



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Sundheds- kompetence i det danske sundhedsvæsen

En vej til mere lighed



## Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen

Rapporten er skrevet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

Anna Aaby, ph.d., læge  
Maiken Meldgaard, ph.d. stipendiat  
Helle Terkildsen Maindal, ph.d., professor

En række organisationer og personer, der arbejder med sundhedskompetence i praksis og forskning, har bidraget med cases til rapporten. Vi takker samtlige bidragsydere for deres indsats og uvurderlige engagement.

Rapporten er læst og kommenteret af Peter Bindselev Iversen fra Sårbare og Forebyggelse i Steno Diabetes Center Sjælland samt leder Tine Curtis og specialkonsulent Lene Dørfler fra Center for Forebyggelse i Praksis i KL.

©Sundhedsstyrelsen

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udgiver:  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S.  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-466-7  
Sprog: Dansk  
Version: 1  
Versionsdato: 10. august 2022  
Format: pdf  
Design: BGRAPHIC

# Forord

Ulighed i sundhed har store omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, dårligere livskvalitet og kortere liv. Ulighed i sundhed er ikke retfærdigt og Sundhedsstyrelsen arbejder målrettet på at sikre Sundhed for alle.

Ulighed i sundhed skyldes forskellige faktorer. Vi fødes og vokser op med ulige betingelser for en god sundhedstilstand. Forskelle i arv, fysisk miljø, sociale og økonomiske forhold samt sundhedsadfærd har betydning for ulighed i sundhed.

Sundhedsvæsenet er for alle, men alligevel er der forskel i, hvem der får mest gavn af forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering. Hvis vi skal gøre op med den forskel er det ifølge rapporten "Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet" (Sundhedsstyrelsen, marts 2022) vigtigt at møde patienterne forskelligt. Vi skal differentiere tid og krav, så alle kan følge behandlingsforløb, og vi skal styrke det tværfaglige samarbejde. Vi skal styrke inddragelsen af patienterne såvel i udviklingen af sundhedsvæsenet som i det konkrete møde. Vi skal forstå, at mennesker har forskellige sundhedskompetencer og derfor har forskellige muligheder og behov, når vi kommunikerer og tilrettelægger sundhedstilbud og forløb.

Sundhedskompetence er evnen til at tilgå, forstå og handle på information om sundhed, herunder at tage beslutning om sundhed og navigere i sundhedsvæsenet. Der er stor forskel på borgernes sundhedskompetence og der er forskel på sundhedskompetence afhængigt af en given situation og sårbarhed. Vi må tilrettelægge et sundhedsvæsen, hvor den enkeltes sundhedskompetence ikke bliver en hindring for forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og rehabilitering. Organisatorisk sundhedskompetence handler om at imødekomme borgeres forskellige sundhedskompetence ved at styrke sundhedsvæsenets fleksibilitet og nedbringe dets krav og kompleksitet. For at skabe et sundhedsvæsen for alle er det afgørende at styrke den organisatoriske sundhedskompetence.

I denne publikation præsenteres 8 veje til at styrke organisatorisk sundhedskompetence. Det er ikke en opskrift men inspiration. Hver organisation skal finde sin egen vej. Med 9 cases fra organisationer, der arbejder med sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen, viser vi, hvordan sundhedskompetence blandt andet kan indgå i indsatsen for at fremme lighed i sundhed. Vi håber, at det kan være til inspiration for alle aktører i sundhedsvæsenet.

Jeg vil gerne takke forskere fra Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet for et godt samarbejde om denne rapport og for samarbejdet med at styrke organisatorisk sundhedskompetence i Sundhedsstyrelsen. Jeg vil også gerne takke de personer og organisationer, der i denne rapport stiller op med cases om, hvordan de har arbejdet med sundhedskompetence i forskellige organisationer.

Niels Sandø  
Enhedschef  
Sundhedsstyrelsen

# Indhold

<b>Indledning</b>	<b>7</b>
Social ulighed i sundhed og sundhedskompetence	8
<b>Sundhedskompetence – en kort introduktion</b>	<b>10</b>
<b>Otte veje til organisatorisk sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen</b>	<b>15</b>
<b>Vej nr. 1</b> Sundhedskompetence italesættes og prioriteres i den lokale ledelses- og organisationskultur	16
<b>Vej nr. 2</b> Medarbejdere og ledere støttes i at øge deres viden om sundhedskompetence og deres evne til at omsætte denne viden i den daglige praksis	18
<b>Vej nr. 3</b> Sundhedskompetence integreres i alle relevante arbejdsprocesser	20
<b>Vej nr. 4</b> Borgere fra relevante målgrupper inddrages i planlægning, implementering og evaluering af sundhedstilbud og forløb	22
<b>Vej nr. 5</b> Informationer og tilbud gøres synlige og lette at tilgå og navigere i for såvel borgere som sundhedsprofessionelle	24
<b>Vej nr. 6</b> Mundtlig, skriftlig og digital kommunikation gøres let forståelig og tilpasses borgernes behov og sundhedskompetence. Formidling foregår i de medier og på de platforme, som er mest relevante for den pågældende målgruppe	26
<b>Vej nr. 7</b> Der er fokus på sundhedskompetence ved tilrettelæggelse af tilbud til sårbare grupper og ved sundhedsformidling i situationer med høj risiko for kommunikationsbrist	28
<b>Vej nr. 8</b> Systematisk arbejde med sundhedskompetence monitoreres og evalueres i den lokale organisation	30

<b>Casebeskrivelser</b>	<b>32</b>
<b>Case 1</b>	
LIVE – Sundhedskompetence og lokalsamfund	34
<b>Case 2</b>	
OS! i Tårnby & OS! på Frederiksberg – Sundhedskompetence i kommunale sundhedscentre	36
<b>Case 3</b>	
Sundhedskompetence i målrettede vaccinationsindsatser	38
<b>Case 4</b>	
MAMA ACT – Sundhedskompetence ved livets begyndelse	40
<b>Case 5</b>	
Hånden på hjertet – Sundhedskompetence i hjerterehabilitering	42
<b>Case 6</b>	
Sundhedskompetence og visitation til sclerosehospitalerne	44
<b>Case 7</b>	
Helbredsprofilen – Sundhedskompetence og digital formidling	46
<b>Case 8</b>	
Sundhedskompetence og screening for kræft	48
<b>Case 9</b>	
Socialsygeplejerskerne – Sundhedskompetence og patientforløb	50
<b>Perspektiver på sundhedskompetence</b>	<b>52</b>
Det individuelle perspektiv	53
Det relationelle perspektiv	55
Det samfundsmæssige perspektiv	56
Redskaber til organisatorisk sundhedskompetence	58
<b>Referencer</b>	<b>60</b>



# Indledning



# Social ulighed i sundhed og sundhedskompetence

I Danmark er **social ulighed i sundhed** et stort problem inden for mange sundheds- og sygdomsområder. Der er ulighed i såvel borgeres adgang til som udbytte af sundhedsvæsenet <sup>(1, 2)</sup>. Ulighed i sundhed har store omkostninger for det enkelte menneske i form af øget sygelighed, lavere livskvalitet og kortere levetid <sup>(2)</sup>.

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) kan social ulighed i sundhed forklares ved en række sociale faktorer såsom uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, social eksklusion og fattigdom <sup>(3)</sup>. Ligeledes vurderer WHO, at borgeres sundhedskompetence kan påvirke befolkningers sundhedstilstand <sup>(4)</sup>. Gennem det seneste årti har WHO øget sit fokus på sundhedskompetence som en dynamisk og socialt betinget determinant, der kan påvirke sundhed og helbred <sup>(4-7)</sup>.

**Sundhedskompetence** er en samlet betegnelse for borgeres muligheder for at tilgå, forstå og handle på information om sundhed. Sundhedskompetence inkluderer også evnen til at kunne forholde sig kritisk i mødet med sundhedsprofessionelle og evnen til at opsoge og navigere i sundhedsvæsenet <sup>(8)</sup>.

Det danske sundhedsvæsen omfatter mange forskellige organisationer. Hver dag foregår der tusindvis af interaktioner mellem borgere og medarbejdere. Sundhedsvæsenets indretning, krav og kompleksitet er afgørende for, om en borgers sundhedskompetence er tilstrækkelig til at finde, forstå og få udbytte af relevante tilbud og forløb. **Organisatorisk sundhedskompetence** opnås ved at tilrettelægge et sundhedsvæsen, hvor mangel på sundhedskompetence ikke bliver en hindring for at opnå sundhed og velvære. Organisatorisk sundhedskompetence udøves, når organisationer imødekommer borgernes forskellige sundhedskompetence.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2009 det første danske notat om sundhedskompetence <sup>(9)</sup> konsekvenser og mulige interventioner [Health literacy – the concept, consequences and possible interventions <sup>(9)</sup>. Siden da har sundhedskompetence som begreb fået tiltagende national og international opmærksomhed, særligt inden for forebyggelse og sundhedsfremme <sup>(10)</sup>.

Denne rapport handler om organisatorisk sundhedskompetence med fokus på praktisk anvendelse af sundhedskompetence som en tilgang i det danske sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet defineres i denne sammenhæng som samfundets samlede indsats for at fremme sundhed og forebygge, diagnosticere og behandle syge både i offentligt og privat regi.



## Læsevejledning

Rapporten er opbygget i fire afsnit, der kan læses i sammenhæng eller anvendes uafhængig af hinanden:

- I afsnittet '*Sundhedskompetence – en kort introduktion*' præsenteres relevante definitioner og der redegøres kort for sammenhængen mellem sundhedskompetence og ulighed i sundhed samt betydningen af organisatorisk sundhedskompetence.
- I det følgende afsnit '*Otte veje til organisatorisk sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen*' præsenteres otte veje til at arbejde med organisatorisk sundhedskompetence. Vejene er baseret på modeller og erfaringer beskrevet i den internationale forskningslitteratur <sup>(11-14)</sup>, og er i overensstemmelse med WHO's anbefalinger på området <sup>(4-6)</sup>.
- Det danske sundhedsvæsen rummer mange organisationer med forskellig organisering, kerneopgaver og arbejdsrutiner. Derfor er der i afsnittet '*Casebeskrivelser*' beskrevet en række eksempler fra danske organisationer, der har gjort sig erfaringer med praktisk anvendelse af organisatorisk sundhedskompetence.
- I det sidste afsnit '*Perspektiver på sundhedskompetence*' er sundhedskompetence yderligere udfoldet i et individuelt, relationelt og samfundsmæssigt perspektiv. Afslutningsvis listes en række henvisninger til relevant overblikslitteratur, redskaber og ressourcer, der kan anvendes i arbejdet med at integrere sundhedskompetence i sundhedsorganisationer.

# Sundheds- kompetence – en kort introduktion



Sundhedskompetence (boks 1) vedrører evnen til at læse og forstå information om sundhed. Endvidere omhandler sundhedskompetence måden, hvorpå vi forholder os til denne information, herunder evnen til kritisk refleksion og evnen til at træffe informerede beslutninger om egen eller andres sundhed <sup>(15, 16)</sup>

Sundhedskompetence er således en egenskab af stor betydning for vores sundhedsadfærd og sundhedspraksis, herunder at den enkelte:

- Kan forstå og fortolke sundhedsinformation fra forskellige kilder, for eksempel fra myndigheder, sundhedsprofessionelle og digitale tjenester og medier
- Kan opnå adgang til og navigere i sundhedsvæsenets tilbud og forløb
- Kan interagere og gå i dialog med sundhedsprofessionelle
- Kan træffe og fastholde beslutninger vedrørende sundhed og sundhedsydelser
- Kan varetage egen og nære relationers sundhed i hverdagen

I et tiltagende digitaliseret sundhedsvæsen har sundhedskompetence i relation til digitale medier (digital sundhedskompetence) stor betydning (boks 1). Digital sundhedskompetence vedrører menneskers evne til at bruge digitale teknologier til at tilgå og anvende sundhedsinformation <sup>(17)</sup>, herunder, at den enkelte:

- Har adgang til den nødvendige teknologi
- Kan tilgå og anvende digitale systemer og redskaber såsom sundhedsapps, booking-systemer og digitale postkasser
- Kan forstå og vurdere kvaliteten af digitale kilder til sundhedsinformation

I Danmark har flere større befolkningsundersøgelser undersøgt niveauet af sundhedskompetence. Resultaterne afhænger af hvilke spørgeskemaer, der er anvendt til at afdække begrebet. Den første danske undersøgelse udført blandt næsten 30.000 voksne danskere viste, at mellem 8-20% havde udfordringer med nogle aspekter af sundhedskompetence <sup>(18)</sup>. Problemet var langt større blandt udvalgte målgrupper, såsom personer med multisygdom, hvor andelen, der havde disse udfordringer, udgjorde 40-50% <sup>(19)</sup>. I et andet studie af 15.728 danskere havde godt 8% utilstrækkelig sundhedskompetence (laveste niveau) og 31% problematisk sundhedskompetence (næstlaveste niveau) ud af fire niveauer <sup>(20)</sup>.

## **BOKS 1**

### **Definitioner**

#### **Sundhedskompetence**

Sundhedskompetence (engelsk: health literacy) er en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed. Begrebet inkluderer også evnen til at kommunikere, fastholde og handle på disse beslutninger <sup>(16)</sup>.

#### **Digital sundhedskompetence**

Digital sundhedskompetence (engelsk: eHealth Literacy eller digital health literacy) er evnen til at søge, finde, forstå og vurdere information fra elektroniske kilder og anvende den opnåede viden til at håndtere eller løse et sundhedsproblem <sup>(16)</sup>.

Sundhedsvæsenets kompleksitet og de udfordringer, der møder borgeren, har stor betydning for hvilken grad af sundhedskompetence, der er nødvendig for at opnå et acceptabelt udbytte af et tilbud eller forløb <sup>(4, 21)</sup>. Organisatorisk sundhedskompetence er defineret i boks 2, og handler om de organisatoriske forhold, der påvirker borgernes mulighed for at håndtere sundhed og sygdom, uanset deres sundhedskompetence. Det drejer sig for eksempel om en lang række forhold inden for ledelse og administration, konkrete arbejdsgange og kommunikationspraksis <sup>(11)</sup>.

## BOKS 2

### Organisatorisk sundhedskompetence

Organisatorisk sundhedskompetence (engelsk: health literacy responsiveness) er den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer <sup>(16)</sup>.

## Sundhedskompetence og social ulighed i sundhed

Selv i et sundhedsvæsen som det danske, er sundhedskompetence en socialt betinget risikofaktor for usund adfærd og dårligt helbred <sup>(22-24)</sup>.

Undersøgelser har vist, at der er positiv sammenhæng mellem menneskers sundhedskompetence og forskellige indikatorer på deres sociale situation, herunder deres uddannelsesniveau <sup>(18, 20, 25-27)</sup>, fremmøde på arbejdspladsen og tilknytning til arbejdsmarkedet <sup>(28, 29)</sup>, indtægtsniveau <sup>(18, 20, 25, 27)</sup> og sociale status <sup>(27)</sup>. Det er også vist at mennesker der bor alene <sup>(18, 25, 26)</sup> eller tilhører en etnisk eller sproglig minoritetsgruppe <sup>(18, 20, 25, 26)</sup> oftere har udfordringer relateret til begrænset sundhedskompetence.

