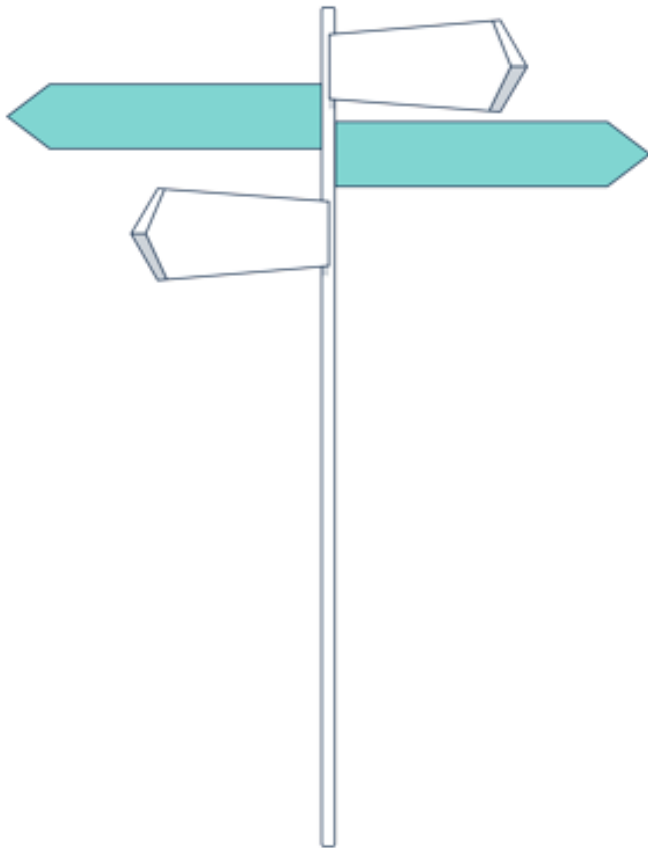


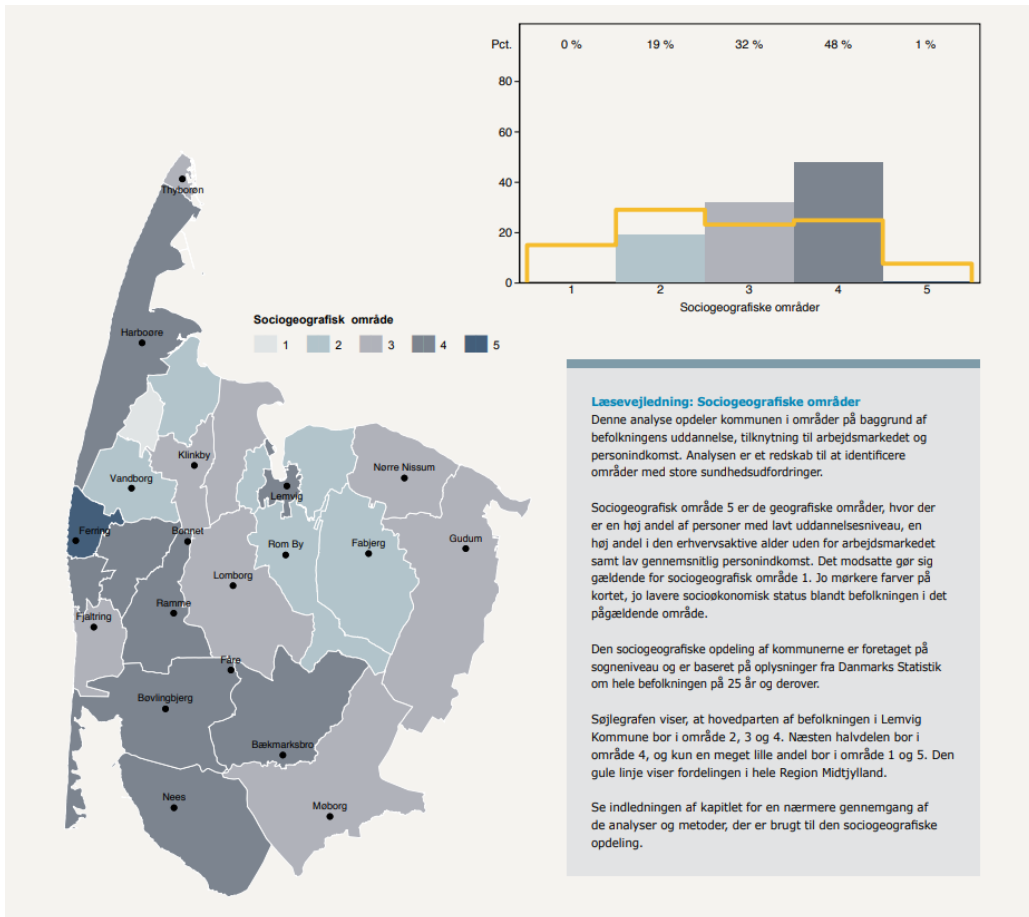
Organisatoriske sundhedskompetencer - i et kommunalt perspektiv

En udviklingsproces med fokus på
organisatorisk sundhedskompetence i
kommunal praksis.



