



Høgskolen
i Innlandet



**Hanne Sjøberg Finbråten, Øystein Guttersrud,
Ragnhild Storstein Spilker og Christopher Le**

Helsekompetansevennlige helsetjenester

Pilotering av et kartleggingsverktøy for organisatorisk
helsekompetanse ved fem helseinstitusjoner i Norge

Oppdragsrapport nr. 20 - 2023



Helsedirektoratet

Utgivelsessted: Elverum
© Forfatteren/Høgskolen i Innlandet, 2023

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner. Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for høgskolens syn.

I Høgskolen i Innlandets oppdragsrapportserie publiseres FoU-arbeid som er eksternt finansiert, enten eksternt fullfinansiert som oppdragsprosjekt eller eksternt delfinansiert som bidragsprosjekt

Oppdragsrapport nr. 20 - 2023

ISBN online utgave: 978-82-8380-427-0

ISBN trykt utgave: 978-82-8380-440-9

ISSN: 2535-4140

Sammendrag

De mange ulike definisjonene av helsekompetanse viser typisk til personers kunnskaper og ferdigheter, men ferdighetene må ses i sammenheng med omgivelsene (kontekstuelle krav) og situasjonen en befinner seg i (situasjonell kompleksitet). Helsekompetanse bør derfor forstås som et «relasjonelt konsept». Vi må følgelig både øke den enkeltes helsekompetanse og tilpasse helsetjenestens forventninger og krav. Helse- og omsorgsdepartementet vektlegger denne tosidige tilnærmingen i sin strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. I følge HLS₁₉-studien har en tredjedel av befolkningen i Norge lav generell helsekompetanse. Vi retter derfor nå søkelyset mot hvordan helsetjenesten kan tilpasses, slik at brukerne enklere finner frem i helsetjenesten og forstår og kan bruke informasjonen de mottar. Dette prosjektet hadde til hensikt å oversette, kulturelt tilpasse og pilotere kartleggingsverktøyet *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (SAT-OHL-Hos)*. Kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos ble pilotert ved Sykehuset Innlandet, Akershus universitetssykehus, Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS, Unicare Hokksund AS og Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser.

Kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos er utviklet av «International Working Group of Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations». Verktøyet består av åtte standarder og 21 delstandarder, som er operasjonalisert gjennom 155 påstander eller indikatorer. Kartleggingsverktøyet ble oversatt fra engelsk til norsk av oversetter- og tolkebyrået Semantix AS og av prosjektgruppen. Deretter gjennomførte vi kognitive intervjuer med totalt fem personer, en fra hver av de fem deltakende helseinstitusjonene. Hensikten med de kognitive intervjuene var å tilpasse kartleggingsverktøyet til norsk kontekst. De kognitive intervjuene ble gjennomført for gruppen samlet på Zoom i april 2022.

Pilotprosjektet ble utført som en gjennomførbarhetsstudie (feasibility study) for å avdekke mulige fremmende og hemmende faktorer for fremtidig bruk av SAT-OHL-Hos i helsetjenesten. Data ble samlet inn i perioden mai 2022–januar 2023. Et utvalg av ansatte ($n = 6-8$) og et utvalg fra ledelsen ($n = 4-7$) ved hver av de fem helseinstitusjonene fylte ut kartleggingsverktøyet individuelt. Når svarene til deltakerne fra samme institusjon var ulike, ble de aktuelle indikatorene diskutert i påfølgende gruppemøter. Ved hver institusjon ble disse møtene gjennomført separat for de to utvalgene. Vi gjennomførte også fokusgruppeintervjuer for å undersøke deltakernes erfaringer med å besvare kartleggingsverktøyet. Fokusgruppeintervjuene ble også gjennomført separat for ansattgruppen og ledergruppen.

Helseinstitusjonens bevarings- og forbedringsområder ble identifisert gjennom analyser av svarene på kartleggingsverktøyet og informasjonen fra gruppemøtene. Tematisk analyse av transkriberte fokusgruppeintervjuer identifisere mulige faktorer som kan fremme eller hemme bruken av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos i helsetjenesten.

Resultatene tyder på at det i direkte pasientkontakt gjøres mye vi kan relatere til helsekompetanse, men at tiltakene ikke nødvendigvis er systematiske i form av fastsatte prosedyrer og retningslinjer. Typiske bevaringsområder er at det er enkelt å komme i kontakt med og finne frem til helseinstitusjonen, at pasienter og besøkende lett finner den tilgjengelige helseinformasjonen, og at informasjonen bidrar til å øke pasienters helsekompetanse. Forbedringsområdene var særlig knyttet til organisasjonens rolle i å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen, integrere helsekompetanse på systemnivå, samt involvere pasienter og brukere i utviklingen og evalueringen av ressurser og tjenester.

Faktorer som kan fremme bruken av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos handlet om opplevd nytte, grunnlag for forbedringsprosesser, og synergier av helsekompetanse og nærliggende begreper.

Deltakerne opplevde at det var nyttig å delta i prosjektet, og at deltakelsen økte bevisstheten om begrepet helsekompetanse. Hemmende faktorer for bruk av SAT-OHL-Hos var knyttet til at helsekompetanse var et ukjent begrep, at kartleggingsverktøyet var omfangsrikt og tidkrevende, og at enkelte indikatorer var svakt formulert. I tillegg var det enkelte utfordringer i administrering av verktøyet både i Word- og Excel-format.

Hovedkonklusjonen er at en revidert versjon av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos kan støtte implementeringen av «helsekompetansevennlige helsetjenester». Verktøyet kan bidra til å videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for organisatorisk helsekompetanse, styrke arbeidet med å oppnå likeverdige helsetjenester, og gjennom dette bidra til utjevning av sosialt skapte helseforskjeller i befolkningen.

Emneord:

gjennomførbarhetsstudie, helsekompetanse, helsekompetansevennlige helsetjenester, kartleggingsverktøy, organisatorisk helsekompetanse, pilotundersøkelse, SAT-OHL-Hos

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Abstract

The numerous definitions of health literacy typically refer to individuals' knowledge and skills, but these skills must be considered in relation to the environment (contextual demands) and the current situation (situational complexity). Therefore, health literacy should be understood as a 'relational concept'. We must, thus, both increase individuals' health literacy and adapt the expectations and demands of healthcare services. In the national strategy to increase health literacy in the population, the Norwegian Ministry of Health and Care Services emphasizes this two-sided approach. According to the HLS₁₉ survey, one-third of the population in Norway has low general health literacy. We now focus on the way in which healthcare services can be adapted to enable users to navigate healthcare services and understand and use the information they receive. This project aimed to translate, culturally adapt, and pilot the *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (SAT-OHL-Hos)*. The SAT-OHL-Hos was piloted at Innlandet Hospital Trust, Akershus University Hospital, Skogli Health and Rehabilitation Center AS, Unicare Hokksund AS, and Frambu Competence Center for Rare Diagnoses.

The SAT-OHL-Hos was developed by the 'International Working Group of Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations'. The assessment tool consists of eight standards and 21 sub-standards, being operationalized by 155 statements or indicators. The assessment tool was translated from English into Norwegian by the translation and interpretation agency Semantix AS and by the project group. We conducted cognitive interviews with a total of five informants – one from each of the five participating healthcare institutions. The cognitive interviews aimed to adapt the assessment tool into the Norwegian context. The cognitive interviews were conducted for the group collectively at Zoom in April 2022.

The pilot project was conducted as a feasibility study to identify possible facilitators and barriers for future use of the SAT-OHL-Hos in healthcare services. Data were collected from May 2022 to January 2023. A sample of employees ($n = 6-8$) and a sample of representatives from the management ($n = 4-7$) at each of the five healthcare institutions individually filled in the assessment tool. If the responses on specific indicators from the same institution differed, these indicators were discussed in group meetings. At each institution, these meetings were conducted separately for the two samples. Furthermore, we conducted focus group interviews to explore participants' experiences by filling in the assessment tool. The focus group interviews were also conducted separately for the employee group and the management group.

The healthcare institution's preservation and improvement areas were identified through analyses of the responses to the assessment tool and information from the group meetings. Thematic analysis of transcribed focus group interviews identified possible facilitators and barriers for future use of the SAT-OHL-Hos tool in healthcare services.

The results suggest that aspects of health literacy are addressed in direct patient contact. However, these measures are not necessarily systematically established in procedures and guidelines. Typical preservation areas include easiness in contacting and accessing the healthcare institution, that patients and visitors easily find available health information, and that the information contributes to increasing health literacy in patients. Improvement areas were particularly related to the organization's role in enhancing health literacy in the local population, integrating health literacy at the system level, and involving patients and users in the development and evaluation of resources and services.

The identified facilitators for future use of the SAT-OHL-Hos were related to perceived usefulness, basis for improvement processes, and synergies between health literacy and related concepts. The

participants found it useful to take part in the project, and the participation increased their awareness of the health literacy concept. The identified barriers for the future use of SAT-OHL-Hos were related to health literacy as an unfamiliar concept, the assessment tool being too extensive and time-consuming, and some unclearly formulated indicators. Additionally, there were some challenges with administering the tool, either in Word or in Excel format.

The main conclusion is that a revised version of the SAT-OHL-Hos could support the implementation of 'health literate healthcare services'. The tool may contribute to further developing national quality indicators for organizational health literacy, strengthening efforts to achieve equitable healthcare services, and thereby reducing socially created health inequalities in the population.

Keywords:

feasibility study, health literacy, health literate healthcare organizations, organisational health literacy, pilot study, SAT-OHL-Hos, self-assessment tool

Financed by:

Norwegian Directorate of Health

Forord I

I 2020 gjennomførte Helsedirektoratet en nasjonal kartlegging av befolkningens helsekompetanse. Kartleggingen viste at en av tre var på eller under det laveste nivået for generell helsekompetanse. Helsetjenesten har ansvar for å sikre at befolkningen forstår og kan ta i bruk tilgjengelig helseinformasjon. Nasjonal strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen fremhever systemrettede tiltak som indirekte påvirker folks helsekompetanse. Strategien slår fast at helsekompetansen og helsekompetansehensyn må integreres i organisering, planlegging, evaluering og arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet er medlem av Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy of WHO-Europe (M-POHL), som har videreutviklet et kartleggingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse (SAT-OHL-Hos). Helseinstitusjoner kan bruke verktøyet til å identifisere sine egne bevarings- og forbedringsområder for å kunne tilby «helsekompetansevennlige helsetjenester», som er tilpasset ulike brukeres helsekompetanse. Høgskolen i Innlandet (HINN) er en av Helsedirektoratets nasjonale samarbeidspartnere inn i M-POHL-arbeidet, og HINN ble tildelt oppdraget med å oversette, kulturelt tilpasse verktøyet til norske forhold og pilotere SAT-OHL-Hos i Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i oppdrag å operasjonalisere helsekompetansestrategien. Dette innebærer deriblant delmål om å gjennomføre, i regi av M-POHL, en kartlegging av helsekompetansevennlige organisasjoner, og vurdere behovet for en nasjonal veileder for utvikling og implementering av helsekompetansevennlige helse- og omsorgstjenester. Denne rapporten har derfor betydning for Helsedirektoratets løpende leveranser i henhold til oppdragets delmål.

Øyvind Giæver

Avdelingsdirektør, avdeling levekår

Helsedirektoratet, divisjon folkehelse og forebygging

Forord II

Høgskolen i Innlandet presenterer med glede denne rapporten for oppdraget tildelt fra Helsedirektoratet om å pilotere et kartleggingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse. Helsekompetanse er et sentralt forskningsområde ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Innlandet, og helsekompetanse er også et tema i fakultetets utdanninger både på bachelor- og masternivå. Helsekompetanse inngår også som tema i ph.d.-utdanningen vår i Helse og velferd.

Helsekompetanse som forsknings- og undervisningsområde er nært knyttet til fakultetets strategi, der vi vektlegger Utdanning for hele livet, Forskning for et bedre samfunn og Samarbeid for kunnskap og utvikling. Forskning og undervisning innenfor helsekompetanse gjør studentene oppmerksomme på hvordan de kan tilpasse helsekommunikasjonen til mottakernes forståelsesramme, slik at mottakerne bedre kan håndtere egen helsesituasjon. Det at vi er involvert i forsknings- og utviklingsprosjekter om helsekompetanse, gjør at vi kan tilby studentene kunnskapsbasert undervisning med nær kobling mellom utdanning og forskning. Kunnskap om helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse kan bidra til å utvikle helsetjenesten slik at den blir bedre tilpasset brukerne og dermed bli mer helsekompetansevennlige.

Samarbeidet med Helsedirektoratet er i tråd med ønsket vårt om å samarbeide med regionale, nasjonale og internasjonale partnere. Prosjektet kan anses å være relevant for Høgskolens praksisfelt, og ved innføring av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos i helsetjenesten, vil dette også i seg selv kunne styrke praksisfeltet. Vi er også stolte av å være samarbeidspartner inn i det internasjonale forskningsnettverket Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy of WHO-Europe, og samarbeide med nettverket og Helsedirektoratet om utprøving og videreutvikling av kartleggingsverktøyet for organisatorisk helsekompetanse.

Stian Ellefsen

Prodekan forskning

Høgskolen i Innlandet, Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	5
Forord I	7
Forord II	8
Innholdsfortegnelse	9
1. Oppdragsforståelse, organisering og gjennomføring	10
1.1 Prosjektmandatet	10
1.2 Avgrensninger	10
1.3 Prosjektorganiseringen	11
1.4 Leserveiledning	12
2. Bakgrunn	13
2.1 Helsekompetanse som et relasjonelt konsept	15
2.2 Helsekompetansevennlige helsetjenester	15
2.3 Verktøy for å kartlegge organisatorisk helsekompetanse	17
3. Metode	20
3.1 Gjennomføring	20
3.2 Oversettelse	20
3.3 Kulturell tilpasning av kartleggingsverktøyet	21
3.4 Rekruttering av deltakere	21
3.5 Gjennomføring av pilotundersøkelsen	21
3.6 Datainnsamling	24
3.7 Etikk og personvern	24
3.8 Analyse	24
4. Resultater	26
4.1 Oversettelse av kartleggingsverktøyet	26
4.2 Kulturell tilpasning ved bruk av kognitive intervjuer	26
4.3 Pilotering av kartleggingsverktøyet	27
4.3.1 Bevaringsområder	27
4.3.2 Forbedringsområder	29
4.3.3 Oppsummering rundt bevarings- og forbedringsområder	41
4.4 Faktorer som kan fremme eller hemme bruken av kartleggingsverktøyet	41
4.4.1 Fremmende faktorer	41
4.4.2 Hemmende faktorer	44
4.4.3 Forslag til nye delstandarder	46
5. Oppsummering og anbefalinger	47
6. Konklusjoner og mulige implikasjoner	49
Litteraturliste	50
Vedlegg	53

1. Oppdragsforståelse, organisering og gjennomføring

Helsedirektoratet (Hdir; oppdragsgiver og prosjekteier) ga Høgskolen i Innlandet (HINN; oppdragstaker) i oppdrag å gjennomføre prosjektet der en skulle oversette, kulturelt tilpasse og pilotere verktøyet «International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (SAT-OHL-Hos)», som er utviklet for å kartlegge «organisatorisk helsekompetanse» i helseinstitusjoner. Verktøyet kan støtte implementeringen av «helsekompetansevennlige helsetjenester».

1.1 Prosjektmandatet

Gjennom prosjektavtalen signert 15. november 2021 fikk prosjektet følgende mandat:

1. *Oversette fra engelsk til norsk kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos for organisatorisk helsekompetanse*
2. *Tilpasse kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos til norske forhold*
3. *Gjennom pilotering undersøke gjennomførbarhet (feasibility) for å ta i bruk kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos i helsetjenesten*
4. *Identifisere faktorer som kan fremme eller hemme fremtidig bruk av SAT-OHL-Hos i helsetjenesten*
5. *Frembringe kunnskap som kan danne grunnlaget for videreutvikling av SAT-OHL-Hos til bruk i f.eks. nasjonale veiledere for utvikling og implementering av helsekompetansevennlige helse- og omsorgstjenester, jamfør delmål i Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helsedirektoratet, samt målsettingen for realiseringen av Nasjonal helse- og sykehusplan*
6. *Utarbeide en rapport, enten i form av fremlegg av resultater for oppdragsgiveren, vitenskapelige publikasjoner eller en mer utdypende projektrapport*

En foreløpig rapport skulle innen utgangen av 2022 leveres til Helsedirektoratet, og den endelige rapporten skulle leveres innen utgangen av april 2023 i forbindelse med regnskapsrapporteringen. Grunnet utvidelsen fra å gjennomføre piloten i én helseinstitusjon til å inkludere fem helseinstitusjoner, ble fristen for å levere projektrapporten utsatt til midten av juli 2023. Foreløpig status og resultater har blitt rapportert og presentert underveis for prosjekteieren. Det er planlagt vitenskapelige publikasjoner på bakgrunn av materialet fremskaffet gjennom prosjektet.

1.2 Avgrensninger

Samarbeidsavtalen mellom Hdir og HINN regulerte prosjektomfanget, hvor verktøyet SAT-OHL-Hos i utgangspunktet skulle piloteres i et samarbeid med Sykehuset Innlandet. Det ble åpnet for at ytterligere helseinstitusjoner kunne trekkes inn i piloteringen.

Etter avtale med oppdragsgiveren, ble prosjektet utvidet til å inkludere hele fem helseinstitusjoner; Sykehuset Innlandet (SI), Akershus universitetssykehus (Ahus), Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS, Unicare Hokksund AS og Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser.

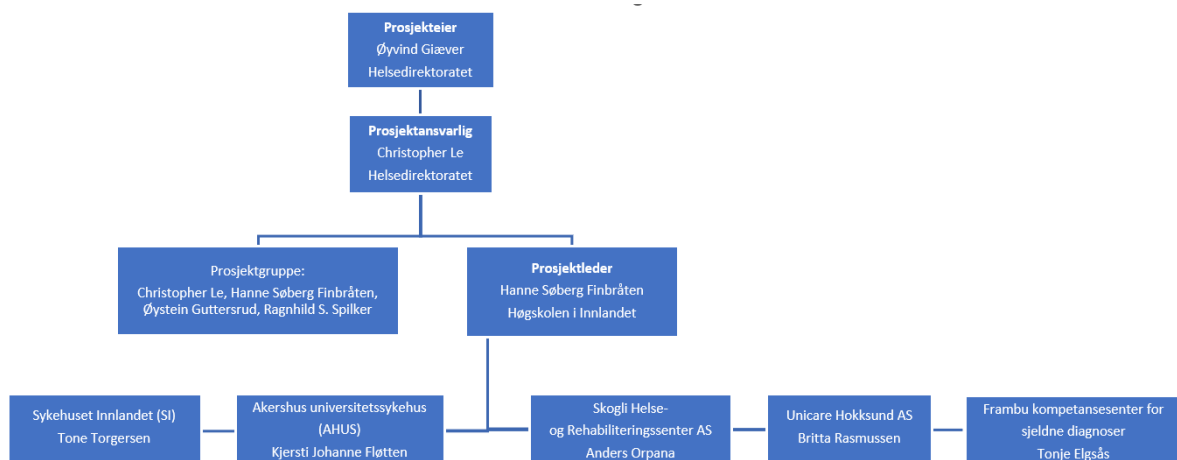
1.3 Prosjektorganiseringen

Prosjektet ble gjennomført som et samarbeid mellom Hdir og HINN, og prosjektet er tilknyttet M-POHL samarbeidet. M-POHL er akronymet for det internasjonale forskningsnettverket for helsekompetanse kalt «WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy», som ble initiert av og er tilknyttet WHO Europe. Prosjektet ble derfor gjennomført i henhold til M-POHLs studieprotokoll, men med enkelte nasjonale tilpasninger. I tråd med den internasjonale prosjektavtalen har prosjektgruppen i Norge rapportert noen resultater til det internasjonale koordineringssenteret i M-POHL.

Helsedirektoratet er oppdragsgiver og eier av prosjektet (Øyvind Giæver, avdelingsdirektør v/ Helsedirektoratet). Prosjektansvarlig oppnevnt av Helsedirektoratet (Christopher Le, seniorrådgiver v/Helsedirektoratet) har hatt ansvaret for å sikre prosjektgjennomføringen i tråd med prosjektplanen. Prosjektansvarlig har ledet prosjektgruppa, som i tillegg har bestått av prosjektleder (Hanne Søberg Finbråten, førsteamanuensis v/Høgskolen i Innlandet), en representant fra den nasjonale forskergruppa tilknyttet M-POHL samarbeidet (Øystein Guttersrud, førsteamanuensis v/Universitetet i Oslo og OsloMet) og en representant fra arbeidsgruppen «Working Group on Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations» (HPH & HLO), som utviklet kartleggingsverktøyet (Ragnhild Storstein Spilker, leder av faggruppe for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og tidligere seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet). Professor emeritus Kjell Sverre Pettersen ved OsloMet bidro i prosjektetableringsfasen.

Høgskolen i Innlandet har vært oppdragstaker og har hatt ansvaret for å lede prosjektet gjennom planlegging, koordinering og gjennomføring i samsvar med etablerte protokoller og fremdriftsplaner. I tillegg har prosjektlederen fulgt opp innspill og beslutninger tatt av prosjektgruppa.

Det ble oppnevnt kontaktpersoner/delprosjektledere ved hver helseinstitusjon som deltok i piloteringen. Disse hadde ansvaret for å utpeke relevante deltakere i prosjektet og koordinere kartleggingen.



Figur 1: Prosjektorganiseringen

1.4 Leserveiledning

Det **første kapitlet** beskrev oppdraget og organiseringen av prosjektet. **Kapittel 2** redegjør for bakgrunnen til prosjektet, introduserer helsekompetanse som «relasjonelt konsept» og gir en innføring i begrepet organisatorisk helsekompetanse. Deretter presenteres ulike verktøy for å kartlegge organisatorisk helsekompetanse i helseinstitusjoner, der vi vektlegger verktøyet SAT-OHL–Hos. **Kapittel 3** om metode redegjør for de ulike fasene i gjennomførbarhetsstudien; oversettelsen og den kulturelle tilpasningen av verktøyet, rekrutteringen, piloteringen i fem helseinstitusjoner, datainnsamlingene og analysene. **Kapittel 4** beskriver først arbeidet med å oversette og tilpasse kartleggingsverktøyet SAT-OHL–Hos. Deretter presenteres resultatene fra piloteringen av kartleggingsverktøyet, og «bevarings- og forbedringsområdene» for organisatorisk helsekompetanse som ble identifisert for hver helseinstitusjon. I tillegg nevnes faktorer som kan fremme eller hemme fremtidig bruk av verktøyet SAT-OHL–Hos i helsetjenesten. Tanken er at verktøyet kan støtte implementeringen av helsekompetansevennlige helsetjenester. **Kapittel 5** oppsummerer resultatene og erfaringene fra piloteringen og gir anbefalinger. **Kapittel 6** presenterer konklusjonene og implikasjoner for arbeidet med å videreutvikle organisatorisk helsekompetanse i helseinstitusjoner.

2. Bakgrunn

Hensikten med «pasientens helsetjeneste» (Meld. St. 7 (2019 –2020); Meld. St. 34, 2016) er å skape en likeverdig helsetjeneste der brukerne er aktive deltakere i helsehjelpen. En forutsetning for å kunne realisere pasientens helsetjeneste er at brukerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til aktivt å ta del i valg og beslutninger om egen helse (Meld. St. 34, 2016). Kjernen i ulike definisjoner av «helsekompetanse» er de ferdighetene som setter oss i stand til å finne, forstå, vurdere og bruke informasjon og tjenester til å ta kunnskapsbaserte beslutninger og utføre handlinger angående egen eller andres helse. Tidsaktuelle definisjoner knytter disse ferdighetene til omgivelsene (kontekstuelle krav) og situasjonen en befinner seg i (situasjonell kompleksitet). Dette kan handle om å navigere i et stadig mer komplekst og sammensatt helsevesen (Bernhardt et al., 2005), finne frem i en helseinstitusjon, eller i ulike situasjoner delta aktivt i kommunikasjon med helsepersonell. Nyere definisjoner refererer dermed i økende grad til helsekompetanse som et «relasjonelt konsept», der ferdighetene relateres til sted og omstendighet (McKenna et al., 2017). Helsedirektoratet definerer helsekompetanse slik:

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2021).

Kort sagt omfatter helsekompetanse ferdigheter i å identifisere helseinformasjon og omsette informasjonen til handling (Sørensen, 2019, s.11). I en nylig publisert rapport hevdes det at store deler av den europeiske befolkningen har lav helsekompetanse (The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021). I Norge antar vi at omtrent en tredjedel mangler sentrale kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å realisere pasientens helsetjeneste, hvor pasienten er aktiv deltaker i helsehjelpen (Le et al., 2021). For å lykkes med «pasientens helsetjeneste» og samvalg, kreves det at den enkelte får pålitelig informasjon om helsetilstanden, og at informasjonen er tilpasset den enkeltes helsekompetanse. Dersom helsepersonell ikke kjenner til at helsekompetanse varierer innad i befolkningen, og helsetjenestene dermed ikke tilpasses forskjellige brukergrupper, kan dette medføre ulik tilgang til helseinformasjon. Dette kan skape ulikhet mellom brukergruppers forutsetninger for å mestre og ivareta egen helse. I ytterste konsekvens kan grupper gis ulik tilgang til helsetjenester. FN og WHO påpeker at styrket helsekompetanse kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse (Kickbusch et al., 2013; United Nations Economic Social Council, 2010). Det er bekymringsfullt at grupper som kanskje bruker helsetjenester hyppigst, de som har langvarig sykdom, synes å ha lavere helsekompetanse enn de som ikke har slik sykdom (Le et al., 2021).

Personer med lav helsekompetanse bruker i mindre grad forebyggende tjenester, kommer senere til behandling, har gjentatte sykehusinnleggelse og høyere risiko for feilbehandling, enn personer med høyere helsekompetanse (Berkman et al., 2011). Lav helsekompetanse er dessuten assosiert med dårligere selvrappoert helse (Berkman et al., 2011; Kickbusch et al., 2013; Mantwill et al., 2015; Sørensen et al., 2015; The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021), økt bruk av helsetjenester (Sørensen et al., 2015; Vandenbosch et al., 2016) og høyere dødelighet (Berkman (Berkman et al., 2011; Bostock & Steptoe, 2012; Kickbusch et al., 2013). I tillegg er det sannsynlig at personer med lav helsekompetanse i mindre grad engasjerer seg i helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter enn de med høyere helsekompetanse (Berkman et al., 2011; Fernandez et al., 2016; Kickbusch et al., 2013; Sørensen et al., 2015; Vandenbosch et al., 2016). Pasienter med høy helsekompetanse har redusert sannsynlighet for feilbehandling (Tamblyn et al., 2007) og høyere pasienttilfredshet, som bidrar til økt tilfredshet også hos helsepersonellet (Ramirez et al., 1996). Helsekompetanse kan dermed bidra til pasientsikkerhet og økt kvalitet i helsetjenesten.

I mai 2019 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet (2019) en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Formålet med strategien var å legge til rette for et målrettet arbeid med å øke helsekompetansen i befolkningen. I tillegg skulle det synliggjøres overfor helsepersonell og beslutningstakere at helsekompetanse er avgjørende for å kunne realisere pasientens helsetjeneste. Selv om strategien særlig setter søkelyset på ulike tiltak som kan øke helsekompetansen i befolkningen, er det viktig at helsekompetanse ikke bare betraktes som personlige ferdigheter. Helsekompetanse må ses i lys av den konteksten vedkommende er i, og hvilke ferdigheter som kreves for å kunne håndtere helseutfordringer i den aktuelle situasjonen (Parker, 2009). Hvorvidt en persons helsekompetanse er tilstrekkelig eller ikke, vil være avhengig av kompleksiteten i situasjonen hvor vedkommende skal ta sine helserelaterte beslutninger (Dietscher & Pelikan, 2017). For å kunne realisere pasientens helsetjeneste, må det dermed iverksettes tiltak både for å øke personers helsekompetanse og gjøre helsetjenesten mer helsekompetansevennlig gjennom å redusere kravene som brukerne stilles overfor. Det skal være enkelt for pasienter, brukere og pårørende å finne frem til riktig tilbud, og tilbudet skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger og livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Gjennom strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), foreslår Helse- og omsorgsdepartementet strukturelle endringer i helse- og omsorgstjenesten for bedre å imøtekomme variasjonen i befolkningens helsekompetanse (s. 12). Strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) fastslår at pasienters og brukeres helsekompetanse må tas hensyn til i tjenestens organisasjons- og tjenesteutvikling. For i større grad å kunne tilpasse helse- og omsorgstjenesten til brukere med ulik helsekompetanse, bør tjenestene organiseres slik at brukere enkelt finner frem til riktig tilbud, og at helseinformasjonen tilpasses brukernes helsekompetanse. Helseinstitusjoner med høy «organisatorisk helsekompetanse» tilpasser helsetjenestene til brukerne og yter dermed «helsekompetansevennlige helsetjenester».

Strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 20) vektlegger at helsekompetansen og helsekompetansehensyn skal integreres i både organisering, planlegging, evaluering og i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom tiltak for å styrke befolkningens helsekompetanse, og en satsning på helsetjenester tilpasset brukernes helsekompetanse, vil helsetjenesten utnyttes mer effektivt. Dermed kan satsningen på helsekompetansevennlige tjenester også gi en mer bærekraftig helsetjeneste.

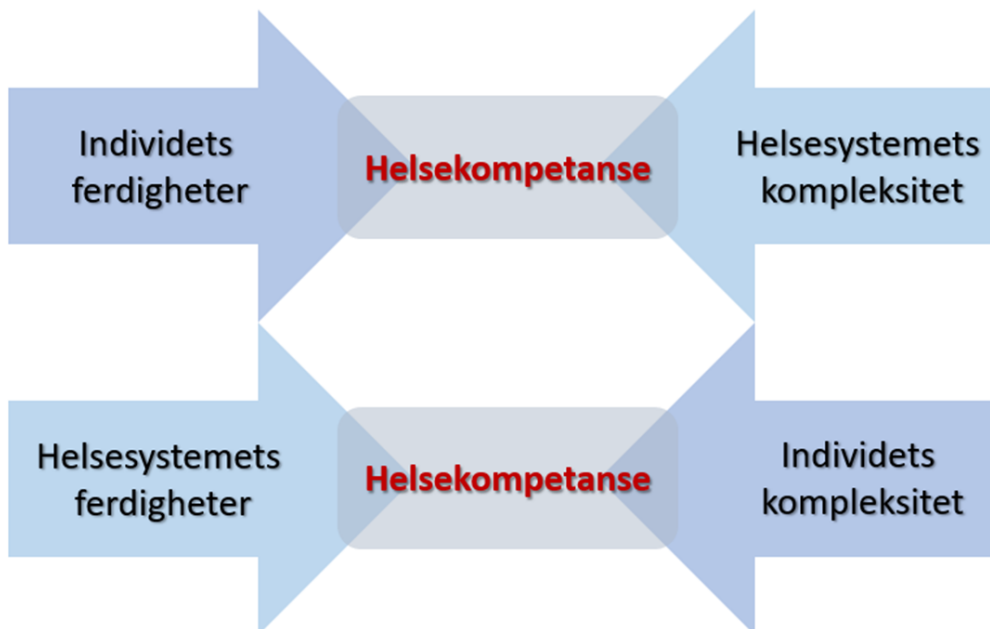
Helsekompetansevennlige helsetjenester bidrar til at tjenestene som leveres: 1) er virkningsfulle, 2) er trygge og sikre, 3) involverer brukere, 4) er samordnet og preget av kontinuitet, 5) utnytter ressurser på en god måte, og 6) er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017, 2018). Kjennetegn på helsekompetansevennlige tjenester er dermed at de leverer helsetjenester med høy kvalitet tilpasset brukerne. Vi finner igjen slike kjennetegn i de nasjonale kvalitetsindikatorene (NKI) for helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2023), som er basert på OECDs modell¹ (OECD, u.å.). Indikatorene har til hensikt å bidra til at hele befolkningen sikres likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og indikatorene skal gi styringsinformasjon basert på objektive sammenlikninger på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

¹ OECDs Health Care Quality and Outcomes programme (HCQO) het tidligere Health Care Quality Indicator project (HCQI) og ble initiert i 2001. Les mer om dette her: <https://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthcarequalityindicatorsproject-background.htm>

2.1 Helsekompetanse som et relasjonelt konsept

Hittil har forskning om helsekompetanse først og fremst vektlagt personlige ferdigheter, samt kartlegginger og intervensjoner rettet mot å øke personers helsekompetanse. Enkeltpersoners helsekompetanse er imidlertid knyttet til helserelaterte beslutninger i situasjoner som ofte er utenfor dem selv. Det sies derfor at helsekompetanse er kontekstavhengig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). For å øke personers helsekompetanse og legge til rette for pasientens helsetjeneste, må helsetjenesten imøtekomme varierende helsekompetanse hos brukerne. Dette omtales som helsekompetansevennlige helsetjenester.

Helsekompetanse som et relasjonelt konsept ble fremhevet av Parker (2009) ved at enkeltpersoners helsekompetanse er tilstrekkelig når deres kunnskaper og ferdigheter samsvarer med krav og forventninger i den situasjonen, konteksten eller helsetjenesten de befinner seg i. Det å forstå helsekompetanse som et relasjonelt konsept har økt oppmerksomhet mot tiltak som kan gjøre helsetjenesten mer helsekompetansevennlig.



Figur 2: Helsekompetanse som et relasjonelt konsept. Oversatt og tilpasset fra Sørensen et al. (2019). Brukstillatelse ble innhentet fra Kristine Sørensen 30. juni 2023.

2.2 Helsekompetansevennlige helsetjenester

Helsekompetansevennlige helsetjenester søker å gjøre det enklere for pasienter, pårørende, egne ansatte og innbyggerne i opptaksområdet å navigere i helsesystemet, slik at de kan finne, forstå og bruke informasjon og tjenester for bedre å håndtere egen helse (Brach et al., 2012, s.1). For å yte slike tjenester på en bærekraftig måte, må helsetjenesten blant annet ha systemer og infrastrukturer som kan bidra til å sikre enkel tilgang på informasjon og tjenester. Ledelsens vektlegging av slike systemer kan sees i sammenheng med kvalitetsledelse og endringsledelse (Pelikan, 2019). Implementering av helsekompetansevennlige helsetjenester kan dermed kreve endring av organisasjonens prosedyrer og prosesser, omorganisering av arbeidsinnsats, og systematisk arbeid med kvalitetsutvikling.

Vektlegging av helsekompetansevennlige helsetjenester kan ses på som en «systemtenkning» rundt helsekompetanse og følgelig indirekte påvirke personers helsekompetanse. Det brukes ulike uttrykk for å beskrive helseinstitusjoner med høy organisatorisk helsekompetanse, slik som at de skaper *helsekompetansevennlige omgivelser* (health literacy friendly settings) (Kickbusch et al., 2013), eller gir *organisatorisk respons på helsekompetanse* (organizational health literacy responsiveness) (Trezona et al., 2018). Vi valgte betegnelsen *helsekompetansevennlige helsetjenester* (health literate healthcare organizations) (Brach et al., 2012) for å beskrive helsetjenester som legger til rette for at brukere kan ha ulik helsekompetanse. Brach et al. (2012) presenterer ti kjennetegn på helsekompetansevennlige helsetjenester (Boks 1).

En helsekompetansevennlig helsetjeneste:

1. har en ledelse som innlemmer helsekompetanse i sin strategi, struktur og drift
2. integrerer helsekompetanse i planlegging, evalueringstiltak, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
3. lærer opp de ansatte til å yte helsekompetansevennlige helsetjenester, og følger med på progresjonen
4. inkluderer brukere i utformingen, implementeringen og evalueringen av helseinformasjon og -tjenester
5. imøtekommer behovene til brukere med ulike nivåer av helsekompetanse samtidig som man unngår stigmatisering
6. bruker strategier for helsekompetanse i mellommenneskelig kommunikasjon og sikrer at informasjonen er forstått
7. sikrer enkel tilgang til helseinformasjon og tjenester, og hjelp til å finne frem i tjenesten
8. utvikler og distribuerer helseinformasjon som er lett å forstå og enkel å bruke, både i trykt format, audiovisuelt og gjennom sosiale medier
9. tar hensyn til helsekompetanse i høyrisikosituasjoner, inkludert i tjenesteovergang og kommunikasjon om medisiner
10. kommuniserer tydelig hvilke kostnader som dekkes av den offentlige helsetjenesten, og hva enkeltpersoner må betale selv

Boks 1: Ti kjennetegn på helsekompetansevennlige helsetjenester (Brach et al., 2012, s. 3).

På bakgrunn av resultatene fra den internasjonale populasjonsundersøkelsen, HLS₁₉, foreslo M-POHL å utvikle og bruke standarder og indikatorer til å kartlegge organisatorisk helsekompetanse i sykehus. Kartlegging av organisatorisk helsekompetanse ble også foreslått som en implikasjon av den nasjonale delen av HLS₁₉ (Le et al., 2021), men da i helseinstitusjoner mer generelt. Tilsvarende HLS₁₉ ønsker M-POHL å utvikle en internasjonal database med informasjon om hvorvidt deltakerlandenes helseinstitusjoner (sykehus) oppfyller visse standarder for organisatorisk helsekompetanse (m-

pohl.net). Resultater fra kartlegging av organisatorisk helsekompetanse kan danne grunnlag for å prioritere, justere og implementere tiltak for å gjøre tjenestene mer helsekompetansevennlige (International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO), 2019)

2.3 Verktøy for å kartlegge organisatorisk helsekompetanse

Foreløpig finnes få kartleggingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse, og felles for disse er at de springer ut fra de ti kjennetegnene på helsekompetansevennlige helsetjenester (Brach et al., 2012) (Boks 1).

Kowalski et al. (2015) utviklet et verktøy med ti spørsmål – ett spørsmål til hvert av de ti kjennetegnene utviklet av Brach et al. (2012). Et annet verktøy, *The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) tool*, har blitt utviklet og pilotert i Australia (Trezona et al., 2020; Trezona et al., 2018). Verktøyet *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (responsiveness) of Hospitals (SAT-OHL-Hos)* (International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO), 2019) ble utviklet for kartlegging av organisatorisk helsekompetanse i sykehus, og bygger på en definisjon av helsekompetansevennlige helsetjenester som kombinerer kjennetegnene til Brach et al. (2012) med Sørensen et al. (2012) sin definisjon av helsekompetanse (egen oversettelse):

En helsekompetansevennlig helsetjeneste gjør det lettere for ulike interessenter (pasienter, pårørende, ansatte, ledere og innbyggere i opptaksområdet) å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende sykdoms- og helserelevant informasjon, og organisasjonen forsøker å forbedre deres helsekompetanse slik at de kan gjøre vurderinger og ta beslutninger i hverdagen relatert til bruk av helsetjenester (samproduksjon), sykdomsforebygging og helsefremming for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten gjennom livsløpet (Pelikan, 2019, s. 543).

Verktøyet SAT-OHL-Hos ble utviklet av en internasjonal arbeidsgruppe kalt «Working Group on Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations» (HPH & HLO). Bruk av verktøyet SAT-OHL-Hos kan hjelpe helseinstitusjoner til å evaluere og på bakgrunn av dette forbedre helseinstitusjonens ferdigheter i å møte personer med ulike nivåer av helsekompetanse. Basert på definisjonen av helsekompetansevennlige helsetjenester ovenfor, utviklet den samme arbeidsgruppa (HPH & HLO) et rammeverk bestående av åtte standarder for kartlegging av organisatorisk helsekompetanse i sykehus (Tabell 1) (International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO), 2019). Standardene med tilhørende delstandarder operasjonaliseres gjennom 155 indikatorer (Tabell 2). Kartleggingsverktøyet kan brukes for å identifisere bevarings- og forbedringsområder i egen organisasjon angående organisatorisk helsekompetanse eller i hvilken grad helseinstitusjonen kan ansees å være helsekompetansevennlig. Standardene er rettet mot ulike grupper og innsatsområder, som pasienter, ansatte, lokalsamfunn og en vurdering av organisatoriske strukturer og prosesser. I tillegg har standardene fokus på fire domener/virkeområder; *Tilgang til, opphold på og arbeid i helseinstitusjonen* (domene 1), *Diagnoser, behandling og pleie* (domene 2), *Sykdomshåndtering og forebygging* (domene 3), og *Utvikling av en sunn livsstil* (domene 4).

Tabell 1 gir oversikt over rammeverket med de åtte standardene, og hvordan standardene er rettet mot de ulike domener/virkeområder og interessenter og innsatsområder.

Tabell 1: Rammeverket for International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals der de åtte standardene rettes mot fire domener/virkeområder og fire interessenter eller innsatsområder.

Interessenter Domene (virkeområde)	Pasienter	Ansatte	Lokalsamfunnet	Organisasjonsstrukturer og prosesser
Domene 1 Tilgang til, opphold på og arbeid i helseorganisasjonen	Standard 4: Organisasjonen legger til rette for enkel navigering og tilgang til tjenester, dokumenter og materiell.			Standard 1: Organisasjonen implementerer beste praksis for organisatorisk helsekompetanse i alle strukturer og prosesser. Standard 2: Organisasjonen utvikler dokumenter, materialer og tjenester i aktivt samarbeid med interessenter.
Domene 2 Diagnoser, behandling og pleie	Standard 5: Organisasjonen anvender beste praksis for helsekompetanse i alle former for kommunikasjon med pasienter og brukere.	Standard 3: Organisasjonen gir ansatte opplæring om individuell og organisatorisk helsekompetanse, og gjør dem i stand til å anvende dette i praksis.	Standard 8: Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen og formidler kunnskap om organisatorisk helsekompetanse i opptaksområdet.	
Domene 3: Sykdomshåndtering og forebygging	Standard 6: Organisasjonen styrker helsekompetanse hos pasienter og pårørende under sykehusopphold og etter utskrivning.	Standard 7: Organisasjonen styrker helsekompetansen hos de ansatte med hensyn til arbeidsrelaterte risikoer og personlig livsstil.		
Domene 4: Utvikling av en sunn livsstil				

Hver av de åtte standardene består av flere delstandarder, og disse er igjen operasjonalisert gjennom indikatorer som vurderes i henhold til «grad av måloppnåelse». I originalversjonen brukes de fire svarkategoriene «yes» (76–100 %), «rather yes» (51–75 %), «rather no» (26–50 %) og «no» (0–25 %), samt kategorien «not applicable». Det er også mulig for de som svarer å legge inn kommentarer for å begrunne eller utdype svaret (International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO), 2019).

Tabell 2: Oversikt over fordelingen av de 155 (+2 nasjonale) indikatorene som operasjonaliserer de 21 delstandardene under de åtte standardene.

Standard	Innhold	Delstandarder	Antall indikatorer
1	Organisasjonen implementerer beste praksis for organisatorisk helsekompetanse i alle strukturer og prosesser.	1.1 1.2 1.3	5 7 10
2	Organisasjonen utvikler dokumenter, materialer og tjenester i aktivt samarbeid med interessenter.	2.1 2.2	5 2
3	Organisasjonen gir ansatte opplæring om individuell og organisatorisk helsekompetanse, og gjør dem i stand til å anvende dette i praksis.	3.1	14
4	Organisasjonen legger til rette for enkel navigering og tilgang til tjenester, dokumenter og materiell.	4.1 4.2 4.3 4.4	9 5 14 6
5	Organisasjonen anvender beste praksis for helsekompetanse i alle former for kommunikasjon med pasienter og brukere.	5.1 5.2 5.3 5.4 5.5	14 5 4 (+ 2 nasjonale) 9 8
6	Organisasjonen styrker helsekompetanse hos pasienter og pårørende under sykehusopphold og etter utskrivning.	6.1 6.2 6.3	6 3 11
7	Organisasjonen styrker helsekompetansen hos de ansatte med hensyn til arbeidsrelaterte risikoer og personlig livsstil.	7.1	10
8	Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen og formidler kunnskap om organisatorisk helsekompetanse i opptaksområdet.	8.1 8.2	3 5

Verktøyet SAT-OHL-Hos er tidligere pilotert i Østerrike (Dietscher & Pelikan, 2017) og i Belgia (Henrard et al., 2021). Da helsetjenesten i Norge har annen struktur enn i disse landene, er det usikkert hvordan verktøyet fungerer i konteksten av norske sykehus/helseinstitusjoner. Det er også usikkert om alle standardene og indikatorene er relevante for Norge, og om verktøyet bør revideres før det eventuelt anbefales tatt i bruk av helsetjenesten generelt. Det var dermed et ønske om en gjennomførbarhetsstudie (feasibility study) i helseforetak og andre helseinstitusjoner i Norge.

3. Metode

Prosjektet er utført som en gjennomførbarhetsstudie (feasibility study) for å gi kunnskap om mulige fremmede eller hemmende faktorer (prosedyrer, metoder og kliniske faktorer) (Richards & Rahm Hallberg, 2015) for fremtidig bruk av verktøyet SAT-OHL-Hos i helsetjenesten. Prosjektet er gjennomført i henhold til M-POHLs studieprotokoll, og SAT-OHL-Hos ble derfor brukt i piloteringen.

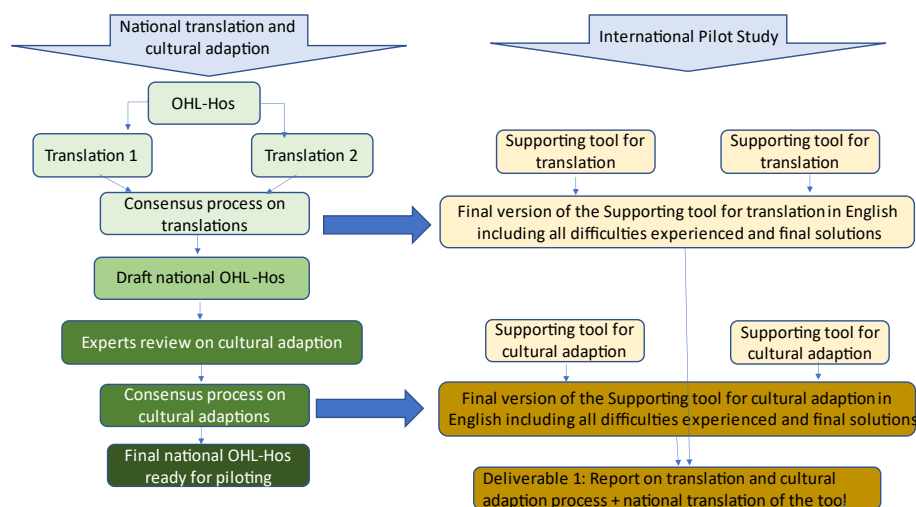
3.1 Gjennomføring

Piloteringen var delt inn i fem faser:

1. oversette kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos fra engelsk til norsk
2. tilpasse SAT-OHL-Hos til norske forhold ved hjelp av informasjon fra kognitive intervjuer
3. rekruttere helseinstitusjoner, kontaktpersoner og deltakere
4. pilotere SAT-OHL-Hos i sykehus og andre helseinstitusjoner for å undersøke gjennomførbarheten av å bruke SAT-OHL-Hos for kartlegging av organisatorisk helsekompetanse
5. identifisere mulige faktorer som kan fremme eller hemme bruken av SAT-OHL-Hos i helsetjenesten

3.2 Oversettelse

Oversettelsen av SAT-OHL-Hos fulgte modellen «Translation, Review, Adjudication, Pretesting, and Documentation» (TRAPD) for «tverrkulturell» oversettelse av måleskalaer (Harkness, 2003), og var i tråd med M-POHL sin protokoll for oversettelse av kartleggingsverktøyet (Figur 3).



Figur 3: M-POHLs standardiserte prosedyre for oversettelse og kulturell tilpasning av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos (Kilde: M-POHL OHL-Hos working group).

3.3 Kulturell tilpasning av kartleggingsverktøyet

Som en del av oversettelsesprosedyren og tilpasning av verktøyet til norske forhold, ble det gjennomført kognitive intervjuer med fem personer. En mann og fire kvinner deltok i de kognitive intervjuene, og de hadde alle utdanning på høgskole-/universitetsnivå. Deltakerne var sentrale enten innenfor forskning og utvikling, pasientundervisning eller helsefremmende tjenester. To av deltakerne var ansatt i sykehus, to ved en rehabiliteringsklinikk og en ved en kompetansenhet. Hele kartleggingsverktøyet (innledning, standarder og indikatorer) ble diskutert i kognitive intervjuer. I intervjuene vektla vi spesielt indikatorer og termer som var utfordrende å oversette. De kognitive intervjuene ble gjennomført digitalt for gruppen samlet over plattformen Zoom (San Jose, California) i april 2022, og hadde en varighet på 4 timer fordelt over to dager.

3.4 Rekruttering av deltakere

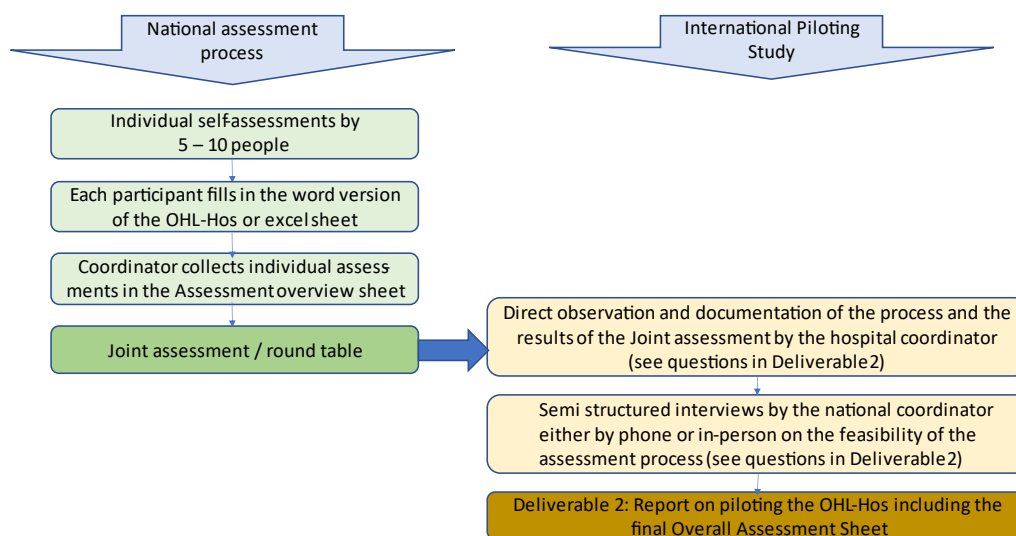
For alle de deltakende helseinstitusjonene ble det inngått avtale med ledelsen om gjennomføring av prosjektet. Helseinstitusjonene oppnevnte selv interne kontaktpersoner/delprosjektledere som blant annet bisto med rekrutteringen av deltakere. Ved hver av helseinstitusjonene ble det rekruttert deltakere til to grupper – et utvalg med representanter fra ledelsen og et utvalg av ansatte med pasientkontakt. Ved Ahus ble egenvurderingen gjennomført av administrasjon/ledelse ($n = 5$) på tvers av hele organisasjonen, samt ansatte ($n = 7$) på avdelingsnivå. Ledergruppen besto av representanter fra HR, kvalitet, kommunikasjon og klinikkledelse. Ansattgruppa ($n = 7$) besto av helsepersonell med direkte pasientkontakt. Ved SI ble egenvurderingen gjennomført blant ansatte ($n = 6$) i en avdeling. Ledergruppen ($n = 4$) besto av representanter på tvers av ledelsesnivåer for samme avdeling.

I helseinstitusjonene Skogli, Unicare og Frambu ble egenvurderingen gjennomført for hele organisasjonen. Ledergruppene ved Skogli, Unicare og Frambu besto av henholdsvis 7, 6 og 7 personer. Ved disse tre helseinstitusjonene var ledere fra ulike avdelinger representert, samt toppledelsen. Ansattgruppene på Skogli, Unicare og Frambu, besto av henholdsvis 6, 8 og 6 personer med ulik helsefaglig bakgrunn, hvor alle hadde direkte pasientkontakt.

Ved alle fem helseinstitusjonene ble det gjennomført informasjonsmøte/workshop i forbindelse med oppstart av prosjektet. Der ble det redegjort for begrepet helsekompetanse, hensikten med prosjektet, prosessen for gjennomføring av pilotundersøkelsen og hvordan kartleggingsverktøyet skulle besvares.

3.5 Gjennomføring av pilotundersøkelsen

I gjennomførbarhetsstudier bør prosessen foregå på samme måte som planlagt i en oppskalert undersøkelse. I tillegg bør inklusjons- og eksklusjonskriteriene være de samme som er planlagt brukt i selve undersøkelsen eller intervjuene (Giangregorio & Thabane, 2015). I utprøvingen av SAT-OHL-Hos ble prosedyren som var gitt fra M-POHL og angitt i selve kartleggingsverktøyet fulgt (International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO), 2019) (Figur 4), med enkelte nasjonale tilpasninger. I tillegg til det som er beskrevet i prosedyren fra M-POHL valgte vi å inkludere en gruppe ansatte ved hver av helseinstitusjonene, siden vi anså det som sentralt også å få tak i de ansattes vurderinger og erfaringer. Dessuten var det prosjektleder sammen med en av de andre fra prosjektgruppen som modererte både gruppemøtet (j.f. joint assessment), ikke representant fra helseinstitusjonen.



10

Figur 4: M-POHLs standardiserte prosedyre for pilotering av SAT-OHL-Hos (Kilde: M-POHL OHL-Hos working group).

Alle indikatorene i SAT-OHL-Hos ble pilotert i ledergruppen ved de inkluderte helseinstitusjonene, mens ansattgruppene ved hver pilotinstitusjon responderte på et utvalg indikatorer.

Inklusjonskriterier for ledergruppen var at de var relevante representanter for kvalitetsledelse. Blant ansatte ønsket vi personer med jevnlig pasientkontakt, men med ulik profesjonsbakgrunn.

Tabell 3: M-POHLs standardiserte prosedyre for gjennomføring av piloteringen av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos.

Trinn	Informasjon
Trinn 1	<p>Innhente tillatelse til egenvurdering fra ansvarlig leder for enheten, og avklare omfanget av vurderingen:</p> <p>Målet med egenvurderingen er å kartlegge organisatorisk helsekompetanse for å danne grunnlag for å velge ut og implementere forbedringstiltak. Dette kan gjøres for organisasjonen som helhet, eller for en avdeling eller mindre organisasjonsheter. Det må også avgjøres om egenvurderingen skal utføres for alle de åtte standardene, eller bare for et utvalg standarder som er særlig viktige for organisasjonsheten.</p>
Trinn 2	<p>Ledelsen må utpeke en koordinator for arbeidet med egenvurderingen:</p> <p>Dette må være en person med godt omdømme både på ledernivå og blant de ansatte, med gode koordineringsevner, og vedkommende må få tilstrekkelig tid og ressurser til å gjennomføre egenvurderingen.</p>
Trinn 3	<p>Etablering av vurderingsteamet:</p> <p>Vurderingsteamet bør bestå av mellom 5 og 10 personer. Ideelt sett bør folk fra følgende felter involveres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ledelsen - Kvalitetsledelse - Helsefremmende arbeid - Personalutvikling (HR) - Leger, sykepleiere, andre terapeutiske yrker – fortrinnsvis fra ulike avdelinger

Trinn	Informasjon
	<ul style="list-style-type: none"> - Bygningstjenester teknisk/vedlikehold - Pasient-/brukerombudet, selvhjelp og pasient-/brukerrepresentanter - Kommunikasjon/talspersoner
Trinn 4	<p>Individuelle vurderinger:</p> <p>Hvert teammedlem foretar først en individuell vurdering ved bruk av verktøyet, der hver av indikatorene gjennomgås fra et personlig perspektiv. Hele vurderingen av sykehuset/helseinstitusjonen/sykehusavdelingen tar rundt tre timer per person. Ideelt sett samles de individuelle vurderingene fra alle teammedlemmene i én tabell (Excel-ark), slik at de enkelt kan sammenlignes og drøftes i det påfølgende gruppemøtet.</p>
Trinn 5	<p>Samle inn dokumenter, der det er mulig:</p> <p>I vurderingen av <i>enkelte</i> indikatorer (merket med *), skal teamet samle inn støttemateriell/-dokumenter fra ansatte i organisasjonen som understøtter vurderingen som gjøres.</p> <p>Dette trinnet er et supplement til trinn 4, og bør foregå samtidig.</p>
Trinn 6	<p>Utarbeidelse av en felles vurdering:</p> <p>De ulike individuelle vurderingene sammenfattes i et teammøte. Erfaringsmessig tar dette rundt tre timer. Det bør utpekes en moderator som kan tilrettelegge for drøftingen. Følgende anbefales:</p> <p>Først identifiserer man de indikatorene for hver delstandard som har svært like vurderinger– disse krever i utgangspunktet ikke nærmere drøfting.</p> <p>Deretter tar man for seg de indikatorene der vurderingene varierer i høy grad, avklarer og drøfter årsakene til dette. Ulike vurderinger kan ofte tilskrives forskjellige perspektiver basert på ulike faggruppers eller organisasjonsenheters ulike synspunkter.</p> <p>I drøftingen bør man fokusere på hvilken vurdering som best beskriver den generelle situasjonen på enheten. Dokumentér eventuelle større variasjoner i kommentarfeltet basert på perspektiver knyttet til profesjon, stilling eller organisasjonsenhet. Dette kan bli nyttig i den senere planleggingen av forbedringstiltak.</p>
Trinn 7	<p>Utvelgelse og implementering av forbedringstiltak:</p> <p>Den felles vurderingen bør munne ut i en beskrivelse av styrkene og svakhetene i organisatorisk helsekompetanse i helseinstitusjonen eller den spesifikke enheten. Her kan man anvende Deming-sirkelen / PDCA-sirkelen (plan, do, check, act) for å definere områder for utvelgelse og implementering av tiltak med tanke på forbedring av spesifikke aspekter av organisatorisk helsekompetanse.</p> <p>Dette kan enten gjøres av vurderingsteamet eller i en ny konstellasjon (f.eks. et eget helsekompetanseteam). Uansett må eventuelle planlagte tiltak støttes av den ansvarlige ledelsen. Det finnes ulike verktøy som kan brukes til å velge ut hvilke tiltak som skal iverksettes som ledd i en implementering av helsekompetansevennlige helsetjenester (Abrams et al. 2014; et al. 2015; Dietscher et al. 2015; DeWalt et al. 2010; Brega et al. 2015 (1./2. utgave); Centers for Disease Control and Prevention (u.å.), Kickbusch et al. 2013; Rudd and Anderson 2006; Trezona 2018; WHCA Action Guide 2009 (Part 1 and 2)), som gir informasjon om hvordan man kan velge ut passende tiltak.</p>

Oversatt og tilpasset fra International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019).