Danske og internationale studier har endvidere fundet sammenhænge mellem sundhedskompetence og forskellige sundhedsmål, der bekræfter de negative sundhedsmæssige konsekvenser ved utilstrækkelig sundhedskompetence. Dette gælder blandt andet for sundhedsadfærd <sup>(20, 30, 31)</sup>, livskvalitet <sup>(29, 30)</sup>, forekomst og håndtering af kroniske sygdomme og multisygdom <sup>(19, 32)</sup> samt dødelighed <sup>(33)</sup>. Meget tyder også på, at sundhedskompetence har betydning for, hvordan man anvender sundhedsvæsenet. Mennesker med begrænset sundhedskompetence benytter i mindre grad forebyggende tilbud som screening og vaccination <sup>(34-37)</sup>, men har til gengæld flere og længere indlæggelser og højere forbrug af akutte behandlingstilbud <sup>(38-40)</sup>. Det er sandsynligt, at de sundhedsmæssige konsekvenser af menneskers begrænsede sundhedskompetence har betydelige økonomiske omkostninger for samfundet <sup>(41)</sup>.

Sammenfattende er det altså vist, at sundhedskompetence med stor sandsynlighed udgør en del af årsagskæden mellem sociale vilkår og sundhedstilstanden hos den enkelte <sup>(22-24)</sup> og i et samfundsperspektiv den sociale ulighed i sundhed. Derfor kan tiltag, der forbedrer menneskers sundhedskompetence eller reducerer betydningen af begrænset sundhedskompetence, bidrage til at reducere social ulighed i sundhed.

## Organisatorisk sundhedskompetence

"Sundhedskompetente organisationer" er enheder i sundhedsvæsenet, der arbejder målrettet med organisatorisk sundhedskompetence. Disse organisationer integrerer tilgangen i deres værdigrundlag, strategi og arbejdsgange, de sikrer at al information til borgere er forståelig og relevant, og de uddanner deres medarbejdere til at imødekomme borgerens behov uanset dennes niveau af sundhedskompetence <sup>(4, 11, 42)</sup>.

Ved at arbejde systematisk med organisatorisk sundhedskompetence kan organisationer og sundhedsprofessionelle bidrage til at levere sundhedsydelser på en måde, så flertallet i befolkningen har tilstrækkelig sundhedskompetence til at tilgå og få udbytte af dem. Ligeledes kan de sikre, at der ydes støtte til den mindre gruppe af borgere, der derefter fortsat ikke kan tilgå eller få udbytte af ydelserne, og derved er i risiko for at opleve negative sundhedsmæssige konsekvenser på grund af utilstrækkelig sundhedskompetence.

Hver gang borgere opsøger sundhedsvæsenet har sundhedsprofessionelle og sundhedsorganisationer mulighed for at imødekomme eller udvikle borgerens sundhedskompetence, men nogle kontakter kræver særlig opmærksomhed. Komplekse og alvorlige situationer, herunder akut sygdom, nye diagnoser, livsforændrende beskeder, multisygdom og i særdeleshed forløbsovergange udfordrer i særlig grad den enkelte borgers sundhedskompetence <sup>(19)</sup>. Disse kontakter stiller derfor store krav til sundhedsvæsenets evne til at imødekomme borgernes behov.

Borgere med specifikke sociale, kognitive, fysiske eller mentale svigt oplever oftere at have utilstrækkelig sundhedskompetence og har et særlig udtalt behov for at blive imødekommet og støttet. Desuden kan borgere, der normalt oplever at have tilstrækkelig sundhedskompetence, også midlertidigt udfordres på deres forståelse og kompetencer. Det kan ske i relation til de kritiske situationer omtalt ovenfor eller ved tab af fysisk, mental eller social funktionsevne, såsom aldersbetinget høretab, en akut sygdomskomplikation eller efter tab af en pårørende.

De mest centrale strategier til at opnå organisatorisk sundhedskompetence er medtaget i denne rapport's 'otte veje til organisatorisk sundhedskompetence' (figur 1). Det varierer hvilke, hvornår og hvor mange veje, det er relevant at følge i den enkelte organisation. Der er imidlertid grundlag for at anbefale følgende generelle principper på tværs af de otte veje: Udvikling af organisatorisk sundhedskompetence skal have ledelsesmæssig prioritet, integration af tilgangen skal foregå bredt på tværs af organisationen og skal understøtte en innovativ kultur. Implementering bør foregå med høj grad af medarbejder- og borgerinddragelse og kan med fordel forstærkes af lokale forandringsagenter <sup>(43)</sup>.

**FIGUR 1**

**Otte veje til organisatorisk sundhedskompetence**

**Vej nr. 1**

**Ledelse og kultur**  
Sundhedskompetence italesættes og prioriteres i den lokale ledelses- og organisationskultur

**Vej nr. 2**

**Kompetencer**  
Medarbejdere og ledere støttes i at øge deres viden om sundhedskompetence og deres evne til at omsætte denne viden i den daglige praksis

**Vej nr. 3**

**Proces og praksis**  
Sundhedskompetence integreres i alle relevante arbejdsprocesser

**Vej nr. 4**

**Inddragelse**  
Borgere fra relevante målgrupper inddrages i planlægning, implementering og evaluering af sundhedstilbud og forløb

**Vej nr. 5**

**Adgang**  
Informationer og tilbud gøres synlige og lette at tilgå og navigere i for såvel borgere som sundhedsprofessionelle

**Vej nr. 6**

**Kommunikation**  
Mundtlig, skriftlig og digital kommunikation gøres let forståelig og tilpasses borgernes behov og sundhedskompetence. Formidling foregår i de medier og på de platforme, som er mest relevante for den pågældende målgruppe

**Vej nr. 7**

**Sårbarhed og højrisiko**  
Der er fokus på sundhedskompetence ved tilrettelæggelse af tilbud til sårbare grupper og ved sundhedsformidling i situationer med høj risiko for kommunikationsbrist

**Vej nr. 8**

**Monitorering og evaluering**  
Systematisk arbejde med sundhedskompetence monitoreres og evalueres i den lokale organisation

# Otte veje til organisatorisk sundheds- kompetence i det danske sundhedsvæsen

---

I det følgende uddybes de otte veje til organisatorisk sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen (figur 1). Nogle af vejene overlapper hinanden eller forløber parallelt. Det kan være forskelligt fra organisation til organisation og den lokale kontekst, hvilke veje, der er mest oplagte at gå først.

Hver af de otte veje er eksemplificeret med cases, der repræsenterer praksis-eksempler og inspiration fra danske sundhedsorganisationer, der har arbejdet med sundhedskompetence i praksis. I det efterfølgende afsnit '*casebeskrivelser*' er de enkelte cases systematisk beskrevet i større detaljegrad.

---



## Vej nr. 1

# Sundhedskompetence italesættes og prioriteres i den lokale ledelses- og organisationskultur

I Danmark, såvel som i en række andre lande, ses en stigende social ulighed i sundhed både hvad angår årsager (for eksempel fordelingen af sundhedsdeterminanter) og konsekvenser (for eksempel forekomst af sygdom) <sup>(1)</sup>. Årsagerne er komplekse, men organisatoriske, sociale og kulturelle forhold i mødet mellem borgere og sundhedsvæsenet spiller en rolle <sup>(44)</sup>. Sundhedskompetence er en af mange sociale faktorer, der påvirker befolkningens sundhed og møde med sundhedsvæsenet <sup>(18, 19, 33, 38)</sup>. Hvis alle borgere skal opnå lige adgang og udbytte af sundhedsvæsenet kan en fleksibel organisering baseret på borgeres forskellige sundhedskompetence være en del af løsningen.

Ledelsesmæssig opbakning og kontinuerlig italesættelse af målgruppens sundhedskompetence og organisationens krav er en forudsætning for, at sundhedskompetence integreres i medarbejdernes tankegang, sprog og handlinger og helt afgørende for den lokale udvikling af organisatorisk sundhedskompetence <sup>(43, 45)</sup>. I nogle organisationer kan det være gavnligt at indskrive sundhedskompetence direkte i lokale politikker og strategier eller indirekte ved at forholde sig til relaterede emner såsom lighed, tilgængelighed, kommunikation og brugerinddragelse.

Det er også fra et ledelsesmæssigt niveau muligt at tilbyde og stille krav om kompetenceudvikling af alle eller udvalgte medarbejdere, ligesom der kan opstilles lokale målsætninger for og etableres løbende monitorering og evaluering af sundhedskompetence (se senere). Et særligt ledelsesmæssigt opmærksomhedspunkt er, at øget fokus på ulighed og sundhedskompetence kan medføre et behov for øget differentiering mellem borgere ved udbud og tilrettelæggelse af sundhedstilbud og forløb. Dette kan udfordre de eksisterende rammer for organisationens drift og kvalitetssikring og kan udløse et behov for nye vejledninger og retningslinjer for at sikre en systematisk tilgang <sup>(45)</sup>.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer <sup>(46)</sup>.



## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence i ledelse og kultur

I Region Midtjylland er sundhedskompetence indskrevet i den aktuelle sundhedsaftale <sup>(46)</sup>. Som en udmøntning af denne, har projektet LIVE (case 1) fokus på at skabe øget adgang til sundhedstilbud for etniske minoriteter i et afgrænset lokalområde. En lang række aktører har deltaget i LIVE og gennem projektets aktiviteter har disse opnået en fælles forståelse af barrierer for at finde, forstå, opsøge og bruge sundhedstilbud. Sundhedskompetence er på den måde kommet i fokus på tværs af organisationerne og blevet en del af deltagernes fælles sprog og tankegang.

Tårnby og Frederiksberg Kommunes sundhedscentre har i projekterne OS! i Tårnby og OS! på Frederiksberg (case 2) gennem samskabelsesaktiviteter analyseret deres organisatoriske sundhedskompetence og brugt analysen til at identificere muligheder for kvalitetsforbedringer i tilbud og organisering. Såvel ledere som medarbejderne har deltaget i processen, som dermed har skabt grundlag for en fælles forståelse af udfordringerne, samt et fælles engagement og ejerskab i relation til de foreslåede forbedringer.

Sundhedsstyrelsen har i 2020-2022 arbejdet med en intern proces med fokus på at integrere sundhedskompetence på tværs af organisationens arbejdsområder. Til at understøtte processen har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med forskere på Aarhus Universitet udviklet en række konkrete værktøjer og gennemført flere workshops for at øge bevidstheden om sundhedskompetence i Sundhedsstyrelsens organisationskultur. Arbejdet har blandt andet øget opmærksomheden på sundhedskompetence i relation til COVID-19 vaccinationsindsatsen, som beskrives i case 3.

## Vej nr. 2

# Medarbejdere og ledere støttes i at øge deres viden om sundhedskompetence og deres evne til at omsætte denne viden i den daglige praksis

Selvom sundhedskompetence har fået tiltagende opmærksomhed i Danmark, er det fortsat et relativt nyt begreb for de fleste professionelle i det danske sundhedsvæsen og anvendes kun i få tilfælde systematisk i sundhedsarbejdet <sup>(6)</sup>.

For at kunne integrere sundhedskompetence i den daglige praksis er det relevant at medarbejdere og ledere opnår indsigt i, hvordan borgeres sundhedskompetence påvirker deres forståelse af sundhedsinformation, kommunikation med sundhedsprofessionelle, egenomsorg og navigation i sundhedsvæsenet, samt hvordan disse forhold kan imødekommes. Ligeledes er det vigtigt, at de kender til organisationers og sundhedsprofessionelles rolle og ansvar i relation til sundhedskompetence <sup>(43)</sup>. Sammen med deres ledelse kan sundhedsprofessionelle være med til at identificere og udvikle de lokale muligheder for at øge borgeres individuelle sundhedskompetence og for at tilrettelægge miljø, tilbud og forløb, så borgere med forskellig sundhedskompetence imødekommes.

Kompetencerne kan både opnås ved at lade sundhedskompetence indgå i sundhedsuddannelsernes formelle curricula og gennem postgraduat efter- og videreuddannelse. Formaliseret efteruddannelse som seminarer og kursusdeltagelse kan suppleres med planlagt, løbende refleksion, feedback og erfaringsdeling i den pågældende organisation. Medarbejdere kan med fordel inddrages i lokal udvikling, monitorering og evaluering af borgeres individuelle og den lokale organisatoriske sundhedskompetence <sup>(43, 45, 47, 48)</sup>.

Det er en fordel, hvis kompetenceudvikling vedrørende sundhedskompetence indgår som en naturlig del af arbejdsprocesserne, kulturen og det fælles sprog i organisationen <sup>(45)</sup>. Dette kan ske ved at udvælge og uddanne ambassadører blandt egne medarbejdere, der får en særlig opgave i at facilitere integration af sundhedskompetence <sup>(43, 49)</sup>, og ved løbende at introducere alle nye medarbejdere til begrebet, dets betydning og de relevante metoder og processer.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer.

## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence og sundhedsprofessionelles viden og kompetencer

Forskningsprojektet MAMA ACT (case 4) har til formål at reducere den sociale og etniske ulighed i den tidlige mor-barn sundhed i Danmark gennem styrket dialog mellem gravide kvinder og deres jordemødre. En del af projektet består af et efteruddannelsesforløb til jordemødre, som blandt andet har vist sig at øge jordemødrenes viden om, hvordan gravide kvinder kan have meget forskellig sundhedskompetence og forudsætninger for navigation i sundhedsvæsenet.

I forskningsprojektet Hånden på Hjertet (case 5) i Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter har de sundhedsfaglige medarbejdere gennemgået en række seminarer for at arbejde konkret med sundhedskompetence i den lokale kontekst. De er blevet oplært i at anvende dialogredskabet CHAT <sup>(48)</sup> i den indledende samtale med borgere henvist til genoptræning for hjertesygdom, diabetes, kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom og bevægeapparatslidelser. Forløbet sikrede en god implementering af CHAT og gav mulighed for efterfølgende dialog og erfaringsudveksling på tværs af målgrupper.

I såvel LIVE (case 1), OS! i Tårnby/Os! på Frederiksberg (case 2) og Hånden på Hjertet (case 5) har ledere og medarbejdere fra forskellige enheder deltaget i workshops, der alle havde til formål at samskabe tiltag med henblik på at øge den organisatoriske sundhedskompetence. Gennem disse aktiviteter er medarbejdernes forståelse af sundhedskompetence samtidig styrket og organisationerne er blevet hjulpet til at omsætte teorien til deres praktiske virkelighed.

## Vej nr. 3

# Sundhedskompetence integreres i alle relevante arbejdsprocesser

Gennem tilpassede arbejdsgange og behovsstyrede praksisser kan sundhedskompetence udgøre et redskab til bedre behandlingstilslutning, mere aktiv deltagelse og mere hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets tilbud <sup>(43)</sup>.