- Hvorfor fokus på sundhedskompetence?
- Hvad er organisatorisk sundhedskompetence?
- OS!-processen
- Vores OS!-proces - hvordan gjorde vi?
- Hvad fik vi ud af det?
- Hvad så nu..?
- Spørgsmål?

Hvorfor fokus på sundhedskompetence?



- Inspiration fra Randers Kommune

- Ulighed i sundhed, specifikke hold til borgere med lave sundhedskompetencer.

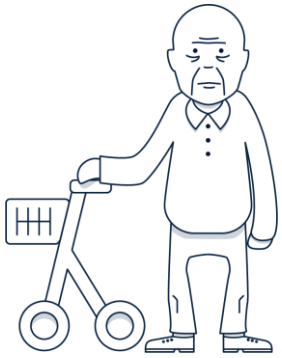
- Data fra den nationale undersøgelse "Hvordan har du det" pegede på væsentlige udfordringer i Lemvig Kommune

- *Hvordan har du det?* (2017) på at ca. 800 borgere (25+ år) havde svært ved at forstå information om sundhed.

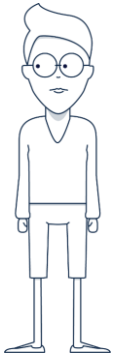
- *Hvordan har du det?* (2021) Næsten 50% af Lemvig Kommunes befolkning er bosiddende i Sociografisk område 4 eller 5. (Lavt uddannelsesniveau, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og lav indkomst).

- Mulighed for at sætte fokus på sundhedskompetencer ift. beskæftigelsesindsatsen

- Styrke samarbejdet og den fælles forståelse mellem Træningsafdelingen og Sundhedsfremme & Forebyggelse



Begrebet sundhedskompetence



Sundhedskompetence (engelsk: health literacy) er en kombination af de personlige kompetencer og de 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.



Sundhedskompetence har afgørende betydning for aktiviteter relateret til sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering i hverdagen såsom, at:

- forstå og fortolke sundhedsinformation i det offentlige rum
- interagere med sundhedsprofessionelle
- træffe og fastholde beslutninger vedrørende sundhed
- varetage egen sundhed og egenomsorg
- opnå adgang til og navigere i tilbud der vedrører sundhed.

Danskernes sundhedskompetencer:

- ▶ 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 (18). Problemet var langt større blandt udvalgte målgrupper, såsom personer med multisygdom, hvor andelen, der havde disse udfordringer, udgjorde 40-50% (19). 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 (20).

Eksempler på udfordringer:

Som eksempler på, hvad der kan opleves som svært, kan nævnes, at:

- hver tredje person med hjertesygdom og godt hver femte person med KOL eller diabetes har svært ved at forstå, hvad der står på medicinpakker
- knap hver tredje person med hjertesygdom eller KOL og hver fjerde person med diabetes har svært at udfylde skemaer med sundhedsoplysninger
- godt hver fjerde person med hjertesygdom, KOL eller diabetes synes, det er svært at sikre sig, at sundhedspersonalet forstår deres problemer rigtigt
- knap hver fjerde person med hjertesygdom eller KOL og knap hver femte person med diabetes synes, det er svært at have gode samtaler med læger
- hver fjerde person med hjertesygdom eller KOL og hver femte person med diabetes har svært ved at stille spørgsmål til sundhedspersonalet for at få den information, der er brug for.

Hvorfor er sundhedskompetence vigtig i et strukturelt perspektiv?

Sundhedskompetence hænger sammen med andre sociale sundhedsdeterminanter som alder, køn, uddannelse, social status og etnicitet, men er tillige en selvstændig risikofaktor relateret til sundhed, sundhedspraksis og brug af sundhedssystemet. I et folkesundhedsperspektiv kan befolkningens sundhedskompetence opfattes som en samfundsmæssig ressource, der øger borgernes varetagelse af sundhed, øger organisationers, institutioners og systemers evne til at imødekomme menneskers sundhedsbehov, udvikler sundhedsfremmende miljøer og fremmer lighed og integration af sundhed i alle politikker.