3.6 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført ved at deltakerne i ledergruppene og ansattgruppene besvarte kartleggingsverktøyet, og deltok i gruppemøter og fokusgruppeintervjuer.

- Først fylte deltakerne ut kartleggingsverktøyet individuelt hvor de gjorde en selvstendig vurdering av måloppnåelse på hver indikator/påstand i kartleggingsverktøyet. Indikatorene hadde svaralternativene 0 = oppnådd i liten grad (0–25 %), 1 = oppnådd i noen grad (26–50 %), 2 = oppnådd i stor grad (51–75 %), 3 = oppnådd i svært stor grad (76–100 %).
- Etter en uke leverte deltakerne utfylt kartleggingsverktøy (med ev. tilleggsmateriell) til kontaktpersonen/delprosjektleder ved sin helseinstitusjon, som videresendte dette til prosjektlederen ved HINN. Ledergruppen ved de ulike helseinstitusjonene fikk tilsendt et kartleggingsverktøy der alle indikatorene var inkludert, mens de ansatte svarte på et utvalg av indikatorer.
- Prosjektleder kodet svarene etter egen mal fra M-POHL.
- Ca. en uke etter at deltakerne hadde levert inn svarene sines deltok de i et gruppemøte (med de andre deltakerne i sin gruppe) om kartleggingsverktøyet. Hensikten med dette møtet var å nå konsensus angående grad av måloppnåelse på de indikatorene der det var stor variasjon i svarene mellom deltakerne, og få frem en overordnet vurdering av situasjonen.
- Alle deltok i et påfølgende fokusgruppeintervju hvor hensikten var å avdekke faktorer som kan fremme eller hemme bruken av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos i helsetjenesten.

For noen av institusjonene foregikk gruppemøtet og fokusgruppeintervjuet på samme dag, mens det for andre institusjoner ble gjennomført på ulike dager, avhengig av hva som passet. Gruppemøtene og fokusgruppeintervjuene ble moderert av prosjektleder sammen med et av de andre medlemmene i prosjektgruppen. Det ble tatt notater og gjort lydopptak av alle gruppemøtene og fokusgruppeintervjuene. Gruppemøtene hadde en varighet på rundt 2 timer, mens fokusgruppeintervjuene hadde en varighet på 45 minutter til 1,5 time. All datainnsamling ble gjennomført i perioden mai 2022–januar 2023.

3.7 Etikk og personvern

Prosjektet er meldt og godkjent av Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, Sikt, med referanse-nummer 825176. Institusjonenes deltakelse i prosjektet har vært forankret i ledelsen ved de ulike helseinstitusjonene. Deltakelse har vært basert på informert samtykke. Prosjektet er også meldt og godkjent ved personvernombudet ved Ahus, SI og Unicare Hokksund AS. Ved de to øvrige institusjonene var det ikke nødvendig med en egen vurdering av personvern utover den som var foretatt av Sikt.

3.8 Analyse

Analysene for å identifisere bevarings- og forbedringsområder for organisatorisk helsekompetanse var basert på individuelle skåringer av indikatorer (påstander) i kartleggingsverktøyet og transkripsjoner fra gruppemøtene med deltakerne. Både kvantitative skåringer og kvalitative data lå

til grunn for å avgjøre hvorvidt den enkelte indikator kunne ansees å være et bevarings- eller forbedringsområde. Indikatorer med gjennomsnittsskår ≥ 2 (av maksimalt 3), ble ansett som bevaringsområder, mens indikatorer med gjennomsnittsskår ≤ 1 ble ansett som forbedringsområder (vi har her tolket ordinaldata fra den firedelte svarskalaen til å ha intervallegenskap, slik at gjennomsnitt gir mening). Indikatorer som hadde stort sprik i skår mellom deltakerne, ble diskutert i gruppemøte med deltakerne. Helseinstitusjonens grad av organisatoriske helsekompetanse er derfor basert på en totalvurdering av den kvantitative skåringen og innholdsanalyse av transkribert materiale fra gruppemøtene. Bevarings- og forbedringsområder på delstandardnivå er identifisert når halvparten eller flere av indikatorene i den aktuelle delstandarden er vurdert som et bevarings- eller forbedringsområde. Data fra de ulike helseinstitusjonene ble analysert hver for seg. Data fra ledergruppene og ansattgruppene er også analysert separat.

Tematisk analyse etter inspirasjon fra Braun og Clarke (2006) ble anvendt for å analysere data fra fokusgruppeintervjuer om faktorer som kan fremme eller hemme bruken av SAT-OHL-Hos i helsetjenesten. Vi startet analysen med å gjøre oss kjent med datamaterialet ved å lese gjennom transkripsjonene og samtidig notere ned foreløpige idéer. Deretter kodet vi datamaterialet. Vi oppdaget underveis i kodingen at flere begreper gikk igjen i datamaterialet fra de ulike helseinstitusjonene, hvilket dannet foreløpige temaer. Kodene ble videre sortert i grupper etter liknende meningsinnhold som utgjorde aktuelle temaer. Analysene av transkribert materiale fra fokusgruppeintervjuene er gjennomført samlet for de fem helseinstitusjonene.

Alle analyser har blitt gjennomført av minst to personer for å styrke troverdigheten av presenterte resultater.

4. Resultater

4.1 Oversettelse av kartleggingsverktøyet

Kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos ble oversatt fra engelsk til norsk av oversetter- og tolkebyrået Semantix AS og av den nasjonale prosjektgruppen, og vi vurderte styrker og svakheter ved versjonene. Semantix AS rapporterte utfordringer med å oversette begrepene «organizational health literacy» og «organizational health literacy responsiveness» til norsk. Selv opplevde vi at det i ulike kontekster var utfordrende å oversette «attribute», «community», «domain», «mystery patient», «stakeholder» og «walking interview».

Det var vanskelig å gi mening til svaralternativene «rather yes» og «rather no» da vi ikke har liknende fraser på norsk. Oversetting/Navnsetting av svarkategoriene var derfor også tema ved kulturell tilpasning av kartleggingsverktøyet.

Der hvor det var utfordrende å oversette, valgte vi å ivareta innhold og betydning ved å:

- Legge til ord/termer i ordliste
- Legge til eksempler til aktuell indikator
- Bruk av synonymer
- Omskrive setningen, men samtidig sikre at innholdet ga tilsvarende mening på norsk som på engelsk

4.2 Kulturell tilpasning ved bruk av kognitive intervjuer

Deltakerne i de kognitive intervjuene uttrykte at flere indikatorer var litt tunge å lese siden de besto av lange setninger, og en del faguttrykk og fremmedord. På bakgrunn av de kognitive intervjuene la vi til noen ord til ordlisten, som for eksempel «gående intervju», «fiktive pasienter», «teach back», «samvalg», «nye medier», «virtuell». For enkelte delstandarder ble det gjort mindre revideringer av teksten, som for eksempel for delstandard 4.3 *Pasienter og besøkende får hjelp til å finne frem på sykehuset/helseinstitusjonen*, hvor «helseinstitusjonen» ble lagt til for å gjøre delstandarden relevant for andre helseinstitusjoner i tillegg til sykehus. For indikator 5.1.9 *Pasientsamtaler gjennomføres når pasientene er våkne og oppmerksomme. (F.eks. ikke umiddelbart etter anestesi)* gjorde vi også en tilpasning for at den skulle kunne være relevant også for andre helseinstitusjoner. For denne indikatoren la vi til ...*F.eks. ikke umiddelbart etter oppvåkning, blant annet fra anestesi*. For indikator 5.4.3 *I tillegg til tolkeloven, forbyr lokale retningslinjer for tolkebruk at barn, ansatte uten særskilt opplæring eller frivillige, brukes som tolker* la vi til «i tillegg til tolkeloven», siden norsk lov regulerer bruk av barn som tolk.

Siden ingen av indikatorene fra SAT-OHL-Hos inkluderte opplæring av pasienter og pårørende i forbindelse med digital hjemmeoppfølging, utviklet og piloterte vi to indikatorer som inkluderte dette temaet.

Svarkategorier var også et diskusjonstema i de kognitive intervjuene. Deltakerne uttrykte at det det var utfordrende å forstå hva som menes med de opprinnelige svaralternativene «yes», «rather yes», «rather no», «no». I instruksjonen for bruk av kartleggingsverktøyet er det beskrevet at man skal angi grad av oppnåelse for hver av indikatorene. Her er det definert fire kategorier av oppnåelse:

fullstendig oppnådd (76–100 %), oppnådd i stor grad (51–75 %), oppnådd i mindre grad (26–50 %) og ikke oppnådd (0–25 %), hvor prosentverdiene er oppgitt som en veiledning. Deltakerne i de kognitive intervjuene mente at disse beskrivelsene kunne være bedre egnet som navn for svarkategoriene enn de opprinnelige. Det ble imidlertid diskutert hvor vidt «fullstendig oppnådd» kan ansees å være dekkende for om indikatorene er oppnådd med 76%. Dermed ble svaralternativene revidert til: oppnådd i svært stor grad (76–100 %), oppnådd i stor grad (51–75 %), oppnådd i noen grad (26–50 %) eller oppnådd i liten grad (0–25 %).

4.3 Pilotering av kartleggingsverktøyet

Kartleggingsverktøyet kan brukes til egnevaluering av status for organisatorisk helsekompetanse i helseinstitusjonen. Identifisering av bevarings- og forbedringsområder kan brukes som et grunnlag for å prioritere, utvikle og iverksette tiltak for å forbedre organisatorisk helsekompetanse. På bakgrunn av dette kan helseinstitusjonene levere et bedre tilbud for pasienter, pårørende, ansatte og befolkningen i opptaksområdet.

De fleste standardene består av flere delstandarder (se Tabell 2), og det kan variere mellom delstandardene innad i en standard hvorvidt de er bevarings- eller forbedringsområder. For å kunne bruke resultatene som grunnlag for eventuelle forbedringsprosesser, er det derfor hensiktsmessig å rapportere bevarings- og forbedringsområder på delstandard-nivå. I tillegg presenterer vi resultater for indikatorer (påstander) som har sammenfallende resultater på tvers av helseinstitusjonene.

4.3.1 Bevaringsområder

Typiske bevaringsområder ved helseinstitusjonene er knyttet til hvordan de legger til rette for at det skal være enkelt å komme i kontakt med dem, og hvordan pasienter og besøkende lett skal finne frem til helseinstitusjonen. Videre er bevaringsområdene knyttet til det å skriftlig og muntlig formidle helseinformasjon av høy kvalitet på en slik måte at den er enkel å forstå for ulike pasientgrupper (Tabell 4). Helseinstitusjonens rolle i å øke helsekompetansen hos pasientene, vurderes også typisk som et bevaringsområde. I tillegg mener ledergruppen ved tre av helseinstitusjonene at de legger til rette for at de ansatte kan forbedre sine kunnskaper og ferdigheter for håndtering av risikoer knyttet til helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen (HMS), samt fremme sunn livsstil.

Tabell 4: Bevaringsområder identifisert på delstandardnivå av hver helseinstitusjon.

Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
Ledere, n = 5	Ansatte, n = 7	Ledere, n = 4	Ansatte, n = 6	Ledere, n = 7	Ansatte, n = 6	Ledere, n = 6	Ansatte, n = 8	Ledere, n = 7	Ansatte, n = 6
				4.1	#	4.1	#	4.1	#
				4.2	#	4.2	#	4.2	#
				4.3					
		4.4		4.4	4.4		4.4	4.4	4.4
							5.1	5.1	5.1
								5.2	5.2
									5.3
5.4					5.4	5.4	5.4		
						5.5	5.5		
			6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1
			6.2	6.2	6.2	6.2	6.2		
						6.3	6.3		
		7.1				7.1			7.1 ⁱ

4.1 Organisasjonen legger til rette for at det er enkelt å komme i kontakt med dem gjennom en brukervennlig nettside og kontaktttelefon.

4.2 Organisasjonen gir nødvendig informasjon slik at pasienter og besøkende finner frem til organisasjonens ulike lokaler.

4.3 Pasienter og besøkende får hjelp til å finne frem på sykehuset/ helseinstitusjonen.

4.4 Helseinformasjon for pasienter og besøkende er lett tilgjengelig og gratis.

5.1 Muntlig kommunikasjon med pasienter er av høy kvalitet og lett å forstå for pasientene.

5.2 Skriftlig materiell er av høy kvalitet, enkelt å forstå og lett tilgjengelig.

5.3 Digitale tjenester og nye medier har høy kvalitet, er lett tilgjengelige og enkelt å bruke.

5.4 Kvalifiserte ansatte tilbyr informasjon og kommunikasjon på pasientenes foretrukne språk, og dette gjelder også alt materiell som deles ut.

5.5 At innholdet i kommunikasjonen er lett å forstå og anvende for pasienten, anses som et nødvendig tiltak for kvalitet- og pasientsikkerhet.

6.1 Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan håndtere helseproblemer på egenhånd.

6.2 Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan utvikle en sunnere livsstil.

6.3 Ved utskrivning har pasientene fått god informasjon om den videre behandlingen og rehabiliteringsprosessen.

7.1 Organisasjonen legger til rette for at ansatte kan forbedre sine kunnskaper og ferdigheter for håndtering av risikoer knyttet til helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen, samt fremme sunn livsstil.

ⁱEn av indikatorene var utelatt fra kartleggingsverktøyet for ansatte ved rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret.

#Delstandarden inngikk ikke i versjon av kartleggingsverktøyet til aktuell gruppe

Ahus = Akershus universitetssykehus; SI = Sykehuset Innlandet

Delstandard 4.1 ble vurdert som et bevaringsområde ved rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret. Selv om delstandarden ble vurdert som et bevaringsområde av ledelsen ved Unicare med fem av ni indikatorer med høy skår, var det likevel tre av indikatorene (4.1.3 *Nettsiden er tilgjengelig på flere språk*, 4.1.4 *Nettsiden inneholder forskningsbasert informasjon om de vanligste behandlingene* og 4.1.7 *Hvis et telefonsvarsystem brukes, er det enkelt å få menyen lest opp igjen*) i denne delstandard som ble vurdert som forbedringsområder. Flere av indikatorene i delstandard 4.1 oppnådde høy skår også i ledergruppen ved Ahus. Imidlertid var det noen av indikatorene i denne delstandard som kunne ansees å være forbedringsområder. Dette gjaldt indikatorene 4.1.3 (*Nettsiden er tilgjengelig på flere språk*) og 4.1.4 (*Nettsiden inneholder forskningsbasert informasjon om de vanligste behandlingene og oppgir kildehenvisninger*). Indikator 4.1.8 *Når man ringer organisasjonen kan man få snakke med noen på et av de vanligste språkene (f.eks. norsk, engelsk, polsk, urdu eller somali)* ble også vurdert som et forbedringsområde. Oppnåelse av denne indikatoren vil imidlertid være avhengig av hvilke språk man skal tilby. Tilsvarende vurderinger ble gjort av ansattgruppen ved Ahus for indikator 4.1.3, 4.1.7 og 4.1.8, som ble vurdert til å være forbedringsområder. Flere av indikatorene i delstandard 4.1 (4.1.1, 4.1.5, 4.1.6 og 4.1.9) oppnådde høy skår også i ledergruppen ved Sykehuset Innlandet. Indikator 4.1.8 ble også ved denne helseinstitusjonen vurdert til å være et forbedringsområde.

4.3.2 Forbedringsområder

Delstandardene som vurderes som forbedringsområder ved de ulike helseinstitusjonene omhandler en vektlegging av organisatorisk helsekompetanse som et satsningsområde og at helseinstitusjonen har systemer for integrering av organisatorisk helsekompetanse. Et forbedringsområde er dessuten knyttet til viktigheten av helsepersonells fagkompetanse om helsekompetanse. Forbedringsområdene er også knyttet til kommunikasjon av informasjon som er lett å forstå og enkel å bruke for pasientene, samt involvering av brukere i utvikling av dokumenter, materialer og tjenester som angår dem. De ansatte ved sykehusene vurderer dessuten tilbudet om digitale tjenester som er lett tilgjengelige og enkle å bruke som forbedringsområder. Videre er helseinstitusjonenes rolle i å styrke helsekompetansen hos befolkningen i opptaksområdet vurdert som et forbedringsområde (Tabell 5).

Tabell 5: Forbedringsområder identifisert på delstandardnivå av hver helseinstitusjon

Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
Ledere, n = 5	Ansatte, n = 7	Ledere, n = 4	Ansatte, n = 6	Ledere, n = 7	Ansatte, n = 6	Ledere, n = 6	Ansatte, n = 8	Ledere, n = 7	Ansatte, n = 6
1.1	#	1.1	#		#	1.1	#		
		1.2	1.2	1.2	#	1.2	#		
		1.3	1.3	1.3		1.3		1.3	i
	2.1		2.1	2.1	2.1 ⁱ		2.1 ⁱ		
3.1	3.1		3.1	3.1	3.1		3.1		
4.4									
	5.1	(5.1)							
	5.3		5.3						
		5.5	5.5						
6.2	6.2	6.2							
							7.1		
8.1	8.1	8.1	8.1	8.1	#		#		
	8.2	8.2	8.2	8.2	#	8.2	#		

1.1 Ledelsen er forpliktet til å implementere, overvåke og forbedre organisatorisk helsekompetanse.

1.2 Organisasjonen har organisatorisk helsekompetanse som et satsningsområde og sørger for tilstrekkelig infrastruktur og tilstrekkelige ressurser for å implementere dette.

1.3 Organisasjonen sikrer, gjennom kvalitetsledelse, kvaliteten på tiltakene for organisatorisk helsekompetanse.

2.1 Organisasjonen involverer pasienter og brukere i utvikling og evaluering av pasientorienterte dokumenter, materialer og tjenester.

3.1 Organisasjonen anser helsekompetanse som en viktig fagkompetanse hos ansatte med pasientkontakt.

5.1 Muntlig kommunikasjon med pasienter er av høy kvalitet og lett å forstå for pasientene.

5.3 Digitale tjenester og nye medier har høy kvalitet, er lett tilgjengelige og enkelt å bruke.

5.5 At innholdet i kommunikasjonen er lett å forstå og anvende for pasienten, anses som et nødvendig tiltak for kvalitet- og pasientsikkerhet.

6.2 Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan utvikle en sunnere livsstil.

8.1 Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen hos lokalbefolkningen.

8.2 Organisasjonen støtter videreutvikling av organisatorisk helsekompetanse både i og utenfor opptaksområdet.

ⁱKun to av indikatorene inngikk i kartleggingsverktøyet for ansatte ved rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret.

[#]Delstandarden inngikk ikke i versjon av kartleggingsverktøyet til aktuell gruppe

Ahus = Akershus universitetssykehus; SI = Sykehuset Innlandet

For flere av delstandardene var det samsvar mellom ledelsens og de ansattes vurderinger, mens for enkelte indikatorer spriket gruppenes vurderinger. For eksempel vurderte ledergruppen ved SI delstandard 6.2 (*Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan utvikle en sunnere livsstil*) som et forbedringsområde, mens ansattgruppen vurderte denne til et

bevaringsområde. For enkelte delstandarder var det også sprik i hvor vidt de inkluderte indikatorene ble vurdert til å være bevarings- eller forbedringsområder. For ledergruppen ved SI ble åtte av 14 indikatorer innenfor delstandard 5.1 (*Muntlig kommunikasjon med pasienter er av høy kvalitet og lett å forstå for pasientene*) vurdert som forbedringsområder, mens de resterende seks indikatorene ble vurdert som bevaringsområder.

Ved Skogli ble halvparten av indikatorene i delstandard 4.3 (*Pasienter og besøkende får hjelp til å finne frem på sykehuset/helseinstitusjonen*) vurdert som bevaringsområder av ledelsen, mens fem (av 14) av indikatorene ble vurdert som forbedringsområder. For ansatte så vi et tilsvarende mønster hvor fem av indikatorene ble vurdert som bevaringsområder, mens fire ble vurdert som forbedringsområder. De indikatorene som ble vurdert til å være henholdsvis bevarings- og forbedringsområder blant de ansatte, fikk tilsvarende vurdering av ledergruppen. Delstandard 5.3 (*Digitale tjenester og nye medier har høy kvalitet, er lett tilgjengelige og enkelt å bruke*) ble også vurdert som forbedringsområde av både ledergruppen og ansattgruppen ved Skogli. Imidlertid brukes digitale tjenester i liten grad ved helseinstitusjonen. Dermed er ikke denne delstandard førte opp i tabell 5. Ansatte ved Skogli vurderer de fleste indikatorene for delstandard 5.4 (*Kvalifiserte ansatte tilbyr informasjon og kommunikasjon på pasientenes foretrukne språk, og dette gjelder også alt materiell som deles ut*) som bevaringsområder. Imidlertid vurderes indikator 5.4.1 (*De viktigste skriftlige, audiovisuelle eller digitale materielle er tilgjengelige på ulike aktuelle språk*) som et forbedringsområde.

Halvparten av indikatorene for delstandard 5.5 (*At innholdet i kommunikasjonen er lett å forstå og anvende for pasienten, anses som et nødvendig tiltak for kvalitet- og pasientsikkerhet*) ble vurdert til å være bevaringsområder av ledergruppen og ansattgruppen ved Unicare. Derimot ble to (av åtte) av indikatorene 5.5.4 (*Det finnes en oversikt over rutiner og prosedyrer for pasienter som er mer sårbare, og som krever ekstra innsats for å sikre at pasienten har forstått informasjonen fullt ut (F.eks. kommunikasjon om diagnoser, behandlinger, samtykkeskjemaer, skjemautfylling, forberedelser til operasjoner, pasientoverføringer)*) og 5.5.5 (*Det finnes retningslinjer og ansattopplæring knyttet til kommunikasjon i situasjoner som kan være ekstra krevende for pasienten (F.eks. nye behandlingsformer, forberedelser til operasjon, helsepersonell formidler dårlige nyheter)*) ansett å være forbedringsområder. Imidlertid kan man muligens anse disse to indikatorene å være mindre relevante i en rehabiliteringsinstitusjon og dermed forsvare at delstandard kan ansees som et bevaringsområde. For delstandard 7.1 (*Organisasjonen legger til rette for at ansatte kan forbedre sine kunnskaper og ferdigheter for håndtering av risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen, samt fremme sunn livsstil*) vurderte ledelsen ved Unicare halvparten av indikatorene som bevaringsområder, mens ansattgruppen vurderte tilsvarende andel som forbedringsområder. Det var likevel et visst samsvar mellom vurderingene. Indikatorene 7.1.1 (*Organisasjonen anser forbedring av helsekompetanse blant de ansatte som et lederansvar*), 7.1.2 (*Ledelsen er bevisst på hvordan deres kommunikasjon kan virke inn på ansattes helse, og tilpasser lederstilen i tråd med dette*) og 7.1.7 (*Ansatte oppfordres til å melde fra om arbeidsforhold som utgjør en helseisiko, og komme med forslag til forbedring*) ble av begge gruppene vurdert til å være bevaringsområder, mens 7.1.6 (*Organisasjonen bruker materiell som plakater, brosjyrer, faktaark, nye medier og elektroniske enheter for å øke ansattes bevissthet om risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen*) og 7.1.9 (*Organisasjonen bruker materiell for å øke ansattes oppmerksomhet rundt helse relaterte livsstilsutfordringer*) ble vurdert som forbedringsområder av begge grupper.

Ved Frambu vurderte ledergruppen delstandard 1.3 som et forbedringsområde. De ansattes versjon av kartleggingsverktøyet inkluderte kun halvparten av indikatorene (fem av ti), og de vurderte to av disse som bevaringsområder (1.3.4 *Pasient- og brukerundersøkelsene har et tydelig språk med hverdagslige ord og uttrykk* og 1.3.5 *Medarbeiderundersøkelsene har et tydelig språk med hverdagslige ord og uttrykk*). De samme indikatorene ble også vurdert som bevaringsområder av ledelsen.

Tabell 6 og 7 viser oversikt over henholdsvis typiske bevarings- og forbedringsområder på indikatornivå som var felles for helseinstitusjonene.

Tabell 6: Indikatorer som flere helseinstitusjoner vurderte som bevaringsområder («oppnådd i stor grad»).

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
4.1.1	Organisasjonens kontaktinformasjon, besøksadresse og veibeskrivelse er enkelt å finne på internett.	x	x	x		x	#	x	#	x	#
4.1.5	Nettsiden er lett tilgjengelig på smarttelefoner og nettbrett.	x	x	x		x	#	x	#	x	#
4.1.6	Det er enkelt å komme i kontakt med organisasjonen på telefon hele døgnet– man får kommunisere med en person, ikke bare et telefonsvarsystem.	x	x	x		x	#	x	#	x	#
4.2.1	Organisasjonen bruker samme navn på lokalene i kart, informasjonsmateriell og på skilt.	x	x		x	x	#	x	#	x	#
4.2.4	Organisasjonen er tydelig skiltet og inngangene er godt synlige når man nærmer seg området. (F.eks. på adkomstveier, fra holdeplasser)	x			x	x	#	x	#	x	#
4.3.1	Alle hovedinngangene har informasjonsskranke som hjelper folk til å finne frem.		x	x	x	x	x	x	x	x	x

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
4.3.4	Ansatte med ansvar for innleggelse, hjelper pasienter og pårørende/besøkende til å finne frem til riktig avdeling og behandlingsansvarlig.		x	x	x	x	x	x	x	x	x
4.4.1	Pasientene informeres på forhånd om egenandeler eller andre kostnader ved behandlinger og tjenester. (F.eks. på nettsiden og ved telefonhenvendelse)	x		x		x	x	x	x	x	x
4.4.2	Pasientene informeres om pasient- og brukerrettighetene.	x		x		x	x	x	x	x	x
5.1.7	Pasientsamtaler skjer i lokaler som understøtter effektiv kommunikasjon. (F.eks. samtalerom, møterom, stille/egnede omgivelser)	x	ii	x	x	x	x	x	x	x	x
5.1.9	Pasientsamtaler gjennomføres når pasientene er våkne og oppmerksomme. (F.eks. ikke umiddelbart etter oppvåkning, blant annet fra anestesi)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
5.2.2	Skriftlig materiell brukes til å underbygge og støtte muntlig kommunikasjon, og hjelpe pasienten til å huske, men gis aldri i stedet for muntlig kommunikasjon.		x		x		x	x	x		x
5.4.6	Det finnes en koordineringsenhet for bestilling av tolketjenester.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6.1.4	Organisasjonen oppfordrer pasientene til å ta nyoppståtte symptomer på alvor, og oppsøke helsetjenesten før eventuelle allerede oppsatte timeavtaler, dersom det er behov for det.			x	x	x	x	x	x	x	x
6.3.3	Pårørende eller andre aktuelle offentlige tjenester (f.eks. kommunale helsetjenester, NAV, barnevern, skole) involveres i utskrivingsprosessen ved behov.	x	x	x	x	x	x	x	x		x
6.3.8	Organisasjonen formidler kliniske funn videre til tjenester som har ansvar for videre	x	x	x	x	x	x	x	x		

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
	oppfølging og behandling (etter samtykke fra pasienten).										

Tabell 7: Indikatorer som vurderes som forbedringsområder («oppnådd i liten grad») ved flere helseinstitusjoner.

