesundheitssystems» zurechtzufinden.

- Es ist wichtig Kunden beim Übertritt zu anderen Leistungserbringern zu unterstützen (z.B. bei der Vereinbarung von Terminen, Ausfüllen von Unterlagen).
- Es ist wichtig Kunden auch zwischen den Besuchen zu kontaktieren und nachzufragen, ob sie Fragen haben oder Unterstützung benötigen.
- Leistungserbringer des Gesundheitssystems sollten gemeinsam Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kunden anbieten (z.B. Schulungen oder Informationsmaterialien).

5 Abschluss

Abschliessend interessiert uns noch, ob Sie schon einmal eine Weiterbildung oder Schulung zu einem der nachfolgenden Themen besucht haben.

- "Leicht verständliche Sprache"
- "Selbstmanagement"
- "Patienten-/Gesundheitskompetenz"
- "Kommunikation"
- Sonstige
- keine Angabe

So erstellen Sie Ihren persönlichen Code:

- Initialen der Mutter
- Initialen des Vaters
- Ihr Geburtsjahr
- ID

Letzte Frage: Sind Sie Teil des Teams, das den Selbstcheck in Ihrem Spitex-/mediX Team durchführt?

- ja
- nein
- keine Angabe

FRAGEBOGEN EVALUATION (POST-INTERVENTION)

1 Fragen zur Person

Welches Geschlecht haben Sie?

- Weiblich
- Männlich
- Keine Angabe

Wie alt sind Sie?

- Jünger als 20 Jahren
- zwischen 20 und 40 Jahre
- zwischen 41 und 65 Jahre
- älter als 65 Jahre
- keine Angabe

In welcher Funktion sind Sie bei Spitex Zürich Limmat /mediX tätig?

- Pflegefachverantwortliche/r
- Pflegefachfrau/mann HF/ FH
- Fachfrau/Fachmann Gesundheit
- Hauspfleger/in
- Pflegeassistent/in
- Pflegehelfer/in SRK
- Hauswirtschaftsmitarbeiter/in
- Lernende/r
- keine Angabe
- Sonstige

Übernehmen Sie in Ihrem Spitex- /mediX Team eine leitende Funktion?

- ja
- nein
- keine Angabe

In welchem Stellenumfang arbeiten Sie aktuell in Ihrem Spitex- /mediX Team?

- bis 20%
- zwischen 21% und 40%
- zwischen 41% und 60%
- zwischen 61% und 80%
- mehr als 80%
- keine Angabe

Wie viele Jahre arbeiten Sie bereits bei der Spitex Zürich Limmat /mediX?

- weniger als 2 Jahre
- zwischen 2 und 5 Jahre
- zwischen 6 und 10 Jahre
- mehr als 10 Jahre
- keine Angabe

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie (auch bei anderen Spitex-/mediX Zentren)?

- ich bin noch in der Ausbildung
- weniger als 5 Jahre
- zwischen 5 und 14 Jahren
- zwischen 15 und 25 Jahren
- mehr als 25 Jahre
- keine Angabe

2 Begriff Gesundheitskompetenz

Haben Sie den Begriff "Gesundheitskompetenz" schon einmal gehört?

- ja
- nein
- keine Angabe

Was verstehen Sie unter dem Begriff "Gesundheitskompetenz"? [Offene Frage]**Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach am ehesten zu? "Eine gesundheitskompetente Person..."**

- "...ernährt sich gesund und bewegt sich viel."
- "...kann Informationen über Gesundheit und Krankheit nutzen, um im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken."
- "...folgt den Anweisungen des Arztes."
- "...hat eine Ausbildung im Gesundheitswesen."

Welche Aussagen treffen Ihrer Meinung nach auf die Schweizer Bevölkerung zu?