Integration af sundhedskompetence kan med fordel involvere alle organisationsniveauer <sup>(43)</sup> og kræver, at organisationens medarbejdere har tilstrækkelige ressourcer og redskaber til at vurdere, imødekomme og forbedre borgernes sundhedskompetence. Integration kan endvidere vedrøre mange typer af opgaver herunder planlægning, drift og implementering, formidling, evaluering og kvalitetsudvikling. Den konkrete praksis er kontekstafhængig, men kan indebære:

- Systematisk afdækning af borgernes sundhedskompetence (for eksempel forståelsesniveau, grad af aktiv deltagelse og egenomsorg) og organisationens evne til at imødekomme den.
- Anvendelse af differentieret kommunikation afstemt efter borgers behov og forståelsesniveau – der kan være tale om såvel mundtlig som skriftlig kommunikationspraksis.
- Tilbud om støtte og individualiserede forløb til udvalgte borgere, så som mentorordninger, ekstra konsultationer/ekstra behandlinger, pårørendeinddragelse, afkortede eller forlængede forløb, forløb i hjemmet, digitale forløb.
- Tilpasning af måden der formidles viden og støttes op om egenomsorg, for eksempel ved brug af pædagogiske hjælpemidler, udarbejdelse af enkle informationsmaterialer eller peer-to-peer indsatser.
- Tilpasning af tilbud og forløb til borgere, der har høj sundhedskompetence og lavt støttebehov.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer

## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence i arbejdsprocesser

I forskningsprojektet Hånden på Hjertet (case 5) gennemførte Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter en analyse af såvel målgruppens som organisationens styrker og svagheder i relation til sundhedskompetence. På baggrund af analysen igangsatte enheden en række ændringer i de genoptræningstilbud, der blev udbudt til borgere henvist efter hjertesygdom. Blandt andet blev sundhedskompetence integreret i den initiale vurdering af borgeren, og der blev indført flere muligheder for at tilpasse rehabiliteringsforløbet til borgerens behov. Flere af initiativerne er efterfølgende udbredt til andre målgrupper i samme Rehabiliteringsenhed.

På Sclerosehospitalerne (case 6) udførte man en række telefoninterviews som følge af en bekymring over andelen af henvisninger, der blev annulleret på grund af manglende respons fra den henviste. Undersøgelsen pegede på, at en række patienter havde utilstrækkelig sundhedskompetence til på egen hånd at kunne udfylde de nødvendige oplysningsskemaer, der anvendtes i forbindelse med visitationen. Efterfølgende blev telefonisk visitation derfor indført med mulighed for differentieret kommunikation afhængig af patientens behov. Dette havde stor og positiv effekt på antallet af annullerede henvisninger.

Sundhedsstyrelsens arbejde med tilrettelæggelsen af COVID-19 vaccinationsindsatsen i særligt udvalgte områder og målgrupper (case 3) viste, hvordan sundhedskompetence som gennemgående fokusområde kan integreres i større sundhedsindsatser. De konkrete initiativer var et resultat af en række identificerede barrierer, hvoraf en væsentlig del vedrørte borgernes sundhedskompetence og sundhedsmyndighedernes evne til at imødekomme forskelle i sundhedskompetence. Samtidig muliggjorde den omfattende samarbejdsflade med både borgere, offentlige myndigheder og civilsamfunds- og sundhedsorganisationer, at der kunne gennemføres mange forskelligartede indsatser, som til sammen bidrog til at øge vaccinationstilslutningen.

## Vej nr. 4

# Borgere fra relevante målgrupper inddrages i planlægning, implementering og evaluering af sundhedstilbud og forløb

De fleste borgere ønsker et sundhedsvæsen præget af god kommunikation og inddragelse. Der skal være sammenhæng mellem tilbuddene, som alle skal tage udgangspunkt i borgerens konkrete behov <sup>(50)</sup>. Men det er ikke alle borgere, der får udtrykt og handlet på deres behov. Sundhedskompetence er kontekstafhængig og dynamisk. Derfor vil borgerne på forskellige tidspunkter i deres liv håndtere viden og krav forskelligt og borgerne vil have forskellige støttebehov gennem livet og gennem konkrete behandlingsforløb <sup>(18, 51-53)</sup>. En sundhedskompetent organisation indretter sig sådan, at sundhedstilbud og forløb imødekommer denne problemstilling. Det kan ske ved at inddrage borgere i deres eget forløb, samt ved at inddrage relevante målgrupper i udvikling og evaluering af organisationens tilbud <sup>(43)</sup>.

Såvel den individuelle som den organisatoriske inddragelse har til formål at sikre, at indsatserne afspejler de oplevede behov og imødekommer borgernes sundhedskompetence. Individuel inddragelse begrænser sig til borgers eget forløb, mens organisatorisk inddragelse kan have fokus på adgang til sundhedstilbud, den generelle kommunikationspraksis eller tilbuddenes sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen. Det kan også være en stor hjælp at inddrage borgere i udvikling og afprøvning af skriftligt og digitalt materiale samt indhente systematisk feedback på mundtlig kommunikation.

I tilfælde, hvor det er meningsfuldt at inddrage en gruppe af borgere, kan disse inviteres på baggrund af parametre som alder, køn, sociodemografi, sundhedstilstand eller rollen som bruger eller pårørende. Nogle grupper af borgere kan være svære at rekruttere, og begrænset sundhedskompetence er sandsynligvis i sig selv en oplevet barriere for at deltage. Der skal derfor være en særlig opmærksomhed på at sikre, at de rekrutterede borgere udgør et så repræsentativt og varieret udsnit af den relevante målgruppe som muligt.

Inddragelsen kan ske på mange forskellige måder og skal tilpasses situationen. Nogle organisationer har faste brugerpaneler eller råd. Man kan også involvere gennem spørgeskemaundersøgelser, interviews, gruppesamtaler, feedback møder, prøvehandlinger af nye tiltag etc.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer.

## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence og inddragelse

Hjemmesiden Helbredsprofilen.dk (case 7) er et eksempel på, hvordan borgere kan inddrages i udarbejdelsen af sundhedskommunikation. Hjemmesiden indeholder en lang række videoer, der har til formål at informere, rådgive og støtte borgere med længerevarende sygdom. Når indhold til helbredsprofilen.dk. udarbejdes, er udgangspunktet borgeres konkrete behov for information. Behovsafdækningen gennemføres ved hjælp af workshops og fokusgrupper med borgere i den relevante målgruppe samt deres pårørende.

I case 3 beskrives, hvordan Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regioner og kommuner inddrog borgere i forbindelse med vaccinationsindsatsen mod COVID-19 rettet mod områder og målgrupper med lav vaccinationsdækning. Konkret blev der gennemført en række interviews med borgere for at afdække relevante barrierer. Informationen indgik efterfølgende i grundlaget for etableringen af de særligt målrettede vaccinationsindsatser, som blandt andet implementeredes i samarbejde med frivillige i en række civilsamfundsorganisationer.

I Hånden på hjertet (case 5) blev borgere fra målgruppen inddraget gennem hele projektperioden som:

- deltagere i projektgruppen, hvor de deltog i planlægning og implementering af alle projektets aktiviteter.
- deltagere i spørgeskemaundersøgelsen, hvor de bidrog til afdækning af målgruppens behov i relation til sundhedskompetence.
- deltagere i samskabelsesprocessen, hvor de var med til at udvikle og evaluere konkrete forbedringer i genoptræningstilbuddet efter hjertesygdom.

Forskning i kræftscreening (case 8) har vist, hvordan borgere ved inddragelse i planlægningen af konkrete screeningsindsatser kan bidrage til at tilbuddene i højere grad imødekommer målgruppens behov og sundhedskompetencer. SWIM studiet har fokus på kvinder fra etniske minoritetsgrupper. Her anvendes kvalitative metoder til at undersøge, hvad målgruppen selv mener, der skal til for at øge deres deltagelse i kræftscreening. I LEAD projektet blev personer inviteret til screening for tyk- og endetarmskræft inddraget i afprøvnings- og tilpasningen af en prototype på et webbaseret beslutningsstøtteværktøj.

## Vej nr. 5

# Informationer og tilbud gøres synlige og lette at tilgå og navigere i for såvel borgere som sundhedsprofessionelle

Det danske sundhedsvæsen er højt specialiseret med en række samarbejdende sektorer. Ofte er mange aktører involveret i sundhedsfremmende og forebyggende initiativer og den enkelte borgers behandlingsforløb. Informationer og tilbud tilgås mundtligt, skriftligt og digitalt og i nogle tilfælde stilles store krav til borgeres forståelse og evne til informationsøgning.

Det er vigtigt, at såvel borgere som fagprofessionelle ved, hvor de kan finde information, hvordan de får adgang til sundhedstilbud, samt at begrænsede digitale kompetencer ikke forringer borgeres deltagelse og muligheder for effektiv forebyggelse, behandling eller rehabilitering <sup>(50)</sup>.

Dette kan indebære:

- Udvikling af let tilgængelige (digitale) informationskilder (hjemmeside, SoMe, apps mv.)
- Tilpasning af fysiske miljøer og skiltning
- Tilbud om støtte til borgere, der har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet (såvel på fysisk lokalitet som igennem behandlingsforløb)
- Udvikling af fælles rutiner ved deling af information mellem organisationer eller afdelinger (for eksempel ved overgangen mellem tilbud, herunder ved udskrivelse fra sygehus)
- Lokal gennemgang af 'borgernes vej' gennem tilbud og forløb og deres oplevelse af tilgængelighed. Det kan være en fordel at lave gennemgangen sammen med en gruppe borgere.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer.



## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence og adgang til sundheds-tilbud

Socialsygeplejerskeordningen i Danmark (case 9) yder særlig støtte til socialt udsatte borgere, når de er indlagte, skal udskrives eller er i ambulante forløb på sygehuset. Mange socialt udsatte borgere har svært ved at begå sig i sundhedsvæsenet og samarbejde med de sundhedsprofessionelle. En stor del af opgaven består derfor i at fungere som et fagligt bindeled mellem patient og personale, hvor sundhedsfaglige udtryk og behandlinger oversættes til et sprog og til redskaber, der kan hjælpe patienten med at finde, forstå og få udbytte af de forskellige tilbud og behandlinger.

I LIVE projektet (case 1) har en lang række organisationer samarbejdet om at forbedre etniske minoriteters mulighed for at finde, forstå, opsøge og bruge lokale sundhedstilbud. Resultatet er en række forskellige indsatser, som alle er drevet af lokale behov og ressourcer. Nogle indsatser er nye og andre tager udgangspunkt i eksisterende aktiviteter eller har fokus på udveksling og sammenhæng mellem lokale tilbud.

Sclerosehospitalernes visitationspraksis (case 6) er et eksempel på, hvordan viden om målgruppens sundhedskompetence har ført til ændringer i måden, hvorpå patienter sikres let adgang til relevante tilbud uanset deres niveau af sundhedskompetence.

## Vej nr. 6

# Mundtlig, skriftlig og digital kommunikation gøres let forståelig og tilpasses borgernes behov og sundhedskompetence. Formidling foregår i de medier og på de platforme, som er mest relevante for den pågældende målgruppe

Mængden af tilgængelig sundhedsinformation øges til stadighed i Danmark. Flere og flere medier indgår i sundhedsformidlingen og det kan være vanskeligt at skelne velunderbygget viden fra mere holdningspræget information. Samtidig stilles større krav til borgeres aktive deltagelse i konkrete forebyggelses- og behandlingsforløb.

Lokale skriftlige og digitale informationsmaterialer kan med fordel revideres regelmæssigt. Det kan indebære:

- At teksten udarbejdes i et let forståeligt sprog med lavt lixtal
- At central information gøres tilgængelig på flere sprog
- At der anvendes visuelle formater eller virkemidler
- At der arbejdes på at undgå de udtryk og fagtermer, der er hverdagsprog for mange sundhedsprofessionelle
- At feedback fra borgere i relevante målgrupper indarbejdes i materialet

Henvisninger til internationalt anerkendte redskaber til systematisk gennemgang og forenkling af skriftlige produkter er tilgængelig i Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)'s Health Literacy Universal Precautions Toolkit <sup>(54)</sup> (se afsnittet '*ressourcer til integration af sundhedskompetence*').

Differentieret og forståelig mundtlig kommunikation er centralt for at imødekomme borgernes forskellige sundhedskompetence. Det er vigtigt at sætte tid af til systematisk at kortlægge borgeres behov og lytte til den enkeltes forståelse og oplevelse af situationen. Ved mundtlig formidling af kritisk information, der kræver ekstra opmærksomhed af borgeren, er det en god ide at kontrollere forståelsen ved at bede borgeren om at gentage indholdet eller de væsentligste pointer i beskeden <sup>(55)</sup>. Det kan blandt andet gælde formidling af vigtige behandlingstiltag eller information om alarmsymptomer og kontakt til sundhedspersonale, ikke mindst i kritiske og akutte situationer. Med borgerens accept er det også en god idé at inddrage eventuelle pårørende, ligesom man kan støtte borgeren i at skrive vigtige informationer ned i et sprog, han eller hun forstår.

Selv om ovenstående kommunikationsprincipper er kendt for de fleste, kan der være et behov for, at sundhedsprofessionelle løbende tilbydes supervision og efteruddannelse for at forbedre deres evne til at vurdere borgeres sundhedskompetence og differentiere deres kommunikation i overensstemmelse hermed.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer.

## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence og kommunikation

Baggrunden for oprettelse af Helbredsprofilen.dk (case 7) er blandt andet gennem oplysning at reducere den sociale ulighed i sundhed, som borgere med kort eller ingen uddannelse i Region Sjælland mærker konsekvensen af. Derfor er der ved udvikling af hjemmesidens informationsmaterialer og redskaber særlig opmærksomhed på målgruppens sundhedskompetence. Det betyder, at formidling sker i et enkelt sprog uden brug af svær terminologi og støttet af visuelle virkemidler i form af video og grafik.

Både MAMA ACT (case 4) og SWIM studiet (case 8) beskæftiger sig med kommunikation til kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. I MAMA ACT benyttes et informationsmateriale med særlig vægt på tegn på graviditetskomplikationer. Materialet er udviklet på flere sprog og formidler i et enkelt sprog og med visuelle effekter, hvornår man skal reagere på et symptom. Den tilhørende app giver endvidere mulighed for at skifte sprog, så tosprogede kvinder kan få hjælp til at oversætte og kommunikere vigtig information. I SWIM studiet forklarer kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, hvordan de selv kan være med til at dele information i deres netværk, hvis den findes i det rette format. Dette kan potentielt bidrage til at mindske risikoen for, at kvinder med etnisk minoritetsbaggrund og begrænset sundhedskompetence forbliver uoplyste eller ude af stand til at tage et informeret valg.

## Vej nr. 7

# Der er fokus på sundhedskompetence ved tilrettelæggelse af tilbud til sårbare grupper og ved sundhedsformidling i situationer med høj risiko for kommunikationsbrist

Borgere med midlertidig eller vedvarende sårbarhed har ofte udfordringer relateret til sundhedskompetence. Det kan gælde mennesker med sociale, sproglige, sansemæssige eller kognitive funktionsnedsættelser. Nogle af disse borgere har svært ved at tilgå, forstå og anvende information om sundhed og kan have svært ved på egen hånd at gå i dialog med sundhedspersonale, finde rundt i sundhedsvæsenet og tage beslutninger om sundhed i hverdagen <sup>(16)</sup>.

Ligeledes er der specifikke situationer, hvor risikoen for informationstab er særlig høj og opmærksomhed på borgeres sundhedskompetence derfor central <sup>(12)</sup>. Det er for eksempel:

- Når borgere overføres fra en afdeling, organisation eller sektor til en anden
- I akutte situationer hvor formidling sker i en situation med højt stressniveau
- Når der er tale om komplekse tilstande eller forløb med mange aktiviteter og flere involverede aktører
- Når der stilles særlige krav til en borger – for eksempel i form af hjemmebehandling eller kontrol af egen tilstand

I organisationer med mange sårbare borgere eller risikofyldte situationer vil der ofte være behov for konkrete aftaler om, hvordan borgeres sundhedskompetence systematisk kan imødekommes. Aftalerne kan have meget vekslende omfang og format og kan udarbejdes under inddragelse af forskellige interessenter, herunder relevante mål- og medarbejdergrupper. Aftalerne kan for eksempel handle om ansvarsfordeling og tovholderfunktioner, kommunikationspraksis eller adgang til specifikke sundhedstilbud.