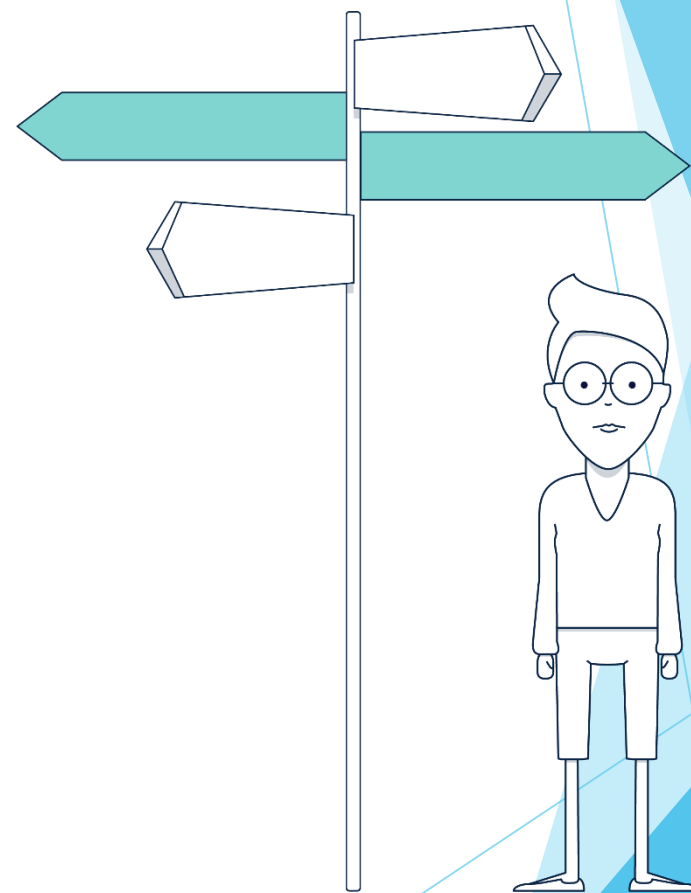
Sundhedskompetencer skal *ikke* udelukkende betragtes som individuelle!



Figur 1: Model for sundhedskompetence som socioøkologisk ressource i samfundet*.

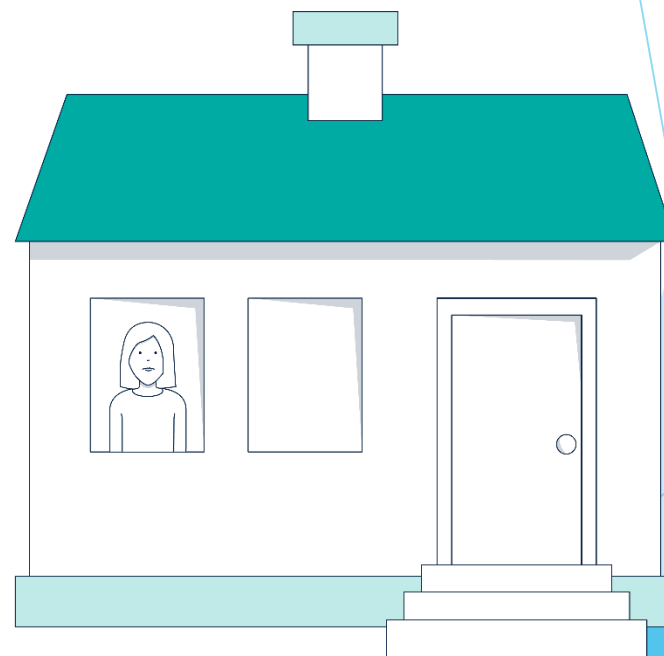
Hvad er organisatorisk sundhedskompetence?

- ▶ **Organisatorisk sundhedskompetence er den måde tilbud, organisationer og systemer gør information og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer.**