- Mit Gesundheitsinformationen umzugehen, ist für einen Grossteil der Bevölkerung schwer.
- Mehr als die Hälfte der Bevölkerung findet es schwierig Vor- und Nachteile von Behandlungen zu beurteilen.
- Für viele Personen ist es einfach einzuschätzen, wie vertrauenswürdig Gesundheitsinformationen in den Medien sind.
- Für ältere Personen ist es besonders schwer mit Informationen zu Gesundheit und Krankheit umzugehen.
- Personen mit höherer Gesundheitskompetenz schätzen ihren Gesundheitszustand positiver ein.
- Personen mit höherer Gesundheitskompetenz gehen seltener zum Arzt.
- Personen mit höherem Bildungsabschluss fällt es leichter Informationen zu Gesundheit und Krankheit zu verstehen.

Was verstehen Sie unter dem Begriff "gesundheitskompetente Organisationen"? [Offene Frage]

Welche Aussage trifft Ihrer Meinung nach am ehesten zu? "Eine gesundheitskompetente Organisation (z.B. Arztpraxis, Spitex, Spital)..."

- ...setzt sich für mehr Bewegung am Arbeitsplatz ein."
- ...unterstützt Kunden dabei, Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken."
- ...zeichnet sich durch gesunde Mitarbeitende aus."
- ...erstellt und veröffentlicht Informationen zu Themen rund um Gesundheit und Krankheit."

3 Wissen Stärkung der Gesundheitskompetenz

Wie schätzen Sie Ihr Wissen in folgenden Bereichen ein? (sehr umfassend, umfassend, eher umfassend, eher gering, gering, sehr gering)

- Hilfen mit denen sich Kunden einfacher in Spitex-Räumlichkeiten zurechtfinden.
- Gesprächstechniken, die Kunden und ihre Angehörigen helfen, Informationen aus einem Gespräch richtig zu verstehen.
- Möglichkeiten, um Kunden mit sprachlichen Schwierigkeiten im Gespräch zu unterstützen.
- Informationsquellen für vertrauenswürdige und leicht verständliche Kundeninformationen.
- Ansätze, wie Kunden bei ihrer Betreuung mitentscheiden können.
- Möglichkeiten, um Kunden bei Lebensstilveränderungen zu unterstützen.
- Angebote für Kunden, die sie in ihrem Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen.
- Massnahmen, um Kunden beim Übergang zu anderen Leistungserbringern (z.B. Spital, Spezialist) zu unterstützen.

4 Einstellung Gesundheitskompetenz

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu? (stimme voll zu, stimme zu, stimme eher zu, stimme eher nicht zu, stimme nicht zu, stimme gar nicht zu)

- Gesundheitskompetenz ist ein Trendthema und für Organisationen wie Arztpraxen, Spitex und Spitäler nicht relevant.
- Im Gespräch mit Kunden und Ihren Angehörigen ist es wichtig, einfache und leicht verständliche Sprache zu verwenden.
- Im Gespräch mit Kunden ist es wichtig sicherzustellen, dass sie alle Informationen auch verstehen.
- Im Pflegealltag ist es wichtig auf unterschiedliche Sprachbedürfnisse von Kunden einzugehen.
- Vor- und Nachteile verschiedener Betreuungsmöglichkeiten sollten Kunden umfassend und leicht verständlich erklärt werden.
- Kunden darüber zu informieren, was sie selbst für ihre Gesundheit tun können, ist Aufgabe von Spitex-Teams.
- Es ist wichtig Kunden mit konkreten Angeboten und Informationen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen.
- Bei der Erstellung von neuen Angeboten, Materialien und Dokumenten in der Spitex sollte immer die Meinung von Kunden einbezogen werden (z.B. bei Kundeninformationen, Webseite).

- Zur Aufgabe von Spitex-Mitarbeitenden gehört es, Kunden zu helfen, sich im «Dschungel des Gesundheitssystems» zurechtzufinden.
- Es ist wichtig Kunden beim Übertritt zu anderen Leistungserbringern zu unterstützen (z.B. bei der Vereinbarung von Terminen, Ausfüllen von Unterlagen).
- Es ist wichtig Kunden auch zwischen den Besuchen zu kontaktieren und nachzufragen, ob sie Fragen haben oder Unterstützung benötigen.
- Leistungserbringer des Gesundheitssystems sollten gemeinsam Angebote zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Kunden anbieten (z.B. Schulungen oder Informationsmaterialien).