I nogle sammenhænge kan det være relevant at indføre en systematisk praksis til deling af viden om borgeres sundhedskompetence. Herved kan aftaler og støttebehov formidles til sundhedsprofessionelle i andre organisationer for eksempel via henvisninger og epikriser. Mellem organisationer med nære samarbejdsrelationer kan det være gavnligt at øge den gensidige forståelse gennem fællesmøder, fælles kompetenceudvikling, besøgsordninger eller lignende tiltag.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer.

## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence og risikosituationer

I de fleste af rapportens ni cases fokuseres på enten meget sårbare målgrupper, situationer med særlig høj risiko for informationstab eller begge dele.

I LIVE (case 1), MAMA ACT (case 4) og SWIM studiet (case 8) er målgruppen kvinder og mænd med etnisk minoritetsbaggrund. I LEAD projektet (case 8) er det borgere med kortere uddannelse, der er inviteret til tarmkræftscreening. Socialsygeplejerskernes (case 9) målgruppe er socialt udsatte på somatiske hospitaler og Sundhedsstyrelsen (case 3) beskriver indsatser i særlige områder og målgrupper med lav vaccinationstilslutning. OS! i Tårnby/OS! på Frederiksberg (case 2), Hånden på Hjertet (case 5), Sclerosehospitalernes indsats (case 6) og Helbredsprofilen.dk (case 7) er alle målrettet borgere med langvarig sygdom. Alle disse målgrupper har i følge epidemiologiske undersøgelser i gennemsnit flere udfordringer relateret til sundhedskompetence end den generelle befolkning.

Ydermere har Socialsygeplejerskernes indsats (case 9) fokus på overgange mellem afdelinger og sektorer, og flere cases arbejder med overgangen fra sundhedsprofessionel behandling til selvforvaltning af medicin, symptomer og livsstil (OS! i Tårnby/OS! på Frederiksberg (case 2), Hånden på Hjertet (case 5), Sclerosehospitalernes indsats (case 6), Helbredsprofilen.dk (case 7)). I MAMA ACT (case 4) informeres om alvorlige symptomer og hensigtsmæssig adfærd inden en eventuel akut situation opstår, og i såvel LIVE (case 1), Sundhedsstyrelsen (case 3) og i forskningsprojekterne om kræftscreening (case 8) arbejdes med information til tilsyneladende raske borgere, som ikke nødvendigvis er motiverede for at modtage og forholde sig konkret til informationen.

## Vej nr. 8

# Systematisk arbejde med sundhedskompetence monitoreres og evalueres i den lokale organisation

Integration af sundhedskompetence i sundhedsorganisationer har til formål at minimere de sundhedsmæssige konsekvenser, som forskelle i sundhedskompetence kan medføre. Sundhedskompetence påvirkes imidlertid af såvel individuelle som organisatorisk forhold <sup>(8)</sup>. Det er derfor vigtigt systematisk at kortlægge og følge målgruppens sundhedskompetence, såvel som organisationens respons herpå, således at indsatsernes grundlag og effekt løbende dokumenteres og anvendes i det videre arbejde.

Dette kan ske på flere niveauer og med forskellige formål, såsom:

- At kortlægge borgeres udfordringer og behov relateret til sundhedskompetence og derved opnå ny indsigt i centrale målgrupper forud for eventuelle indsatser eller organisatoriske forandringer
- At identificere mulige organisatoriske udfordringer med henblik på organisationsudvikling eller (videre)udvikling af konkrete tilbud og forløb
- At følge sundhedskompetence over tid i relevante målgrupper – eller at følge organisatorisk sundhedskompetence over tid
- At benytte feedback fra målgruppen til at evaluere konkrete tiltag med udgangspunkt i sundhedskompetence
- At bruge sundhedskompetence som kvalitetsindikator for individuelle forløb eller et samlet sundhedstilbud
- At samle systematiske data om sundhedskompetence med henblik på at bidrage til den nationale og internationale evidens på området

Det kan mange steder være gavnligt at undersøge og monitorere niveauet af individuel sundhedskompetence i centrale målgrupper og beskrive de konkrete oplevede udfordringer. De fleste organisationer kan ligeledes have gavn af regelmæssig evaluering af deres organisatoriske sundhedskompetence, som en evaluering af hidtidige tiltag og inspiration til yderligere forbedringer i den daglige praksis og på ledelsesmæssigt og administrativt niveau.

Selvom sundhedskompetence er et bredt begreb, findes der mange værktøjer til kortlægning, monitorering og evaluering. I underafsnittet '*redskaber til organisatorisk sundhedskompetence*' gives en række eksempler. Det kan ofte være en fordel at inddrage borgere, pårørende og medarbejdere – både som informanter, men i mange tilfælde også i planlægning og implementering af undersøgelserne.

Se boksen for inspiration fra danske sundhedsorganisationer.

## EKSEMPLER

# Sundhedskompetence i monitorering og evaluering

I Hånden på Hjertet (case 5) blev det en periode besluttet på ledelsesniveau at gøre sundhedskompetence til en af rehabiliteringsenhedens kvalitetsindikatorer ved løbende måling af borgeres sundhedskompetence før og efter deres rehabiliteringsforløb. Monitoreringen var med til at fastholde motivationen og udgjorde et stærkt signal om, at sundhedskompetence blev prioriteret af ledelsen og anset for væsentligt i indsatsen mod social ulighed i sundhed.

Projekterne OS! i Tårnby og Os! på Frederiksberg (case 2) udgjorde i sig selv organisatoriske selv-evalueringer, hvor ledere og medarbejdere fik indsigt i sundhedscentrenes organisatoriske sundhedskompetence. Metoden, som blev anvendt, kan med fordel gentages med passende intervaller for at monitorere udviklingen og identificere nye forbedringspotentialer.

LIVE projektets (case 1) kortlægning af faktorer af betydning for etniske minoriteters adgang til sundhedstilbud kan opfattes som en tværorganisatorisk evaluering af lokalsamfundets respons på målgruppens sundhedskompetence. Kortlægningsøvelsen illustrerede, i hvilken grad de eksisterende sundhedsindsatser var let tilgængelige, og hvor der forsat var barrierer. Lokalsamfundets engagement som følge af projektet blev også fulgt. En sådan analyse af behov og ressourcer kan med fordel gentages, når der er gennemført nye indsatser i lokalområdet.

# Casebeskrivelser

---

I det følgende beskrives de cases fra praksis og forskning, der indgår i det foregående afsnit. Casene beskriver indsatser med forskellige formål og forskelligt omfang. Nogle cases omhandler afsluttede projekter, mens andre stadig er under afvikling. Tabel 1 giver et overblik over casene og deres sammenhæng med de otte veje til organisatorisk sundhedskompetence.

---





TABEL 1.

## Oversigt over cases og de otte veje til organisatorisk sundhedskompetence

CASE	Tema	Veje i fokus
<b>Case 1:</b> <b>LIVE – Sundhedskompetence og lokalsamfund</b>	Etniske minoriteters adgang til sundhedstilbud i lokalsamfundet	Vej 1: Ledelse og kultur Vej 2: Kompetencer Vej 5: Adgang Vej 7: Sårbarhed og højrisiko Vej 8: Monitorering og evaluering
<b>Case 2:</b> <b>OS! i Tårnby &amp; OS! på Frederiksberg – Sundhedskompetence i kommunale sundhedscentre</b>	Organisatorisk sundhedskompetence i kommunal forebyggelse og sundhedsfremme	Vej 1: Ledelse og kultur Vej 2: Kompetencer Vej 7: Sårbarhed og højrisiko Vej 8: Monitorering og evaluering
<b>Case 3:</b> <b>Sundhedskompetence i målrettede vaccinationsindsatser</b>	Målrettede vaccinationsindsatser til sårbare målgrupper	Vej 1: Ledelse og kultur Vej 3: Proces og praksis Vej 4: Inddragelse Vej 7: Sårbarhed og højrisiko
<b>Case 4:</b> <b>MAMA ACT – Sundhedskompetence ved livets begyndelse</b>	Social og etnisk ulighed i mor-barn sundhed	Vej 2: Kompetencer Vej 6: Kommunikation Vej 7: Sårbarhed og højrisiko
<b>Case 5:</b> <b>Hånden på hjertet – Sundhedskompetence i hjerterehabilitering</b>	Organisatorisk sundhedskompetence i kommunal genoptræning	Vej 2: Kompetencer Vej 3: Proces og praksis Vej 4: Inddragelse Vej 7: Sårbarhed og højrisiko Vej 8: Monitorering og evaluering
<b>Case 6:</b> <b>Sundhedskompetence og visitation til sclerosehospitalerne</b>	Kommunikations- og visitationspraksis i et højt specialiseret behandlingstilbud	Vej 3: Proces og praksis Vej 5: Adgang Vej 7: Sårbarhed og højrisiko
<b>Case 7:</b> <b>Helbredsprofilen – Sundhedskompetence og digital formidling</b>	Oplysning og rådgivning af borgere med længerevarende sygdom	Vej 4: Inddragelse Vej 6: Kommunikation Vej 7: Sårbarhed og højrisiko
<b>Case 8:</b> <b>Sundhedskompetence og screening for kræft</b>	Informeret beslutning om deltagelse i screening	Vej 4: Inddragelse Vej 6: Kommunikation Vej 7: Sårbarhed og højrisiko
<b>Case 9:</b> <b>Socialsygeplejerskerne – Sundhedskompetence og patientforløb</b>	Adgang til og udbytte af sundhedsvæsenets tilbud for socialt udsatte mennesker	Vej 5: Adgang Vej 7: Sårbarhed og højrisiko

## Case 1

# LIVE – Sundhedskompetence og lokalsamfund

Folkesundhed Aarhus Vest, Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

### Formål

Etniske minoriteter oplever ofte sproglige og kulturelle barrierer og er i særlig risiko for ikke at få adgang til relevante tilbud og ydelser. LIVE (2021- ) <sup>(56)</sup> har til formål at kortlægge faktorer af betydning for etniske minoriteters adgang til sundhedstilbud i lokalsamfundet samt at udvikle tiltag, der forbedrer det samlede lokale respons på disse faktorer.

### Projektets organisering

LIVE er et samarbejde mellem Folkesundhed Aarhus Vest i Aarhus Kommune og forskere på Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet.

LIVE er et samskabelsesprojekt knyttet til postområde 8220, som bl.a. rummer det udsatte boligområde Gellerupparken/Toveshøj.

### Metode

LIVE tager udgangspunkt i en forståelse af sundhedskompetence som en ressource i lokalsamfundet, der kan udvikles og understøttes på mange forskellige måder og af mange forskellige aktører. Derfor deltager i alt 18 kommunale enheder, lokale organisationer og borgergrupper i projektet.

Projektet anvender metoden gruppebaseret modellering (GBM) <sup>(57)</sup>: Gennem en række workshops kortlægges et system af faktorer og sammenhænge af betydning for borgernes adgang til sundhedstilbud. Modellen anvendes derefter som udgangspunkt for deltagernes fælles udvikling af nye ideer og initiativer.

## Aktiviteter og resultater:

Gennem den konkrete fremstilling af en detaljeret model har de deltagende organisationer i LIVE udviklet en fælles forståelse af evnen til at kunne finde, forstå, opsøge og bruge tilbud hensigtsmæssigt. Med udgangspunkt i denne forståelse er en række arbejdsgrupper efterfølgende nedsat på tværs af de deltagende organisationer.

Grupperne arbejder på lokale initiativer inden for temaerne 'støtte og netværk omkring minoritetsborgeren', 'vidensformidling i nærmiljøet', 'integration af tilbud i lokale fællesskaber' og 'centrale sundhedstilbud tættere på', herunder indledende planlægning af:

- En sundhedsalliance med fokus udveksling på tværs af sundhedsindsatser
- Netværkshort, som beskriver borgerens sociale og sundhedsprofessionelle netværk og fremme muligheder for synergi og samarbejde
- 'Kulturelle brobyggere' – et frivilligkorps med fokus på sundhed blandt etniske minoriteter
- Borgerkurser om digitale medier
- IT- og pop-up caféer med fokus på sundhedsformidling
- En kommunikationsplatform til sundhedsaktører

LIVE har således indtil videre resulteret i drøftelser af en række initiativer og tiltag, der kan fungere inden for rammen af de involverede aktørers råderum og drift. Til sammen er alle initiativer med til at understøtte etniske minoriteters adgang til sundhedstilbud. De nye initiativer tager alle udgangspunkt i lokale behov og er drevet af lokale kræfter, de understøtter det lokale samarbejde og erfaringsudveksling på tværs af organisationer. Initiativerne er ikke fastlåst af specifikke programbeskrivelser, men kan være dynamiske over tid, så de kan tilpasse sig lokale forandringer og måske derved opnå blivende effekt og bæredygtighed.



Når man arbejder med borgere med komplekse sundhedsudfordringer, er der brug for et bredt lokalt samarbejde. Vi kan noget hver for sig, men sammen kan vi meget mere. Den tanke skal vi altid tage udgangspunkt i – både når vi identificerer problemstillinger og finder løsningerne.

**Sussie Østerby**  
**Leder af Folkesundhed Aarhus Vest**  
**Aarhus Kommune**

## Case 2

# OS! i Tårnby & OS! på Frederiksberg – Sundhedskompetence i kommunale sundhedscentre

SundhedsCenter Tårnby, Tårnby Kommune  
samt Frederiksberg Sundhedscenter, Frederiksberg Kommune

### Formål

OS! i Tårnby og OS! på Frederiksberg (2019) er mindre udviklingsprojekter, som har til formål at undersøge to sundhedscentres organisatoriske sundhedskompetence og i relation hertil identificere mulige forbedringer i centrenes tilbud, drift og ledelsesstrategi <sup>(58)</sup>.

### Projektets organisering

Ledelsen i de respektive sundhedscentre tog i 2019 hver især initiativ til projekterne, der blev gennemført i samarbejde med forskere fra Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet.

### Metode

I begge projekter indgik en samskabelsesproces med deltagelse af de fleste af centrenes medarbejdere og ledere – i alt hhv. 62 personer og 84 personer. OS! projekterne foregik med udgangspunkt i 'OS! Organisatorisk Sundhedskompetence', som er en dansk udviklet metode til dialog og samskabelse om organisatorisk sundhedskompetence <sup>(59)</sup>.

### Aktiviteter og resultater

OS! i Tårnby forløb over tre workshops med fokus på refleksion, selv-evaluering, idé-generation og prioritering. I alt blev mere end 80 mulige forbedringstiltag identificeret igennem forløbet, der havde en varighed af 6-10 timer for den enkelte medarbejder.

På baggrund af forløbet blev der udarbejdet en lokal handleplan for organisatorisk sundhedskompetence. Ledere og medarbejdere har efterfølgende gennem nedsatte arbejdsgrupper deltaget i det endnu pågående forbedringsarbejde med fokus på:

- Faglige standarder og kvalitetsmål
- Skriftligt materiale til borgere
- Målgruppetilpassede tilbud
- Samarbejdsmuligheder på tværs af afdelinger
- Lokale adgangsforhold

OS! på Frederiksberg bestod af et lignende forløb fordelt på to workshops. Her blev i alt mere end 154 mulige forbedringstiltag identificeret og efter nøje bearbejdning og prioritering er blandt andet følgende nye aktiviteter igangsat:

- Adgangen til tilbud og programmer, herunder forbedret skiltning og bedre opfølgning på borgere, der enten udebliver eller falder fra i forløbene
- Centrets kommunikationspraksis, herunder SMS-påmindelser, revision af breve og forbedring af kommunikation ved borgernes første møde med centret
- Medarbejdernes kompetencer, herunder styrkelse af tværfaglige teams, viden om tilbud til borgere med psykisk sårbarhed og brug af PRO-data til styrkelse af samtalerne med borgere med kronisk sygdom eller kræft

Endvidere førte processen til fornyet fokus på igangværende aktiviteter, herunder centrets evalueringspraksis og anvendelse af data samt organisationens samarbejdsrelationer ud af huset.