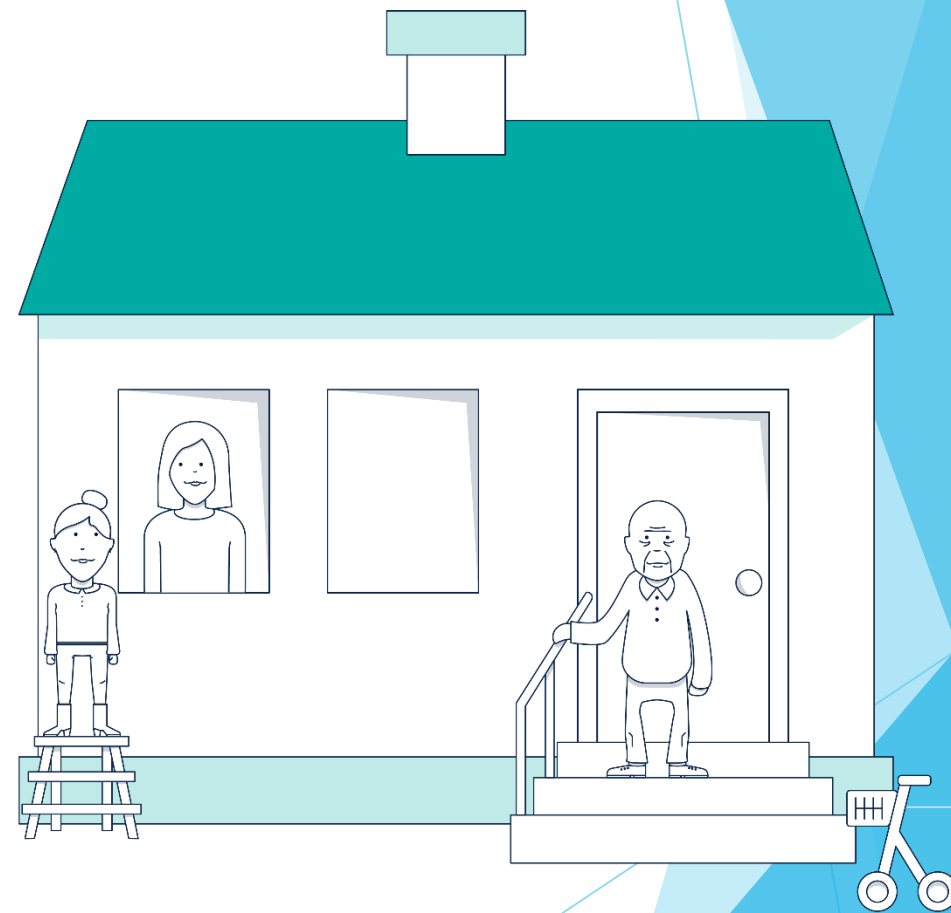
Hvad er organisatorisk sundhedskompetence?

- ▶ Organisatorisk sundhedskompetence handler altså om alle de aspekter af jeres organisation, der har betydning for de krav og den kompleksitet, der møder borgeren. For eksempel jeres:
 - Kultur
 - Ledelse
 - Organisering og forløb
 - Adgangen til jeres tilbud
 - Fysiske og psykiske miljø
 - Medarbejderes kvalifikationer
 - Kommunikationsværktøjer og rutiner
 - Data og kvalitetsopfølgning
 - Eksterne samarbejde



Hvad er organisatorisk sundhedskompetence?

- ▶ Organisatorisk sundhedskompetence kan forbedres!
- ▶ Og det er det, der er formålet med
- ▶ **OS!processen**