5 Abschluss

Abschliessend interessiert uns noch, ob Sie schon einmal eine Weiterbildung oder Schulung zu einem der nachfolgenden Themen besucht haben.

- "Leicht verständliche Sprache"
- "Selbstmanagement"
- "Patienten-/Gesundheitskompetenz"
- "Kommunikation"
- Sonstige
- keine Angabe

So erstellen Sie Ihren persönlichen Code:

- Initialen der Mutter
- Initialen des Vaters
- Ihr Geburtsjahr
- ID

Sind Sie Teil des Teams, das den Selbstcheck in Ihrem Spitex-/ mediX Team durchführt?

- ja
- nein
- keine Angabe

Haben Sie durch das Projekt «Selbstcheck Gesundheitskompetente Organisationen» bei Ihnen im Spitex-/ mediX Team Veränderungen festgestellt?

- ja
- nein
- keine Angabe

Welche Veränderungen haben Sie festgestellt? [Offene Frage]

Anhang 6: Soziodemografische Charakteristiken der Stichprobe der quantitativen Mitarbeiter-Befragung (N=31)

		MediX		Spitex	
		Prä	Post	Prä	Post
Geschlecht	Männlich	2 (11.1 %)	2 (11.1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	Weiblich	16 (88.9 %)	16 (88.9 %)	13 (100 %)	13 (100 %)
Alter	jünger als 20 Jahre	3 (16.7 %)	2 (11.1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	zwischen 20 und 40 Jahre	11 (61.1 %)	12 (66.7 %)	5 (38.5 %)	5 (38.5 %)
	zwischen 41 und 65 Jahre	3 (16.7 %)	3 (16.7 %)	8 (61.5 %)	8 (61.5 %)
	älter als 65 Jahre	1 (5.6 %)	1 (5.6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Funktion Arztpraxis	Ärztin/Arzt	3 (16.7 %)	3 (16.7 %)		
	Praxismanager/in	0 (0 %)	0 (0 %)		
	Medizinische/r Praxiskoordinator/in	3 (16.7 %)	3 (16.7 %)		
	Medizinische/r Praxisassistent/in (MPA)	11 (61.1 %)	13 (72.2 %)		
	Lernende/r	2 (11.1 %)	1 (5.6 %)		
	Sonstige:	0 (0 %)	3 (8.3 %)		
Funktion Spitex	Pflegefachverantwortliche/r			0 (0 %)	0 (0 %)
	Pflegefachfrau/mann HF/ FH			4 (30.8 %)	4 (30.8 %)
	Fachfrau/Fachmann Gesundheit			3 (23.1 %)	3 (23.1 %)
	Hauspfleger/in			3 (23.1 %)	2 (15.4 %)
	Pflegeassistent/in			0 (0 %)	0 (0 %)
	Pflegehelfer/in SRK			3 (23.1 %)	3 (23.1 %)
	Hauswirtschaftsmitarbeiter/in			2 (15.4 %)	3 (23.1 %)
	Sonstige:			1 (7.7 %)	2 (15.4 %)
Stellenumfang	bis 20%	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	zwischen 21% und 40%	0 (0 %)	1 (5.6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	zwischen 41% und 60%	3 (16.7 %)	2 (11.1 %)	3 (23.1 %)	2 (15.4 %)
	zwischen 61% und 80%	2 (11.1 %)	2 (11.1 %)	8 (61.5 %)	9 (69.2 %)
	mehr als 80%	12 (66.7 %)	13 (72.2 %)	2 (15.4 %)	2 (15.4 %)
	keine Angabe	1 (5.6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Jahre in der Arztpraxis/Spitex	weniger als 2 Jahre	2 (11.1 %)	1 (5.6 %)	3 (23.1 %)	2 (15.4 %)
	zwischen 2 und 5 Jahre	9 (50 %)	10 (55.6 %)	2 (15.4 %)	3 (23.1 %)
	zwischen 6 und 10 Jahre	5 (27.8 %)	5 (27.8 %)	3 (23.1 %)	2 (15.4 %)
	mehr als 10 Jahre	2 (11.1 %)	2 (11.1 %)	5 (38.5 %)	6 (46.2 %)
Berufserfahrung	ich bin noch in der Ausbildung	2 (11.1 %)	1 (5.6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	weniger als 5 Jahre	3 (16.7 %)	3 (16.7 %)	2 (15.4 %)	0 (0 %)
	zwischen 5 und 14 Jahren	10 (55.6 %)	11 (61.1 %)	4 (30.8 %)	8 (61.5 %)
	zwischen 15 und 25 Jahren	2 (11.1 %)	2 (11.1 %)	4 (30.8 %)	3 (23.1 %)
	mehr als 25 Jahre	1 (5.6 %)	1 (5.6 %)	2 (15.4 %)	1 (7.7 %)
	keine Angabe	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (7.7 %)	1 (7.7 %)