Sundhedskompetencebegrebets fordring om differentiering står i kontrast til den generelle tendens på sundhedsområdet med standardforløb, faglige retningslinjer og ventetidsgarantier. Det er vigtigt at være bevidst om dette, og hvordan det skal håndteres lokalt.

I praksis opleves det væsentligt nemmere at give borgerne mere end standardtilbuddet, mens det at skulle give mindre kan være svært. Der skal arbejdes med kultur og definitioner af 'det gode tilbud'

**Tabita Christensen**  
**Sundhedschef i SundhedsCenter Tårnby**  
**Tårnby Kommune**

# Sundhedskompetence i målrettede vaccinationsindsatser

Sundhedsstyrelsen

## Formål

I nogle områder af Danmark var tilslutningen til COVID-19-vaccination lavere end i den generelle befolkning. Sundhedsstyrelsen har i 2021 anvendt sundhedskompetence i en analyse og tilrettelæggelse af særligt målrettede vaccinationsindsatser i disse områder.

## Projektets organisering

Sundhedsstyrelsen nedsatte en projektgruppe, der i samarbejde med kommuner, regioner og en række civilsamfundsorganisationer arbejdede med at udbrede information om og tilgængelighed til COVID-19-vaccination i områder med lav tilslutning. Arbejdet inddrog erfaringer med COVID-19 test, smitteopsporing og pilotprojekter om vaccination. Der gennemførtes interviews med ledere og medarbejdere fra kommuner, KL, Danmarks Almene Boliger og Styrelsen for Patientsikkerhed. Ligeledes blev der inddraget viden fra forskningsinstitutioner om sundhedskompetence og sundhedsadfærd blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Medarbejdere og frivillige fra civilsamfundsorganisationer, uddannelsesinstitutioner og private virksomheder blev inddraget i arbejdet med de målgrupper, myndighederne havde svært ved at nå ud til med den rette information.

Metode: Projektgruppens arbejde tog udgangspunkt i 10 mål for integration af sundhedskompetence udarbejdet specifikt til sundhedsmyndigheder <sup>(60)</sup>. Fokus var på at overkomme barrierer for borgere, der gerne ville vaccineres, men alligevel ikke var blevet det, og på borgere, der var i tvivl om de ønskede vaccination. Pilotafprøvning af nærvaccinationstilbud og særlige kommunikationsindsatser blev gennemført og evalueret <sup>(61)</sup> og en stor gruppe borgere deltog i kvalitative interviews, som havde til formål at afdække årsager til ikke at lade sig vaccinere <sup>(62)</sup>. Dette arbejde dannede grundlaget for etableringen af de særligt målrettede vaccinationsindsatser.

## Aktiviteter og resultater

Pilotprojektet og interviews gav et indblik i de barrierer, myndighederne skulle arbejde med for at højne vaccinationstilslutningen. For nogle borgere var det svært at forstå og handle på invitationen til vaccination kombineret med manglende tilgængelighed til de centralt beliggende vaccinationstilbud. For andre fyldte bekymringer om bivirkninger ved vaccination meget. En tredje barriere blandt nogle grupper af borgere var en generel mistillid til myndighederne, og andre igen var af den opfattelse, at de ikke var i målgruppen for vaccination, fordi de ikke forventede, at de ville blive alvorligt syge af COVID-19 eller allerede havde været smittet.

Identifikation af disse mangeartede barrierer dannede grundlag for specifikke indsatser for at højne vaccinationstilslutningen i udvalgte områder og for udvalgte målgrupper. Indsatserne gav hver især specifikke erfaringer i forhold til COVID-19-vaccinationsind-

satsen, men også erfaringer om, hvordan myndigheder, boligorganisationer, civilsamfund og uddannelsesinstitutioner kan samarbejde bredere om sundhedsfremme og forebyggelse <sup>(63)</sup>.

Indsatserne byggede i høj grad på at imødekomme forskelle i befolkningens sundhedskompetence og har været tilrettelagt ud fra følgende principper:

- At følge data og bruge data til at gå i dialog mellem Sundhedsstyrelsen, regioner, kommuner, uddannelsesinstitutioner og civilsamfund i områder, hvor mange borgere ikke har reageret på invitation til vaccination.
- At øge tilgængeligheden, synligheden og sænke kravene til vaccination i lokalområder, hvor tilslutningen er lavere ved at lave pop-up vaccinationssteder uden tidsbestilling i boligområder, lokale kulturhuse, bycentre, virksomheder, uddannelsesinstitutioner mv.
- At gøre viden og materialer om COVID-19-vaccination tilgængelig i mere letforståelige formater og oversat til forskellige sprog, samt lave inkluderende kommunikationskampagner som henvender sig til borgere med forskellige kulturelle baggrunde.
- At udbrede viden og materialer via andre kanaler og netværksbaseret kommunikation i samarbejde med kommuner, boligselskaber, lokale foreninger, religiøse trossamfund, brancheforeninger, uddannelsesinstitutioner m.fl. Sundhedsstyrelsen har haft samarbejde med en række partnere, såsom DGI, Slagteriet Danish Crown, SOSU Hovedstaden, Fonden For Socialt Ansvar, Taskforce Vollsmose, mv.
- At gå i dialog med borgere om COVID-19-vaccination og sikre, at der er mulighed for sundhedsfaglige svar på generelle og specifikke bekymringer om vaccinationen. Sundhedsstyrelsen oprettede et Sundhedsdialogkorps, hvor frivillige med sundhedsfaglig baggrund svarede på spørgsmål i forbindelse med pop-up vaccination eller informationsarrangementer.
- At gøre Sundhedsstyrelsen synlig og genkendelig for borgere, der ikke traditionelt set er opsøgende om Sundhedsstyrelsens råd og anbefalinger.



At nå borgere med de rette tilbud handler om tilgængelighed og tilrettelæggelse til borgernes forskellige vilkår. Vi skal sikre tillid til afsenderen og lægge vægt på gensidig dialog. Det er vigtigt, at vi som sundhedsmyndighed forstår, at borgere har mange gode grunde til at handle, som de gør.

**Rasmus Baagland**  
**Chefkonsulent i Forebyggelse og Ulighed**  
**Sundhedsstyrelsen**

## Case 4

# MAMA ACT – Sundhedskompetence ved livets begyndelse

Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet og 19 fødeafdelinger i Danmark m.fl.

### Formål

MAMA ACT (2017-2021) <sup>(64)</sup> er et stort interventions- og forskningsprojekt, som har til formål at reducere den sociale og etniske ulighed i mor-barn sundhed i Danmark gennem styrket dialog mellem gravide kvinder og deres jordemødre omkring kroppens symptomer i graviditeten.

### Projektets organisering

MAMA ACT er et partnerskab mellem Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU) og Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, landets fødeafdelinger, Indvandrermedicinske klinikker på Hvidovre Hospital og Odense Universitetshospital, Komiteen for Sundhedsoplysning, Jordemoderuddannelsen på Københavns Professionshøjskole og organisationen Bydelsmødre. Projektet er finansieret af TrygFonden.

### Metode

MAMA ACT fokuserer på at forbedre kommunikationen om kroppens tegn på graviditetskomplikationer mellem gravide og deres jordemødre, så kvinden har øget mulighed for at reagere. Indsatsen i projektet er blevet implementeret til alle gravide kvinder og består af to dele:

- Oplysningsmateriale om de mest alvorlige faresignaler under graviditeten, og hvordan man skal reagere. Materialet er tiltænkt gravide kvinder og deres partnere og består af en piktogrambaseret oplysningsfolder samt en app. Begge dele er udviklet på forskellige sprog herunder dansk, engelsk, arabisk, tyrkisk, urdu og somali for at øge informationens tilgængelighed og modtagerens forståelse.
- Efteruddannelsesforløb for jordemødrene. Forløbet bestod af et heldagskursus suppleret med mindre opfølgingsmøder – også kaldet dialogmøder – afholdt af en lokal MAMA ACT-projektjordemoder. Heldagskurserne tog afsæt i teori om kulturel kompetence, som fokuserer på, hvordan sundhedsprofessionelle bedst kommunikerer, når der er stor social og kulturel afstand mellem dem og deres borgere/patienter.



## Aktiviteter og resultater

Der er publiceret en række videnskabelige artikler på baggrund af MAMAACT baseret på såvel kvalitative som kvantitative evalueringer.

Det er blandt andet vist, at jordemødrene på baggrund af efteruddannelsesforløbet i MAMAACT er blevet mere opmærksomme på, hvordan gravide kvinder kan have meget forskelligt niveau af sundhedskompetence og forudsætninger for navigation i sundhedsvæsenet. Jordemødrene har dog oplevet manglende organisatorisk fleksibilitet til at kunne tilpasse sig kvindernes forskellighed, så der er behov for øget opmærksomhed herpå i fremtiden.

Oplysningsfolderen har været et godt kommunikationsredskab til gravide kvinder med lav sundhedskompetence. De fleste gravide kvinder, der har anvendt MAMAACTs oplysningsmateriale, vurderer, at de har lært noget nyt om kroppens signaler. Tilgængeligheden på flere sprog er fremhævet som meget brugbart. I appen har muligheden for indstilling af sprog muliggjort forklaring og forståelse på kvindens eget modersmål og støtte til at forklare sine symptomer på dansk uanset modersmål. En evaluering viser, at de gravide kvinder er blevet mere sikre på, hvordan de skal reagere, hvis de oplever en komplikation.



Med MAMAACT har vi øget jordemødrenes bevidsthed om gravide kvinders forskellige niveauer af sundhedskompetence. Jordemødrene har dernæst øget kvindernes viden om, hvordan de skal reagere, hvis de oplever et symptom. Men det kræver øget organisatorisk fleksibilitet, hvis jordemødrene for alvor skal tilpasse sig kvindernes forskellighed.

**Sarah Fredsted Villadsen**  
Projektleder i MAMAACT

## Case 5

# Hånden på hjertet – Sundhedskompetence i hjerterehabilitering

Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter,  
Randers Kommune

### Formål

Hånden på Hjertet (2017-2020) <sup>(45, 47, 48, 52)</sup> er et forskningsprojekt, der havde til formål at udvikle initiativer med fokus på sundhedskompetence. Initiativerne skulle forbedre kvaliteten af tilbuddet til sårbare mennesker henvist til genoptræningsforløb efter hjertesygdom i Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter.

### Projektets organisering

Hånden på Hjertet er et samarbejde mellem Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter og forskere fra Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet. I projektets styregruppe deltog desuden to borgere, der selv havde gennemført et genoptræningsforløb i enheden. Projektet var målrettet genoptræning efter hjertesygdom, men siden er arbejdet med at integrere sundhedskompetence i enheden spredt til andre dele af organisationen. Hånden på Hjertet er af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) udnævnt til demonstrationsprojekt for interventioner med fokus på sundhedskompetence <sup>(65)</sup>.

### Metode

Hånden på Hjertet var baseret på "the OPTimizing HEalth LIterAcY process (OPHELIA)" <sup>(66, 67)</sup>, som er en omfattende metode til samskabelse og interventionsudvikling om sundhedskompetence. Projektet forløb over tre faser: En behovsafdækning, en samskabelsesproces og en afprøvnings- og implementeringsproces.

I behovsafdækningen anvendtes The Health Literacy Questionnaire (HLQ) <sup>(68)</sup> til at afdække målgruppens styrker og svagheder i relation til sundhedskompetence. Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter gennemførte desuden en organisatorisk selv-evaluering baseret på medarbejdernes oplevelse af enhedens sundheds-tilbud og faciliteter, som satte ord på nogle af de barrierer, der forhindrede medarbejderne i at imødekomme borgere med lav sundhedskompetence.

Den nye indsigt i såvel målgruppe som organisation og tilbud var udgangspunktet for den efterfølgende samskabelsesproces. Her bidrog grupper af borgere, personale og ledere til at analysere behovene yderligere og udvikle forslag til og prioritere forbedringer. Efterfølgende blev de samme deltagere engageret i arbejdet med at planlægge og gennemføre en afprøvning af initiativerne.

## Aktiviteter og resultater

Hånden på hjertet har resulteret i aktiviteter på flere niveauer i Rehabiliteringsenheden i Randers Sundhedscenter og mange af projektets initiativer er efterfølgende videreudviklet og udbredt ud til flere målgrupper.

Sundhedskompetence er blevet en integreret del af den måde borgere med særlige behov beskrives. Den lokale kultur har bevæget sig i retningen af større inddragelse og differentiering i såvel borgernes individuelle forløb som i administration og planlægning af enhedens arbejde.

Nogle af de konkrete initiativer, der er implementeret under og efter projektet afslutning er:

- Systematisk afdækning af borgeres sundhedskompetence ved hjælp af samtaleredskabet CHAT med henblik på at identificere borgere med særlige behov. I forbindelse med implementeringen fik de relevante medarbejdere undervisning om sundhedskompetence og anvendelsen af redskabet. Til at starte med blev metoden afprøvet i forløb efter hjertesygdom, men siden er CHAT også implementeret i rehabiliteringsforløb for mennesker med diabetes, kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom og bevægeapparatslidelser.
- Mere individualiserede genoptræningsforløb til borgere med lav sundhedskompetence. For eksempel tilbydes i nogle forløb ekstra samtaler eller individualiseret støtte til at finde andre relevante tilbud i sundhedsvæsenet og tage kontrol over egen sundhed. Der er endvidere oprettet et fælleshold for borgere med kronisk sygdom og nedsat sundhedskompetence på tværs af Rehabiliteringsenhedens målgrupper og der udvikles løbende på forskellige digitale indsatser.
- Forenkling af skriftligt informationsmateriale herunder breve, indkaldelser og information på hjemmesider. Rehabiliteringsenheden har udviklet film, korte informationsark og simple visuelle guides.
- Øget monitorering af sundhedskompetence. Det blev i 2019 besluttet på ledelsesniveau at gøre sundhedskompetence til et strategisk fokusområde og dermed en indikator i den lokale kvalitetsmonitorering. Monitoreringen af sundhedskompetence skete på tværs af Rehabiliteringsenhedens målgrupper og blev året igennem målt på to skalaer fra den danske oversættelse af the Health Literacy Questionnaire.



Det er vigtigt at opnå en fælles indsigt og forståelse af sundhedskompetence-begrebet og dets betydning i organisationen. Alle skal kunne se fordelene tydeligt fra hvert deres ståsted. Inddrag alle i organisationen, giv processen tid, evaluér løbende og orientér bredt om resultaterne.