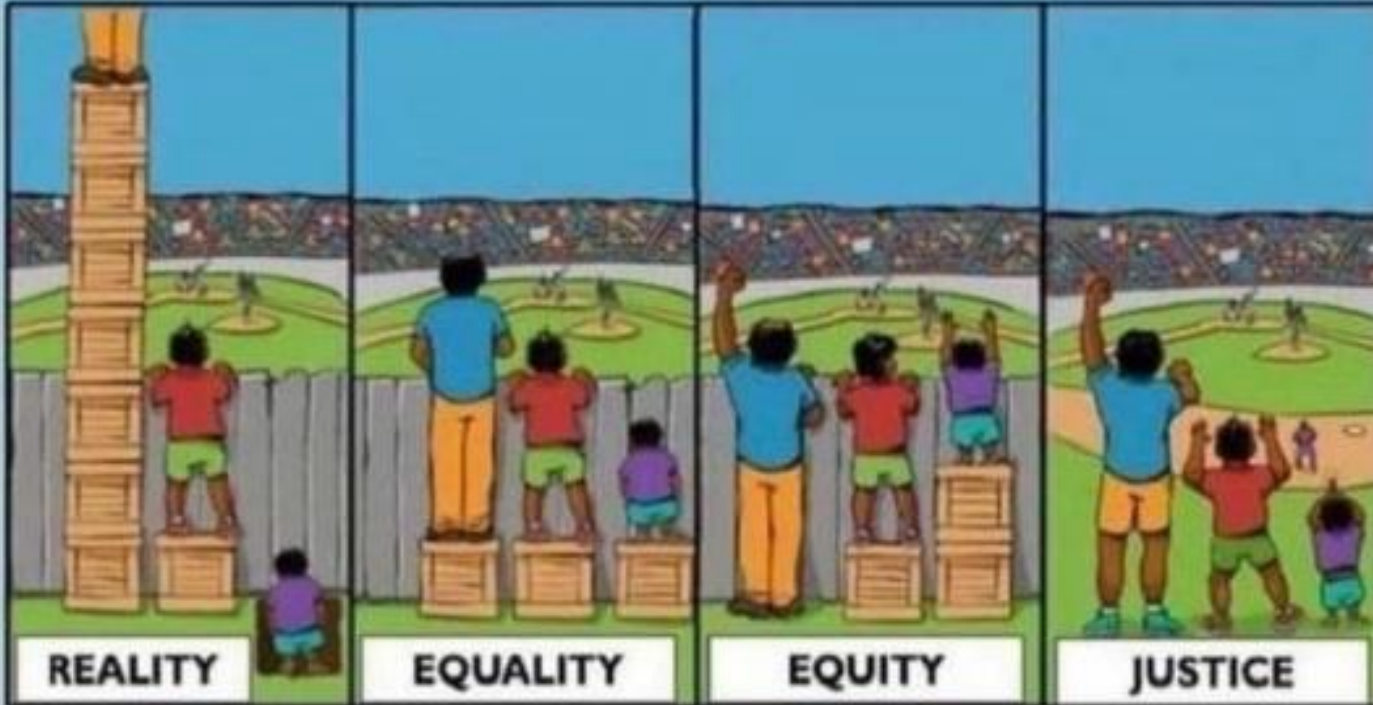
← Onkologisk ambulatorium

← Hæmatologisk sengeafsnit

Geriatrisk afsnit →

Eksempler på navneændringer på Regionshospitalet Randers

Palliativt Team - bliver til - Enhed for Lindrende Behandling
Neonatalafsnit - bliver til - Børn og Unge Sengeafsnit for Nyfødte
Klinisk Biokemisk Afdeling - bliver til - Blodprøver og Biokemi
Kirurgisk Ambulatorie - bliver til - Mave- og Tarmkirurgisk Klinik
Billeddiagnostisk Afdeling - bliver til - Røntgen og Skanning



REALITY

One gets **more than** is needed, while the other gets **less than** is needed. Thus, a huge disparity is created.

EQUALITY

The assumption is that **everyone** benefits from the same supports. This is considered to be equal treatment.

EQUITY

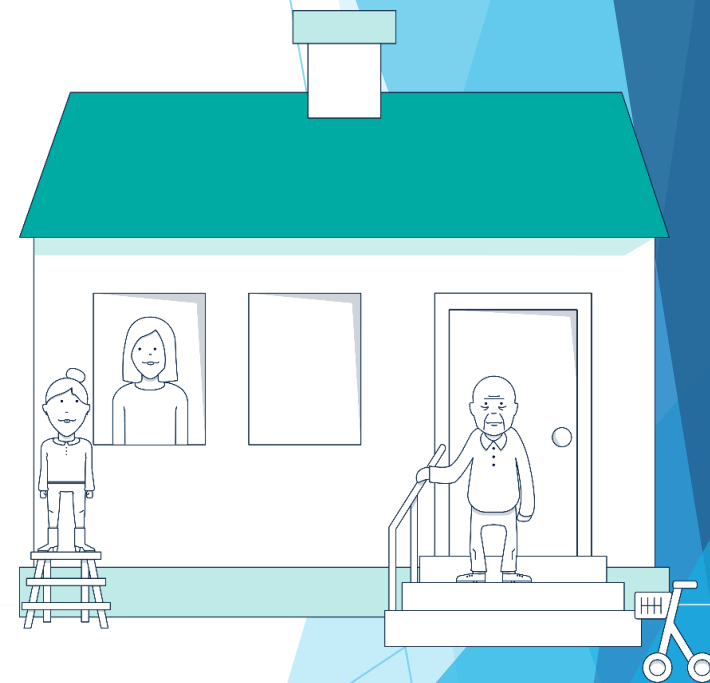
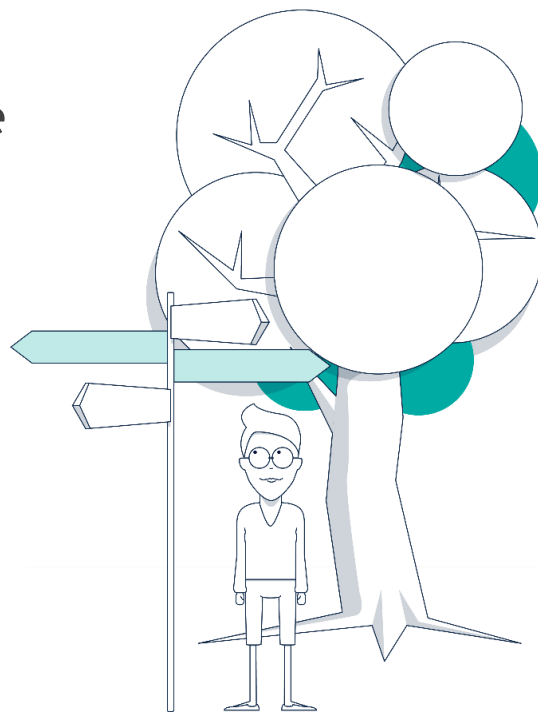
Everyone gets the support they need, which produces equity.