Anhang 7: Checkliste

1. Einfachen Zugang zur Arztpraxis / Spitex ermöglichen und Orientierung erleichtern

Die Kontaktaufnahme zu unserer *Arztpraxis / Spitex* ist für unsere *Patienten / Kunden und Angehörigen*¹ einfach möglich. Der Zugang zu unseren Gebäuden und Räumlichkeiten ist gut zu erkennen. Innerhalb der *Arztpraxis / Spitex* können sich alle leicht zurechtfinden.

1.1 Kontaktaufnahme						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
1.1.1 Wir bieten unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen verschiedene Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme (Telefon, Email, Webseite).	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.2 Unsere Telefonnummern, Adressen und die Webseite sind in Verzeichnissen leicht zu finden und gut zu verstehen (z.B. Internet, Informationsbroschüren).	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.3 Unsere Webseite ist auch für Personen mit geringen digitalen Fähigkeiten sowie für Personen mit körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen einfach zu nutzen und leicht verständlich (z.B. durch Verwendung einfacher Sprache, flexibler Schriftgrösse, unterstützender Farbauswahl, einfacher Navigation, Vorlesefunktion).	☐	☐	☐	☐	☐	
1.1.4 Wir gehen am Telefon, per Email oder am Empfang angemessen auf die Fragen unserer <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen ein.	☐	☐	☐	☐	☐	

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird im Handbuch Massnahmen der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer miteingeschlossen.

1.1.5	Wir bieten unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen leicht zugängliche und verständliche Informationen zum Standort und zur Anfahrt zu <i>unserer Arztpraxis / unserer Spitex</i> .	☐	☐	☐	☐	☐	
-------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

1.2 Sich in der Arztpraxis / Spitex zurechtfinden						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
1.2.1	Das Gebäude und der Eingang unserer <i>Arztpraxis / Spitex</i> sind von aussen gut sichtbar und leicht verständlich gekennzeichnet (z.B. mit Schildern, Hinweisen).	☐	☐	☐	☐	
1.2.2	Die einzelnen Bereiche in unserer <i>Arztpraxis / unserer Spitex</i> sind gut sichtbar und leicht verständlich gekennzeichnet (u.a. Empfang, Wartezimmer, Behandlungszimmer, Sitzungszimmer, Toiletten).	☐	☐	☐	☐	

2. Einfach und leicht verständlich kommunizieren

Die mündliche und schriftliche Kommunikation mit unseren *Patienten / Kunden* und Angehörigen orientiert sich an den Grundprinzipien von Gesundheitskompetenz.

2.1 Mündliche Kommunikation						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
2.1.1 Wir schaffen Gegebenheiten, die ein ruhiges Gespräch ermöglichen (z.B. in ein angemessenes Zimmer wechseln, Türen schliessen).	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.2 Wir widmen Gesprächen mit unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen ausreichend Zeit .	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.3 Wir verwenden im Gespräch mit unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen einfache Sprache (z.B. bei der Erklärung der Medikamenteneinnahme oder von Fachbegriffen).	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.4 Wir stellen im Gespräch mit unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen sicher, dass sie die Informationen , die wir ihnen geben, verstehen (z.B. durch Gesprächstechniken wie Teach-Back).	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.5 Wir ermutigen unsere <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörige ausdrücklich Fragen zu stellen bzw. Bedenken zu äussern.	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.6 Wir halten wichtige Informationen und Kernbotschaften des Gesprächs für unsere <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörige bei Bedarf schriftlich fest .	☐	☐	☐	☐	☐	