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
1.1.4	Ledelsen fører jevnlig tilsyn med implementering og utvikling av organisatorisk helsekompetanse.	x	#	x	#		#	x	#	x	#
1.1.5	Ledelsen gjennomgår og vurderer suksesskriterier for hvert helsekompetansetiltak.	x	#	x	#		#	x	#	x	#
1.2.2	Ansvarlige for organisatorisk helsekompetanse er klart definert. (F.eks. gjennom en helsekompetanseansvarlig eller et helsekompetanseteam)	x	x		x	x	#	x	#	x	#
1.2.3	Organisasjonens virksomhetsplaner har øremerket budsjett for å fremme organisatorisk helsekompetanse.	x	x		x	x	#	x	#	x	#
1.2.4	Midler er øremerket til kvalifisert personell som jobber med å fremme organisatorisk helsekompetanse.	x		x	x	x	#	x	#	x	#
1.3.6	Informasjon om pasienters helsekompetanse inngår i organisasjonens resultatrapportering.	x	x	x	x	x	#	x	#	x	#

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
1.3.7	Organisasjonen bruker «fiktive pasienter» og/eller «gående intervjuer» for å evaluere hvor enkelt det er for pasienter/besøkende å finne frem i institusjonens lokaler.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
1.3.8	Organisasjonen bruker «fiktive pasienter» til å vurdere kvaliteten på kommunikasjonen med pasientene og kvaliteten på informasjonen de får (muntlig, skriftlig, visuelt).	x	x	x	x	x	x	x		x	
2.1.4	Tidligere eller fiktive pasienter brukes i opplæringen av og gir tilbakemeldinger på ansattes muntlige kommunikasjonsferdigheter.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
3.1.6	Ansatte tilbys opplæring i ulike kommunikasjonsteknikker (se Vedlegg 1 for hvilke kommunikasjonsteknikker)	x	x		x	x	x		x		
4.3.5	Nye informasjons- og kommunikasjonsteknologier hjelper folk å finne frem. (F.eks. talebasert elektronisk assistanse, berøringskjermer, smarttelefonapper.)	x	x		x	x	x	x	x	x	
5.2.3	Ansatte opplæres i å bruke skriftlig og audiovisuelt materiell av høy kvalitet, som inneholder handlingsorientert informasjon, for å understøtte kommunikasjonen med	x	x		x	x	x	x	x		

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
	pasienter og brukere. Slik materiell er også gjort lett tilgjengelig for ansatte. (F.eks. brosjyrer, fotonoveller, tegneserieillustrasjoner, multimedialt opplæringsmateriell, podcaster, DVD-er, 3D-modeller, pasientportaler etc., som inneholder lett synlig kontaktinformasjon til organisasjonen (telefonnumre, e-postadresser og nettsadresser).										
5.4.1	De viktigste skriftlige, audiovisuelle eller digitale materiellene er tilgjengelige på ulike aktuelle språk. (F.eks. informasjonsark, samtykkeskjemaer).	x	x		x	x	x	x	x		x
6.3.9	Ved utskrivning mottar pasientene rutinemessig oppdaterte lister over relevante helsetjenester, andre offentlige tjenester og aktuelle selvhjelpsgrupper.	x	x	x	x	x	x		x	x	x
6.3.10	Ved utskrivning mottar pasientene rutinemessig kontaktinformasjon til relevante brukerorganisasjoner og pasient- og brukerombud (F.eks. ved komplikasjoner eller klager).	x	x	x	x	x	x	x	x		

Indikator	Tittel	Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
		Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
7.1.9	Organisasjonen bruker materiell for å øke ansattes oppmerksomhet rundt helserelaterte livsstilsutfordringer. (F.eks. plakater, brosjyrer, faktaark, nye medier og elektroniske enheter)	x	x		x	x	x		x	x	
7.1.10	Organisasjonen tilbyr de ansatte opplæring om sunn livsstil, eller formidler informasjon om lokale kurs og programmer om dette. (F.eks. Informasjonsark, brosjyrer)	x	x	x	x	x	x		x	x	x
8.1.3	Organisasjonen gjennomfører tiltak på lokalt nivå for å forbedre helsekompetansen til befolkningsgrupper som det kan være vanskelig å nå ut til med informasjon. (F.eks. oppsøkende informasjonstjenester, interaktive møter med sosioøkonomisk vanskeligstilte grupper eller innvandrergupper)	x	x	x	x	x	#	x	#	x	#
8.2.1	Aktiviteter og måloppnåelse knyttet til organisatorisk helsekompetanse er en del av organisasjonens offentlige rapportering. (F.eks. årsrapporter, artikler på egen hjemmeside)	x	x	x	x	x	#	x	#		#

		Ahus		SI		Skogli		Unicare		Frambu	
Indikator	Tittel	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
8.2.2	Organisasjonen formidler erfaringer fra gjennomførte tiltak for organisatorisk helsekompetanse via publikasjoner, presentasjoner og andre medier.	x	x	x	x	x	#	x	#		#

Indikator 3.1.6, som omhandler at ansatte tilbys opplæring i ulike kommunikasjontechnikker (slik som klarspråk, teach back, motiverende intervju), blir vurdert som et forbedringsområde ved sykehusene og rehabiliteringsinstitusjonene (dog ikke av ledergruppen ved SI som vurderte fire av ni indikatorer som forbedringsområder og ledergruppen ved Unicare som vurderte tre av indikatorene som forbedringsområder). Flere deltakere i ledergruppene uttrykte i gruppemøtene at de forventet at de ansatte hadde slik opplæring fra sin utdanning. I sykehusene oppga de at de hadde programmet «Fire gode vaner» som skal sikre effektiv kommunikasjon med pasienter. Ved SI var dette programmet først og fremst et tilbud til leger, mens ved Ahus fikk også sykepleiere tilbud om å delta i programmet. Ansatte ved Ahus som hadde deltatt i programmet uttrykte at helsekompetanse hadde hatt lite fokus i denne opplæringen.

4.3.3 Oppsummering rundt bevarings- og forbedringsområder

De identifiserte bevarings- og forbedringsområdene tyder på at helseinstitusjonene gjør mye for å være helsekompetansevennlige i direkte pasientkontakt, men at det ikke alltid er satt i system i form av retningslinjer og prosedyrer. Helsepersonell har fokus på hvordan man kommuniserer og at man må tilpasse helsekommunikasjon til pasienter og pårørendes helsekompetanse – og på den måten også øke deres helsekompetanse. Denne pilotundersøkelsen har vist at det mangler strukturer, prosesser, retningslinjer og prosedyrer for å synliggjøre og øke organisatorisk helsekompetanse. Dessuten er opplæring av de ansatte om helsekompetanse og ulike kommunikasjonsstrategier foreløpig lite satt i system. I tillegg ser det ut til at det foreløpig har vært lite fokus på hvordan helseinstitusjonene kan bidra til å øke helsekompetansen hos befolkningen i opptaksområdet.

Det er imidlertid viktig å tolke resultatene relatert til bevarings- og forbedringsområdene med forsiktighet. På grunn av få deltakere er det ikke mulig å gi nøyaktige skår. Dessuten vil bevarings- og forbedringsområdene variere med hensyn til hvilke avdelinger som er inkludert, spesielt i sykehus.

4.4 Faktorer som kan fremme eller hemme bruken av kartleggingsverktøyet

Gjennom tematisk analyse avdekket vi faktorer som kan fremme eller hemme bruken av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos. Av fremmede faktorer avdekket vi temaene *Opplevd nytte*, *Grunnlag for forbedringsprosesser* og *Synergier av helsekompetanse og nærliggende begreper*. Hemmende faktorer omfattet temaene *Omfang på kartleggingsverktøyet*, *Språk*, *Tid*, *Helsekompetanse som ukjent begrep* og *Format på kartleggingsverktøyet*. *Relevans* og *Nivå og funksjon* er temaer som også er av betydning for at tjenesten kan lykkes med å ta i bruk kartleggingsverktøyet. I tillegg avdekket vi forslag til delstandarder som kunne vært aktuelt å legge til.

4.4.1 Fremmede faktorer

Opplevd nytte

Stort sett alle deltakerne, både i fokusgrupper med representanter fra ledelsen og i grupper med ansatte, ga uttrykk for at egevalueringen opplevdes som nyttig og interessant. Det å fylle ut kartleggingsverktøyet bidro til en bevisstgjøring hvor man ble oppmerksom på en del perspektiver,

samtidig som deltakerne opplevde å få mer kunnskap om helsekompetanse og hva organisatorisk helsekompetanse eller helsekompetansevennlige helsetjenester innebærer. Flere ga uttrykk for at prosessen med å fylle ut kartleggingsverktøyet, og ikke minst diskutere sammen i gruppemøtet, hadde gitt aha-opplevelser, idéer og inspirasjon til å arbeide systematisk med helsekompetanse. En deltaker i en av de fem ledergruppene uttrykte det slik:

...så syns jeg det er veldig spennende, fordi jeg syns på en måte at det åpner et eller annet blikk mot noe du kanskje ikke har hatt sånt fokus på da. Så det, jeg syns faktisk det var litt inspirerende, å tenke her en mangler vi en paraply, her er det noe.

Flere deltakere fra de fem ansattgruppene fortalte at prosessen hadde bidratt til at de hadde blitt mer oppmerksomme på hvordan de kommuniserer, mens ledere uttrykte at de hadde reflektert over betydningen av organisatorisk helsekompetanse i deres eget arbeid.

Grunnlag for forbedringsprosesser

Deltakerne oppga at utfylling av kartleggingsverktøyet og det påfølgende gruppemøtet bidro til egenrefleksjon og erkjennelse om mangler og forbedringsområder i egen praksis og organisasjon, men også hva man allerede gjør for å kunne fremstå som helsekompetansevennlig. De uttrykte at kartleggingsverktøyet kunne aktualisere og konkretisere forbedringsområder, samtidig som det kunne gi en bekreftelse på områder som ble ivaretatt. Deltakerne mente at standardene kunne gi en pekepinn på hvor helseinstitusjonen «skulle være» når det gjelder organisatorisk helsekompetanse, og at delstandardene og indikatorene kunne konkretisere forbedringsområder. En av deltakerne uttrykte det slik:

Veldig fint å kunne ha alle de her forskjellige områdene, ikke sant, som vi på en måte da må diskutere og si hvor er vi her? Det er kjempebra, absolutt.

Deltakerne opplevde at de gjennom kartleggingen og gruppemøtene hadde blitt oppmerksomme på at de allerede gjør mye for å være helsekompetansevennlige i direkte pasientkontakt, men at dette i liten grad er forankret i prosedyrer og retningslinjer. En deltaker i en ansattgruppe uttrykte følgende:

.. jeg syns det var veldig nyttig det her, for det kommer fram ting som, det er mye vi gjør, men som ikke er i prosedyrer eller i retningslinjer, så det er bra for oss, og det er viktig, at vi kan jobbe med det videre....

En annen ansatt sa det slik:

Vi gjør det jo, men virkelig sjekke at vi gjør det, for hvis vi har en prosedyre, så kan vi lettere sjekke at den blir fulgt da, det er kjempeviktig.

Selv om det gjøres en del i direkte pasientkontakt, uttrykte deltakerne at organisatorisk helsekompetanse er lite systematisert i egen helseinstitusjonen, og at organisatorisk helsekompetanse mangler som en overordnet idé.

Synergier av helsekompetanse og nærliggende begreper

Deltakerne fra ledergruppene i sykehusene mente at organisatorisk helsekompetanse kunne sees i sammenheng med andre nærliggende begreper, slik som brukermedvirkning og samvalg, gode pasientforløp og behandlingsutfall. Ved å vektlegge helsekompetanse, kunne dette gi synergier for andre kvalitetsindikatorer, som de rapporterer på. Det ble blant annet trukket fram at det å rette oppmerksomheten mot helsekompetanse, kan bidra til å sette pasienten i stand til å være medvirkende. Deltakerne pekte på viktigheten av å se ting i sammenheng og tenke synergier med andre kvalitetsforbedringsprosjekter. En av lederne uttrykte følgende:

Vi jobber med så mye forskjellige prosjekter..., sånn som det å ta imot nye på en god måte, og hvordan skal vi beholde de som jobber her og alt dette her, også snakker vi om gode pasientforløp. Det er så mye vi snakker om, om kommunesamarbeid og sånn, også ser jeg alt henger sammen med alt. Til syvende og sist, så er det liksom, hvis vi bare hadde blitt bedre der så hadde det og det og det også blitt bedre. Altså, det er liksom en viktig ting i hele bildet da.

Relevans

Både tematikken og indikatorene ble oppfattet som relevante både av ledere og ansatte. Enkelte indikatorer kunne imidlertid oppleves som bedre egnet for å kartlegge organisatorisk helsekompetanse i sykehus, enn i rehabiliteringsinstitusjoner eller på et kompetansesenter. Deltakerne opplevde at indikatorene viste til aktuelle problemstillinger som var tilknyttet temaer de hadde søkelyset på.

Deltaker fra en av ledergruppene i sykehus uttrykte følgende:

...det var veldig mye relevant, ...det gjennomsyrrer jo veldig mye av hverdagen vår da...

En annen uttrykte:

helsekompetanse er ganske høyt opp på lista av ting vi skal ha fokus på. Så tenker jeg jo at det ville være lurt av oss å jobbe så systematisk med det over tid og at kanskje vi trenger noe sånn at det er ganske omfattende..

Noen av indikatorene, spesielt indikatorer tilhørende standard 1 og 2, ble av ansatte tolket til å vise til et høyere nivå enn de kunne svare på (disse standardene inngikk i versjonen til ledergruppene og til ansattgruppene i sykehus). De opplevde at disse indikatorene tok opp temaer som de ikke hadde oversikt over, og at flere av indikatorene for disse standardene var mer egnet for ledelsen. En av deltakerne sa:

Begge de første så fikk jeg litt den følelsen det var spørsmål som var beregnet på et høyere nivå enn det jeg på en måte egentlig følte jeg hadde noe særlig god oversikt for å svare på da rett og slett.

Samtidig ble det trukket frem av de ansatte at det var viktig å involvere dem i slike undersøkelser da de jobber nærmest pasientene, samtidig som det ga innsikt i pågående prosesser de kanskje burde kjenne til.

Selv om deltakerne fra rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret opplevde tematikken og de fleste indikatorene som relevante, uttrykte de at enkelte indikatorer burde tilpasses det særegne tilbudet ved aktuell helseinstitusjon. Blant annet kunne eksemplene som ble trukket frem i indikatorene vært mer tilpasset den enkelte helseinstitusjonen. Noen av indikatorene opplevdes som urealistiske å oppnå for mindre helseinstitusjoner, som for eksempel indikatoren om døgnskuttetlig tilgang på personer som snakker andre språk enn norsk og engelsk.

Det ble også løftet frem i diskusjonene hvorvidt Standard 7 var relevant for å avgjøre hvorvidt en organisasjon er helsekompetansevennlig eller ikke, spesielt de indikatorene som omhandler hvorvidt organisasjonen formidler informasjon til de ansatte om livsstil og forebygging av kroniske helseutfordringer. Det ble diskutert hvorvidt dette skulle være organisasjonens ansvar, og i hvilken grad organisasjonen skulle involvere seg i de ansattes helsevalg. Det ble også diskutert hvorvidt standard 8 var relevant for rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret, siden disse i utgangspunktet har et annet opptaksområde enn lokalbefolkningen.

Nivå og funksjon

Deltakerne uttrykte en usikkerhet rundt hvilket nivå i organisasjonen som man skulle ta utgangspunkt i ved utfylling av kartleggingsverktøyet, og om vurderingene skulle være basert på grad av oppnåelse i hele organisasjonen eller i den enkelte avdeling eller enhet. Spesielt ved sykehusene, anså de at grad av oppnåelse av enkelte indikatorer kunne være avhengig av hvilken avdeling som var gjenstand for vurderingen. I tillegg opplevde deltakerne at man måtte kjenne organisasjonen relativt godt for å kunne vurdere graden av måloppnåelse for de ulike indikatorene. De mente at man derfor burde være oppmerksom på dette når man skulle rekruttere deltakere til slike vurderinger, og da rekruttere deltakere som hadde en viss erfaring og kjennskap til organisasjonen. Flere opplevde diskusjoner i gruppemøtene og fokusgruppeintervjuene som oppklarende og viktige for å kunne gjøre en best mulig kartlegging av organisatorisk helsekompetanse:

Det hadde vært interessant og tatt en gang til, for jeg er sikker på at det hadde blitt helt annerledes.

Videre anså deltakerne at svarene kunne påvirkes av hvilken stilling og funksjon man har:

Vi jobber jo veldig forskjellig, så da blir det jo at vi svarer mye forskjellig og, ut ifra hvilket ståsted vi har.

Deltakerne mente det er viktig å inkludere personer fra ulike avdelinger, og personer med ulik profesjonsbakgrunn, slik at hele organisasjonen er representert i slike vurderinger.

4.4.2 Hemmende faktorer

Omfang på kartleggingsverktøyet

Deltakerne ga uttrykk for at kartleggingsverktøyet var svært omfattende, vanskelig og tidkrevende å fylle ut. De uttrykte at det besto av veldig mange områder og detaljerte indikatorer. Det opplevdes litt voldsomt og nærmest sjokkartet for noen når man åpnet det og skjønnte omfanget:

Jeg ble veldig sånn overveldet når jeg åpnet det, og bare, oj det her var, dette var mye. Det var veldig voldsomt.

Språk

I tillegg til at det var mange påstander, pekte de fleste også på at språket var tungt og at kompliserte formuleringer gjorde det uklart hva noen indikatorer egentlig omhandlet:

Jeg måtte lese spørsmålet noen ganger, så måtte jeg lese det to og tre ganger før jeg riktig forsto hva de var ute etter.

Deltakerne påpekte at flere av indikatorene har en akademisk språkføring, og at flere av indikatorene inneholder ukjente begreper. Den vedlagte ordlisten som definerte noen sentrale begreper ble opplevd som nyttig, men språket påvirket likevel leservennligheten. Deltakerne uttrykte dessuten at mange av setningene var lange, at enkelte indikatorer spurte etter flere ting, og at noen indikatorer kunne tolkes på flere måter.

Tid

Omfanget på og språket i kartleggingsverktøyet gjorde at det var tidkrevende å fylle ut. Deltakerne uttrykte at de i hverdagen er presset på tid, og at slike kartlegginger krever at det settes av

tilstrekkelig tid. Det at man ikke var forberedt på omfanget og tiden det krevde, kunne gjøre at noen ble litt «overfladiske i lesingen», og at de ikke tok seg tid til å slå opp i dokumenter for å undersøke hvorvidt ulike perspektiver på organisatorisk helsekompetanse var inkludert i dokumentene. Andre pekte på viktigheten av å bruke tid:

hvis en skal sitte med det så må man egentlig, må bruke litt tid på det da.

Enkelte deltakere etterlyste informasjon i forkant om hvor lang tid utfyllingen av kartleggingsverktøyet tok. De uttrykte at de da hadde satt av mer tid og kunne gitt «bedre respons».

Helsekompetanse som ukjent begrep

For flere av deltakerne, spesielt i sykehus, var helsekompetanse et ukjent begrep. Enkelte hadde søkt på termen helsekompetanse i eget kvalitetssystem, uten å få noen treff. De hadde heller ikke funnet noen retningslinjer eller prosedyrer for hvordan helseinstitusjonen skal arbeide med organisatorisk helsekompetanse. Noen hadde også søkt på ordet helsekompetanse på Helsenorge.no, uten at de hadde funnet noe informasjon om begrepet der. Enkelte deltakere uttrykte at helsekompetanse ikke var en del av det daglige vokabularet, og at det dermed var vanskelig å ta stilling til enkelte indikatorer. En av deltakerne uttrykte det slik:

I og med at vi ikke har noe erfaring med, altså helsekompetanse er et ukjent begrep, så det blir..., hva skal en svare liksom? Man har liksom ingenting å henge det på.

Siden helsekompetanse for mange var lite kjent som begrep, ble begrepet helsekompetansevennlig organisasjon også vanskelig å forstå:

Ja, for det går ikke an å gjøre noe med selve ordet? Helsekompetansevennlig organisasjon, altså det blir litt sånn med spørsmålene, hva er det det egentlig betyr?

Flere vektla viktigheten av en orientering om eller innføring i begrepet i forkant av kartleggingen, og at begrepet generelt sett burde gjøres mer kjent. Deltakerne uttrykte imidlertid at overskriftene på standardene bidro til bedre å forstå hva organisatorisk helsekompetanse handler om.

Format på kartleggingsverktøyet

En annen hemmende faktor flere tok opp, var formatet for distribuering av kartleggingsverktøyet. To av helseinstitusjonene fikk kartleggingsverktøyet i Word-format, mens de tre andre fikk det i Excel-format. De som fikk kartleggingsverktøyet i Word-format opplevde at det ble mye scrolling, noe som gjorde at man mistet oversikten. Word-versjonen inneholdt dessuten en innledende tekst som orienterte om begrepene helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse, samt utviklingen av kartleggingsverktøyet. Deltakerne fra de to aktuelle institusjonene opplevde denne innledningen som veldig lang, og som en av dem sa:

ga en opplevelse av å bli møtt av en vegg av tekst.

Excel-versjonen ble noe bedre mottatt. Deltakerne satte pris på at det var ett ark for hver standard, og de uttrykte at det var relativt lett å finne frem i. Noen av deltakerne var imidlertid ikke vant til å bruke Excel, og de opplevde det som utfordrende å fylle ut kartleggingsverktøyet på denne måten. Generelt sett hadde deltakerne foretrukket en digital plattform for utfylling av kartleggingsverktøyet, og som også angir hvor langt man er kommet underveis i utfyllingen.

4.4.3 Forslag til nye delstandarder

Selv om kartleggingsverktøyet ble ansett å være relativt omfattende, var det perspektiver som deltakerne mente kunne være relevante å legge til for å kartlegge organisatorisk helsekompetanse. Blant annet savnet deltakerne indikatorer angående helsepersonells kompetanse om hvordan de kan tilpasse helseinformasjon til pasienters og pårørendes helsekompetanse, og hvordan kommunisere på en helsekompetansevennlig måte. Indikatorer som omhandler tverrfaglig samarbeid og samarbeid med andre tjenesteytere, og hvordan sikre at pasienten faktisk får videre anbefalt behandling, ble også etterlyst.

Leder: Hvordan skal det for pasienten bli en styrket helsekompetanse når du har så mye innputt fra flere fagpersoner? Hvordan greier organisasjonen å samkjøre sånne ting, det ville vært veldig interessant samfunnsmessig.

Deltakere fra sykehus etterlyste indikatorer angående innkallingsbrev og innkallingsbrev skrevet til språklige minoriteter.

5. Oppsummering og anbefalinger

Denne rapporten gir et bilde av erfaringer fra piloteringen av et kartleggingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse, utført ved fem helseinstitusjoner i Norge. Data ble samlet inn ved bruk av kartleggingsverktøyet *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (SAT-OHL-Hos)*, ved bruk av gruppemøter, gjennom fokusgruppeintervjuer med representanter fra ledelsen ved hver enkelt institusjon, og gjennom fokusgrupper med representanter for ansatte ved hver enkelt institusjon. Resultatene fra denne gjennomførbarhetsstudien gir grunnlag for å videreutvikle kartleggingsverktøyet, men også igangsette tiltak for å videreutvikle helseinstitusjoner til å bli mer helsekompetansevennlige. I tillegg vil resultatene gi et grunnlag for forbedringsarbeid og kvalitetssikring i de fem deltakende helseinstitusjonene.

Temaene knyttet til faktorer som virker hemmende på bruken av kartleggingsverktøyet, bør tas hensyn til i den videre utviklingen av verktøyet. Det bør prioriteres å redusere omfanget gjennom å redusere antallet indikatorer eller påstander som respondentene skal vurdere. Det er også behov for å forenkle språket og presisere innholdet i enkelte indikatorer. Slik ordlyden for enkelte indikatorer er i dag, kan det gi rom for tolkninger, hvilket kan ha innvirkning på påliteligheten til svarene. I tillegg er det behov for en diskusjon rundt hva som skal være sentrale standarder og indikatorer for organisatorisk helsekompetanse i norsk helsevesen, og om alle indikatorer eller målsettingene i SAT-OHL-Hos er realistisk å oppnå. For eksempel om det er realistisk at helseinstitusjoner tilbyr kommunikasjon på polsk, urdu eller somali når man ringer til dem (Indikator 4.1.8).

For flere av deltakerne (spesielt i sykehus) var helsekompetanse fortsatt et relativt ukjent begrep. For å lykkes med fremtidig bruk av kartleggingsverktøyet er det nødvendig med informasjon om helsekompetanse, hva det handler om og hvorfor det er viktig, slik at begrepet er kjent på forhånd. I forbindelse med prosjektet tilbød vi en workshop for deltakerne hvor begrepene helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse ble presentert, og det ble orientert om formålet med undersøkelsen og hvordan deltakerne skulle fylle ut kartleggingsverktøyet. Denne workshopen ble høyt verdsatt av deltakerne. Likevel var det flere som var usikre på hva helsekompetanse dreide seg om da de skulle fylle ut kartleggingsverktøyet. Deltakerne mente imidlertid at gruppemøtene hadde vært nyttige og oppklarende.

Flere deltakere uttrykte usikkerhet om hvilket nivå i organisasjonen som kartleggingen gjaldt, om vurderingen skulle være på avdelingsnivå eller reflektere organisasjonen som helhet. Deltakerne uttrykte at hvilket nivå i organisasjonen kartlegging gjaldt, ville påvirke svarene, siden noen av indikatorer kunne ansees å være innfridd på avdelingsnivå, men ikke for hele organisasjonen. Hvilket nivå i organisasjonen som kartleggingen av organisatorisk helsekompetanse skal gjelde for, bør derfor tydeliggjøres i fremtidige revideringer og videre pilotering.

Det ble diskutert fordeler og ulemper ved å samle representanter for ansatte og for ledergruppen i samme gruppemøte for å diskutere verktøyet. Fordelen med å være i samme gruppe er at ledelsen og ansatte har kjennskap til ulike prosesser, der ledelsen kjenner mer til prosesser på organisasjonsnivået, mens de ansatte har bedre oversikt over hva som daglig utføres overfor pasientene. Dersom ansatte og ledelsen er i samme gruppe, kan man utfylle hverandre når man diskuterer indikatorer, og en kan få bedre innsikt i ulike prosesser fra hverandres perspektiv. På en annen side kom det frem at dersom ledelsen og ansatte var i samme gruppe, kunne dette påvirke svarene fra de ansatte.

I dette pilotprosjektet ble kartleggingsverktøyet først administrert i Word-format (to helseinstitusjoner) for så etter dialog med M-POHL å gå over til Excel-format. Deltakerne erfarte at Word-formatet var relativt uhåndterlig. Selv om Excel-formatet fungerte bedre, ble et enklere

nettskjema etterlyst til bruk på ulike digitale enheter (pc, nettbrett, mobil). Digital administrering vil også forenkle innlegging av lenker i kartleggingsverktøyet. Det ble også uttrykt et ønske om mer visuell fremstilling av svaralternativene.

For å ta i bruk verktøyet, er det avgjørende at prosessen er forankret i ledelsen. Formålet med bruken av kartleggingsverktøyet og hva resultatene brukes til, må være tydelig. Flere av deltakerne uttrykte at indikatorene kan være relevante for kvalitetsforbedring og at (deler av) kartleggingsverktøyet kan inngå i eksisterende kvalitetssystemer. Det kan også være aktuelt å videreutvikle kartleggingsverktøyet til et rapporteringsverktøy. Som en av deltakerne sa:

Vi liker å være gode på ting vi skal rapportere på.

Deltakerne mente at det i en slik kartlegging er viktig å fokusere både på prosess og resultat. For å vurdere graden av måloppnåelse for ulike indikatorer, vil det være aktuelt å inkludere ledelse og ansatte for å få kunnskap både om tematikken er inkludert i eksisterende systemer og retningslinjer, samt hvorvidt dette er kjent i organisasjonen.

Videre bør det diskuteres hvem som skal stå bak kartlegging av organisatorisk helsekompetanse, om det er noe som myndighetene skal bruke som en kvalitetsrapportering, eller om helseinstitusjonene selv skal bruke kartleggingsverktøyet som et hjelpemiddel for internt å arbeide med organisatorisk helsekompetanse. Siden kartleggingsverktøyet er såpass omfattende, bør helseinstitusjoner ved internt bruk kunne trinnvis velge ut standarder som de anser som sentrale for helseinstitusjonen. Når helseinstitusjonen anser en aktuell standard som oppnådd, kan de velge å arbeide videre med måloppnåelse av andre standarder de tolker som forbedringsområder.

Hensikten med dette prosjektet har først og fremst vært å pilotere kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos, og identifisere mulige faktorer som kan fremme eller hemme fremtidig bruk av kartleggingsverktøyet. Sekundært har vi også fått innsikt i bevarings- og forbedringsområder for organisatorisk helsekompetanse i hver av de fem deltakende helseinstitusjonene. Resultatene tyder på at det gjøres mye når det gjelder helsekompetanse i direkte pasientkontakt, men at det mangler strukturer, prosesser, retningslinjer og prosedyrer for helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse. Vi observerte at rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret hadde flere bevaringsområder enn sykehusene. Ut fra det vi kjenner til, har rehabiliteringsinstitusjonene og kompetansesenteret hatt interne prosjekter om helsekompetanse over en tid, og det kan muligens forklare forskjellene. Dessuten er disse helseinstitusjonene mindre enn sykehusene, med færre pasienter, færre ansatte og kortere vei fra ansatte til toppledelsen. I arbeidet med å gjøre sykehusene mer helsekompetansevennlige, kan det være aktuelt å starte arbeidet med å forbedre organisatorisk helsekompetanse i utvalgte divisjoner, avdelinger eller geografiske lokasjoner før det bredes ut i større deler av eller i hele organisasjonen.