**Sanne Møller Palner**  
Kvalitets- og udviklingsfysioterapeut i Rehabiliteringsenheden  
Randers Kommune

# Sundhedskompetence og visitation til sclerosehospitalerne

## Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev

### Formål

Siden 2016 har Sclerosehospitalerne arbejdet med sundhedskompetence som en måde at beskrive nogle af de egenskaber, der har betydning for hospitalernes tilbud og som en indgang til forbedring af visitation og kommunikation

### Projektets organisering

Sclerosehospitalernes opgave er at give mennesker med sclerose specialiseret sclerosespecifik rehabilitering og behandling <sup>(69)</sup>. Hospitalerne har gennemført deres arbejde med sundhedskompetence internt i deres egen organisation.

Metode: Sclerosehospitalerne har ved hjælp af 'the Health Literacy Questionnaire' (HLQ) <sup>(68)</sup> kortlagt deres målgruppes udfordringer i relation til sundhedskompetence på ni forskellige parametre. Spørgeskemaundersøgelsen blev besvaret ved indlæggelse og udskrivelse. I alt deltog 111 patienter i undersøgelsen, heraf 65 patienter der havde været indlagt tidligere, og 46 patienter der var indlagt på et sclerosehospital for første gang.

Efter spørgeskemaundersøgelsen arbejdede Sclerosehospitalerne videre med sundhedskompetence på organisatorisk niveau. Sclerosehospitalerne havde gennem en periode registreret, at cirka 15 % af henviste patienter ikke udfyldte/returnerede de spørgeskemaer, der udsendes af Sclerosehospitalerne ved henvisning af en patient og efterfølgende indgår i forberedelserne af den forestående indlæggelse. Udfyldelsen er en forudsætning for at patienten kan indlægges til forløb på Sclerosehospitalerne. For at kortlægge årsagerne til denne problemstilling, blev der gennemført 62 semi-strukturerede telefoninterviews med henviste patienter.

### Aktiviteter og resultater

Spørgeskemaundersøgelsen viste blandt andet, at personer med sclerose havde et lavt niveau af sundhedskompetence sammenlignet med flere andre populationer <sup>(26, 51, 52)</sup>. Ved sammenligning af sundhedskompetencen ved henholdsvis indlæggelse og udskrivelse sås en forbedring som følge af tilbuddet, men på flere områder forblev patienterne alligevel på et gennemsnitligt lavt niveau.

I forhold til frafaldet af borgere i forbindelse med visitationsprocessen viste de kvalitative undersøgelser, at en del af forklaringen var lav funktionel sundhedskompetence blandt målgruppen. Patienterne var udfordret på forståelsen og udfyldelsen af de lange spørgeskemaer. Som følge af disse fund har Sclerosehospitalerne iværksat en ny praksis med telefonisk visitation, hvor der samtidig kan gives den nødvendige støtte til indhentning af viden om patientens omstændigheder. Resultatet har været, at der i dag kun er ganske få henvisninger, der annulleres som følge af manglende besvarelse, og ofte fordi patienten ikke kan træffes.



Det er vigtigt at være opmærksom på, at begrænset sundhedskompetence ofte kan være forbundet med skam, patienterne vil forsøge at dække over manglende evner. De har måske svært ved at beskrive deres situation og får ikke stillet de rigtige spørgsmål. Så hvordan vi taler om sundhed med udgangspunkt i patientens viden om og oplevelse af sundhedsvæsenet er et vigtigt element.

**Jeanne Hansen**  
Kvalitetskoordinator og sygeplejerske  
Sclerosehospitalerne i Danmark

# Helbredsprofilen – Sundhedskompetence og digital formidling

Helbredsprofilen.dk, Region Sjælland

## Formål

Helbredsprofilen.dk (2010-) <sup>(70)</sup> er en hjemmeside, der rådgiver og støtter borgere med længerevarende sygdom med det formål at gøre dem mere bevidste om egen sygdom og potentielt øge kvaliteten af samarbejdet mellem behandler og borger.

## Projektets organisering

Helbredsprofilen.dk er en del af Region Sjælland under området Det Nære Sundhedsvæsen.

Helbredsprofilen er en del af en overordnet regional indsats omkring længerevarende sygdomme. Den er målrettet borgere og er en del af strategien 'Patienten som partner'.

## Metode

Når indhold til helbredsprofilen.dk udarbejdes inden for hver sygdomsgruppe, er udgangspunktet for materialet borgerens behov for information. Denne viden indhentes gennem workshops og fokusgrupper med borgere i den relevante målgruppe og deres pårørende samt dialog med professionelle om relevante temaer og tabuer.

Hjemmesidens faglige indhold produceres af en bred vifte af relevante professionelle bl.a. læger, sygeplejersker, teologer, psykologer, præster og bedemænd. Deres udkast til indholdet bliver gennemskrevet af kommunikationsmedarbejdere for at sikre et let forståeligt sprog uden fagterminologi.

Det meste materiale formidles som små film, hvoraf mange af dem gengiver konkrete situationer som for eksempel en konsultation. Nogle film er lavet i udgaver med voice-over på andre sprog.

Helbredsprofilen kan frit tilgås og anvendes af den enkelte borger, pårørende eller sundheds professionelle. Materialerne kan desuden inddrages i patientskoler, støttegrupper og som informationsmateriale forud for behandling eller i forbindelse med rehabilitering og livsstilsændringer.

## Aktiviteter og resultater

Helbredsprofilen.dk har fokus på de store folkesygdomme og indeholder en lang række videoer, der formidler viden og erfaringer set fra borgeres, pårørendes og sundhedsprofessionelles perspektiv. Videoerne er systematiseret under de enkelte sygdomme, under livsstilsområder og i tværgående temaer så som hverdag, arbejdsliv og sexliv.

Helbredsprofilen.dk indeholder desuden en række konkrete handlingsanvisende værktøjer, der har til formål at støtte borgeren i at tage kontrol over sin sygdom.

I 2018 blev der gennemført en evaluering af Helbredsprofilen.dk, hvori analyser af sidens anvendelighed og hensyn til brugernes sundhedskompetence indgik. I sammendraget står bl.a. at *"Det er (...) tydeligt at der er gjort et arbejde med den sproglige fremstilling, der skal dæmme op for den ulighed, der skabes gennem sproget i sundhedsvæsenet"* <sup>(70)</sup>.



De borgere vi taler med som sundhedsprofessionelle ved cirka lige så meget om sundhed og sundhedsvæsenet som du ved om din bil. Det er med det i tankerne, du skal tilrettelægge din kommunikation

**Anne Dalhoff Pedersen**  
**Funktionschef i Det Nære Sundhedsvæsen**  
**Region Sjælland**

## Case 8

# Sundhedskompetence og screening for kræft

Universitetsklínik for Kræftscreening, Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospitalet Randers

### Formål

Mennesker med lav sundhedskompetence har mindre viden og flere bekymringer relateret til deltagelse i kræftscreening <sup>(71)</sup>.

Universitetsklínik for Kræftscreening, Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospitalet Randers har i flere studier undersøgt, hvad der skal til for at støtte borgeres grundlag for informerede beslutninger vedrørende deltagelse i screeningsprogrammer.

### Projektets organisering

Universitetsklínik for Kræftscreening er en del af Afdeling for Folkeundersøgelser, som organiserer kræftscreeningsprogrammerne i Region Midtjylland og driver forskningsaktiviteter med henblik på optimering af kræftscreeningsprogrammerne.

### Metode

Screening for Women with IMmigrant background (SWIM) studiet (2019- ) <sup>(72)</sup> er et kvalitativt studie, der har til formål at undersøge, hvad kvinder med etnisk minoritetsbaggrund selv mener, der skal til for at øge deres deltagelse i kræftscreening. I studiet rapporteres en række fokusgruppeinterviews og individuelle interviews med i alt 37 kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Studiets resultater skal på sigt danne baggrund for udvikling af en intervention på området.

I Lower Educational Attainment Decision aid (LEAD) projektet (2018-2020) <sup>(73, 74)</sup> udvikledes og afprøvedes et webbaseret beslutningsstøtteværktøj til borgere med lavt uddannelsesniveau inviteret til screening for tarmkræft. Redskabet blev blandt andet designet på baggrund af ideer fra målgruppen efter afprøvning af en prototype og blev testet i et lodtrækningsforsøg i målgruppen.



## Aktiviteter og resultater

SWIM studiet viste blandt andet, at information om kræftscreening til kvinder med etnisk minoritetsbaggrund med fordel kan:

- Fokuserer på rationale bag screening og understreger hvornår og hvorfor screening er relevant
- Oplyse om at screening kan medvirke til forebyggelse og tidlig behandling af kræft
- Benytte formidlingsmetoder der tillader kvinderne at stille spørgsmål, for eksempel via oplæg i lokale foreninger
- Oversættes til flere sprog, for eksempel engelsk, somali og arabisk
- Være enkel og konkret med kulturelt tilpassede illustrationer
- Inkludere en mulighed for let at dele informationen i modtagerens netværk, for eksempel via en lille pjece.

I afprøvningen af beslutningsstøtteværktøjet i LEAD projektet sås en tendens til øget deltagelse i screeningsprogrammet og en mere positiv indstilling til screening blandt de 173 personer med lavt uddannelsesniveau, der blev tilbudt beslutningsstøtteredskabet sammenlignet med en tilsvarende kontrolgruppe.



Mens kort uddannede kvinder med dansk baggrund har brug for at vide, hvordan de skal deltage i screening, har kvinder med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad brug for at vide hvorfor.

**Pia Kirkegaard**  
**Seniorforsker i Afdeling for Folkeundersøgelser**  
**Randers Regionshospital**

## Case 9

# Socialsygeplejerskerne – Sundhedskompetence og patientforløb

Region Hovedstadens somatiske hospitaler

### Formål

Socialt udsatte mennesker har ofte sværere ved at begå sig i sundhedsvæsenet end andre. De har svært ved at deltage i samarbejdet med de sundhedsprofessionelle og at afkode hospitalets spilleregler, tænkemåder og forventninger.

Det overordnede mål med socialsygeplejerskernes indsats er at skabe lige adgang til og udbytte af sundhedsvæsenets tilbud for socialt udsatte mennesker.

### Projektets organisering

Socialsygeplejerskerne startede som pilotprojekt i 2006. Siden blev Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb blev igangsat af KABS VIDEN i 2010, som et treårigt udviklingsprojekt. I dag er ordningen med socialsygeplejersker permanent og udbygget til alle somatiske hospitaler i Region Hovedstaden <sup>(75)</sup>. Ordningen er tillige under opstart i psykiatrien. Tilsvarende ordninger findes i de fleste andre regioner.

### Metode

Der er 18 socialsygeplejersker i Region Hovedstaden organiseret med to faglige koordinatore, som arbejder på tværs af alle hospitaler og bidrager til kvalitetsudvikling og ensartethed i indsatsen. Socialsygeplejerskerne er lokalt forankret på hvert deres hospital med indgår i et tæt fagligt netværk.

Socialsygeplejerskernes primære opgave er at støtte socialt udsatte patienter under indlæggelse og ved ambulante forløb samt at formidle kontakt til eksterne samarbejdspartnere i forbindelse med udskrivelse.

Socialsygeplejerskerne yder desuden tæt faglig sparring til det øvrige sundhedspersonale i forbindelse med det enkelte patientforløb og underviser både læger og sygeplejersker i emner relateret til deres kerneopgave.

Alle socialsygeplejersker har specialistviden om de socialt udsatte menneskers komplekse sociale og sundhedsmæssige problemer og kendskab til de miljøer, hvor socialt udsatte mennesker færdes samt tilbud til blandt andre stofbrugere, hjemløse, alkoholafhængige og psykisk syge.

## Aktiviteter og resultater

I en antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje fra 2013 <sup>(76)</sup> på baggrund af 1010 patientforløb redegøres for nogle af de udfordringer, socialt udsatte oplever i mødet med sundhedsvæsenet, og hvordan socialsygeplejerskerne spiller en rolle ift. at imødekomme dem. Sundhedskompetence påvirker eller påvirkes i den forbindelse især af udfordringer vedrørende mangelfuld viden og forståelse, mistillid og begrænset dialog med sundhedsprofessionelle, evne og muligheder for egenomsorg samt begrænset støttende socialt netværk. Antologien viser, hvordan socialsygeplejerskerne bl.a. formår at:

- Øge compliance gennem helhedsorienteret støtte til patienten – også i relation til dennes forståelse af forløb og behandling
- Substituere for mangelfuldt netværk i en slags pårørendefunktion
- Bygge bro mellem patientgruppen og personalet og derved bedre kommunikationen og mindske mistillid
- Forbinde forløb og tilbud i primær- og sekundærsektoren, således at patienten ikke tabes i overgange eller udskrives til en uhensigtsmæssig situation



Vi har brug for mere end blot fokus på patienternes sundhedskompetence. Vi har brug for en systematisk tilgang og en grundlæggende anerkendelse af nødvendigheden af at ansvaret flyttes fra borgeren til systemet.

**Nina Brúnés**  
**Faglig koordinator for Socialsygeplejerskerne**  
**Region Hovedstaden**

# Perspektiver på sundheds- kompetence

---

Denne rapport fokuserer på organisatorisk sundhedskompetence og beskæftiger sig primært med de muligheder sundhedsvæsenet har for at imødekomme mennesker med forskellig sundhedskompetence. Men det er det væsentligt at forstå, hvorledes dette arbejde kan ses i en sammenhæng med borgerens sundhedskompetence og øvrige aktørers og arenaers betydning for denne.

I dette afsnit uddybes begrebet sundhedskompetence i et individuelt, relationelt og samfundsmæssigt perspektiv. Ligeledes gives en række forslag til litteratur og redskaber, der kan bidrage yderligere til begrebsforståelsen og anvendes i relation til lokale indsatser med fokus på organisatorisk sundhedskompetence.

---



# Det individuelle perspektiv

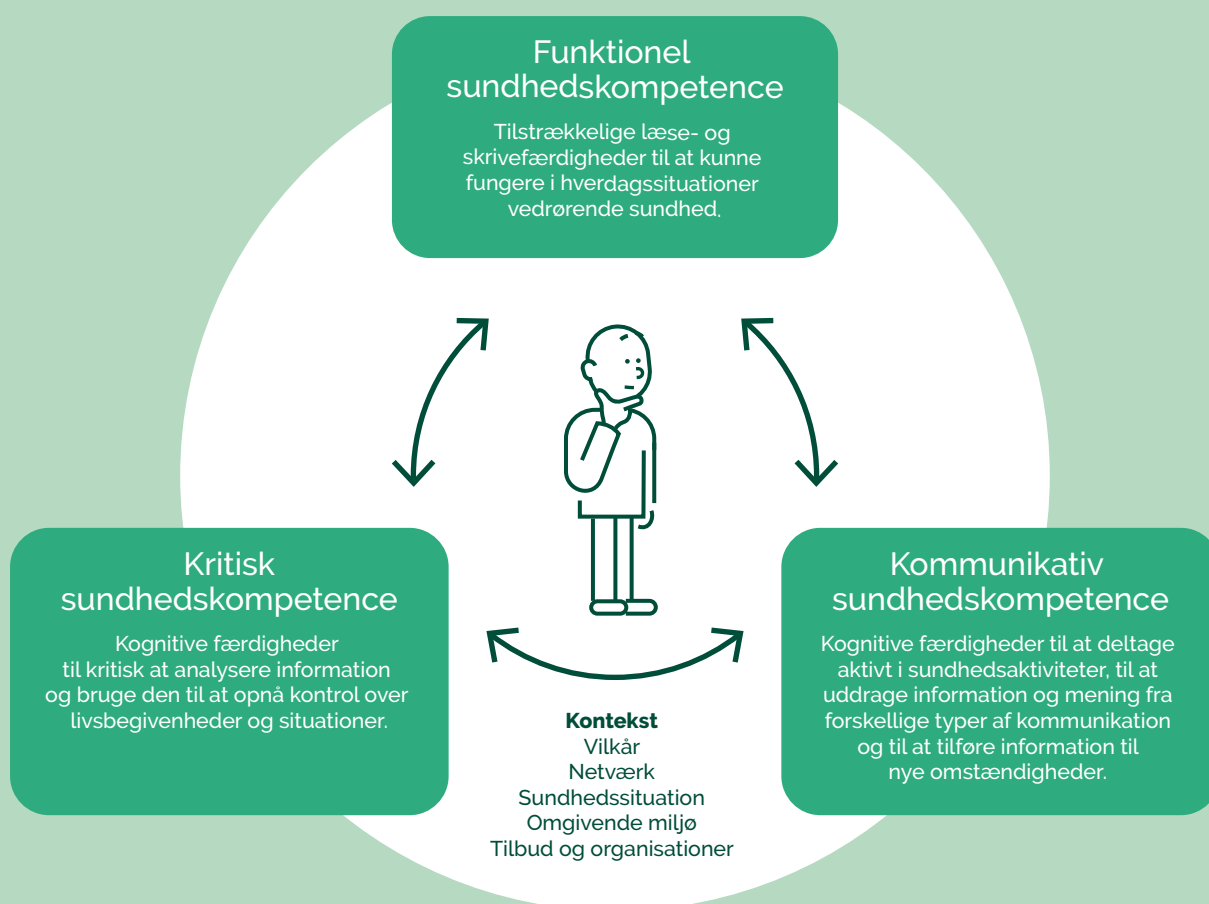
Som tidligere skrevet er sundhedskompetence en kombination af de personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der bestemmer menneskers mulighed for at finde, forstå, vurdere og bruge information til at tage beslutninger om sundhed <sup>(15)</sup>.