2.1.7	Wir gehen auf unterschiedliche Bedürfnisse und sprachliche Voraussetzungen unserer <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen ein (z.B. durch Einsatz muttersprachlicher Unterstützung, visuelle Materialien und Piktogramme).	☐	☐	☐	☐	☐	
2.1.8	Wir haben Leitlinien für a. gesundheitskompetente Gesprächsführung (entsprechend den Fragen 2.1.1-2.1.7), b. die Kommunikation in Risikosituationen (z.B. Übermittlung schlechter Nachrichten, Vorbereitung auf operative Eingriffe, neue Therapien).	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	

2.2 Schriftliche Kommunikation						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
2.2.1	Wir verwenden für unsere schriftlichen Materialien und Informationen einfache Sprache (z.B. in Info-Blättern, Formularen etc.).	☐	☐	☐	☐	
2.2.2	Wir gestalten unsere schriftlichen Materialien und Informationen so, dass sie übersichtlich und leicht zu erfassen sind (z.B. durch Verwendung angemessener Schriftgrösse, Zeilenabstand, Farbkontrast, Bilder).	☐	☐	☐	☐	
2.2.3	Wir erstellen und empfehlen Materialien und Hilfsmittel (z.B. Broschüren, elektronische Anwendungen), die: a. aktuell,	☐ a.	☐ a.	☐ a.	☐ a.	

b. fachlich korrekt, c. in den Muttersprachen der grösseren <i>Patientengruppen / Kundengruppen</i> verfügbar sind.	☐ b. ☐ c.	☐ b. ☐ c.	☐ b. ☐ c.	☐ b. ☐ c.	☐ b. ☐ c.	
2.2.4 Wir unterstützen unsere <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörige beim Ausfüllen von Formularen (z.B. bei Überweisungen, Anmeldungen, Patientenverfügungen).	☐	☐	☐	☐	☐	
2.2.5 Wir haben Leitlinien für die schriftliche Kommunikation, die die oben genannten Aspekte einer gesundheitskompetenten Kommunikation (Fragen 2.2.1 – 2.2.4) berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐	

3. Gesundheitskompetenz unserer *Patienten / Kunden* stärken

Wir stärken die Gesundheitskompetenz unserer *Patienten / Kunden* und Angehörigen und unterstützen sie als Experten ihrer Gesundheit bzw. im Umgang mit Erkrankungen.

3.1 Patienten / Kunden im Umgang mit Gesundheitsinformationen befähigen

[illegible]

3.2 Aktive Rolle und Selbstmanagement unserer *Patienten* / *Kunden* stärken

	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
--	----------------	----------------------	--------------------	----------------	---------------------	-------------

Wir informieren unsere <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörige klar und ausreichend über a. den Behandlungsplan / die Pflegeplanung, b. den Beitrag, den sie im Umgang mit ihren Erkrankungen leisten können, c. den Beitrag, den sie zu ihrer psychischen und physischen Gesundheit leisten können.	☐ a.	☐ a.	☐ a.	☐ a.	☐ a.	
3.2.2 Wir bieten unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen Schulungen zu folgenden Themen an oder vermitteln sie dazu an andere Schulungsanbieter: a. Umgang mit chronischen Erkrankungen (Selbstmanagement), b. Lebensstilveränderungen (z.B. Ernährung und Bewegung, Gesundheitscoaching, Rauchstopp etc.), c. Umgang mit Gesundheitsinformationen und Gesprächsführung (z.B. Finden von vertrauenswürdigen Gesundheitsinformationen , Beitrag zu einem guten und informativen Gespräch mit Fachpersonen).	☐ a.	☐ a.	☐ a.	☐ a.	☐ a.	
3.2.3 Wir bieten unseren <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörigen Schulungen zu folgenden Themen an oder vermitteln sie	☐	☐	☐	☐	☐	

	dazu an andere Schulungsanbieter: d. Umgang mit chronischen Erkrankungen (Selbstmanagement),						
3.2.4	Wir stellen frei zugängliche Gesundheitsinformationen für unsere <i>Patienten / Kunden</i> und Angehörige zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐	☐	
3.2.5	Wir klären unsere <i>Patienten / Kunden</i> über ihre Rechte als Patient auf (z.B. Einsicht ins Patientendossier, Recht auf Aufklärung).	☐	☐	☐	☐	☐	