6. Konklusjoner og mulige implikasjoner

Rapporten peker på enkelte forbedringspunkter og utviklingsmuligheter som potensielt kan påvirke utformingen av tiltak for å forbedre organisatorisk helsekompetanse i helsetjenesten. Dette kan ha betydning for arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer, nasjonale folkehelsesatsninger, samt implementering av nasjonal helse- og sykehusplan og den kommende nasjonal helse- og samhandlingsplanen.

Resultater fra piloteringen viser at kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos består av aktuelle og relevante indikatorer, som kan ligge til grunn for arbeid med kvalitetssikring og iverksetting av forbedringstiltak for å gjøre helseinstitusjoner mer helsekompetansevennlige. Det anbefales en videreutvikling av verktøyet med nasjonale og lokale tilpasninger, slik at tiltak best mulig treffer institusjonenes virksomhets- og kjerneområder. Et slikt verktøy gjør helseinstitusjoner i stand til å foreta en systematisk egenevaluering av organisatorisk helsekompetanse i egen virksomhet og identifisere bevarings- og forbedringsområder. Denne innsikten kan brukes videre i strategiske prosesser og danne grunnlaget for å planlegge, utvikle, prioritere og implementere tiltak for å bli mer helsekompetansevennlig. Kartleggingsverktøyet kan senere anvendes for å evaluere tiltakene og vurdere egen måloppnåelse for organisatorisk helsekompetanse. Gjennom et strategisk og systematisk arbeid med organisatorisk helsekompetanse, kan helseinstitusjoner bidra til å sette standarder for god praksis knyttet til likeverdige helse- og omsorgstjenester, både nasjonalt og internasjonalt.

Det er behov for sentrale og nasjonale føringer knyttet til arbeidet med organisatorisk helsekompetanse i Norge. God nasjonal faglig veiledning for innføring av et slikt systematisk arbeid, tilgjengelig teknisk og faglig støtte, relevante rapporteringskrav, og synliggjøring av synergier med arbeid knyttet til pasientsikkerhet og annen kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, vil være viktige faktorer for vellykket implementering av helsekompetansevennlige helsetjenester.

Kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos bygger på åtte standarder for organisatorisk helsekompetanse, som er operasjonalisert gjennom en rekke indikatorer. Disse indikatorene spiller i stor grad de seks kvalitetsdimensjonene for arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for helse- og omsorgstjenesten. Funn fra dette prosjektet støtter anbefalinger om å utrede muligheter for å utvikle og inkludere kvalitetsindikatorer for helsekompetansevennlige helsetjenester i eksisterende datakilder og gjennom kobling og analyser av data fra helseregistre, slik som Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), kvalitetssystemer i de ulike helseinstitusjonene (f.eks. EQS). Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem kan dermed vurderes brukt som en strategisk og praktisk informasjonsplattform for nasjonale og regionale helsemyndigheter til å følge med på, og derigjennom følge opp, helsetjenestens grad av måloppnåelse for organisatorisk helsekompetanse. God måloppnåelse av organisatorisk helsekompetanse bidrar til bedre oppnåelse av likeverdige helsetjenester av god kvalitet, og vil gjennom dette bidra til å redusere sosialt skapte helseforskjeller i befolkningen.

Det anbefales videre å kartlegge befolkningens helsekompetanse i tidsintervaller, som inkluderer innhenting av karakteristisk informasjon for de ulike opptaksområdene hvor det er iverksatt tiltak for å forbedre organisatorisk helsekompetanse. Gjennom dette kan nasjonale og regionale helsemyndigheter følge med på om iverksatte tiltak har gitt effekt gjennom observerte endringer i befolkningens helsekompetanse.

Litteraturliste

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bernhardt, J. M., Brownfield, E. D. & Parker, R. (2005). Understanding Health Literacy. I J. G. Schwartzberg, J. B. VanGeest & C. C. Wang (Red.), *Understanding Health Literacy: Implications for Medicine and Public Health*. American Medical Association.
- Bostock, S. & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ: British Medical Journal*, 344:e1602.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J. & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *Institute of Medicine of the National Academies*.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Dietscher, C. & Pelikan, J. M. (2017). Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Selfassessment of organizational Health Literacy in Hospitals. I D. Schaeffer & J. M. Pelikan (Red.), *Health Literacy, Forschungsstand und Perspektiven* (s. 303-313). Hogrefe.
- Fernandez, D. M., Larson, J. L. & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. (Report). *BMC Public Health*, 16(1), 596. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3267-7>
- Giangregorio, L. M. & Thabane, L. (2015). Pilot studies and feasibility studies for complex interventions. I D. A. Richards & I. R. Hallberg (Red.), *Complex Interventions in Health* (s. 127-135). Routledge.
- Harkness, J. A. (2003). I J. A. Harkness, F. J. Van de Vijver & P. P. Mohler (Red.), *Cross-cultural survey methods* (s. 35-56). Wiley-Interscience.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (IS-nr: 2620). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten* (IS-nr: 2690). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021). *Helsekompetanse*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Helsedirektoratet. (2023). *Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) - årsrapport 2022*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-nki-arsrapport-2022>
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Dardenne, N. & Rademakers, J. (2021). The Vienna self-assessment questionnaire: a usable tool towards more health-literate hospitals? Explorative case studies in three hospitals in Belgium. *BMC health services research*, 21(1), 1-12.
- International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO). (2019). *International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals - SAT-OHL-Hos-v1.0-EN-*

- international*. Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH).
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. & Tsouros, A. D. (Red.). (2013). *Health literacy. The solid facts*. WHO Regional Office for Europe.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- Kowalski, C., Lee, S.-Y. D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M. A., Pfaff, H. & Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC health services research*, 15(1), 1-9.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del 1. The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19)* (Rapport IS-2959). Helsedirektoratet.
- Mantwill, S., Monestel-Umaña, S. & Schulz, P. J. (2015). The relationship between health literacy and health disparities: a systematic review. *PLoS One*, 10(12), e0145455.
- McKenna, V. B., Sixsmith, J. & Barry, M. M. (2017). The relevance of context in understanding health literacy skills: Findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 20(5), 1049-1060.
- Meld. St. 7 (2019 –2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan, 2020 – 2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 34. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste -Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- OECD. (u.å.). *Healthcare Quality and Outcomes Indicators*. Hentet 2. juli 2023 fra
<https://www.oecd.org/health/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>
- Parker, R. M. (2009). *Measuring health literacy: What? So what? Now what*. Measures of health literacy: Workshop summary,
<https://europepmc.org/books/n/nap12690/ch6/?extid=20845551&src=med>
- Pelikan, J. M. (2019). Health-literate healthcare organisations. I O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Red.), *International Handbook of Health Literacy - Research, practice and policy across the lifespan* (s. 539-553). Policy Press.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M., Gregory, W. & Cull, A. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347(9003), 724-728.
- Richards, D. A. & Rahm Hallberg, I. (2015). *Complex Interventions in Health: An overview of research methods*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203794982>
- Sørensen, K. (2019). Defining health literacy: Exploring differences and commonalities. I O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Red.), *International Handbook of Health Literacy - Research, practice and policy across the lifespan* (s. 5-20). Policy Press.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H. & Consortium, H.-E. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Trezona, A., Levin-Zamir, D., Kosir, U., Nutbeam, D. & Organization, W. H. (2019). Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy. *Public health panorama*, 5(2-3), 259-263.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphinee, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smee, S., Blackmore, D., Winslade, N. & Girard, N. (2007). Physician scores on a national clinical skills

- examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA*, 298(9), 993-1001.
- The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International Report on the methodology, results and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Austrian National Public Health Institute.
- Trezona, A., Dodson, S., Fitzsimon, E., LaMontagne, A. D. & Osborne, R. H. (2020). Field-Testing and Refinement of the Organisational Health Literacy Responsiveness Self-Assessment (Org-HLR) Tool and Process. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1000.
- Trezona, A., Dodson, S. & Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC health services research*, 18(1), 1-10.
- United Nations Economic Social Council. (2010). Health literacy and the Millennium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) regional meeting background paper (abstracted). *Journal of health communication*, 15(S2), 211-223.
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R. & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(10), 1032-1038. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>

Vedlegg

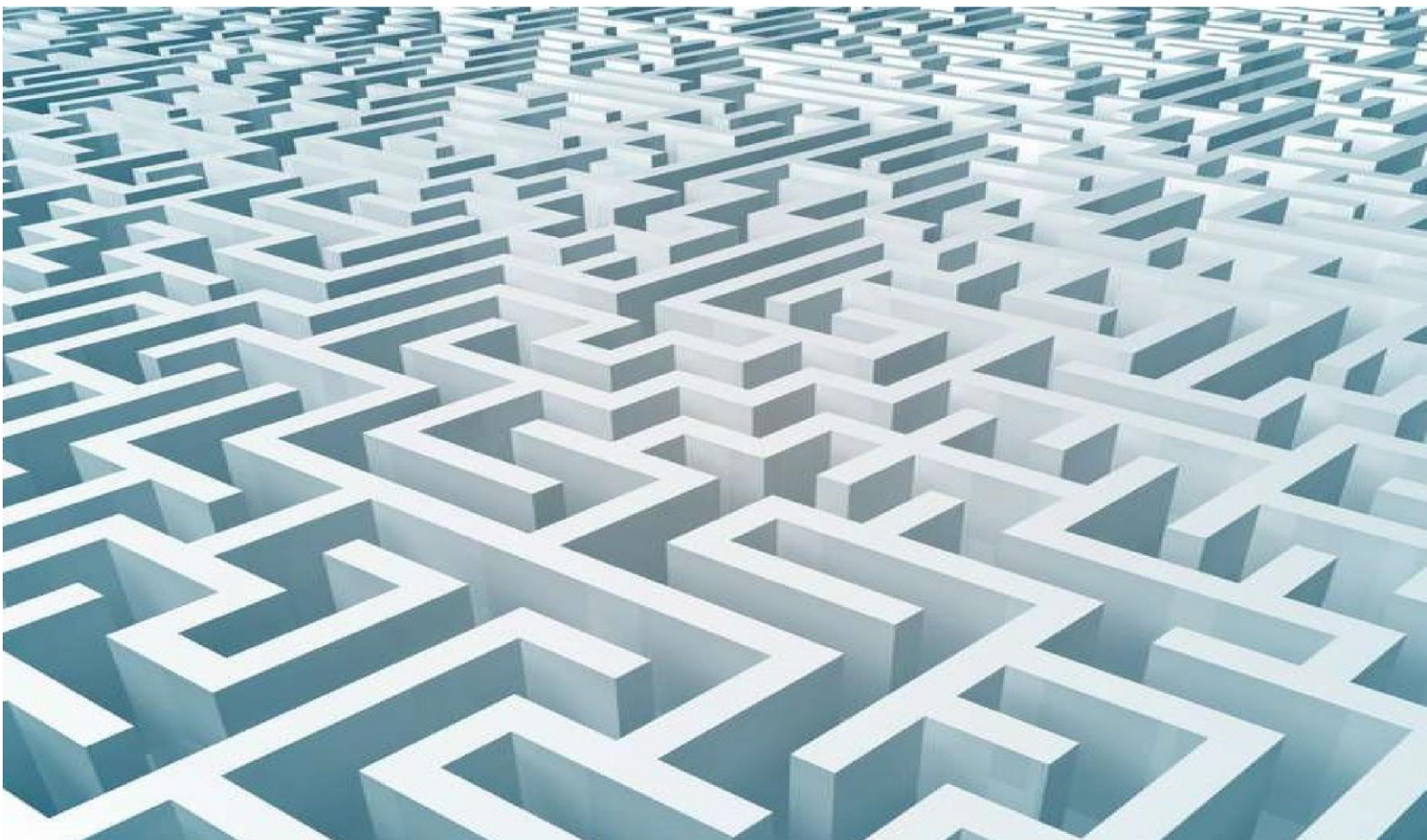
Vedlegg 1. *Helsekompetansevennlige helsetjenester, norsk versjon av: International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos) SAT-OHL-Hos-v1.1-NO-norsk*

Helsekompetansevennlige helsetjenester

norsk versjon av:

International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos)

SAT-OHL-Hos-v1.1-NO-norsk



Versjon 1.1, desember 2019 med oppdatering februar 2021

Versjon 2.1, april 2022, norsk versjon

Eier og utgiver av norsk versjon: Helsedirektoratet

Øversetting og tilpasning til norsk utført av: Christopher Le (Helsedirektoratet), Hanne Søbereg Finbråten (Høgskolen i Innlandet), Øystein Guttersrud (Universitetet i Oslo), Ragnhild Storstein Spilker (Folkehelseinstituttet)

Eier og utgiver av opprinnelig engelsk versjon: International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO), WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH), c/o Gesundheit Österreich GmbH / Austrian Public Health Institute, Stubenring 6, 1010 Wien, Østerrike. Nettside: goeg.at/CC_HPH

Takk til de medlemmene av HPH & HLO som deltok i utviklingen av det opprinnelige måleverktøyet: Pietro del Giudice (Italia), Gilles Henrard (Belgia), Eva Leuprecht (Østerrike), Diane Levin-Zamir (Israel), Peter Nowak (Østerrike), Jürgen M. Pelikan (Østerrike), Christoph Schmotzer (Østerrike), Ragnhild Storstein Spilker (Norge), Dominique Vogt (Sveits) og Ying-Wei Wang (Taiwan).

Takk til medlemmene av arbeidsgruppen HPH & HLO som har bidratt i utviklingen av det opprinnelige måleverktøyet: Pietro del Giudice (Italia), Christina Dietscher (Østerrike), Sally Fawkes (Australia), Kjersti Fløtten (Norge), Oana Gröne (Tyskland), Jörg Haslbeck (Sveits)*, Gilles Henrard (Belgia), Jack Jin-Ding Lin (Taiwan), Maureen Johnson (Australia)*, Kai Kolpatzik (Tyskland), Eva Leuprecht (Østerrike)*, Valerie Lahaie (Canada), Diane Levin-Zamir (Israel), Peter Nowak (Østerrike), Jürgen M. Pelikan (Østerrike), Christa Rustler (Tyskland), Christoph Schmotzer (Østerrike), Yuki Seidler (Østerrike)*, Kristine Sorenson (Danmark), Ragnhild Storstein Spilker (Norge), Alena Steflava (Tsjekkia), Dominique Vogt (Sveits) og Ying-Wei Wang (Taiwan).

*tidligere medlem av WG HPH & HLO

Dokumentet ble opprinnelig utviklet i samarbeid med WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare i Wien, og med støtte fra det østerrikske helsedepartementet.

Foreslått referanse:

Helsedirektoratet (2022). Helsekompetansevennlige helsetjenester, norsk versjon av: International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos), SAT-OHL-Hos-v1.1-NO-norsk.

Original versjon:

International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO) (2019). International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (OHL-Hos). Vienna: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (WHO-CC-HPH)).

Innhold

Introduksjon	4
Bakgrunn.....	7
Hva er helsekompetanse, og hva er en helsekompetansevennlig organisasjon?	7
Hvordan kan egenvurderingsverktøyet brukes til å utvikle helseorganisasjoner til å bli helsekompetansevennlige?	8
Oversikt over standardene knyttet til interessenter og virkeområder (domener) i helseorganisasjoner	10
Åtte standarder for vurdering av helsekompetanse (responsivitet) i en helseorganisasjon	11
Instruksjoner for bruk av egenvurderingsverktøyet.....	14
Standard 1: Organisasjonen implementerer beste praksis for organisatorisk helsekompetanse i alle strukturer og prosesser.....	21
Standard 2: Organisasjonen utvikler dokumenter, materialer og tjenester i aktivt samarbeid med interessenter.....	27
Standard 3: Organisasjonen gir ansatte opplæring om individuell og organisatorisk helsekompetanse, og gjør de i stand til å anvende dette i praksis.	30
Standard 4: Organisasjonen legger til rette for enkel navigering og tilgang til tjenester, dokumenter og materiell.	34
Standard 5: Organisasjonen anvender beste praksis for helsekompetanse i alle former for kommunikasjon med pasienter og brukere.....	44
Standard 6: Organisasjonen styrker helsekompetanse hos pasienter og pårørende under sykehusopphold og etter utskrivning.....	56
Standard 7: Organisasjonen styrker helsekompetansen hos de ansatte med hensyn til arbeidsrelaterte risikoer og personlig livsstil.	62
Standard 8: Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen og formidle kunnskap om organisatorisk helsekompetanse i opptaksområdet.	65
Ordliste.....	69
Vedlegg 1: Handlingsplan – Prioriteringer for utvikling av organisatorisk helsekompetanse.....	73
Referanser	74

Introduksjon

Forskning og tjenesteutvikling som er relatert til helsekompetanse, vektlegger gjerne samspillet mellom individets helsekompetanse og tjenestens og systemets forventninger og kompleksitet. Helsekompetanse kan dermed forstås som et relasjonelt begrep (Kwan et al. 2006, Parker 2009, Rudd & Anderson 2006) der individets mestring av situasjonen avhenger av individets kunnskaper og ferdigheter sett i lys av aktuell kontekst. Dette samspillet mellom individets helsekompetanse og kompleksiteten i helsesystemene er nå godt kjent (Brach et al. 2012, DeWalt et al. 2013, Kickbusch et al. 2013, Koh et al. 2013), og ulike begreper brukes for å beskrive samspillet (Megetto et al. 2017, Farmanova et al. 2018). Eksempler på slike begreper er «health literate healthcare organizations» (HLHCO) (Brach et al. 2012), «health literacy friendly settings» (Kickbusch et al. 2013), «organizational health literacy responsiveness» (Org-HLR) (Trezona et al. 2017) og «organizational health literacy» (OHL). Det sistnevnte begrepet kan oversettes til «organisatorisk helsekompetanse». Folkehelsevitere, forskere og beslutningstakere foreslår å rette oppmerksomheten mot faktorer på systemnivået som typisk påvirker samspillet (Brach 2017, Trezona et al. 2017, 2018, Pelikan 2019). Helseorganisasjoner bør derfor, gjennom organisasjonsutvikling eller endringsledelse, bli mer «helsekompetansevennlige».

I kjølvannet av dette skiftet, der fokuset endres fra individet og over på organisasjonen, definerte en arbeidsgruppe ved *Institute of Medicine of the National Academies* ti kjennetegn på eller egenskaper ved (Ten attributes; Brach et al. 2012) såkalte «helsekompetansevennlige helseorganisasjoner». Dette er organisasjoner som gjør det enklere for folk å finne frem i, forstå og bruke informasjon og helsetjenester (Brach et al. 2012). På grunnlag av de “ti egenskapene”, har det blitt utviklet ulike instrumenter og vurderingsverktøy for OHL. Det første egenrederingsverktøyet for sykehus, som hadde et helhetlig perspektiv på OHL, ble utviklet, pilotert og validert i 2014–2015 av et team fra Østerrike (Dietscher et al. 2015, 2017, Dietscher & Pelikan 2016, Pelikan & Dietscher 2015, Pelikan 2019).¹

Det såkalte «Vienna Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations» (V-HLO), som bygger på HLS-EU-konsortiets definisjon av helsekompetanse (Sørensen et al. 2012), legger til grunn en utvidet tolkning av

¹ Vienna WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (WHO-CC-HPH) utviklet, i samarbeid med Austrian Network of Health Promoting Hospitals and Healthcare Institutions (ONGKG), «Vienna Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organizations» (V-HLO), og de piloterte et tilhørende egenrederingsverktøy

begrepet. Organisatorisk helsekompetanse ble, ved å bruke en bestemt prosedyre for utvikling av standarder (International Society for Quality in Healthcare, 2007), tettere og mer eksplisitt knyttet opp mot kvalitetsstyring. Videre knyttet V-HLO begrepet HLHCO mer eksplisitt opp mot helsefremmende arbeid, og da særlig gjennom metoden med kontekstspesifikke tilnærminger, som ble utviklet for helsefremmende sykehus (Health Promoting Hospitals) (Pelikan et al. 2005).

Som et alternativ til listen med ti kjennetegn, ble det laget en tabell (matrise) som inkluderer de tre interessentene pasienter, ansatte i organisasjonen og befolkningen i opptaksområdet. OHL er også knyttet til bruk av, opphold i eller arbeid på sykehuset, sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid (se tabell 1).

Da endringer for å styrke OHL kan kreve betydelig omstilling i organisasjonen og dens praksiser og prosesser, brukte Wien-gruppa ideer fra kvalitetsforbedring, organisasjonsendring og utvikling som grunnlag for utviklingen av matrisen og egenvurderingsverktøyet. Med utgangspunkt i den nevnte matrisen, ble det utviklet ni standarder med 22 delstandarder operasjonalisert gjennom 160 påstander (målbare indikatorer). Disse er basert på indikatorer som allerede var tatt i bruk i USA, og de dannet grunnlaget for et egenvurderingsverktøy. Verktøyet ble pilotert på ni sykehus i Østerrike, og revisjoner resulterte i bedre begrepsbruk og fornuftigere kategorier (Dietscher & Pelikan 2017).

I 2016 ble en internasjonal arbeidsgruppe for «helsefremmende sykehus og helsekompetansevennlige organisasjoner» (Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (HPH & HLO)) nedsatt av nettverket *Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH)*. Arbeidsgruppas første oppgave var å tilpasse og oversette verktøyet og indikatorer for bruk i ulike helsekontekster, og arbeidet var basert på V-HLO om helsekompetansevennlige helseorganisasjoner samt oppdatert kunnskap om overvåking, standardsetting og videreutvikling av OHL i helsevesenet. Forskere innenfor OHL fra 11 land (Australia, Belgia, Canada, Danmark, Israel, Italia, Norge, Sveits, Taiwan, Tyskland og Østerrike) samarbeidet på ulike arenaer og plattformer, slik som HPH-konferanser og virtuelle møter. Verktøyet ble oversatt fra tysk til engelsk, og deretter til fransk (Henrard et al., 2019), italiensk og mandarin med påfølgende pilotering.

På grunnlag av erfaringer fra piloteringen, utviklet arbeidsgruppen en endelig versjon av egenvurderingsverktøyet. Formuleringene av standardene, delstandardene og

indikatorene ble forbedret, og det ble lagt til flere indikatorer. I tillegg ble antallet standarder redusert fra ni til åtte (jf. tabell 1).

Det reviderte verktøyet ble presentert på den 27. internasjonale HPH-konferansen i Warszawa 31. mai 2019, hvor det også ble lagt planer for oversetting, pilotering og validering av verktøyet. Før siste redigering, ble verktøyet oppdatert på grunnlag av resultater fra ny forskning i internasjonale publikasjoner.

Bakgrunn

Mange pasienter og brukere av helsetjenester har begrenset helsekompetanse (HLS-EU consortium 2012, Le et al. 2021a, Le et al. 2021b, The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL 2021, Pelikan & Ganahl 2017, Pelikan et al 2019, Sørensen et al 2015). Helsekompetanse er relevant for helsetjenestene fordi det er sammenheng mellom helsekompetanse og bruk av tjenester og behandlingsresultat. Sammenliknet med personer som har høy helsekompetanse, har personer med lavere helsekompetanse svakere kunnskaper om egne helseproblemer og behandlingen av disse, de rapporterer dårligere generell helse, og de har økt risiko for sykehusinnleggelse (Berkman et al. 2011, Herndon et al. 2011, Wolf et al. 2005, Tokuda et al. 2009). Forskning viser også sammenheng mellom helsekompetanse og oppmøte til timeavtaler, deltakelse i beslutningstaking angående egen helse, oppfølging av anbefalt behandling, generell helsefremmende atferd og samarbeid med forebyggende tjenester (Institute of Medicine 2004, Ishikawa et al. 2008, Van der Heide et al. 2014). Ulike sosiale grupper har ulik helsekompetanse, og dette bidrar til sosiale ulikheter i helse. Helsekompetanse er videre knyttet til livsstil, indikatorer på helsestatus og bruk av helsetjenester (HLS-EU Consortium 2012, Sørensen et al. 2015, Lewin-Zamir et al. 2016, Pelikan & Ganahl 2017, Pelikan et al. 2019).

Hva er helsekompetanse, og hva er en helsekompetansevennlig organisasjon?

Helsekompetanse som begrep er fortsatt under utvikling, med en rekke ulike definisjoner og et økende antall instrumenter for å måle dette. Definisjonen av og modellen for helsekompetanse, som ble foreslått i konsortiet for HLS-EU-studien (Sørensen et al. 2012), er en integrert og helhetlig definisjon basert på eksisterende definisjoner og modeller: *«Helsekompetanse er knyttet til informasjonskompetanse og handler om individers kunnskap, motivasjon og kompetanse når det gjelder å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta beslutninger i hverdagen innenfor bruk av helsetjenester, i sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten i et livsløpsperspektiv»* (Sørensen et al. 2012). Denne definisjonen har ikke bare vært brukt av Health Literacy Europe (HLS-EU) og i en rekke påfølgende undersøkelser, men også i WHO's *Health literacy: the solid facts* (Kickbusch et al. 2013). Derfor anvendte V-HLO denne definisjonen for individuell helsekompetanse.

Når det gjelder helsekompetansevennlige helseorganisasjoner, ble behovet for å redusere kompleksiteten i helsesystemer og forbedre måtene helseorganisasjoner gir ut informasjon og leverer tjenester på, først understreket av Institute of Medicine (IOM, USA) i deres rapport fra 2004 med tittelen «*Health Literacy: a prescription to end confusion*» (Institute of Medicine 2004) og endelig i deres rapport fra 2012 (Brach et al. 2012). Ifølge denne rapporten er «*en helsekompetansevennlig organisasjon en organisasjon som hjelper personer med lav helsekompetanse med å finne frem i, forstå og bruke informasjon og tjenester for å ivareta sin egen helse*».

Konseptet 'organisatorisk helsekompetanse' tar til orde for en tilnærming med universelle forholdsregler der helsevesenet har som utgangspunkt at alle pasientene kan ha lav helsekompetanse, og at tjenestene derfor må struktureres på måter som reduserer kompleksitet og barrierer for allmenn tilgang (DeWalt et al. 2010). Konseptet fremhever ansvaret helseorganisasjonene har for å møte personer med ulike behov og preferanser for tilpasning av helseinformasjon ut fra deres nivå av helsekompetanse (Altin et al. 2015b, Parker 2009, Rudd 2003, Trezona et al. 2017). Forskning viser at den organisatoriske tilnærmingen med å fokusere på pasientenes informasjonsbehov er en effektiv strategi for å forbedre både pasientutfall og kvaliteten på helsetjenestene (Campbell 2004, Ferreira 2005, Jack et al. 2009, Wolf et al. 2011). Forskningen på implementering av konsepter og retningslinjer for organisatorisk helsekompetanse samt vanlige barrierer (eller fasilitatorer) for implementering har blitt oppsummert av ulike forfattere (Brach 2017, Farmanova et al. 2018, Lloyd et al. 2018, Pelikan 2019, Kaper et al. 2019). Videre, som Brach (2017) hevdet for USA, Lloyd et al. (2018) for Australia og Pelikan og Dietscher (2015a) for Østerrike: for at en vellykket implementering på organisatorisk mesonivå skal være mulig, er det viktig å ha tilstrekkelig støtte i helsepolicyer på et samfunnsmessig makronivå; hvilket det finnes ulike nasjonale eksempler på (f.eks. for Australia, New Zealand, USA og Østerrike). Et middel for å oppnå dette er å inkludere standarder for eller indikatorer på organisatorisk helsekompetanse i akkrediteringssystemene for helsetjenestene (Megetto et al., 2017).

Hvordan kan egenvurderingsverktøyet brukes til å utvikle helseorganisasjoner til å bli helsekompetansevennlige?

Dette egenvurderingsverktøyet er et instrument som gjør det mulig å fastsette en prosedyre for egenvurdering og diagnostisering av den faktiske statusen for organisatorisk helsekompetanse i et sykehus eller annen helseorganisasjon, som kan brukes som et grunnlag for å velge ut, justere og implementere tiltak for å forbedre organisatorisk helsekompetanse. Verktøyet er omfattende, men samtidig delt inn i

moduler. Dermed kan det både brukes til å gjennomføre en helhetlig totalvurdering, eller for å evaluere spesifikke utvalgte aspekter ved organisatorisk helsekompetanse. Det er et verktøy for å initiere og overvåke organisatoriske endringer, stimulere til debatt og refleksjon og utarbeide strategier for å eliminere barrierer for, og forbedre helsekompetansen i organisasjonen. Når det gjelder implementeringstiltak, er det utviklet, testet og samlet inn en rekke intervensjonsverktøy og -konsepter for initiering av endringer på systemnivå knyttet til organisatorisk helsekompetanse i helseorganisasjoner (Abrams et al. 2014, et al. 2015, Dietscher et al. 2015, DeWalt et al. 2010 / Brega et al. 2015 [1./2. utgave], Centers for Disease Control and Prevention (u.å.), Kickbusch et al. 2013, Rudd & Anderson 2006, WHCA Action Guide 2009 [Del 1 og 2]).