JUSTICE

All 3 can see the game without supports or accommodations because the cause(s) of the inequity was addressed. The systemic barrier has been removed.

Hvordan undersøger vi vores organisatoriske sundhedskompetence?

- ▶ OS! er et værktøj til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence
 - ▶ Hjælper til kritisk syn på egen organisation
 - ▶ Udvikle egen evne til at imødekomme borgere med forskelligt niveau af sundhedskompetence
- ▶ Oprindeligt udviklet i Australien, og herefter oversat og testet i danske kommuner i 2019.



Vores OS!- proces - hvad gjorde vi?



Formen - tid, planlægning,
formidling



Roller

Facilitatorer -
intern vs.
ekstern



Leder

Opbakning og
enighed omkring
prioritering

Estimeret tidsforbrug

Forberedelse og dokumentation

- 2 tp a 10 timer = 20 timer

Workshop 1

- 2 timer x 16 deltagere og facilitatorer = 32 timer

Workshop 2

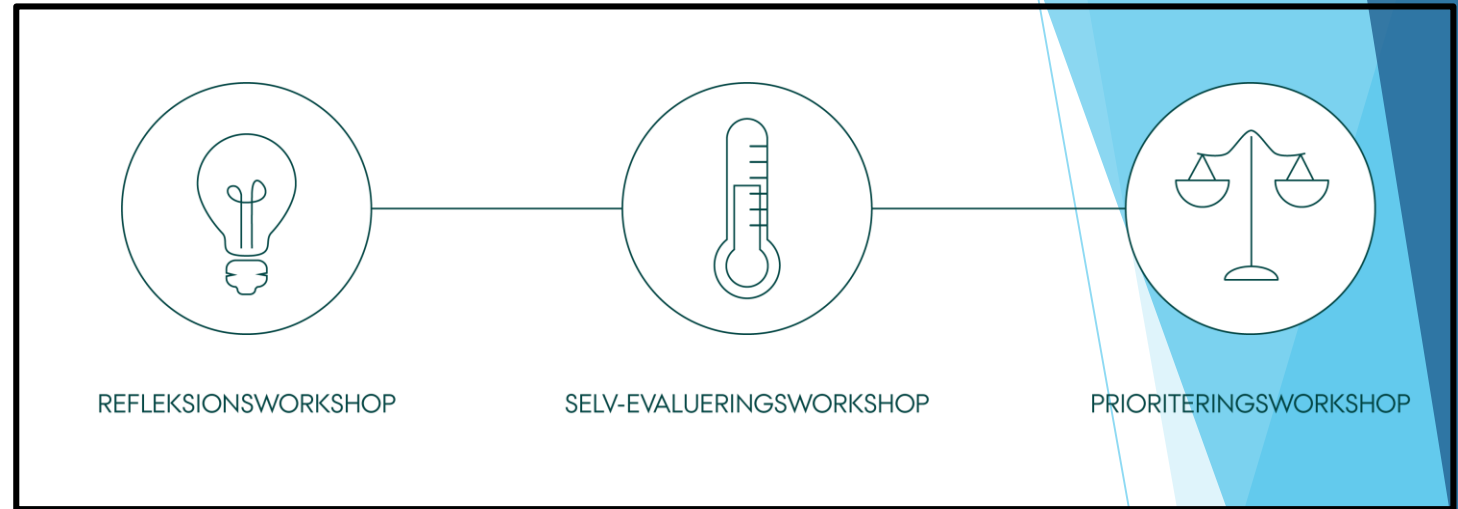
- Mindst 4 timer x 15 = 60 timer

Workshop 3

- 4 timer x leder, facilitatorer og repræsentanter (6) = 24 timer

I alt 136 mandetimer.