4. Mitarbeitende im Bereich Gesundheitskompetenz stärken

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von *Patienten / Kunden* gehört zu den grundlegenden professionellen Kompetenzen unserer Mitarbeitenden. Gesundheitskompetenz ist Teil der Personalentwicklung.

Hinweis: Die nachfolgenden Fragen beziehen sich insbesondere auf Mitarbeitende mit direktem *Patientenkontakt / Kundenkontakt*.

4.1 Fachwissen und professionelle Kompetenzen						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
4.1.1 Wir als Mitarbeitende wissen, a. <u>was</u> <u>Gesundheitskompetenz</u> bedeutet (Hinweis: Definition in Anleitung), b. wie wir die <u>Gesundheitskompetenz</u> <u>unserer Patienten /</u> <u>Kunden stärken</u> können (z.B. vertrauenswürdige Informationen zur Verfügung stellen, leicht verständlich kommunizieren, Selbstmanagement- Kompetenzen fördern), c. wo wir <u>gute und</u> <u>verlässliche</u> <u>Informationsmaterialien</u> <u>für unsere Patienten /</u> <u>Kunden</u> finden können (z.B. zu Krankheitsbildern, Diagnoseverfahren, Therapien, Leitlinien, zum Gesundheitssystem).	☐ a. ☐ b. ☐ c.	☐ a. ☐ b. ☐ c.	☐ a. ☐ b. ☐ c.	☐ a. ☐ b. ☐ c.	☐ a. ☐ b. ☐ c.	

4.2 Personalentwicklung						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
4.2.1 Wir erhalten <u>Schulungen</u> <u>und/oder Materialien</u> , um unser Wissen zu	☐	☐	☐	☐	☐	

	Gesundheitskompetenz aufzubauen und zu erweitern.						
4.2.2	Wir werden in <u>gesundheitskompetenter Kommunikation</u> geschult: a. Verwendung einfacher Sprache (keine Fachausdrücke, einfache Sätze), b. Aktives Zuhören und Anregen von Fragen, c. Verwendung von Rückbestätigungstechniken, um sicherzustellen, dass unsere <i>Patienten / Kunden</i> den Inhalt des Gesprächs verstanden haben (z.B. Chunk-and-Check, Teach-Back), d. Unterstützung der Gespräche durch schriftliche und audiovisuelle Hilfsmittel, e. Umgang mit fremdsprachigen <i>Patienten / Kunden</i> , f. Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing), g. Kommunikation in Risikosituationen.	☐ a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g.	☐ a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g.	☐ a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g.	☐ a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g.	☐ a. ☐ b. ☐ c. ☐ d. ☐ e. ☐ f. ☐ g.	
4.2.3	Wir werden darin geschult und/oder erhalten Materialien dazu, wie wir unsere <i>Patienten / Kunden</i> a. im <u>Umgang mit den wichtigsten chronischen Erkrankungen</u> (Selbstmanagement), b. bei <u>Lebensstilveränderungen</u> unterstützen können (z.B. Ernährung und Bewegung, Gesundheitscoaching, Rauchstopp etc.).	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	

4.3 Gesundheit der Mitarbeitenden						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
4.3.1 Die Mitarbeitenden werden in ihrer <u>persönlichen Gesundheitskompetenz</u> unterstützt (z.B. durch Schulungen): a. im Umgang mit berufsspezifischen Gesundheitsrisiken, b. bei Lebensstilveränderungen.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	☐ a. ☐ b.	