Egenvurderingsverktøyet er designet for å være til hjelp for konsernsjefer, administrerende direktører, programdirektører, personell innenfor kvalitetsledelse/personalutvikling og helsepromotører i helseorganisasjoner (sykehus) som skal vurdere, evaluere og forbedre organisasjonens responsivitet innenfor helsekompetanse, for å kunne levere et bedre tilbud for pasienter, ansatte og lokalbefolkningen.

Dette verktøyet kan være til hjelp både for organisasjoner med lite eller ingen erfaring med å jobbe med organisatorisk helsekompetanse, og organisasjoner som allerede er engasjert i å forbedre responsiviteten på dette feltet.

Oversikt over standardene knyttet til interessenter og virkeområder (domener) i helseorganisasjoner

Matrisen nedenfor (Tabell 1) gir en oversikt over hvordan de åtte standardene adresserer de tre viktigste interessentene og de fire domene iht. Wien HLO-modellen (Dietscher, Pelikan 2017).

Tabell 1: Fordeling av de åtte standardene for OHL-Hos (Internasjonalt egenvurderingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse (responsivitet) i sykehus / International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals).

Interessenter Domene (virkeområde)	Pasienter	Ansatte	Lokalsamfunnet	Organisasjons- strukturer og prosesser
Domene 1 Tilgang til, opphold på og arbeid i helse- organisasjonen	Standard 4: Organisasjonen legger til rette for enkel navigering og tilgang til tjenester, dokumenter og materiell.			Standard 1: Organisasjonen implementerer beste praksis for organisatorisk helsekompetanse i alle strukturer og prosesser. Standard 2: Organisasjonen utvikler dokumenter, materialer og tjenester i aktivt samarbeid med interessenter.
Domene 2 Diagnoser, behandling og pleie	Standard 5: Organisasjonen anvender beste praksis for helsekompetanse i alle former for kommunikasjon med pasienter og brukere.	Standard 3: Organisasjonen gir ansatte opplæring om individuell og organisatorisk helsekompetanse, og gjør dem i stand til å anvende dette i praksis.	Standard 8: Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen og formidler kunnskap om organisatorisk helsekompetanse i opptaksområdet.	
Domene 3: Sykdomshånd- tering og forebygging	Standard 6: Organisasjonen styrker helsekompetanse hos pasienter og pårørende under sykehusopphold og etter utskrivning.	Standard 7: Organisasjonen styrker helsekompetansen hos de ansatte med hensyn til arbeidsrelaterte risikoer og personlig livsstil.		
Domene 4: Utvikling av en sunn livsstil				

Åtte standarder for vurdering av helsekompetanse (responsivitet) i en helseorganisasjon

Egenvurderingsinstrumentet er strukturert i 8 standarder, 21 delstandarder og 155 indikatorer.

Tabell 2: Standarder og delstandarder for OHL–Hos (Internasjonalt egenvurderingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse (responsivitet) i sykehus / International Self–Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals).

Standard 1: Organisasjonen implementerer beste praksis for organisatorisk helsekompetanse i alle strukturer og prosesser.	<p>Delstandard 1.1. Ledelsen er forpliktet til å implementere, overvåke og forbedre organisatorisk helsekompetanse.</p> <p>Delstandard 1.2. Organisasjonen har organisatorisk helsekompetanse som et satsningsområde og sørger for tilstrekkelig infrastruktur og tilstrekkelige ressurser for å implementere dette.</p> <p>Delstandard 1.3. Organisasjonen sikrer, gjennom kvalitetsledelse, kvaliteten på tiltakene for organisatorisk helsekompetanse.</p>
Standard 2: Organisasjonen utvikler dokumenter, materialer og tjenester i aktivt samarbeid med interessenter.	<p>Delstandard 2.1. Organisasjonen involverer pasienter og brukere i utvikling og evaluering av pasientorienterte dokumenter, materialer og tjenester.</p> <p>Delstandard 2.2. Organisasjonen involverer ansatte i utvikling og evaluering av personalpolitiske dokumenter, materiell og tjenester.</p>
Standard 3: Organisasjonen gir ansatte opplæring om individuell og organisatorisk helsekompetanse, og gjør de i stand til å anvende dette i praksis.	<p>Delstandard 3.1. Organisasjonen anser helsekompetanse som en viktig fagkompetanse hos ansatte med pasientkontakt.</p>

Standard 4:

Organisasjonen legger til rette for enkel navigering og tilgang til tjenester, dokumenter og materiell.

Delstandard 4.1. Organisasjonen legger til rette for at det er enkelt å komme i kontakt med den gjennom en brukervennlig nettside og kontakttelefon (sentralbord/resepsjon e.l.).

Delstandard 4.2. Organisasjonen gir nødvendig informasjon slik at pasienter og besøkende finner frem til organisasjonens ulike lokaler.

Delstandard 4.3. Pasienter og besøkende får hjelp til å finne frem på sykehuset/i helseinstitusjonen.

Delstandard 4.4. Helseinformasjon for pasienter og besøkende, er lett tilgjengelig og gratis.

Standard 5:

Organisasjonen anvender beste praksis for helsekompetanse i alle former for kommunikasjon med pasienter og brukere.

Delstandard 5.1. Muntlig kommunikasjon med pasienter er av høy kvalitet og lett å forstå for pasientene.

Delstandard 5.2. Skriftlig materiell er av høy kvalitet, enkelt å forstå og lett tilgjengelig.

Delstandard 5.3. Digitale tjenester og nye medier (→ordliste) har høy kvalitet, er lett tilgjengelige og enkelt å bruke.

Delstandard 5.4. Kvalifiserte ansatte tilbyr informasjon og kommunikasjon på pasientenes foretrukne språk, og dette gjelder også alt materiell som deles ut.

Delstandard 5.5. At innholdet i kommunikasjonen er lett å forstå og anvende for pasienten, anses som et nødvendig tiltak for kvalitet- og pasientsikkerhet.

Standard 6:

Organisasjonen styrker helsekompetanse hos pasienter og pårørende under sykehusopphold og etter utskrivning.

Delstandard 6.1. Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan håndtere helseproblemer på egenhånd.

Delstandard 6.2. Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan utvikle en sunnere livsstil.

Delstandard 6.3 Ved utskrivning har pasientene fått god informasjon om den videre behandlingen og rehabiliteringsprosessen.

Standard 7:

Organisasjonen styrker helsekompetansen hos de ansatte med hensyn til arbeidsrelaterte risikoer og personlig livsstil.

Delstandard 7.1. Organisasjonen legger til rette for at ansatte kan forbedre sine kunnskaper og ferdigheter for håndtering av risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen, samt fremme sunn livsstil.



Standard 8:

Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen og formidle kunnskap om organisatorisk helsekompetanse i opptaksområdet.

Delstandard 8.1. Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen hos lokalbefolkningen.

Delstandard 8.2 Organisasjonen støtter videreutvikling av organisatorisk helsekompetanse både i og utenfor opptaksområdet.

Instruksjoner for bruk av egenvurderingsverktøyet

Indikatorene for hver delstandard operasjonaliserer konkrete observerbare **eller målbare indikatorer**. Indikatorene rangeres etter grad av oppnåelse i enheten som er gjenstand for egenvurdering. Det er definert fire kategorier av oppnåelse: oppnådd i svært stor grad (76–100 %), oppnådd i stor grad (51–75 %), oppnådd i noen grad (26–50 %) eller oppnådd i liten grad (0–25 %). Prosentverdiene er kun oppgitt som en veiledning, og ikke som absolutte verdier. I tillegg er det en femte kategori «ikke aktuelt» som brukes dersom en spesifikk indikator ikke gjelder for organisasjonen. For hver indikator er det satt av ekstra plass til kommentarer. Kommentarfeltet bør brukes til å forklare eller begrunne vurderingen. Bruk gjerne også kommentarfeltet dersom innholdet i indikatoren er uklart eller vanskelig å forstå. Det er også ønskelig at kommentarfeltet brukes for å begrunne hvorfor man har valgt kategorien «ikke aktuelt».

Vedlegg 1 inneholder en mal for handlingsplaner der organisasjonen kan registrere nødvendige forbedringstiltak som er avdekket gjennom egenvurderingen.

Slik gjennomføres egenvurderingen: For å kunne ta tilstrekkelig hensyn til de ulike perspektivene i en organisasjon, bør egenvurderingen og den videre utviklingen og gjennomføringen av forbedringstiltak foregå innenfor et **tverrfaglig og tverrhierarkisk** rammeverk. Følgende trinn, som er validert ved testing av verktøyet, anbefales:

Tabell 3: Prosessen for egenvurdering ved bruk av det egenvurderingsverktøyet for organisatorisk helsekompetanse i sykehus (OHL-Hos)

Trinn	Informasjon
Trinn 1	<p>Innhente tillatelse til egenvurdering fra ansvarlig leder for enheten, og avklar omfanget av vurderingen:</p> <p>Målet med egenvurderingen er å få kartlagt organisatorisk helsekompetanse for å danne grunnlag for å velge ut og implementere forbedringstiltak. Dette kan gjøres for organisasjonen som helhet, eller for en avdeling eller mindre organisasjonsenheter. Det må også avgjøres om egenvurderingen skal utføres for alle de åtte standardene, eller bare for et utvalg standarder som er særlig viktige for organisasjonsenheten.</p>
Trinn 2	<p>Ledelsen må utpeke en koordinator for arbeidet med egenvurderingen:</p> <p>Dette må være en person med godt omdømme både på ledernivå og blant de ansatte, med gode koordineringsevner, og vedkommende må få tilstrekkelig tid og ressurser til å gjennomføre egenvurderingen.</p>
Trinn 3	<p>Etablering av vurderingsteamet:</p> <p>Vurderingsteamet bør bestå av mellom 5 og 10 personer. Ideelt sett bør folk fra følgende felter involveres:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ledelsen Kvalitetsledelse Helsefremmende arbeid Personalutvikling (HR) Leger, sykepleiere, andre terapeutiske yrker – fortrinnsvis fra ulike avdelinger Bygningstjenester teknisk/vedlikehold Pasient-/brukerombudet, selvhjelp og pasient-/brukerrepresentanter Kommunikasjon/talspersoner
Trinn 4	<p>Individuelle vurderinger:</p> <p>Hvert teammedlem foretar først en individuell vurdering ved bruk av verktøyet, der hver av indikatorene gjennomgås fra et personlig perspektiv. Hele vurderingen av sykehuset/helseorganisasjonen/avdelingen tar rundt tre timer per person. Ideelt sett samles de individuelle vurderingene fra alle teammedlemmene i én tabell (Excel-ark), slik at de enkelt kan sammenlignes og drøftes i det påfølgende gruppemøtet.</p>
Trinn 5	<p>Samle inn dokumenter, der det er mulig:</p> <p>I vurderingen av <i>enkelte</i> indikatorer (merket med *), skal teamet samle inn støttemateriell/-dokumenter fra ansatte i organisasjonen som understøtter vurdering som gjøres.</p> <p>Dette trinnet er et supplement til trinn 4, og bør foregå samtidig.</p>

Trinn	Informasjon
Trinn 6	<p>Utarbeidelse av en felles vurdering:</p> <p>De ulike individuelle vurderingene sammenfattes i et teammøte. Erfaringsmessig tar dette rundt to–tre timer. Det bør utpekes en moderator som kan tilrettelegge for drøftingen. Følgende anbefales:</p> <p>Først identifiserer man de indikatorene for hver delstandard som har svært like vurderinger– disse krever i utgangspunktet ikke nærmere drøfting.</p> <p>Deretter tar man for seg de indikatorene der vurderingene varierer i høy grad, avklarer og drøfter årsakene til dette. Ulike vurderinger kan ofte tilskrives ulike perspektiver basert på ulike faggruppers eller organisasjonsheters ulike synspunkter.</p> <p>I drøftingen bør man fokusere på hvilken vurdering som best beskriver den generelle situasjonen på enheten. Dokumenter eventuelle større variasjoner i kommentarfeltet basert på perspektiver knyttet til yrkesrolle, stilling eller organisasjonshet – dette kan bli nyttig i den senere planleggingen av forbedringstiltak.</p>
Trinn 7	<p>Utvelgelse og implementering av forbedringstiltak:</p> <p>Den felles vurderingen bør kunne ut i en beskrivelse av styrkene og svakhetene i organisatorisk helsekompetanse i institusjonen eller den spesifikke enheten. Her kan man anvende Deming–sirkelen / PDCA–sirkelen (plan, do, check, act) for å definere områder for utvelgelse og implementering av tiltak med tanke på forbedring av spesifikke aspekter av organisatorisk helsekompetanse.</p> <p>Dette kan enten gjøres av vurderingsteamet eller i en ny konstellasjon (f.eks. et eget helsekompetanseteam). Uansett, må eventuelle planlagte tiltak støttes av den ansvarlige ledelsen. Det finnes allerede flere ulike verktøykasser for implementering av helsekompetansevennlige organisasjoner (Abrams et al. 2014, et al. 2015, Dietscher et al. 2015, DeWalt et al. 2010 / Brega et al. 2015 (1./2. utgave), Centers for Disease Control and Prevention (udatert), Kickbusch et al. 2013, Rudd and Anderson 2006, Trezona 2018, WHCA Action Guide 2009 (Part 1 and 2), som gir informasjon om hvordan man kan velge ut passende tiltak.</p>

Internasjonalt egenvurderingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse (responsivitet) i sykehus (HLO–Hos)

Generelle opplysninger om organisasjonen

Navn på organisasjonen

Klikk her for å skrive inn tekst.

Hvem er ansvarlig for å koordinere egenvurderingen (navn, stilling i organisasjonen)?

Klikk her for å skrive inn tekst.

Hvilken del av organisasjonen gjennomføres egenvurderingen for (f.eks. hele organisasjonen, avdelingen eller enheten)?

Klikk her for å skrive inn tekst.

Hvilke andre personer er involvert i egenvurderingen (navn, avdeling, stilling i organisasjonen)?

Klikk her for å skrive inn tekst.

Hvilke av de følgende kategoriene beskriver best området organisasjonen er i?

- Bygd (< 3000 innbyggere)
- Tettsted, liten by (≥ 3 000 og < 15 000 innbyggere)
- By (≥ 15 000 og < 100 000 innbyggere)
- Større by (≥ 100 000 og < 1 000 000 innbyggere)
- Storby (≥ 1 000 000 innbyggere)

Hvor mange ansatte (årsverk) arbeider i organisasjonen?

Klikk her for å skrive inn tekst.

Oppgi antall ansatte per yrkesgruppe i organisasjonen (inkl. ansatte som er engasjert via tredjeparter):

Leger

Klikk her for å skrive inn tekst.

Sykepleiere

Klikk her for å skrive inn tekst.

Helsefagarbeidere

Klikk her for å skrive inn tekst.

Andre helse- og sosialfaglige profesjoner som f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, farmasøyter, bioingeniører, radiografer, sosionomer, logoped, psykologer

Klikk her for å skrive inn tekst.

Ledelse og administrasjon

Klikk her for å skrive inn tekst.

Driftspersonale, f.eks. renhold, kjøkken

Klikk her for å skrive inn tekst.

Alle andre ansatte

Klikk her for å skrive inn tekst.

Generelle opplysninger om organisasjonen

Hvor mange innlagte pasienter behandler organisasjonen per år (antall sykehusinnleggelse)?

[Klikk her for å skrive inn tekst.](#)

Hvor mange polikliniske pasienter behandler organisasjonen per år (antall pasientbesøk)?

[Klikk her for å skrive inn tekst.](#)

Oppgi de viktigste nasjonalitetene/språkgruppene pasientene tilhører (utover norsk)

- England
- Eritrea
- Irak
- Litauen
- Pakistan
- Polen
- Samisk
- Somalia
- Sverige
- Syria
- Annet: [Klikk her for å skrive inn tekst.](#)

Oppgi de viktigste nasjonalitetene / språkgruppene de ansatte tilhører (utover norsk)

- Eritrea
- Filippinene
- Polen
- Somalia
- Sverige
- Thailand
- Annet: [Klikk her for å skrive inn tekst.](#)

Hva er de viktigste kompetanseområdene i organisasjonen?

- Allment sykehus / akuttsykehus
- Spesialisert sykehus for: [Klikk her for å legge til tekst.](#)
- Annet: [Klikk her for å legge til tekst.](#)

Hvem kan bli pasienter hos organisasjonen?

- allmennheten
- begrenset tilgang, f.eks. tjenestetilbud begrenset til pasienter fra et bestemt forsikringsselskap, private pasienter mv.

[Klikk her for å skrive inn tekst.](#)



Generelle opplysninger om organisasjonen

Er organisasjonen kommersiell eller ideell?

- ideell organisasjon
- kommersiell organisasjon
- begge deler

Hvem er eier av organisasjonen?

- offentlig eier på statlig nivå
- offentlig eier på regionalt og lokalt nivå
- forsikringsselskap, f.eks. helse-, ulykkes- og pensjonsforsikring samt privat forsikring
- veldedig organisasjon
- livssynsorganisasjon/-eier
- privat organisasjon, privatperson, andre private institusjoner

Er organisasjonen involvert i yrkesopplæring av helsepersonell?

- Nei, ingen opplæring
- Ja, kontinuerlig opplæring av ansatte
- Ja, grunnopplæring (akademisk eller ikke-akademisk), f.eks. leger, sykepleiere/hjelpepleiere under utdanning
- Ja, spesialisert opplæring, f.eks. universitetssykehus

Standard 1: Organisasjonen implementerer beste praksis for organisatorisk helsekompetanse i alle strukturer og prosesser.

Begrunnelse: Denne standarden kan anses som en forutsetning for de øvrige standardene. Den påvirker i hvilken grad organisatorisk helsekompetanse (→ ordliste) eller «health literacy responsiveness» (→ ordliste) er forankret og kan oppnås i organisasjonen. Det er nødvendig at organisasjonen gjør organisatorisk helsekompetanse til et ansvarsområde og et integrert element i organisasjonens strukturer, prosesser, kultur og kvalitetsstyring, slik at den blir i stand til å gjennomføre omfattende implementering av organisatorisk helsekompetanse. En helsekompetansevennlig helseorganisasjon (→ ordliste) forutsetter kapasitetsbygging, dvs. infrastruktur og ressurser, for å kunne være imøtekommende overfor personer med ulike nivåer av helsekompetanse i *all* beslutningstaking og alle tiltak i organisasjonen. En engasjert ledelse – som gir helsekompetanse en integrert rolle organisasjonens visjon, formål, strukturer og prosesser samt all organisasjonens virksomhet – er en av de mest kritiske forutsetningene for å utvikle en helsekompetansevennlig organisasjon (Brach et al., 2012). Ledere må være pådrivere for endringsledelse og løpende kvalitetsforbedring (New Zealand Ministry of Health 2015) ved å understreke mål og forventninger, og ved å modellere forventet atferd (Brach 2017).

Delstandard 1.1. Ledelsen er forpliktet til å implementere, overvåke og forbedre organisatorisk helsekompetanse.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 1.1.1 Ledelsen fremmer organisatorisk helsekompetanse (→ ordliste) ved å tydeliggjøre og videreutvikle målsettinger for og forventninger til organisasjonen som helhet og de ansatte. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 1.1.2. Ledelsen sikrer at helsekompetanse (→ ordliste) blir implementert i relevante deler av organisasjonen, kartlagt, regelmessig overvåket og kontinuerlig forbedret. Kommentarer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Klikk her for å skrive inn tekst.					
<p>Indikator 1.1.3</p> <p>Ledelsen er forpliktet til å fremme forbedringsaktiviteter for organisatorisk helsekompetanse.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 1.1.4.</p> <p>Ledelsen fører jevnlig tilsyn med implementering og utvikling av organisatorisk helsekompetanse.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 1.1.5.</p> <p>Ledelsen gjennomgår og vurderer suksesskriterier for hvert helsekompetansetiltak.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Delstandard 1.2. Organisasjonen har organisatorisk helsekompetanse som et satsningsområde og sørger for tilstrekkelig infrastruktur og tilstrekkelige ressurser for å implementere dette.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 1.2.1. Organisasjonens strategidokumenter, målsettinger eller planer (→ ordliste) definerer helsekompetanse som et prioriteringsområde.* Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 1.2.2. Ansvarlige for organisatorisk helsekompetanse er klart definert. <i>(F.eks. gjennom en helsekompetanseansvarlig eller et helsekompetanseteam)</i> Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 1.2.3. Organisasjonens virksomhetsplaner har øremerket budsjett for å fremme organisatorisk helsekompetanse Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>Indikator 1.2.4.</p> <p>Midler er øremerket til kvalifisert personell som jobber med å fremme organisatorisk helsekompetanse.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 1.2.5.</p> <p>Organisasjonen planlegger og gjennomfører tiltak for implementering av organisatorisk helsekompetanse. <i>(F.eks. ved å forbedre informasjonen og kommunikasjonen overfor pasientene og brukerne, og gjøre det enklere for dem å finne frem i organisasjonen)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 1.2.6.</p> <p>Organisasjonens enheter og strategier fremmer organisatorisk helsekompetanse. <i>(F.eks. i HR og i avdelingen for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 1.2.7.</p> <p>Organisasjonen er bevisst på og respekterer verdiene, preferansene og behovene til ulike kulturelle grupper i opptaksområdet.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Delstandard 1.3. Organisasjonen sikrer, gjennom kvalitetsledelse, kvaliteten på tiltakene for organisatorisk helsekompetanse.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 1.3.1. Organisatorisk helsekompetanse inngår i det eksisterende kvalitetsstyringssystemet* gjennom					
a) definerte kriterier og indikatorer Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) regelmessige evalueringer Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) overvåkning og forbedring av aktiviteter Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 1.3.2. Pasient- og brukerundersøkelser inkluderer spørsmål om kvaliteten på informasjon og kommunikasjon.* <i>(F.eks. om informasjonen som er gitt, er forståelig)</i> Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 1.3.3. Medarbeiderundersøkelser inkluderer spørsmål om kvaliteten på informasjon og kommunikasjon.* <i>(F.eks. at informasjonen om helse og sikkerhet på arbeidsplassen er forståelig)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>					
<p>Indikator 1.3.4. Pasient- og brukerundersøkelsene har et tydelig språk med hverdagslige ord og uttrykk.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 1.3.5. Medarbeiderundersøkelsene har et tydelig språk med hverdagslige ord og uttrykk.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 1.3.6. Informasjon om pasienters helsekompetanse inngår i organisasjonens resultatrapportering.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 1.3.7. Organisasjonen bruker «fiktive pasienter» (→ ordliste) og/eller «gående intervjuer» (→ ordliste) for å evaluere hvor enkelt det er for pasienter/besøkende å finne frem i institusjonens lokaler.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 1.3.8. Organisasjonen bruker «fiktive pasienter» til å vurdere kvaliteten på kommunikasjonen med pasientene og kvaliteten på informasjonen de får (muntlig, skriftlig, visuelt).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 2: Organisasjonen utvikler dokumenter, materialer og tjenester i aktivt samarbeid med interessenter

Begrunnelse: Involvering av alle relevante interessenter i utviklingen og evalueringen av dokumenter, materialer og tjenester bidrar til å sikre at utviklingen og implementeringen av disse kan innfri behovene deres (Thomacos og Zazryn 2013). Involvering er grunnlaget for å gjøre ulike interessenter i stand til å få tilgang til, finne frem i og benytte seg av helsetjenestene. Helsetjenester er til for å dekke befolkningens helserelaterte behov, og må derfor engasjere seg i alle prosesser knyttet til tjenesteutvikling og -evaluering (Trezona et al. 2017, s. 7). For en helseorganisasjon som har tatt de første skrittene i retning av å bli en helsekompetansevennlig helseorganisasjon, er det særlig viktig å lytte til det personer med begrenset helsekompetanse har å si (Brach 2017, s. 213). En helsekompetansevennlig helseorganisasjon bruker resultatene fra tilbakemeldingene fra relevante interessenter til å iverksette forbedringer.

Delstandard 2.1. Organisasjonen involverer pasienter og brukere i utvikling og evaluering av pasientorienterte dokumenter, materialer og tjenester.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 2.1.1 Bruker- og pasientorganisasjoner deltar i utvikling og utprøving av de dokumentene og tjenestene som er relevante for dem.* (F.eks. informasjonsark og -brosjyrer, informasjon om rettigheter, samtykkeskjemaer og apper) Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 2.1.2. Organisasjonen gjør utbedringer basert på erfaringer fra brukere og pasienter om hvor enkelt det er å finne frem i tjenestene og tilbudene. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□

<p>Indikator 2.1.3</p> <p>Retningslinjer og prosedyrer for bruker- /pasientkommunikasjon blir utviklet og prøvd ut av brukere og pasienter i tillegg til ansatte. <i>(F.eks. blant brukere/pasienter med begrensede leseferdigheter, personer med innvandrerbakgrunn)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 2.1.4.</p> <p>Tidligere eller fiktive pasienter (→ ordliste) brukes i opplæringen av og gir tilbakemeldinger på ansattes muntlige kommunikasjonsferdigheter.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 2.1.5.</p> <p>Organisasjonen har prosedyrer og systemer som gjør det mulig for brukere og pasienter å klage, eller gi tilbakemelding på hvor forståelig dokumenter, informasjonsmateriell og tjenester er.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Delstandard 2.2. Organisasjonen involverer ansatte i utvikling og evaluering av personalpolitiske dokumenter, materiell og tjenester.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 2.2.1. Organisasjonen involverer ansattrepresentanter i utvikling og evaluering av informasjon og tjenester for ansatte. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 2.2.2. Organisasjonen gjør utbedringer basert på erfaringer fra nyansatte og eksterne samarbeidspartnere om hvor enkelt det er å finne frem i organisasjonsstrukturen. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 3: Organisasjonen gir ansatte opplæring om individuell og organisatorisk helsekompetanse, og gjør de i stand til å anvende dette i praksis.

Begrunnelse: Det å gi ansatte opplæring i helsekompetanse er en viktig dimensjon for kompetanseheving knyttet til organisatorisk helsekompetanse og kommunikasjon. Opplæring i helsekompetanse er vist å forbedre kommunikasjonsferdighetene til ansatte og oppnå gunstige resultater (Blake et al. 2010; Coleman 2011; Mackert et al. 2011). Pasienter som rapporterer om optimal kommunikasjon med de ansatte, har også høy pasienttilfredshet, optimisme knyttet til behandlingen og tillit til helsevesenet, får korrekte diagnoser og gir høyere rangeringer av kvaliteten på behandlingen de mottar (Schillinger et al. 2004). Kursing i helsekompetanse er særlig viktig for ansatte som har ansvar i pasient- og pårørendeopplæring (Brach et al. 2012). En helsekompetansevennlig helseorganisasjon må sørge for at ansatte har tilstrekkelige ferdigheter i å møte pasienter og brukere med ulike nivåer av helsekompetanse. De ansattes kunnskaper, ferdigheter og kompetanse knyttet til helsekompetanse må regelmessig evalueres. Ansatte i helsekompetansevennlige organisasjoner må kurses i pasientorienterte kommunikasjonsferdigheter for å sikre at budskapet oppfattes på riktig måte i alle samtaler (Dwamena et al. 2012; Silverman et al. 2013), og dermed garanterer for likeverdig behandling og sørger for en trygg atmosfære – uten stigmatisering.

Delstandard 3.1. Organisasjonen anser helsekompetanse som en viktig fagkompetanse hos ansatte med pasientkontakt.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 3.1.1 Helsekompetanse er definert som en viktig kompetanse i dokumenter, slik som utlysningstekster, stillingsbeskrivelser, utviklingsplaner mm., for ansatte med pasientkontakt.* Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 3.1.2. Organisasjonen sikrer at ansatte – spesielt nyansatte og ansatte med pasientkontakt – får opplæring i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>helsekompetanse og hvordan kommunikasjonen kan tilpasses bruker/pasient.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>					
<p>Indikator 3.1.3</p> <p>Opplæringen, jf. 3.1.2, følger prinsippene for helsekompetanse og omfatter de ulike situasjonene der kommunikasjon inngår.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 3.1.4.</p> <p>Ansatte – spesielt de med pasientkontakt – får jevnlig tilbakemelding om hvor godt de kommuniserer. (F.eks. ved å bruke evalueringsskjema)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 3.1.5.</p> <p>Ansatt med ekspertise i helsekompetanse brukes som rollemodell, mentor og i opplæringen om helsekompetanse.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 3.1.6.</p> <p>Ansatte tilbys opplæring i:*</p>					
<p>a.) bruk av klarspråk og hverdagslige ord og uttrykk.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>b.) å formidle informasjon på en lettfattelig måte og som er lett å bruke.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c.) aktiv lytting (inkludert det å oppmuntre og stille utdypende spørsmål)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d.) bruk av metoder og teknikker, slik som chunk-and-check (→ ordliste) og teach-back (→ ordliste).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>e.) risikokommunikasjon gjennom å informere pasienten om fordeler og ulemper ved ulike behandlinger, som grunnlag for å kunne gi informert samtykke.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>f.) motiverende intervju (→ ordliste)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>g.) bruk av skriftlig og audiovisuelt støttmateriell for kommunikasjon (<i>F.eks. samvalsverktøy</i>).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>h.) hvordan utforme lettfattelig informasjonsmateriell.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>i.) når og hvordan tolker (→ ordliste) brukes, og hvordan samarbeide effektivt med tolker</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Standard 4: Organisasjonen legger til rette for enkel navigering og tilgang til tjenester, dokumenter og materiell.