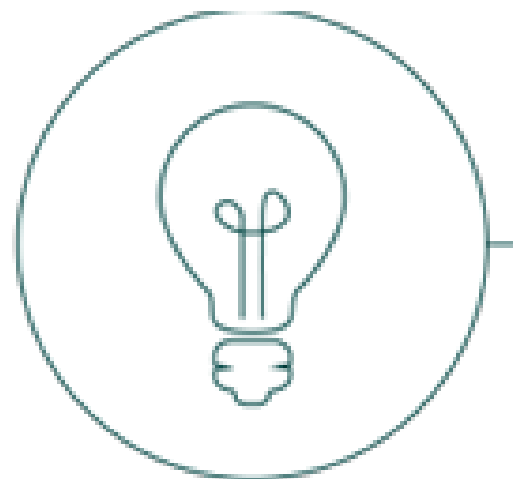
OS!-processen



- ▶ OS!-processen består af 3 workshops.
- ▶ Processen kickstartes med en grundning præsentation af begreberne *Sundhedskompetence* og *Organisatorisk Sundhedskompetence*, som skal understøtte at alle deltagere har en fælles sproglig forståelse af begreberne og definitionerne.
- ▶ Derudover var det vigtigt i processen at fremhæve, at der i processen ikke var fokus på den enkelte medarbejders erfaring, viden eller oplevelse af sundhedskompetence, men derimod at forsøge at belyse afdelingernes organisatoriske sundhedskompetencer som helhed.
- ▶ Fokus henimod: Hvad gør vi godt - hvad kan forbedres.
- ▶ Fokus væk fra: Hvad kan vi fikse og finde hurtige løsninger på.

Workshop 1 - Reflektion

- ▶ Alle deltagere modtog en informationsmail 1½ uge forud for første workshop:
 - ▶ Kortfattet forberedelsesmateriale.
 - ▶ Fokus på obligatorisk deltagelse samt behovet for en bred repræsentation af medarbejdere (Alle bidrag har værdi uanset faggruppe, livserfaring, anciennitet eller faglig erfaring)
- ▶ 2 timers workshop
- ▶ Plenum drøftelse ud fra spørgsmål omkring sundhedskompetence; alle havde mulighed for frit at komme med deres forståelse
- ▶ Første del af tragten



Workshop 2 - Selvevaluering

- ▶ 3 grupper - 6 *områder* (ud fra protokol)
- ▶ En styret ramme for evalueringsprocessen
- ▶ Skifte lokale hver gang; nyt fokus og nye indtryk
- ▶ Identificere, diskutere, reflektere, finde eksempler.
 - ▶ Hvad gør vi godt og hvad kan forbedres
- ▶ Nogle forbedringsforslag vil gå igen



Bedømmelse	Beskrivelse: det gør/har vi _
0	_ slet ikke
1	_ i minimal grad
2	_ delvist
3	_ i betydelig grad
4	_ i høj grad
IR	Dette er ikke relevant for os

OMRÅDE 1: ADGANG TIL TILBUD OG PROGRAMMER

En sundhedskompetent organisation sikrer, at tilbud og programmer er tilgængelige for alle, og støtter systematisk borgere i at få adgang og udbytte af tilbud samt at navigere i sundhedsvæsnets ER DET SÅDAN HOS JER?

1.1 Miljø. I vores organisation understøtter det fysiske miljø vores organisatoriske sundhedskompetence

Eksempler: Tænk f.eks. på tilgængelighed med offentlig transport, parkering, adgangsveje, skiltning og det fysiske rum (reception, venteområder, aktivitetsområder etc.) samt miljøets hensyntagen til sårbare grupper, herunder etniske minoriteter og mennesker med fysiske og mentale begrænsninger.

Det gør vi godt

Det kan vi forbedre

Bedømmelse (skala 0-4)

1.2 Adgang. Der er let adgang og klare henvisningsprocedurer til vores organisation

Eksempler: Overvej f.eks. hvordan regler for adgang og henvisning kommunikeres til borgerne, henvisende instanser og jeres samarbejdspartnere. Tænk også på jeres åbningstider og fleksibilitet, kulturelle barrierer, samt hvordan kendskabet til jeres organisation søges øget. Måske hjælper I også jeres borgere med at navigere i andre sundhedstilbud.

Det gør vi godt

Det kan vi forbedre

Bedømmelse (skala 0-4)

De 6 områder



Adgang til tilbud og programmer



Kommunikation og formidling



Partnerskaber og inddragelse



Medarbejdere



Ledelse og kultur



Systemer, arbejdsgange og politikker

Bearbejdelse af workshop 2 forud for workshop 3

- ▶ Alle "Det gør vi godt" nedskrevet
- ▶ Alle forbedringsforslag nedskrevet og derefter grupperet

OMRÅDE 1: ADGANG TIL TILBUD OG PROGRAMMER

En sundhedskompetent organisation sikrer, at tilbud og programmer er tilgængelige for alle, og støtte systematisk borgere i at få adgang og udbytte af tilbud samt at navigere i sundhedsvæsenet.