5. Gesundheitskompetenz in Management und Organisationskultur verankern

Gesundheitskompetenz ist Teil der Managementgrundsätze unserer Organisation und ist in den Strukturen, Prozessen und der Kultur unserer *Arztpraxen / Spitex-Teams* verankert. Gesundheitskompetenz ist ein Entwicklungsziel unserer Organisation.

Wir holen Feedback von unseren *Patienten / Kunden* ein, um Materialien und Leistungen zu erstellen und weiterzuentwickeln.

Hinweis: Je nachdem wie *Ihre Praxis / Ihr Team* organisatorisch eingebunden ist, können Sie bestimmte Fragen nur für *Ihre Praxis / Ihr Team* beantworten oder auch für *Ihr Ärztenetzwerk / Ihre Spitex-Organisation*.

Beispiel *Arztpraxis*: Ihre Arztpraxis gehört einem Netzwerk an. Sowohl Ihr Netzwerk als auch Sie in Ihrer Praxis definieren Ziele und Massnahmen, um sich als gesundheitskompetente Organisation weiterzuentwickeln: Ihr Netzwerk erstellt z.B. neue Patienteninformationen, Sie übersetzen Ihre Webseite in einfache Sprache. In diesem Fall können Sie die Frage nach Massnahmen sowohl für Ihr Netzwerk als auch Ihre Praxis beantworten. Sie entscheiden, ob Sie die Frage nur für Ihre Praxis oder auch für Ihr Netzwerk beantworten möchten.

Beispiel *Spitex*: Als Spitex-Team gehören Sie einer Spitex-Organisation an. Sowohl Ihre Organisation als auch Sie als Team definieren Ziele und Massnahmen um sich als gesundheitskompetente Organisation weiterzuentwickeln: Ihre Spitex-Organisation erstellt z.B. neue Kundeninformationen oder Sie führen eine interne Weiterbildung zu gesundheitskompetenter Kommunikation durch. In diesem Fall können Sie die Frage nach Massnahmen sowohl für Ihre Organisation als auch Ihr Team beantworten. Sie entscheiden, ob Sie die Frage nur für Ihr Team oder auch für Ihre Organisation beantworten möchten.

5.1 Gesundheitskompetenz als Organisationsverantwortung						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
5.1.1 In <u>unseren strategischen Dokumenten</u> definieren wir Gesundheitskompetenz als Organisationsverantwortung (z.B. im Leitbild, in der Strategie, in Unternehmenszielen). Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärztenetzwerk / Spitex-Organisation</i> .	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	
5.1.2 Wir stellen <u>finanzielle Mittel</u> zur Verfügung und definieren eine <u>verantwortliche Person</u> für die Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz. Antwort für	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	

i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i>						
ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i>						

5.2 Gesundheitskompetenz als Entwicklungsziel

	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
5.2.1 Wir <u>definieren Ziele und Massnahmen</u> für die Weiterentwicklung als gesundheitskompetente Organisation und setzen diese um. Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i> .	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	
5.2.2 Wir <u>überprüfen</u> regelmässig, ob unsere Ziele und Massnahmen zur Weiterentwicklung als gesundheitskompetente Organisation erreicht werden und entwickeln diese weiter. Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i>	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	

5.3 Organisationskultur

	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
5.3.1 Unseren Leitungspersonen ist das <u>Thema Gesundheitskompetenz wichtig</u> und sie kommunizieren dies regelmässig.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	

	Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation.</i>					
5.3.2	Wir sind davon überzeugt, dass es wichtig ist, die <u>Gesundheitskompetenz unserer Patienten / Kunden zu stärken</u> und wollen uns deshalb als <u>gesundheitskompetente Organisation weiterentwickeln.</u> Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i>	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.