Begrunnelse: Et viktig aspekt for å kunne benytte seg av helsetjenestene på en god måte, er at de skal være enkle å få tilgang til og finne frem i. Derfor må organisasjonen sørge for at utforming og andre ting som hjelper folk å finne frem, er på plass. Organisasjonen må bruke språk, symboler og skilting som er enkle å forstå, også av brukere med lav helsekompetanse og svake leseferdigheter (Rudd og Anderson 2006). Forskning viser at personer med tilstrekkelig helsekompetanse og positive erfaringer med å skulle finne frem i og få tilgang til helseinformasjon og -tjenester, er mer fornøyde med behandlingen de får av helseorganisasjonen, enn de som har utilstrekkelig helsekompetanse og har negative opplevelser (Altin og Stock 2015). Derfor er det å tilrettelegge for lett tilgjengelig helseinformasjon og helsetjenester (inkludert hjelp til å navigere i disse) en viktig faktor for å kunne finne helseinformasjon og ta informerte beslutninger, som i sin tur fører til bedre helseutfall.

Delstandard 4.1. Organisasjonen legger til rette for at det er enkelt å komme i kontakt med dem gjennom en brukervennlig nettside og kontakttelefon (sentralbord/resepsjon e.l.).	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 4.1.1. Organisasjonens kontaktinformasjon, besøksadresse og veibeskrivelse er enkelt å finne på internett. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 4.1.2. Organisasjonens nettside er enkel å bruke. (F.eks. ved bruk av klart og lettfattelig språk, opplesningsfunksjon og fleksibel skriftstørrelse) Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>Indikator 4.1.3.</p> <p>Nettsiden er tilgjengelig på flere språk.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.1.4.</p> <p>Nettsiden inneholder forskningsbasert informasjon om de vanligste behandlingene og oppgir kildehenvisninger.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst..</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.1.5.</p> <p>Nettsiden er lett tilgjengelig på smarttelefoner og nettbrett.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.1.6.</p> <p>Det er enkelt å komme i kontakt med organisasjonen på telefon hele døgnet- man får kommunisere med en person, ikke bare et telefonsvarsystem.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.1.7.</p> <p>Hvis et telefonsvarsystem brukes, er det enkelt å få menyen lest opp igjen.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.1.8.</p> <p>Når man ringer organisasjonen kan man få snakke med noen på et av de vanligste språkene (f.eks. norsk, engelsk, polsk, urdu eller somali).</p> <p><i>Kommentarer:</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Klikk her for å skrive inn tekst.					
<p>Indikator 4.1.9.</p> <p>Ansatte som har telefonvakt eller bemanner informasjonsskranken, er opplært til å håndtere ulike pasienthenvelser.</p> <p><i>Kommentarer:</i></p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Delstandard 4.2. Organisasjonen gir nødvendig informasjon slik at pasienter og besøkende finner frem til organisasjonens ulike lokaler.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 4.2.1. Organisasjonen bruker samme navn på lokalene i kart, informasjonsmateriell og på skilt. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.2.2. Organisasjonen gir pasientene lettfattelige veibeskrivelser til lokalenes beliggenhet fra der de bor, både ved bruk av kollektivtransport og privat transport. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.2.3. Organisasjonen har dialog med lokale transporttjenester om å hjelpe pasienter til å finne frem gjennom tydelige beskjeder, oversiktskart og god skilting fra holdeplasser. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.2.4. Organisasjonen er tydelig skiltet og inngangene er godt synlige når man nærmer seg området. <i>(F.eks. på adkomstveier, fra holdeplasser)</i> Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□



<p>Indikator 4.2.5</p> <p>Avdelinger, poliklinikker og tjenester som tar imot pasienter, er tydelig skiltet <i>(F.eks. akuttmottak, radiologiske avdelinger, blodprøvetakningspoliklinikker, dagpoliklinikker)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Delstandard 4.3. Pasienter og besøkende får hjelp til å finne frem på sykehuset/ helseinstitusjonen.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 4.3.1. Alle hovedinngangene har informasjonsskranke som hjelper folk til å finne frem. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.3.2. Gratis oversiktskart er tilgjengelige for å hjelpe folk til å finne frem. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.3.3. Oversiktskartene viser tydelig hvor i lokalene man er, ved bruk av lettfattelige symboler eller «Du står her»-merking.* Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.3.4. Ansatte med ansvar for innleggelse, hjelper pasienter og pårørende/besøkende til å finne frem til riktig avdeling og behandlingsansvarlig. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□
Indikator 4.3.5. Nye informasjons- og kommunikasjonsteknologier hjelper folk å finne frem. <i>(F.eks. talebasert elektronisk assistanse, berørings-skjermer, smarttelefonapper.)</i> Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□

<p>Indikator 4.3.6.</p> <p>Ansatte er opplært til å hjelpe desorienterte pasienter.</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.7.</p> <p>Flerspråklige ansatte eller frivillige hjelper pasienter og besøkende med innvandrerbakgrunn, til å finne frem i organisasjonen.</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.8.</p> <p>Utformingen av skilt tar hensyn til høydeplassering, plassering, skriftstørrelse og farge(sammensetning)/kontraster.</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.9.</p> <p>Skilt bruker hverdagslige ord og symboler *</p> <p>(F.eks. «Nyreavdeling» i stedet for «Nefrologisk avdeling»).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.10.</p> <p>Organisasjonen bruker ord og symboler konsekvent ved merking av rom og lokaler. *</p> <p>(F.eks. alltid «toalett» eller alltid «WC»)</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

<p>Indikator 4.3.11.</p> <p>Organisasjonen bruker fargekoder konsekvent for å hjelpe pasienter og besøkende til å finne frem fra forskjellige startpunkter. <i>(F.eks. grønn farge for intensivavdelingen)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.12.</p> <p>Dersom organisasjonen består av flere bygg, er det skiltet også mellom bygningene.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.13.</p> <p>Det er skiltet også på morsmålene til de største pasientgruppene.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 4.3.14.</p> <p>Svaksynte får hjelp til å finne frem i organisasjonen.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Delstandard 4.4. Helseinformasjon for pasienter og besøkende, er lett tilgjengelig og gratis.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
<p>Indikator 4.4.1.</p> <p>Pasientene informeres på forhånd om egenandeler eller andre kostnader ved behandlinger og tjenester. <i>(F.eks. på nettsiden og ved telefonhenvendelse)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.4.2.</p> <p>Pasientene informeres om pasient- og brukerrettighetene.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.4.3.</p> <p>Organisasjonen har et fysisk eller virtuelt (→ ordliste) pasientinformasjonssenter (f.eks. servicetorg/informasjonstorg) med gratis helseinformasjon.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.4.4.</p> <p>Lettfattelig informasjon om forebygging av ulike sykdommer, slik som diabetes, kreft og hjerte- og karsykdommer, er gratis og tilgjengelig i ulike formater. <i>(F.eks. brosjyrer, lyd, video, nettbasert materiell)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p>Indikator 4.4.5.</p> <p>Lettfattelig informasjon om sunn livsstil er gratis og tilgjengelig i ulike formater. <i>(F.eks. brosjyrer, lyd, video, nettbasert materiell)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 4.4.6.</p> <p>Lettfattelig informasjon om energi- og næringsinnhold i maten, som er på menyen, er tilgjengelig på pasientrom og i kafeen/kantina, for at den enkelte skal kunne ta sunne valg.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 5: Organisasjonen anvender beste praksis for helsekompetanse i alle former for kommunikasjon med pasienter og brukere.

Begrunnelse: Pasienter og brukere blir i økende grad ansett som partnere og aktivt medvirkende i helseanliggender, og ikke bare som behandlingsobjekter. Denne dreiningen i pasientrollen krever større grad av pasient- og brukermedvirkning og samvalg (→ ordliste) i en kontekst med økende kompleksitet og flere muligheter for behandling og pleie. God kommunikasjon i helsetjenesten har innvirkning på ulike helseutfall og ansattes tilfredshet på arbeidsplassen (Street et al. 2009; Sator et al. 2015). Pasienter med utilstrekkelig helsekompetanse rapporterer dårligere kommunikasjon med helsepersonell enn de med tilstrekkelig helsekompetanse (Schillinger et al. 2004). Videre er det mindre sannsynlig at pasienter med utilstrekkelig helsekompetanse stiller spørsmål til helsepersonell (Katz et al. 2007). Misforståelser i kommunikasjonen kan føre til feilaktige diagnoser og mindre hensiktsmessige beslutninger om behandling, dårligere etterlevelse av medisinbruk og dermed også til hyppigere komplikasjoner, henvisninger og akuttbehandlinger (Berkman et al. 2011). En helsekompetansevennlig helseorganisasjon tar hensyn til kommunikasjonsbehovene til ulike pasientgrupper ved å sørge for at all kommunikasjon i alle formater er tydelig og lettfattelig (New Zealand Ministry of Health 2015, s. 34). Den bruker pasient- og brukersentrert kommunikasjon for å ta hensyn til folks helsekompetanse i alle kommunikasjonssituasjoner (Brach et al. 2012; Silverman et al. 2013). Dette gjelder i høyrisikosituasjoner og i klinisk relevante diskusjoner, men også når man kommuniserer om fakturaer/regninger, gi veibeskrivelser eller koordinere avtaler (Brach et al. 2012).

Delstandard 5.1. Muntlig kommunikasjon med pasienter er av høy kvalitet og lett å forstå for pasientene.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 5.1.1. Beste praksis for helsekompetanse (f.eks. klarspråk, teach back → ordliste), ligger til grunn for retningslinjer for muntlig kommunikasjon med pasienter og brukere, og brukes i all klinisk viktig helsekommunikasjon.* Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	□	□	□	□	□

Indikator 5.1.2.					
Retningslinjer for kommunikasjon tar hensyn til ulike behov hos følgende pasientgrupper*					
a.) pasienter med ulik språklig, etnisk og kulturell bakgrunn <i>Kommentarer:</i> Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.) pasienter med nedsatt synsevne <i>Kommentarer:</i> Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.) pasienter med nedsatt hørsel <i>Kommentarer:</i> Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.) pasienter med nedsatte kognitive evner <i>Kommentarer:</i> Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.) pasienter med behov for bistand fra pårørende/omsorgspersoner. <i>Kommentarer:</i> Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 5.1.3. Det gis tilstrekkelig og persontilpasset kunnskapsbasert informasjon om diagnoser og behandling, slik at pasienter, i samråd med helsepersonell, kan ta gode beslutninger om behandling. (F.eks. samvalg (→ ordliste), bruk av samvalsverktøy) <i>Kommentarer:</i> Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Indikator 5.1.4.</p> <p>Når helsepersonell kommuniserer med pasienter (skriftlig og muntlig) bruker de hverdagslige ord og uttrykk i stedet for fagspråk med tekniske termer.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.1.5.</p> <p>Pasienter oppfordres til å stille spørsmål om egen helsetilstand og behandlingsalternativer. (F.eks. «Hva er viktig for deg?» (→ ordliste), bruk av Ask Me 3 (→ ordliste))</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.1.6.</p> <p>Pasienter tillates og oppfordres til å ta med pårørende eller andre nære til samtaler med helsepersonell.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.1.7.</p> <p>Pasientsamtaler skjer i lokaler som understøtter effektiv kommunikasjon. (F.eks. samtalerom, møterom, stille/egnede omgivelser)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.1.8.</p> <p>Det sikres tilstrekkelig tid til avtalte pasientsamtaler. (F.eks. nedfelt i avdelingsspesifikke retningslinjer og prosedyrer)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□



<p>Indikator 5.1.9.</p> <p>Pasientsamtaler gjennomføres når pasientene er våkne og oppmerksomme. <i>(F.eks. ikke umiddelbart etter oppvåkning, blant annet fra anestesi)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 5.1.10.</p> <p>Pasientene oppfordres til selv å avtale et egnet tidspunkt for samtalen med helsepersonell.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Delstandard 5.2. Skriftlig materiell er av høy kvalitet, enkelt å forstå og lett tilgjengelig.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
<p>Indikator 5.2.1.</p> <p>Skriftlig (trykt og/eller elektronisk) materiell utformes i henhold til retningslinjene for universell utforming (slik som skriftstørrelse, linjeavstand, fargevalg, bruk av bilder).*</p> <p><i>(F.eks. informasjonsmateriell rettet mot pasienter, informasjon om rettigheter, samtykkeskjemaer, skjemaer for å oppgi sykehistorie, og oppfølgingsnotater ved utskrivning)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.2.2</p> <p>Skriftlig materiell brukes til å underbygge og støtte muntlig kommunikasjon, og hjelpe pasienten til å huske, men gis aldri i stedet for muntlig kommunikasjon.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.2.3</p> <p>Ansatte opplæres i å bruke skriftlig og audiovisuelt materiell av høy kvalitet, som inneholder handlingsorientert informasjon, for å understøtte kommunikasjonen med pasienter og brukere. Slik materiell er også gjort lett tilgjengelig for ansatte.</p> <p><i>(F.eks. brosjyrer, fotonoveller, tegneserieillustrasjoner, multimedialt opplæringsmateriell, podcaster, DVD-er, 3D-modeller, pasientportaler etc., som inneholder lett synlig kontaktinformasjon til organisasjonen (telefonnumre, e-postadresser og nettdresser).</i></p>	□	□	□	□	□



<p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>					
<p>Indikator 5.2.4</p> <p>Skriftlig og audiovisuelt materiell revideres jevnlig for å sikre at innholdet er oppdatert og har høy kvalitet (<i>f.eks. basert på den nyeste forskningen</i>). Dato for siste oppdatering og kildehenvisninger er oppgitt i materialet.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.2.5</p> <p>Pasientene får hjelp til å fylle ut nødvendige dokumenter og skjemaer (<i>f.eks. ved registrering</i>).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Delstandard 5.3. Digitale tjenester og nye medier (→ ordliste) har høy kvalitet, er lett tilgjengelige og enkelt å bruke.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 5.3.1. Retningslinjer for kvalitet og distribusjon av digitale tjenester og nye medier brukes til å støtte kommunikasjon og informasjonsoverføring.* Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 5.3.2. Alle digitale tjenester og nye medier som er tilgjengelige gjennom nettportaler, apper mv. er teknisk anvendelige på ulike plattformer, inneholder handlingsorientert informasjon og er lett å bruke for målgruppene. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 5.3.3 Digitale tjenester og nye medier prøves ut sammen med brukere og pasienter før de implementeres. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 5.3.4 Ved etterspørsel gis ansatte opplæring i bruk av digitale tjenester og nye medier. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasjonal indikator 5.3.5 Dersom det skal brukes digital hjemmeoppfølging etter utskrivning sørger organisasjonen for at pasienter og pårørende får tilstrekkelig opplæring i bruk av slike tjenester før hjemreise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p><i>(F.eks. digitale konsultasjoner, bruk av teknisk utstyr, bruk av digitale plattformer for registrering av resultater av målinger).</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>					
<p>Nasjonale indikator 5.3.6</p> <p>Organisasjonen sørger for at pasienter som mottar digitale hjemmebehandlinger, får tilstrekkelig opplæring i bruk av relevant teknologisk utstyr.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Delstandard 5.4. Kvalifiserte ansatte tilbyr informasjon og kommunikasjon på pasientenes foretrukne språk, og dette gjelder også alt materiell som deles ut.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
<p>Indikator 5.4.1.</p> <p>De viktigste skriftlige, audiovisuelle eller digitale materiellene er tilgjengelige på ulike aktuelle språk. <i>(F.eks. informasjonsark, samtykkeskjemaer).</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.2.</p> <p>Ansatte vet når det er behov for tolketjenester, og hvordan de bestiller, bruker og jobber sammen med tolker/oversettere.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.3.</p> <p>I tillegg til tolkeloven, forbyr lokale retningslinjer for tolkebruk at barn, ansatte uten særskilt opplæring eller frivillige, brukes som tolker.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.4.</p> <p>Pasientene får rutinemessig informasjon om profesjonelle tolketjenester ved innleggelse, og ellers ved behov.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

<p>Indikator 5.4.5.</p> <p>Dersom pasienten har behov for det, er profesjonelle tolketjenester alltid tilgjengelige for medisinske undersøkelser og konsultasjoner. <i>(F.eks. oppmøtetolking, telefon-/videotolking)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.6</p> <p>Det finnes en koordineringsenhet for bestilling av tolketjenester.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.7.</p> <p>Tolker/oversettere er sertifisert i interkulturell medisinsk oversettelse.* <i>(F.eks. offentlige sertifiseringer).</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.8</p> <p>Alle tolker/oversettere er opplært til å bruke enkle/tydelige og dagligdagse ord og formuleringer.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.4.9.</p> <p>Det finnes prosedyrer for å rapportere, dokumentere, behandle og følge opp avvik i tolketjenesten.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Delstandard 5.5. At innholdet i kommunikasjonen er lett å forstå og anvende for pasienten, anses som et nødvendig tiltak for kvalitet- og pasientsikkerhet.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
<p>Indikator 5.5.1.</p> <p>Avvik i kommunikasjonen anses som uønskede hendelser, og behandles i henhold til prosedyrer for avviksbehandling.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.5.2.</p> <p>Det finnes et system for rapportering og overvåkning av kommunikasjonsfeil.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.5.3.</p> <p>Tilbakemeldinger fra pasienter knyttet til pasientsikkerhet, sykehus hygiene mv. inngår rutinemessig i risikoanalyser. (F.eks. pasientundersøkelser, tilbakemeldingsskjemaer, pasientklager)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.5.4.</p> <p>Det finnes en oversikt over rutiner og prosedyrer for pasienter som er mer sårbare, og som krever ekstra innsats for å sikre at pasienten har forstått informasjonen fullt ut.* (F.eks. kommunikasjon om diagnoser, behandlinger, samtykkeskjemaer, skjema utfylling, forberedelser til operasjoner, pasientoverføringer)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□



<p>Indikator 5.5.5.</p> <p>Det finnes retningslinjer og ansattopplæring knyttet til kommunikasjon i situasjoner som kan være ekstra krevende for pasienten.* <i>(F.eks. nye behandlingsformer, forberedelser til operasjon, helsepersonell formidler dårlige nyheter).</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.5.6.</p> <p>Det forklares i detalj hvordan legemidler skal brukes (inkludert informasjon om mulig utlevering av et annet legemiddel, som inneholder samme virkestoff, enn det legemiddelet som står på resepten).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.5.7.</p> <p>Organisasjonen bruker hjelpemidler (slik som dosetter, legemiddeloversikt o.l.) for å gjøre det enkelt for pasienten å administrere legemidler som anbefalt.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 5.5.8.</p> <p>Organisasjonens beredskapsplan har universelt utformet informasjon om evakuering som er rettet mot pasienter og brukere. <i>(F.eks. tilpasset personer som ikke kan lese, som har nedsatt hørsel eller syn og/eller ulik grad av kognitiv funksjonsevne, samt andre typer sårbare pasienter).</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Standard 6: Organisasjonen styrker helsekompetanse hos pasienter og pårørende under sykehusopphold og etter utskrivning.

Begrunnelse: Tilstrekkelig helsekompetanse er viktig for å kunne håndtere egen sykdom. Forskning viser at pasienter som er tilknyttet en pasient- og brukerorganisasjon har færre sykehusinnleggelses på grunn av akutte forverringer og færre uplanlagte legebesøk enn pasienter som ikke har en slik tilknytning (DeWalt et al. 2006). Derfor er det et mål at pasientene får nødvendig informasjon og tilegner seg ferdigheter slik at de kan håndtere egen helse på en forsvarlig måte etter utskrivning (Brach 2017). Pasientene har nytte av å få hjelp til å utvikle og forbedre egen helsekompetanse knyttet til håndtering av egen sykdom, effektivt navigere gjennom og samhandle med helsetjenestene i fremtiden, og legge om til en sunnere livsstil. Slik får de også bedre selvtillit i håndteringen av egen sykdom, og blir i stand til å delta mer aktivt i behandlingen. Institusjonsopphold gir muligheter for læring, hvor pasienter og brukere kan få styrket kunnskap og kompetanse, økt motivasjon og muligheter for atferdsendringer.

Delstandard 6.1. Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan håndtere helseproblemer på egenhånd.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 6.1.1 Pasientene får tydelig og persontilpasset informasjon om hvordan de selv kan håndtere sykdommen/helseproblemene i hverdagen. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 6.1.2. Organisasjonen tilbyr pasientopplæring i hvordan de selv kan håndtere kronisk sykdommer/ helseproblemer. Alternativt henvises pasientene til andre aktuelle enheter/tjenester. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Indikator 6.1.3.</p> <p>Organisasjonen informerer pasientene eksplisitt om aktuelle brukerorganisasjoner som har selvhjelpstilbud.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.1.4.</p> <p>Organisasjonen oppfordrer pasientene til å ta nyoppståtte symptomer på alvor, og oppsøke helsetjenesten før eventuelle allerede oppsatte timeavtaler, dersom det er behov for det.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.1.5.</p> <p>Organisasjonen tilbyr opplæring til pårørende og andre omsorgspersoner om hvordan de kan støtte pasientene. Alternativt blir de henvist til andre aktuelle enheter/tjenester.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.1.6.</p> <p>Organisasjonen tilbyr opplæring til pasienter og pårørende om hvordan man kan finne frem i og samhandle med helsetjenestene etter utskrivning.* (F.eks. som en del av utskrivingsamtalen)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□



Delstandard 6.2. Organisasjonen bidrar til å øke helsekompetanse hos pasientene, slik at de kan utvikle en sunnere livsstil.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 6.2.1. Pasientenes livsstil og behov for endringer kartlegges og dokumenteres rutinemessig. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 6.2.2. Det gis eller henvises til relevant informasjon og opplæring i hvordan man kan utvikle en sunn livsstil. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 6.2.3. Ansatte informerer pasientene om kurs i regionen om livsstilsendringer. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Delstandard 6.3 Ved utskrivning har pasientene fått god informasjon om den videre behandlingen og rehabiliteringsprosessen.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
<p>Indikator 6.3.1.</p> <p>Pasienter som har behov for sammensatte tiltak og oppfølging av tverrfaglige behandlingsteam etter utskrivning får med seg en tydelig og lettfattelig oppfølgingsplan (skriftlig og formidlet muntlig).*</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 6.3.2.</p> <p>Ved utskrivning får pasientene grundig informasjon om hvordan de kan ta vare på egen helse hjemme, og hvor de kan få støtte og hjelp ved behov. <i>(F.eks. sårbehandling, medisiner, ernæring, behov og muligheter for assistanse)</i></p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 6.3.3.</p> <p>Pårørende eller andre aktuelle offentlige tjenester (f.eks. kommunale helsetjenester, NAV, barnevern, skole) involveres i utskrivingsprosessen ved behov.</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Indikator 6.3.4.</p> <p>Organisasjonen har en telefonbasert oppfølgingstjeneste som pasienter eller pårørende kan ringe dersom de har spørsmål knyttet til den informasjonen de fikk ved utskrivning.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.3.5.</p> <p>Pasientene får hjelp til å gjøre timeavtaler med andre tjenester for videre oppfølging etter utskrivning.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.3.6.</p> <p>Det finnes prosedyrer for å sikre at pasientene møter opp til avtalte timer. <i>(F.eks. oppfølgingstelefoner)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.3.7.</p> <p>Kliniske funn som ikke har blitt formidlet til pasienter under sykehusoppholdet, formidles til dem etter utskrivning. <i>(F.eks. resultater fra undersøkelser som først foreligger etter utskrivelse)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 6.3.8.</p> <p>Organisasjonen formidler kliniske funn videre til tjenester som har ansvar for videre oppfølging og behandling (etter samtykke fra pasienten).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□



<p>Indikator 6.3.9.</p> <p>Ved utskrivning mottar pasientene rutinemessig oppdaterte lister over relevante helsetjenester, andre offentlige tjenester og aktuelle selvhjelpsgrupper.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 6.3.10.</p> <p>Ved utskrivning mottar pasientene rutinemessig kontaktinformasjon til relevante brukerorganisasjoner og pasient- og brukerombud (F.eks. ved komplikasjoner eller klager).</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 6.3.11.</p> <p>Organisasjonens nettsider inneholder informasjon om hvordan man selv kan håndtere vanlige helseproblemer, eller henviser til andre relevante nettsider for slik informasjon.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Standard 7: Organisasjonen styrker helsekompetansen hos de ansatte med hensyn til arbeidsrelaterte risikoer og personlig livsstil.

Begrunnelse: Ansattes arbeidsrelaterte helsebelastning, særlig blant eldre arbeidstakere, er en relevant utfordring for helsevesenet. Ansattes helse kan være truet av enkelte arbeidsrelaterte risikoer. Ansattes helse er delvis også avhengig av deres individuelle helsekompetanse. Derfor bør ansattes helsekompetanse styrkes – ikke bare for å kunne kommunisere bedre med pasientene, men også av hensyn til egen helse. Studier har vist at helsefremmende tiltak på arbeidsplassen er viktig for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer blant ansatte. Organisasjoner med fokus på helsefremmende tiltak opplever gunstige effekter som redusert sykdomsutbredelse, reduserte helsekostnader, økt produktivitet og individuell helsekompetanse (Dietscher 2012). Helsekompetansevennlige helseorganisasjoner fremmer helsekompetanse blant de ansatte både når det gjelder egen håndtering av helse- og sikkerhetsrisikoer på arbeidsplassen og at de har en sunn livsstil (Wong 2012).

Helsekompetanse hos ansatte påvirker kvaliteten på kommunikasjonen med pasienter. Organisasjoner der de ansatte har høy helsekompetanse og god helse er bedre i stand til å møte pasienter og brukeres behov på en god måte. Dette vil også bidra til å øke deres helsekompetanse. Hvis de ansatte ikke har innsikt i egne helsebehov, kan det være vanskelig for dem å støtte pasientene i å ta gode beslutninger om helsen.

Delstandard 7.1. Organisasjonen legger til rette for at ansatte kan forbedre sine kunnskaper og ferdigheter for håndtering av risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen, samt fremme sunn livsstil.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 7.1.1 Organisasjonen anser forbedring av helsekompetanse blant de ansatte som et lederansvar. Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 7.1.2. Ledelsen er bevisst på hvordan deres kommunikasjon kan virke inn på ansattes helse, og	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>tilpasser lederstilen i tråd med dette.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>					
<p>Indikator 7.1.3.</p> <p>Resultatvurderinger inkluderer statusinformasjon om helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen, og om hvordan de ansatte kan ta vare på helsen.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 7.1.4.</p> <p>Ansatte informeres om risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen allerede under opplæringen for nyansatte.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 7.1.5.</p> <p>Organisasjonen gir regelmessig opplæring i håndtering av risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Indikator 7.1.6.</p> <p>Organisasjonen bruker materiell som plakater, brosjyrer, faktaark, nye medier og elektroniske enheter for å øke ansattes bevissthet om risikoer knyttet til helse-, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Indikator 7.1.7.</p> <p>Ansatte oppfordres til å melde fra om arbeidsforhold som utgjør en helserisiko, og komme med forslag til forbedring.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 7.1.8.</p> <p>Organisasjonen tilrettelegger for forebygging eller egenbehandling av kroniske helseproblemer hos ansatte.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 7.1.9.</p> <p>Organisasjonen bruker materiell for å øke ansattes oppmerksomhet rundt helserelaterte livsstilsutfordringer.* (F.eks. plakater, brosjyrer, faktaark, nye medier og elektroniske enheter)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 7.1.10.</p> <p>Organisasjonen tilbyr de ansatte opplæring om sunn livsstil, eller formidler informasjon om lokale kurs og programmer om dette. (F.eks. Informasjonsark, brosjyrer)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Standard 8: Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen i lokalbefolkningen og formidle kunnskap om organisatorisk helsekompetanse i opptaksområdet.

Begrunnelse: For å øke helsekompetansen i lokalbefolkningen tilbyr helsekompetansevennlige helseorganisasjoner lett tilgjengelig og evidensbasert helseinformasjon. De er pådrivere for opplærings- og helsefremmende tiltak for å øke helsekompetansen i lokalbefolkningen, og gjennomfører også tiltak for å øke helsekompetansen hos sårbare befolkningsgrupper og grupper det er krevende å nå ut til. Helsetjenestene kan fungere som en rollemodell og pådriver for både bedre helse og økt individuell og organisatorisk helsekompetanse i regionen. Utveksling av erfaringer knyttet til helsekompetanse via publikasjoner, presentasjoner og andre fora gir økt bevissthet og kan stimulere til organisatoriske endringer ut over sin egen organisasjon. Ved å formidle resultater og erfaringer om organisatorisk helsekompetanse på tvers av organisatoriske grenser, kan flere personer og institusjoner dra nytte av organisasjonens erfaringer og strategier for å øke helsekompetanse. Derfor har helsekompetansevennlige organisasjoner et ansvar for å dele sine kunnskaper og erfaringer knyttet til implementering av organisatorisk helsekompetanse med andre organisasjoner. Erfaringsdeling, kunnskapsutveksling og samarbeid mellom relevante fagmiljøer er viktig for nettverksbygging og å understøtte eventuelle organisasjonsendringer (Pelikan et al. 2005).