Der er i litteraturen beskrevet tre aspekter af individuel sundhedskompetence, som afspejler begrebets sammensætning af funktionelle, kommunikative og sociale færdigheder <sup>(77)</sup>. Jo flere aspekter individet mestrer, jo større autonomi og grad af empowerment, dvs. evne til kritisk refleksion og kontrol over egen livssituation, kan det opnå (figur 2, boks 3).

De tre aspekter udtrykker ikke kun personers grad af forståelse, men kan også relatere til måden, hvorpå den enkelte opsøger sundhedsinformation og sundhedstilbud. Ligeledes afspejler de hvordan en konkret kontekst på tre forskellige fronter kan imødekomme den enkeltes behov. Der er således for den enkelte tale om et dynamisk samspil mellem egne kompetencer og kontekstens krav og ressourcer.

FIGUR 2

Tre aspekter af individuel sundhedskompetence (fri bearbejdning efter D. Nutbeam <sup>(77)</sup>)



### BOKS 3

## Tre aspekter af sundhedskompetence i praksis

Alle tre aspekter af sundhedskompetence er ofte vigtige for, at den enkelte kan opnå fuldt udbytte af et konkret sundhedstilbud. For eksempel vedrører en beslutning om et vaccinetilbud kompetencer på alle tre niveauer:

- Konkret forståelse af vaccinationstilbuddet, herunder hvorfor og hvordan det foregår (funktionel sundhedskompetence) gør en borger i stand til at følge et råd om vaccination
- Indsamling af information fra forskellige kilder og dialog med sundhedsprofessionelle om vaccinetilbuddets betydning i relation til personlige omstændigheder, herunder fordele og ulemper (kommunikativ sundhedskompetence) gør en borger i stand til at foretage et mere personligt og aktivt til- eller fravalg
- Kritisk stillingtagen til den samlede information i lyset af samfundspolitiske omstændigheder (kritisk sundhedskompetence) gør en borger i stand til at tage et informeret til- eller fravalg, der ud over egne interesser tillige tager hensyn til sårbare grupper og samfundet som helhed.

Sundhedskompetence er nært sammenhængende med flere andre begreber inden for sundhedspædagogik og -kommunikation, som har stor betydning for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme <sup>(78)</sup>. Det gælder begreber som empowerment (evne til kritisk refleksion og kontrol over egen livssituation), salutogenese (oplevelse af sammenhæng og mestring) og handlekompetence (aktivt opstille strategier og mål for egne handlinger) <sup>(78)</sup>. Der er et betydeligt overlap mellem disse begreber og forskellige opfattelser af, hvorledes begreberne komplementerer hinanden. Begreberne lægger imidlertid alle vægt på, at borgeren selv kan og skal være involveret i egen sundhedspraksis, egne mål og egen behandling.

# Det relationelle perspektiv

Sundhedskompetence er en dynamisk egenskab, der udvikles gennem hele livet, og påvirkes undervejs af vores læring, erfaringer, situationer og kontekst. Forældres viden og handlinger påvirker således barnet allerede fra fostertilværelsen, hvorefter barnets egen sundhedskompetence langsomt udvikles gennem barndommens og ungdommens uddannelse og udvikling af autonomi og adfærdsmønstre. Senere i voksenlivet og alderdommen udfordres og udvikles sundhedskompetencen ofte igen og igen gennem vekslende sundhedsrelaterede udfordringer <sup>(53)</sup>.

Den enkelte borger er som oftest kun i direkte interaktion med sundhedsvæsenet i en brøkdel af sit liv. Derfor har sundhedskompetence ikke kun betydning for tilvalg og fravalg i konkrete sygdomsforløb, men påvirker og påvirkes af menneskers hverdagsliv i familien, i skolen, på arbejdet og i fritiden <sup>(45)</sup>. Uanset om man er syg eller rask og oplever sig sund eller usund, involverer hverdagen mange beslutninger, der vedrører sundhed. Borgeres sociale netværk: Familie, naboer, arbejdskolleger og andre relationer kan støtte og udvikle den enkeltes sundhedskompetence. Netværket kan endda være med til at kompensere i tilfælde af begrænset sundhedskompetence (kollektiv sundhedskompetence) <sup>(17, 79, 80)</sup>. For eksempel kan en forsørgers sundhedsforståelse være med til at skabe adfærd hos børn, der fastholdes livet igennem, en nær relation kan støtte en borger i at forstå et sundhedsbudskab og implementere det i hverdagen, og en borger med en specifik sundhedsudfordring kan støtte andre borgere med samme udfordring til at forstå og handle på en hensigtsmæssig måde i forhold sundhed.

Sundhedsorganisationer kan støtte op om disse relationer og være med til at opbygge den kollektive sundhedskompetence ved at samarbejde med andre relevante aktører i det etablerede sundhedsvæsen og i civilsamfundet og ved at skabe sundhedsaktiviteter og sundhedsformidling med udgangspunkt i sociale netværk, øge pårørendeinddragelsen og arbejde med peer-to-peer, støttegrupper og lignende aktiviteter med fokus på fælles læring, implementering og erfaringsudveksling.

# Det samfundsmæssige perspektiv

Den enkelte borgers sundhedskompetence udgør en ressource og en trædesten til at opnå sundhed og livskvalitet i hverdagen. Det samme gælder for det samlede niveau af sundhedskompetence i befolkningsgrupper og lokalområder. Anvendelsen af sundhedskompetence er imidlertid afhængig af omgivelsernes muligheder og barrierer.

Figur 3 viser nogle af de arenaer, der gennem hele livet har indflydelse på borgeres udvikling og anvendelse af sundhedskompetence. Sammen med mange andre faktorer, kan et fokus på sundhedskompetence i disse arenaer bidrage til større lighed i sundhed. Som sundhedsorganisation er det muligt at arbejde med sundhedskompetence på tværs af flere arenaer gennem sundhedsprofessionelles interaktion med borgere og deres pårørende, ved tilrettelæggelsen af tilbud og forløb og gennem samarbejdet med formelle aktører og civilsamfundsorganisationer, der arbejder med sundhed i lokalsamfundet.

Det offentlige og digitale rum er fyldt med sundhedsinformation i sociale medier, reklamer, varedeklarerationer, i journalistisk formidling og i andet informationsmateriale. Sundhedskompetence er nødvendig for at forstå, forholde sig til og handle på informationen og for at opsøge og få adgang til relevante behandlende, forebyggende eller sundhedsfremmende tilbud i lokalområdet <sup>(4, 53, 82)</sup>. Sundhedsorganisationer spiller en væsentlig rolle som medskabere og afsendere af den tilgængelige information, og som udbydere af en stor del af de offentlige og private tilbud. De kan derfor gøre en forskel ved at sikre pålidelige og forståelige informationskilder, let adgang til relevante tilbud og forløb og gode samarbejdsrelationer med andre organisationer i lokalområdet, der arbejder med sundhed.

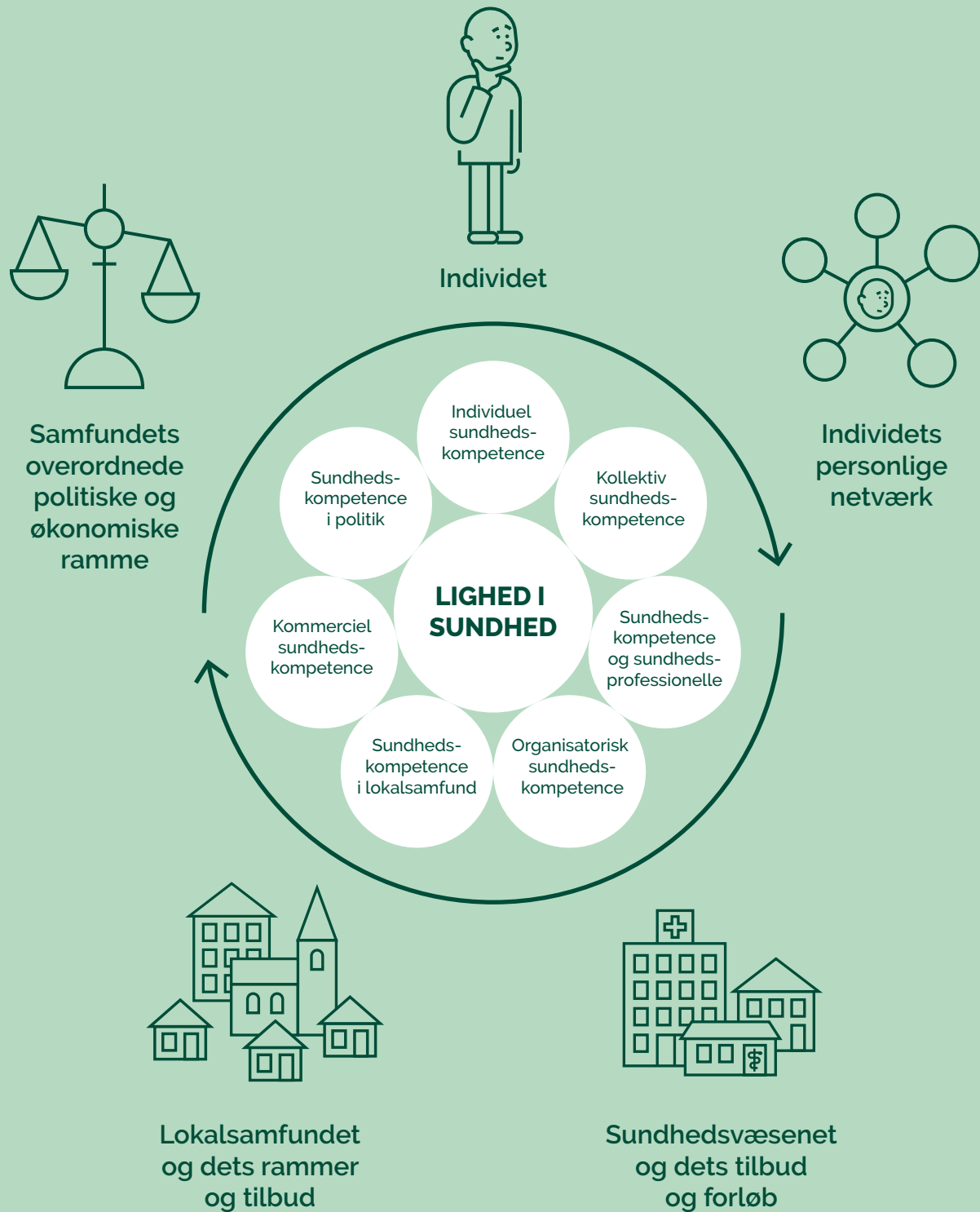
Ud over sundhedsvæsnets konkrete indretning og organisering har en række overordnede politiske, økonomiske og kommercielle faktorer betydning for borgeres udvikling og anvendelse af sundhedskompetence. Kommercielle interesser kan påvirke borgeres mulighed for at tage informerede beslutninger om sundhed <sup>(83)</sup>. Markedsføring, priser og placeringen af varer i detailbutikker påvirker for eksempel hvilke fødevarer, borgerne vælger <sup>(84, 85)</sup>. På samme vis kan politiske og økonomiske rammer og prioriteringer påvirke muligheden for at tage sunde valg i hverdagen, i hvor høj grad sundhedstilbud kan tilpasses den enkeltes behov, information om og adgang til sundhedstilbud på tværs af sociale og etniske skel og den sundhedsprofessionelle arbejdsstyrkes størrelse og kompetencer <sup>(86)</sup>.

Sundhedsorganisationer kan være med til at italesætte såvel den generelle befolknings som sårbare målgruppers behov og barrierer i relation til sundhedskompetence og dermed kvalificere den politiske diskurs og de fremtidige rammer for udvikling af organisatorisk sundhedskompetence og lighed i sundhed.



FIGUR 3

Sundhedskompetence udvikles og anvendes i mange arenaer  
(fri bearbejdning efter Maindal & Aaby, 2019 <sup>(81)</sup>)



# Redskaber til organisatorisk sundhedskompetence

I det følgende gives forslag til litteratur, ressourcer og redskaber, der kan anvendes i arbejdet med organisatorisk sundhedskompetence. Der er ikke tale om en udtømmende liste, og de fleste af forslagene er generiske redskaber og generel litteratur. Hyppigt kan tilgange til organisationsudvikling kendt fra andre sammenhænge tilpasses og anvendes til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence, ligesom der i nogle tilfælde kan fremsøges metoder, der i højere grad er tilpasset en konkret kontekst.

## Korte indføringer i sundhedskompetence

Følgende litteratur giver et overblik over eksisterende viden om sundhedskompetence og anbefalinger på området.

- *Sundhedskompetence (health literacy) i sundhedsfremme og forebyggelse* <sup>(17)</sup>. Dette er et kapitel i bogen *Forebyggende Sundhedsarbejde* fra 2021
- *Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – En vej til lighed i sundhed?* <sup>(68)</sup>. Dette er en dansksproget rapport med anbefalinger vedrørende sundhedskompetence fra Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF) og Dansk Health Literacy Netværk (DHLN) fra 2019
- *Health Literacy – the solid facts* <sup>(4)</sup>. Dette er en engelsksproget rapport fra Verdenssundhedsorganisationen (WHO) fra 2013

## Spørgeskemaer

En spørgeskemaundersøgelse er én måde at vurdere en målgruppes grad af sundhedskompetence. Før et spørgeskema anvendes er det vigtigt at overveje, hvorvidt det er den rette metode og det bedst skema i den konkrete situation. Overvejelserne kan blandt andet vedrøre den information skemaerne giver (ét mål for sundhedskompetence versus en mere detaljeret beskrivelse), praktiske forhold vedrørende skemaernes anvendelse (licens, længde mv.) og spørgsmålenes egnethed i relation til den kontekst, de skal anvendes i (målgruppe, distribution, støtte til udfyldelse etc.). Følgende spørgeskemaer om sundhedskompetence er alle oversat til dansk. På <https://ph.au.dk/sundhedskompetence> findes yderligere information.