5.4 Patientenbeteiligung / Kundenbeteiligung – Feedback

	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
5.4.1 Zu folgenden Aspekten holen wir <u>Feedback</u> von unseren <i>Patienten / Kunden und deren Angehörigen</i> ein und berücksichtigen es bei der Entwicklung und Verbesserung unserer Angebote und Materialien: a. <u>Versorgungsleistungen, Angebote und Abläufe</u> (z.B. Kontaktaufnahme, Zugang zur <i>Praxis</i> / zu unseren <i>Räumen</i> , Überweisungen, Unterstützungsangebote, Pflegeleistung, Medizinische Massnahmen, Vermittelte Informationen). Antwort für	☐ a. i. ☐ a.ii. ☐ b. i. ☐ b.ii.	☐ a. i. ☐ a.ii. ☐ b. i. ☐ b.ii.	☐ a. i. ☐ a.ii. ☐ b. i. ☐ b.ii.	☐ a. i. ☐ a.ii. ☐ b. i. ☐ b.ii.	☐ a. i. ☐ a.ii. ☐ b. i. ☐ b.ii.	

i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i> c. <u>Dokumente, Materialien und Hilfsmittel</u> (z.B. Infoblätter, Formulare, Einverständniserklärung, elektronische Anwendungen). Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i>						
---	--	--	--	--	--	--

6. Gesundheitskompetenz an Versorgungsschnittstellen, Vernetzung und weiterführende Aktivitäten der Organisation stärken

Wir unterstützen unsere *Patienten / Kunden und Angehörige* an Versorgungsschnittstellen.

Die Vernetzung mit externen Stellen wird genutzt, um unsere *Patienten / Kunden und Angehörige* in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken.

Die Organisation ist auch jenseits des eigentlichen Leistungsauftrages aktiv, um das Thema Gesundheitskompetenz zu stärken.

Hinweis: Je nachdem wie *Ihre Praxis / Ihr Team* organisatorisch eingebunden ist, können Sie bestimmte untenstehenden Fragen nur für *Ihre Praxis / Ihr Team* beantworten oder auch für *Ihr Ärztenetzwerk / Ihre Spitex-Organisation*. (Siehe Kapitel «Gesundheitskompetenz in Management und Organisationskultur verankern»)

6.1 Versorgungsschnittstellen						
	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
6.1.1 Wenn eine Überweisung gemacht wurde, <u>fragen wir nach</u> , ob unsere <i>Patienten / Kunden</i> weitere Unterstützung benötigen.	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.2 Wir <u>unterstützen unsere Patienten / Kunden und deren Angehörigen beim Übergang</u> zwischen uns und anderen Leistungserbringern (z.B. bei der Vereinbarung von Terminen, beim Sammeln und Ausfüllen von Unterlagen, durch Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern).	☐	☐	☐	☐	☐	
6.1.3 Wir kontaktieren unsere <i>Patienten / Kunden</i> zwischen den Besuchen, um sicherzustellen, dass sie ihre Diagnose, ihren Behandlungsplan / Pflegeplan und die Versorgungsleistungen verstehen und die vereinbarten Schritte umsetzen können.	☐	☐	☐	☐	☐	

6.2 Vernetzung und weiterführende Aktivitäten

	nein 0–25 %	eher nein 26–50 %	eher ja 51–75 %	ja 76–100 %	nicht zutreffend	Bemerkungen
6.2.1 Wir machen <u>gemeinsam mit anderen Organisationen und Partnern</u> Angebote oder entwickeln Materialien zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von <i>Patienten / Kunden</i> (z.B. Schulungen, Beratungsangebote und Informationsmaterialien zum Umgang mit Gesundheitsinformationen oder zum Selbstmanagement). Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation.</i>	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	
6.2.2 Wir engagieren uns <u>auf übergeordneter Ebene</u> für das Thema Gesundheitskompetenz (z.B. Unterstützung von Forschungs- und Praxisprojekten, Aktivitäten zur Veränderung auf politischer Ebene). Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i> ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i>	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	
6.2.3 Wir <u>verbreiten unsere Aktivitäten und Erfahrungen</u> zu Gesundheitskompetenz in Form von internen und externen Gremien, Publikationen, Präsentationen etc. Antwort für i. <i>Arztpraxis / Spitex-Team</i>	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	☐ i. ☐ ii.	

ii. <i>Ärzt Netzwerk / Spitex-Organisation</i>						
--	--	--	--	--	--	--