Delstandard 8.1. Organisasjonen bidrar til å styrke helsekompetansen hos lokalbefolkningen.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktuelt
Indikator 8.1.1 Organisasjonen gir evidensbasert og ikke-kommersiell informasjon om relevante helseproblemer til lokalsamfunnet. <i>(F.eks. gjennom helsemesser eller åpne forelesninger).</i> Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikator 8.1.2. Organisasjonen er en pådriver for tiltak som kan styrke helsekompetansen hos lokalbefolkningen. <i>(F.eks. ved å organisere workshops om</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<p><i>helsefremmende tiltak på arbeidsplassen i lokale bedrifter, eller legge til rette for guidede turer til sykehuset for elever fra lokale skoler)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>					
<p>Indikator 8.1.3. Organisasjonen gjennomfører tiltak på lokalt nivå for å forbedre helsekompetansen til befolkningsgrupper som det kan være vanskelig å nå ut til med informasjon. <i>(F.eks. oppsøkende informasjonstjenester, interaktive møter med sosioøkonomisk vanskeligstilte grupper eller innvandrergupper)</i></p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□

Delstandard 8.2 Organisasjonen støtter videreutvikling av organisatorisk helsekompetanse både i og utenforopptaksområdet.	Oppnådd i svært stor grad (76–100%)	Oppnådd i stor grad (51–75%)	Oppnådd i noen grad (26–50%)	Oppnådd i liten grad (0–25%)	Ikke aktu elt
<p>Indikator 8.2.1.</p> <p>Aktiviteter og måloppnåelse knyttet til organisatorisk helsekompetanse er en del av organisasjonens offentlige rapportering.* (F.eks. årsrapporter, artikler på egen hjemmeside)</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 8.2.2.</p> <p>Organisasjonen formidler erfaringer fra gjennomførte tiltak for organisatorisk helsekompetanse via publikasjoner, presentasjoner og andre medier.*</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 8.2.3.</p> <p>Organisasjonen deltar i forsknings- og utviklingsprosjekter om helsekompetanse.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□
<p>Indikator 8.2.4.</p> <p>Organisasjonen bidrar til å gjøre målsettinger eller handlingsplaner for helsekompetanse mer kjent.</p> <p>Kommentarer: Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	□	□	□	□	□



<p>Indikator 8.2.5.</p> <p>Organisasjonen bruker kunnskap om beste praksis for helsekompetanse i opplæring av leger, sykepleiere og andre relevante faggrupper i og utenfor organisasjonen.</p> <p>Kommentarer:</p> <p>Klikk her for å skrive inn tekst.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tusen takk for at du tok deg tid til å fylle ut dette kartleggingsverktøyet!

Ordliste

Ask Me 3	<p>Ask Me 3® omfatter tre spørsmål slik at pasientene kan få bedre innsikt i egen helse og hva de kan gjøre for å ivareta den:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hva er den største helseutfordringen min?• Hva bør jeg gjøre?• Hvorfor er det viktig at jeg gjør dette? <p>For ytterligere informasjon se: http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx</p>
Chunk-and-Check	<p>Chunk-and-check kan brukes sammen med teach-back. Det går ut på at du deler opp hovedbudskapet i mindre biter under konsultasjonen og kontrollerer underveis om disse er forstått. Dette i stedet for å gi pasienten all informasjon uten å sjekke underveis om vedkommende fikk med seg de viktige delene av informasjonen. Se: http://healthliteracy.org.uk/index.php?option=com_k2&view=item&id=49:chunk-and-check&Itemid=193</p>
Fiktive pasienter («mystery patients»)	<p>«Fiktive pasienter» («Mystery Patients») er personer som opptrer «undercover» som pasienter. De inngår i prosedyrene som brukes for å måle kvaliteten på tjenester i helsesektoren. Se: http://www.communicatingwithpatients.com/mystery-patients.html</p>
Gående intervju	<p>Med gående intervjuer («walking interviews») menes at man går sammen med en person som er lite kjent i institusjonens lokaler for å få kunnskap om hvordan man kan gjøre det enklere å finne frem i lokalene. Dette kan være skilting, skriftstørrelse, fargekoder, fremkommelighet, informasjonssenter osv. Folk som kommer inn i en helseinstitusjon for første gang, ser ofte detaljer i miljøet som folk som jobber der til daglig ikke lenger legger merke til. Derfor kan innspill fra personer som ikke har vært der før, gi ny innsikt. Gående intervjuer fokuserer på å få en vurdering av miljøet i et helsekompetanseperspektiv. Aktiviteten innebærer at man skal navigere rundt i en helseinstitusjon og finne frem til riktig sted. Det kan bidra til å identifisere momenter som er nyttige eller til hindring for pasientene når de skal finne frem i institusjonen. Dermed kan personalet eliminere barrierer og finne måter å gjøre det enklere på å navigere i lokalene (se Rudd og Anderson 2006, s. 99).</p>
Helsekompetanse	<p>«Helsekompetanse er knyttet til informasjonskompetanse og handler om individers kunnskap, motivasjon og kompetanse når det gjelder å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta beslutninger i hverdagen innenfor bruk av helsetjenester, i sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten i et livsløpsperspektiv» (Sørensen et al., 2012).</p>

Helsekompetanse og responsivitet	«Levering av tjenester, programmer og informasjon på måter som fremmer rettferdig tilgang og engasjement, som oppfyller de ulike behovene og preferansene innen helsekompetanse hos alle mennesker, og som støtter enkeltpersoner og grupper i å aktivt ta del i beslutninger som berører deres helse og velferd, som oppnås gjennom støttende kultur og lederskap, støttende systemer, retningslinjer og praksiser samt en effektiv arbeidsstyrke.» (Trezona et al. 2017, s. 9)
Helsekompetanse-policyer / retningslinjer	Retningslinjer brukes som en måte å standardisere levering av helsetjenester på. Retningslinjer for helsekompetanse gjenspeiler en universell tilnærming til å levere helsekompetansevennlige helsetjenester, som har som utgangspunkt at hver enkelt har risiko for å misforstå informasjon, og vil dra nytte av tydelig kommunikasjon og ukompliserte behandlingsbaner. Her er noen eksempler på vanlige typer retningslinjer for helsekompetanse: Alt pasientrettet informasjonsmaterieil skal evalueres av redaktører og frivillige pasienter. Retningslinjer for lesbarhet og prinsipper for helsekompetanse skal følges. Kun kvalifiserte tolker skal brukes til å kommunisere med pasienter med begrensede ferdigheter i det lokale språket. Pasienter skal ikke skrives ut før de selv kan formulere (teach-back) hvordan tegn på forverring av tilstanden arter seg, og hvordan de skal følge instruksjonene for hva de skal gjøre etter at de er utskrevet. Klinikere må spørre pasientene hvordan de skal utføre egenpleie som f.eks. sårbehandling. Retningslinjene er ikke alltid uttømmende, men kan gi en pekepinn på forventet atferd uten å gå i detalj. Mangel på presisjon er noen ganger nødvendig for å oppnå rom for fleksibilitet der retningslinjene kan passe inn i den lokale arbeidsflyten og kulturen. Retningslinjene anvendes som pådrivere for endring (Brach 2017, s. 218).
Helsekompetanse-vennlige helseorganisasjoner	Helsekompetansevennlige helseorganisasjoner gjør det enklere for alle interessenter (pasienter/pårørende/ansatte/ledelsen og innbyggerne) å få tilgang til, forstå, vurdere og bruke sykdoms- og helserelevant informasjon, og prøver å forbedre helsekompetansen til disse interessentene for at de skal kunne gjøre vurderinger og ta beslutninger i hverdagen som bruker av helsetjenester (samproduksjon), i sykdomsforebygging og i helsefremmende aktiviteter, alt for å opprettholde eller forbedre livskvaliteten i et livsløpsperspektiv. For å oppnå dette omfattende konseptet på en systematisk og bærekraftig måte må helseorganisasjonen anvende prinsipper og verktøy for kvalitetsstyring, endringsledelse og helsefremmende arbeid, og bygge spesifikke organisatoriske kapasiteter (infrastruktur og ressurser) for å bli mer helsekompetansevennlig (Pelikan 2017).

Hva er viktig for deg? Se:

<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>

Motiverende intervju Motiverende intervju er en klinisk metode som hjelper personer med psykiske lidelser, ruslidelser og andre kroniske helseutfordringer, som diabetes, hjerte- og karsykdommer og astma å gjennomføre positive atferdsendringer for å bedre helsen. Se:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi>
<https://www.stephenrollnick.com/>

Nye medier

Nye medier omfatter former for kommunikasjon gjennom digitale eller elektroniske kilder, og bruker Internett som kommunikasjonskanal mellom avsender og publikum: Nye medier gir muligheter for interaktivitet, som gjør det mulig for publikum å delta i en dialog. F.eks. nettsider, nettportaler, e-post, apper, sosiale medier

Organisatorisk helsekompetanse

'organisatorisk helsekompetanse' tar til orde for en tilnærming med universelle forholdsregler der helsevesenet har som utgangspunkt at alle pasientene kan ha lav helsekompetanse, og at tjenestene derfor må struktureres på måter som reduserer kompleksitet og barrierer for allmenn tilgang (DeWalt et al. 2010).

Samvalg

Samvalg er en prosess der pasienten/brukeren sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best for den enkelte. Se: <https://www.helsenorge.no/samvalg/hva-er-samvalg/>

SPEAK UP-programmet I mars 2002 lanserte *The Joint Commission sammen med Centers for Medicare and Medicaid Services* en nasjonal kampanje der de oppfordret pasientene til å ta del i arbeidet med å forebygge behandlingsfeil ved å bli aktive, involverte og informerte medvirkende i behandlingen. Kampanjen omfattet brosjyrer, plakater og buttons knyttet til følgende emner innen pasientsikkerhet:

- Bidra til å forebygge behandlingsfeil
- Bidra til å unngå feil under operasjonen
- Informasjon for levende organdonorer
- Fem ting du kan gjøre for å forebygge infeksjon
- Bidra til å unngå feil i medisiner
- Hva du bør vite om forskningsstudier
- Planlegging av den videre oppfølgingen
- Bidra til å forhindre feil i medisinske tester

Kjenne til hvilke rettigheter du har
Forstå informasjon fra leger og andre helsepersonell
Hva du bør vite om smertebehandling
Se: <https://www.jointcommission.org/speakup.aspx>

Strategiske planer for helsekompetanse Strategiske planer omfatter konkrete mål på tvers av flere ulike helsekompetansedomener, og gir en presis beskrivelse av hvilke tiltak som skal treffes for å oppnå målene. I tillegg omfatter strategiske planer informasjon om hvem som skal gjennomføre tiltakene, og hvordan måloppnåelse skal måles. Strategiplaner har alltid en logisk modell for hvordan man skal oppnå de ønskede endringene, og hvilke utfall man jobber mot (se Brach 2017).

Teach-back Teach-back er en teknikk som er enkel å bruke for å bekrefte at man har klart å formidle informasjonen til pasienten på en tydelig måte, og at pasienten har forstått informasjonen. Teknikken går lenger enn bare å stille spørsmål som «Fikk du med deg alt det?» og «Skjønnte du alt du fikk vite nå?». I stedet ber man pasienten om å forklare med egne ord eller på annen måte vise hva de nettopp ble fortalt.
Se:
<https://rkppo.no/helsekommunikasjon/helsepersonells-kompetanse/teach-back>

Tolker Tolker som jobber i klinisk sammenheng skal gjengi informasjon som utveksles mellom leger eller annet helsepersonell og pasienter, på forhåndsbestemte språk. Tolken skal tolke nøyaktig det som blir sagt, uten å endre, holde tilbake eller legge til innhold.

Se mer:
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/90658993-97c6-44db-a9c0-6ea6e2d2f4e7:eb7dc3bc5ab2de93f379fbb9f0313ef3182f2007/God%20kommunikasjon%20via%20tolk%20E2%80%93%20Veileder%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenestene%20(fullversjon).pdf)
<https://www.imdi.no/tolk/krav-til-tolker-i-lov-og-forskrift/>

Virtuell Virtuell vil si at noe simuleres, vanligvis ved bruk av digital teknologi. Virtuell teknologi muliggjør en digital interaksjon.

Vedlegg 1: Handlingsplan – Prioriteringer for utvikling av organisatorisk helsekompetanse

Basert på egenvurderingen og resultatene fra konsensusworkshopen blir evalueringsteamet i stand til å identifisere en eller flere utviklingsprioriteringer for helseorganisasjonen der denne selv har avdekket at den ikke oppfyller de aktuelle standardene eller delstandardene. En handlingsplan kan deretter utvikles ved hjelp av malen nedenfor for å løse disse problemene.

Utviklingsmål	Handling, tiltak	Ansvarlig	Tidsramme	Forventet resultat

Referanser

- Abrams, M., Kurtz-Rossi, S., Riffenburgh, A., Savage, B. (2014): Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change, Unity Point Health.
- Agency for Healthcare Research & Quality (2011): CAHPS item set for addressing health literacy.
- Altin, S.V. and Stock, S. (2015a): Health Literate Healthcare Organizations and their Role in Future Healthcare, in Journal Nursing and Care, 4:2.
- Altin, S. V. and Stock, S. (2015b): Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany, BMC family practice, 16(148):1-7.
- Altin, S. V. and Stock, S. (2016): The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices, BMC health services research, 16(450):110.
- America's Health Insurance Plans (2010): Health Plan Organizational Assessment of Health Literacy Activities, Resource List - Health Plan Organizational Assessment of Health Literacy Activities, and Suggestions for Areas of Improvement
- Andrulis, D., Delbanco, T., Avakian, L. and Shaw-Taylor, Y. (2005): The Cultural Competence Self-Assessment Protocol for Health Care Organizations and Systems. National Public Health and Hospital Institute/New York Academy of Medicine and Harvard Medical School/Beth Israel-Deaconess Hospital, with support from the Robert Wood Johnson Foundation
- Andrulis, D.P. and Brach, C. (2007): Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. American Journal of Health Behavior 31(Suppl 1):S122-S133.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2013): Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality. Consultation Paper. Sydney: ACSQHC
- BARMER GEK (2010): Gesundheitsreport 2010. Teil 2 - Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz. Wuppertal: BARMER GEK.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Viera, A. and Crotty, A. (2011): Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine. 155(2):97-107.
- Blake S.C., McMorris K., Jacobson K.L., Gazmararian J.A. and Kripalani S. (2010): A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy service users. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 21(2), 559-567.
- Brach, C., Keller D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise A.J. and Schillinger, D. (2012): Ten attributes of health literate health care organizations. Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy Discussion Paper
- Brach, C. (2017): The journey to become a health literate organization: A snapshot of health system improvement, in R.A. Logan and E.R. Siegel (Eds) Health Literacy, Ios Press, S. 203 - 237.

- Brach, C., Dreyer, B.P. and Schillinger, D. (2013): Physicians role in creating health literate organizations: a call to action. *J Gen Med.* 2013; 29:273-275
- Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, C., Cifuentes, I., Albright, K. and West, D.R. (2015): *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Campbell, F.A. (2004): The effect of format modifications and reading comprehension on recall of informed consent information by low-income patients: a comparison of print, video, and computer-based presentations. *Patient Educ Couns*, 53: 205-16.
- Cifuentes, M., Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N.M., Albright, K., Weiss, B.D., West, D.R. and Brach, C. (2015): *Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit*, AHRQ Publication, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Coleman, C. (2011): Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook*, 59(2), 70-78
- Clinical Excellence Commission (2013): *CEC Guide to Health Literacy*
- DeWalt, D.A., Malone, R.M., Bryant, M.E., Kosnar, M.C., Corr, K.E., Rothman, R.L., Sueta, C.A. and Pignone, M.P. (2006): A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: A randomized, controlled trial. *BMC Health Services Research*, 6(1):30.
- DeWalt, D.A. and McNeill, J. (2013): *Integrating Health Literacy with Health Care Performance Measurement*. Washington: Institute of Medicine
- DeWalt, D.A., Callahan, L.F., Hawk, V.H., Broucksou, K.A., Hink, A., Rudd, R. and Brach, C. (2010): *Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- Dietscher (2012): *Gesundheitsfördernd führen. Ein Themenpapier des ONGKG*. Wien: ONGKG
- Dietscher, C., Lorenc, J. and Pelikan, J.M. (2015): *Das SelbstbewertungsInstrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I)*: Wien, Ludwig Boltzmann Institut erstellt in Kooperation mit ONGKG.
- Dietscher, C., Pelikan, J.M. (2016): *Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen, Prävention und Gesundheitsförderung* 11(1): 53-62.
- Dietscher, C., Pelikan, J.M. (2017): *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*. D. Schaeffer and J. M. Pelikan. Bern, Hogrefe: p. 303- 313.
- Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. (2012): Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.*;12 (1469-493X (Electronic)):CD003267
- Farmanova, E., Bonneville, L., Bouchard, L. (2018) *Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues*, 55, 1-17.
- Ferreira, M.R. (2005): Health Care provider-directed intervention to increase colorectal cancer screening among veterans: results of a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 23:15.

- Goode, T., Jones, W., Jackson, V., Bronheim, S., Dunne, C. and Lorenzo-Hubert, I. (2010): Cultural and Linguistic Competence Family Organization Assessment Instrument. Washington, DC: National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Groene, O. (Ed.). (2006): Implementing health promotion in hospitals: Manual and selfassessment forms. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Henrard, G., Marc Vanmeerbeek, M., Laetitia Buret, L. and Rademakers, J (2019): Dealing with health literacy at the organisational level, French translation and adaptation of the Vienna health literate organisation self-assessment tool. BMC Health Services Research (2019) 19:146 <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3955-y>
- Herndon, J.B., Chaney, M., Carden, D. (2011): Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. *Ann Emerg Med.*, 57(4): 334-45.
- HelloTAS (2019): HelloTAS A Toolkit for Health Literacy Learning Organisations [Online]. Health Literacy Learning Organisation. <https://www.hellotas.org.au/> [Zugriff am 10.10.2019]
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU.
- The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International Report on the methodology, results and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Austrian National Public Health Institute.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (2011): Gesundheitskompetenz im Unternehmen gestalten und umsetzen. Gesundheitskompetenz im Markt „GesMa“.
- Institute of Medicine (2004): Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: Institute of Medicine.
- International Society for Quality in Health Care (2007): International Principles for Healthcare Standards, ISQua, Third Edition
- Ishikawa, H. and Yano, E. (2008): Patient health literacy and participation in the healthcare process. *Health Expect*, 11(2): 113-22.
- Jack, B.W., Chetty, V.K, Anthony, D., Greenwald, J.L., Sanchez, G.M. et al. (2009): A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med* 150: 178-187.
- Jack, B.W., Paasche-Orlow, M.K., Mitchell, S.M., et al. (2013): An overview of the ReEngineered Discharge (RED) Toolkit. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 12(13)-0084.
- Kaper, M., Sixsmith, J., Meijering, L., Vervoordeldonk, J., Doyle, P., Barry, M., de Winter, A. and Reijneveld, S. (2019): Implementation and Long-Term Outcomes of Organisational Health Literacy Interventions in Ireland and The Netherlands: A Longitudinal Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, 16, 4812.
- Katz, M., Jacobson, T., Veledar, E. and Kripalanim, S. (2007): Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: A mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine* 22(6):782-786.

- Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Apfel, F. and Tsouros, A.D. (eds) (2013): Health literacy: the solid facts, World Health Organization, Denmark: Regional Office for Europe.
- Koh, H.K., Berwick, D.M., Clancy, C.M., Baur, C., Brach, C. Harris, L.M. and Zerhusen, E.G. (2012): New federal policy initiatives to boost health literacy can help the nation move beyond the cycle of costly “crisis care.” *Health Affairs* 31(2):434-443.
- Koh, H.K., Brach, C., Harris, L.M. and Parchman, M.L. (2013): A proposed “health literate care model” would constitute a systems approach to improving patients’ engagement in care. *Health Affairs* 32(2):357-367.
- Koh, H.K., Baur, C., Brach, C., Harris, L.M., Rowden, J.N. (2013) Toward a systems approach to health literacy research. *J Health Commun.*,18(1):1–5.
- Kwan, B., Frankish, J., Rootman, I. (2006): The Development and Validation of Measures of “Health Literacy” in Different Populations. Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia. Vancouver BC / Canada.
- LBIHPR (2009): PRICES-HPH Hospital Questionnaire. Project on a Retrospective, Internationally Comparative Evaluation Study of HPH: PRICES – HPH
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). Befolkningens helsekompetanse, del 1. The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) (Rapport IS-2959). Helsedirektoratet.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). Befolkningens helsekompetanse, del II. Helsekompetansen i fem utvalgte innvandringspopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19). (Rapport IS-2988). Helsedirektoratet.
- Lehmann, P. and Stutz-Steiger, T. (2011): Förderung der Gesundheitskompetenz – Erhebung der Aktivitäten der Kantone. Im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz, im Namen der Allianz Gesundheitskompetenz Schweiz. Lausanne: Allianz Gesundheitskompetenz et HESAV.
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O., Cohen, V. and Elhayany A. (2016): The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel, *Journal of Health Communication*, 21:sup2, 61-68
- Lloyd, J.E., Song, H.J., Dennis, S.M., Dunbar, N., Harris, E. and Harris, M. F. (2018) ‘A paucity of strategies for developing health literate organizations: A systematic review’, *PLOS One*, 11 April.
- Lynch, J. (2009): Literacy audit for healthcare settings. NALA: Dublin, Ireland.
- Mackert, M., Ball, J. and Lopez, N. (2011): Health literacy awareness training for healthcare workers: Improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Education and Counseling*, 85(3), e225-e228.
- Meggetto, E., Ward, B. and Isaccs, A. (2017): ‘What’s in a name? An overview of organizational health literacy terminology’, *Australian Health Review*, 42, 1, 2130. Ministry of Social Development (2013): MSD Organisational Capability SelfAssessment Tool.
- New Zealand Ministry of Health (2015): Health Literacy Review: A guide. Wellington.

- Parker, R. (2009): Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. Measures of health literacy: workshop summary, Roundtable on Health Literacy. Washington, DC, National Academies Press, 91–98
- Pelikan, J. M. (2019): Health literate healthcare organization. In: International handbook of health literacy Research, practice and policy across the life-span. Hg. v. Okan, O. et al. Policy Press. Ch. 35; p. 539-554
- Pelikan, J.M., Dietscher, C., Krajic, K., Nowak, P. (2005): 18 Core Strategies for Health Promoting Hospitals (HPH). In: Groene, O., Garcia-Barbero, M. (Eds.), Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management (pp.46-63). World Health Organization
- Pelikan, J.M., Dietscher, C. (2015): Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? ['Why should and how can hospitals improve their organizational health literacy?'], Bundesgesundheitsblatt, Berlin Heidelberg: Springer, 58:989–95.
- Pelikan, J.M., Ganahl, K. (2017): 'Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort', in R.A. Logan and E.R. Siegel (eds) Health literacy. New directions in research, theory and practice, Amsterdam: IOS Press, pp 34-59 (see also: <http://ebooks.iospress.nl/volume/healthliteracy-new-directions-in-researchtheory-and-practice>).
- Pelikan, J. M.; Ganahl, K.; van den Broucke, S.; Sørensen, K. (2019): Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) In: International handbook of health literacy Research, practice and policy across the lifespan. Hg. v. Okan, O. et al. Policy Press. Ch.8, p. 115-138
- Rudd, R.E. (2003): Improvement of health literacy, in Communicating health: Priorities and strategies for progress. U.S. Department of Health and Human Services: Washington DC.
- Rudd, R.E. and Anderson, J.E. (2006): The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers – Partners for Action: Making your healthcare facility literacy-friendly.
National Center for the Study of Adult Learning and Literacy and the Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard University School of Public Health
- Sator, M., Nowak, P., Menz, F. (2015): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Grundlagen, Analyse und erste Umsetzungsempfehlungen für eine langfristige Weiterentwicklung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Schillinger D., Bindman A., Wang F., Stewart A. and Piette J. (2004): Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. Patient Education and Counseling; 52(3):315–323.
- Schillinger, D.E., Machtiger, E.L., Wang, F., Chen, L.L., Win, K., Palacios, J., Rodriguez, M. and Bindman, A. (2005): Language, literacy, and communication regarding medication in an anticoagulation clinic: Are pictures better than words? Advances in patient safety: From research to implementation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C. and Bindman, A.B. (2003): Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy, Archives of internal medicine, 163(1):83–90.

- Silverman J, Kurtz S, Draper J. (2013): Skills for Communicating with Patients. 3 ed.; London: Radcliffe Publishing Ltd.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. and Brand, H. and (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12 (80).
- Sørensen, K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Van den Broucke S, Brand H.
(2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Eur J Public Health 2015; 25: 1053–1058, DOI: 10.1093/eurpub/ckv043
- Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., Epstein, R.M. (2009): How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling, 74, 295-301
- The Ethical Force Program® (2008): The AMA Ethical Force Program® toolkit: improving communication – improving care. Chicago IL: American Medical Association Themenpapier des ONGKG (2012), Gesundheitsfördernd führen.
- Tholstrup, J. (2013): Empowering patients to need less care and do better in Highland Hospital, South Sweden. In: Loeffler, L., Power, G., Bovaird, L. and Hine-Hughes, F. (2013): Co-Production of Health and Wellbeing in Scotland, p.90-99. Published by Governance International.
- Thomacos, N. and Zazryn, T. (2013): Enliven Organisational Health Literacy Selfassessment Resource. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University.
- Tokuda, Y., Doba, N., Butler, J.P., Paasche-Orlow, M.K. (2009): Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient Educ Couns.; 75(3): 411-7.
- Trezona, A., Dodson, S. and Osborne, R. H. (2017): Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals, BMC Health Services Research, 17 (513):1-12.
- Trezona, A.; Dodson, S.; Osborne, R. H. (2018): Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. In: BMC Health Serv Res 2018/18:694
- Vackerberg, N. (2013): The Esther approach to healthcare in Sweden: A business case for radical improvement. In: Loeffler, L., Power, G., Bovaird, L. & Hine-Hughes, F. (2013): Co-Production of Health and Wellbeing in Scotland, p.100-111. Published by Governance International
- Van der Heide, I., Uiters, E., Rademakers, J., Struijs, J.N., Schuit, A.J. and Baan, C.A. (2014): Associations among health literacy, diabetes knowledge, and selfmanagement behavior in adults with diabetes: results of a Dutch cross-sectional study. J Health Commun.; 19 (Suppl 2): 115-31.
- Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S.J. and DeBuono, B. (2007): Low Health Literacy: Implications for National Health Policy [Internet]. Washington (DC): George Washington University.
- Wolf, M.S., Gazmararian, J.A. and Baker, D.W. (2005): Health literacy and functional health status among older adults. Arch Intern Med.; 165(17): 1946-52.

Wolf, M.S., Davis, T.C., Curtis, L.M., Webb, J.A., Bailey, S.C. et al. (2011): Effect of standardized, patient-centred label instructions to improve comprehension of prescription drug use. *Med. Care* 49: 96-100.

Wong, B. K. (2012): Building a health literate workplace. *Workplace Health & Safety*, 60(8), 363-369

WHCA, World Health Communication Associates (2009): Health Literacy, Part 1 'The Basics', WHCA Action Guide, World Health Communication Associates.

WHCA, World Health Communication Associates (2010): Health Literacy. Action Guide Part 2 'Evidence and Case Studies', World Health Communication Associates.

Wynia, M., Johnson, M., McCoy, T., Passmore Griffin, L. and Osborn, C. (2010): Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality*; 25(6):8.

Rapporten omhandler erfaringer og resultater fra piloteringen av kartleggingsverktøyet *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of Hospitals (SAT-OHL-Hos)* ved fem helseinstitusjoner i Norge. Kartleggingsverktøyet består av en rekke indikatorer, og kan brukes for å identifisere bevarings- og forbedringsområder i egen organisasjon angående organisatorisk helsekompetanse eller i hvilken grad helseinstitusjonen kan ansees å være helsekompetansevennlig. Prosjektet har blitt gjennomført som et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Høgskolen i Innlandet, og er tilknyttet et internasjonalt samarbeid i regi av nettverket *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy of WHO-Europe*. Resultatene fra piloteringen tyder på at det er oppmerksomhet rundt helsekompetanse i direkte pasientkontakt, men at tiltakene ikke nødvendigvis er systematisert i form av retningslinjer og prosedyrer. Kartleggingsverktøyet oppleves som nyttig og kan danne grunnlag for å forbedre helseinstitusjoners organisatoriske helsekompetanse. Imidlertid ble kartleggingsverktøyet opplevd som omfattende. Innføring av en revidert versjon av kartleggingsverktøyet SAT-OHL-Hos kan bli viktig ved implementeringen av helsekompetansevennlige helsetjenester.

Vi ønsker å takke deltakende helseinstitusjoner og informantene for deres verdifulle bidrag.