The Health Literacy Questionnaire (HLQ) <sup>(68, 87)</sup> – et spørgeskema med 44 spørgsmål, som samlet kortlægger individuel sundhedskompetence ud fra ni domæner hver beskrivende et aspekt af sundhedskompetence. De enkelte skalaer kan anvendes særskilt. Redskabet er underlagt licens fra originalforfatterne.

The eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ) <sup>(88)</sup> – et spørgeskema med 35 spørgsmål fordelt på 7 skalaer. Spørgeskemaet anvendes til at afdække digital sundhedskompetence og oplevelser i forbindelse med brug af teknologi. De enkelte skaler kan anvendes særskilt. Redskabet er underlagt licens fra originalforfatterne.

The Health Literacy for School-Aged Children (HLSAC) <sup>(89)</sup> – et spørgeskema, der afdækker og vurderer sundhedskompetence blandt børn i skolealderen. Spørgeskemaet indeholder 10 spørgsmål fordelt på fem teoretiske komponenter af sundhedskompetence. Instrumentet er afprøvet i aldersgruppen 12-15 år.

The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) <sup>(90)</sup> – et spørgeskema med 47 spørgsmål (short versions findes med 16 og 12 spørgsmål), på baggrund af hvilket der beregnes en score for individuel sundhedskompetence.

## Redskaber til samskabelse og interventionsudvikling

Følgende redskaber kan anvendes til praksisnær udvikling og evaluering af sundhedskompetenceinterventioner. Fælles for redskaberne er, at de tager udgangspunkt i samskabelsesprocesser og workshops. Yderligere information om redskaberne findes på <https://ph.au.dk/sundhedskompetence>.

- *OS!* – *Et værktøj til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence* <sup>(58)</sup>. Redskabet anvendes til evaluering af organisatorisk sundhedskompetence samt identifikation af forbedringstiltag. Redskabet benytter samskabelsesbaserede metoder og foregår over tre workshops med fokus på refleksion, selv-evaluering og prioritering.
- *The OPTimising HEalth LiterAcY (Ophelia) approach* <sup>(65-67)</sup> – en tilgang til udvikling af praksisnære interventioner med fokus på sundhedskompetence. Strategien bygger på lokal behovsafdækning og samskabelse. Ophelia er adopteret af WHO som en model for udvikling af interventioner med fokus på sundhedskompetence. Der er ydermere i WHO regi oprettet en international arbejdsgruppe, der deler erfaringer om anvendelsen af Ophelia.

## Redskaber til integration af sundhedskompetence i skriftlig og mundtlig kommunikation

Følgende henvisninger kan give inspiration til integration af sundhedskompetence i skriftlige materialer og mundtlig kommunikation.

- Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)'s Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 2nd Edition er et godt sted at finde inspiration til forskellige kommunikationsopgaver herunder skriftlig og mundtlig kommunikation, modtagerfeedback og konkrete borgernære støtteværktøjer <sup>(91)</sup>.
- The Conversational Health Literacy Assessment tool (CHAT) <sup>(48)</sup> – et dialogværktøj som sundhedsprofessionelle kan anvende til at få indblik i borgernes individuelle sundhedskompetence. CHAT består af 10 åbne spørgsmål fordelt på 5 domæner. Yderligere information om CHAT findes på <https://ph.au.dk/sundhedskompetence>.

# Referencer



1. Udesen CH, Skaarup C, Pedersen MNS, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København; 2020.
2. Kjeld SG, Brautsch LAS, Svartá DL, Hansen AF, Andersen S, Danielsen D. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang. København; 2022.
3. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts Copenhagen; 2003.
4. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: The solid facts Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe., 2013.
5. World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Health promotion international. 2017;32(1):7-8.
6. World Health Organization Office for Europe. Draft WHO European roadmap for implementation of health literacy initiatives through the life course. In: Regional Committee for Europe 69th session. Copenhagen; 2019.
7. World Health Organization. Draft thirteenth general programme of work, 2019-2023. 2018.
8. Aaby A, Maindal HT, Vinther-jensen K, Sørensen K, Bertram M. GPS – god praksis for folkesundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – En vej til lighed i sundhed? [GPS – good practices in public health. Health literacy in a structural perspective – A road to equity in health?]. 2019.
9. Madsen MH, Højgaard B, Albæk J. Health literacy -Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner [Health literacy – the concept, consequences and possible interventions]. Dansk Sundhedsinstitut for Sundhedsstyrelsen.; 2009.
10. Sørensen K, Maindal HT, Heijmans M, Rademakers J. Work in Progress: A Report on Health Literacy in Denmark and the Netherlands. Studies in health technology and informatics. 2020;269:202-11.
11. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2018;55:0046958018757848.
12. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C PR, Dreyer B, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. 2012.
13. Henrard G, Vanmeerbeek M, Dardenne N, Rademakers J. 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. 2021;21(1):287.
14. Trezona A, Dodson S, Osborne RH. Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. BMC health services research. 2017;17(1):513.
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health. 2012;12:80-.
16. International Union for Health Promotion and Education. IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. Paris: IUHPE Global Working Group on Health Literacy.; 2018.
17. Maindal HT. Sundhedskompetence (health literacy) i sundhedsfremme og forebyggelse. In: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors., editors. Forebyggende Sundhedsarbejde. 7th ed. København: Munksgaard; 2021. p. 387-402.
18. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. BMC public health. 2014;14(1):1095.

19. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ open*. 2016;6(1):e009627.
20. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC public health*. 2020;20(1):565.
21. Paasche-Orlow M, Wolf M. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American journal of health behavior*. 2007;31 Suppl 1:S19-26.
22. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal of health communication*. 2016;21(sup2):54-60.
23. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of health communication*. 2013;18 Suppl 1(Suppl 1):172-84.
24. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, Verheij R, Osborne R, Heijmans M. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC health services research*. 2018;18(1):394.
25. Rikard RV, Thompson MS, McKinney J, Beauchamp A. Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC public health*. 2016;16(1):975.
26. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*. 2015;15(1):678.
27. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU. HLS-EU Consortium; 2012.
28. Svendsen IW, Damgaard MB, Bak CK, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Svendsen MT, et al. Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study. *International journal of public health*. 2021;66.
29. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL. Vienna; 2021.
30. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880-8.
31. Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes: A Danish Population-Based Study. *Journal of diabetes research*. 2016;2016:7823130.
32. Olesen K, F Reynheim AL, Joensen L, Ridderstråle M, Kayser L, Maindal HT, et al. Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ open diabetes research & care*. 2017;5(1):e000437.
33. Friis K, Aaby A, Lasgaard M, Pedersen MH, Osborne RH, Maindal HT. Low Health Literacy and Mortality in Individuals with Cardiovascular Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes, and Mental Illness: A 6-Year Population-Based Follow-Up Study. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(24):9399.
34. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *American journal of health behavior*. 2008;32(3):227-42.

35. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient education and counseling*. 2014;94(2):149-57.
36. Castro-Sánchez E, Chang PWS, Vila-Candel R, Escobedo AA, Holmes AH. Health literacy and infectious diseases: why does it matter? *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*. 2016;43:103-10.
37. Prins W, Butcher E, Hall LL, Puckrein G, Rosof B. Improving adult immunization equity: Where do the published research literature and existing resources lead? [2017;35(23):3020-5. :Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.02.016>.
38. Friis K, Pedersen MH, Aaby A, Lasgaard M, Maindal HT. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study. *European journal of public health*. 2020;30(5):866-72.
39. Berens EM, Vogt D, Ganahl K, Weishaar H, Pelikan J, Schaeffer D. Health Literacy and Health Service Use in Germany. *Health literacy research and practice*. 2018;2(2):e115-e22.
40. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of epidemiology and community health*. 2016;70(10):1032-8.
41. Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Serv Manage Res*. 2017;30(4):197-212.
42. Koh HK, Baur C, Brach C, Harris LM, Rowden JN. Toward a systems approach to health literacy research. *Journal of health communication*. 2013;18(1):1-5.
43. Kaper MS, Sixsmith J, Reijneveld SA, de Winter AF. Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(22):11906.
44. Danske Patienter. Ulyghed i sundhed 2019 [Baggrundsnotat]. Available from: [www.danskepatienter.dk](http://www.danskepatienter.dk).
45. Aaby A, Simonsen CB, Ryom K, Maindal HT. Improving Organizational Health Literacy Responsiveness in Cardiac Rehabilitation Using a Co-Design Methodology: Results from The Heart Skills Study. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(3).
46. Region Midtjylland, De 19 Midtjyske Kommuner, PLO-Midtjylland. Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance 2019.
47. Aaby A, Palner S, Maindal HT. Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health literacy research and practice*. 2020;4(1):e79-e83.
48. Jensen NH, Aaby A, Ryom K, Maindal HT. A CHAT about health literacy – a qualitative feasibility study of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT) in a Danish municipal healthcare centre. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2021;35(4):1250-8.
49. Vellar L, Mastroianni F, Lambert K. Embedding health literacy into health systems: a case study of a regional health service. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2017;41(6):621-5.
50. Danske Regioner. Plan for Borgernes Sundhedsvæsen – vores sundhedsvæsen; 2015.
51. Aaby A, Beauchamp A, O'Hara J, Maindal HT. Large diversity in Danish health literacy profiles: perspectives for care of long-term illness and multimorbidity. *European journal of public health*. 2020;30(1):75-80.

52. Aaby A, Friis K, Christensen B, Maindal HT. Health Literacy among People in Cardiac Rehabilitation: Associations with Participation and Health-Related Quality of Life in the Heart Skills Study in Denmark. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(2).
53. Maindal HT, Aagaard-Hansen J. Health literacy meets the life-course perspective: towards a conceptual framework. *Global health action*. 2020;13(1):1775063.
54. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.; 2015.
55. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(1):210-47.
56. Aaby A, Ryom K. LIVE – Sunde Liv og lokalt samarbejde. *Evalueringsrapport*. Aarhus; 2022.
57. Vennix JAM. Group model-building: Tackling messy problems. *Syst Dyn Rev*.; 1999.
58. Aaby A, Maindal HT. Identifying health literacy responsiveness improvement ideas in Danish health centers: Initial testing of the OS! approach. Accepted for publication 2022.
59. Aaby A, Maindal HT. OS! Et værktøj til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence. *Guide til værktøjets anvendelse*. Aarhus Universitet; 2020.
60. Sundhedsstyrelsen, Aarhus Universitet. *Integration af sundhedskompetence i Sundhedsstyrelsen*. København; 2021.
61. Sundhedsstyrelsen. *Evaluering af den nære vaccinationsindsats*. København; 2021.
62. *Epinion for Sundhedsstyrelsen. Årsager til ikke at lade sig vaccinere. Kvalitativ undersøgelse*. København; 2021.
63. Sundhedsstyrelsen. *Særligt målrettede vaccinationsindsatser*. København; 2022.
64. Københavns Universitet. *MAMA ACT – etnisk lighed i mor-barn sundhed* [Available from: <https://mamaact.ku.dk/>].
65. Bakker MM, Putrik P, Aaby ASE, Debussche X, Morrissey J, Borge CR, et al. Acting together – WHO National Health Literacy Demonstration Projects (NHLDPs) address health literacy needs in the European Region.: *Public Heal Panor.*; 2019.
66. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPTimising HEalth LiterAcY (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC public health*. 2014;14(1):694.
67. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C, et al. Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC public health*. 2017;17(1):230.
68. Maindal HT, Kayser L, Norgaard O, Bo A, Elsworth GR, Osborne RH. Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus*. 2016;5(1):1232.
69. *Sclerosehospitalerne*. *Sclerosehospitalerne*; [Available from: <https://www.scleroseforeningen.dk/sclerosehospitalerne>].
70. *Region Sjælland. Helbredsprofilen.dk* [Available from: <https://helbredsprofilen.dk/da>].
71. COWI, Global Health Literacy Academy, CopenUX. *Evaluering af Helbredsprofilen 2017/2018*. 2018.
72. Tatari CR, Andersen B, Brogaard T, Badre-Esfahani S, Jaafar N, Kirkegaard P. The SWIM study: Ethnic minority women's ideas and preferences for a tailored intervention to promote national cancer screening programmes-A qualitative interview study. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2021;24(5):1692-700.



73. Gabel P, Kirkegaard P, Larsen MB, Edwards A, Andersen B. Developing a Self-Administered Decision Aid for Fecal Immunochemical Test-Based Colorectal Cancer Screening Tailored to Citizens With Lower Educational Attainment: Qualitative Study. *JMIR formative research*. 2018;2(1):e9.
74. Gabel P, Edwards A, Kirkegaard P, Larsen MB, Andersen B. The LEAD trial-The effectiveness of a decision aid on decision making among citizens with lower educational attainment who have not participated in FIT-based colorectal cancer screening in Denmark: A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*. 2020;103(2):359-68.
75. Region Hovedstaden. Socialsygeplejersker [Available from: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/socialsygeplejerske/Sider/default.aspx>].
76. Ludvigsen KB, Brünés N. SOCIALSYGEPLEJE I SOMATIK OG PSYKIATRI. En antologi over erfaringerne fra Projekt Socialsygepleje – det gode patientforløb. Glostrup: KABS VIDEN; 2013.
77. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67.
78. Jensen BB, Kamper-Jørgensen F, Reventlow S. Sundhedsfremme og forebyggelse i historisk perspektiv. In: B. Jensen MGS, editor, editor. *Forebyggende Sundhedsarbejde*. 7th edition. København2021.
79. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2015;18(5):1180-93.
80. Muscat DM, Gessler D, Ayre J, Norgaard O, Heuck IR, Haar S, et al. Seeking a deeper understanding of 'distributed health literacy': A systematic review. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. 2022.
81. Maindal HT, Aaby A. Diabetesforebyggelse og -behandling – kan indsats overfor sundhedskompetence mindske uligheden? [Diabetes prevention and care – can health literacy interventions decrease the inequality?]. *Best Pract.*; 2019.
82. WHO GCM/NCD Working Group on Health Education and Health Literacy for NCD's. Interim Report (WG 3.3, 2016-2017). 2017.
83. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *The Lancet Global health*. 2016;4(12):e895-e6.
84. Martinez O, Rodriguez N, Mercurio A, Bragg M, Elbel B. Supermarket retailers' perspectives on healthy food retail strategies: in-depth interviews. *BMC public health*. 2018;18(1):1019.
85. Steenhuis IH, Waterlander WE, de Mul A. Consumer food choices: the role of price and pricing strategies. *Public health nutrition*. 2011;14(12):2220-6.
86. Willis CD, Saul JE, Bitz J, Pompu K, Best A, Jackson B. Improving organizational capacity to address health literacy in public health: a rapid realist review. *Public health*. 2014;128(6):515-24.
87. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC public health*. 2013;13(1):658.
88. Kayser L, Karnoe A, Furstrand D, Batterham R, Christensen KB, Elsworth G, et al. A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *Journal of medical Internet research*. 2018;20(2):e36.
89. Paakkari O, Torppa M, Boberova Z, Välimaa R, Maier G, Mazur J, et al. The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. *European journal of public health*. 2019;29(3):432-6.

90. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*. 2013;13(1):948.
91. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit 2020 [Available from: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>]