Handlinger der kan forbedre vores indsats	Vigtighed	Nødvendighed	Ressourcer
Adgangsforhold og way-finding - Billedmateriale af adgangsforhold (1) <i>I brevet som sendes ud, kunne der være en lille billedserie.</i> - Infoskærm ved indgange – hele huset (mange går forkert) (1) - "Venteområde"-skilt – info/velkomst tavle (1) <i>Mere skiltning i venteområde (fx velkommen til, eller ta' plads).</i> - Film fx (2) <i>Små film ved ankomst.</i> - Problem ved 112 (ambulance kørte forkert) + post (3) <i>Udfordring ift. post, at vi kun har 1 matrikel. Pernille har en aftale med pedellen om at der kan sendes foto, når der modtages pakker.</i>	4	Medium	Der kan være flere forskellige spor at følge, men som udgangspunkt 0

Workshop 3 - Prioritering

Leder, facilitatorer og én repræsentant fra hver gruppe



- ▶ Identificeret og grupperet 24 forbedringsforslag
- ▶ Vurderet ift.
 - ▶ Grad af vigtighed
 - ▶ Tidsmæssig nødvendighed
 - ▶ Behov for ressourcer
- ▶ **4 udvalgt**
 - ▶ **Handleplaner og arbejdsgrupper**
- ▶ 2 besvaret og drøftet på efterfølgende p-møde
- ▶ 4 omdannet til fokuspunkter i afdelingerne i 1. halvår 2023

Forbedringsforslagene

Adgangsforhold og wayfinding	Borgernes kendskab til tilbud	Kontakt til hjemmesygepleje og visitation mm	Kendskab til tilbud, foreninger mm	Udgående tilbud, forebyggende	Virtuelle tilbud under forløb
Standartbreve, løbende opdateringer	Skriftlige henvendelse, information til borgere Herunder Standartbreve, løbende opdateringer	Fokus på kulturelle forskelle herunder brug af tolk	Den yngre borger	Efterværn 140 i SF	Skoler
Borgerinddragelse	Foreninger	Feedback og supervision	Sundhedskompetence i rekruttering	Faglig udvikling - strategi mm	Differentiering af tilbud og tilgang
Søge puljepenge m.m.	For mange spørgeskemaer?	Ledelsesinformation, hvorfor?	Arbejdsgange ved overgange	Rutine omkring opdatering af information	Monitorering, redskaber til borger-sundhedskompetence

Fra forbedringsforslag til handleplaner

- ▶ Fælles personalemøde
- ▶ Gennemgang af processen
 - ▶ Præsentation af udvalgte forslag
 - ▶ Præsentation af handleplanernes opbygning og forventninger til arbejdsgrupperne
 - ▶ Mødes min. 1 gang inden næste p-møde
 - ▶ Min. 3 i hver arbejdsgruppe, min. én fra hver afdeling
 - ▶ Investeringer/køb ud over mandetimer - efter aftale med leder.
 - ▶ Ud at "ramme" virkeligheden

Handleplan:
Skriftlige henvendelser til borgere/info til borgere
Udarbejdet i forbindelse med internt forløb omkring organisatorisk sundhedskompetence forløbet i dec. 2022.

Nedenfor ses forbedringsforslagene ud for punkterne. Med kursiv ses eventuelle tilføjelser fra Workshop 3. Hver gruppering af forbedringsforslag er på Workshop 3 heraf vurderet ift. vigtighed, nødvendighed og ressourcer. Forbedringsforslagene er grupperet efter hvilket område de er taget fra.

- Standardbreve (ops opdatering løbende)
Tjekke om standardbrevet er opdateret - står der for meget/for lidt, hvordan er det.

Vigtigheden: 4 - Meget betydningsfuld
Nødvendigheden: Meget - Skal implementeres inden for 3 mdr.
Ressourcer: 0 - Kan opnås med eksisterende ressourcer.

• Sprog/forståelse i skriftlige henvendelser
Hvis vi ser på vores breve, så er de muligvis ikke på 5-6 klasseniveau.

- E-post vs. A-post
E-post kommer hurtigt frem, a-post kan komme sent frem. Link til adgangsforside kan bedst anvendes i e-post.
- Genkendelighed - fra brev til arkivsystem
Anvende billeder i brev.
- Spørgeskema - evt. med oplæsning
Spørgeskemaer som kan blive oplæst - dem vi selv sender ud.
- Generelt nedsætte lixtal til 6. kl. niveau
- Mere tilgængelig information
(tilgængeligheds-astrak)
- Hvornår gør vi hvad (papir eller digital formidling?)
Hvornår skal borgere have en pjeces og hvornår skal de modtage et link, kaldet både information og pjeces.
- Skriftlige materiale/billeder til undervisning af borgere
- Pjeces til Med. Hold opdateres - evt. alle hold

Vigtigheden: 5 - Helt essentielt
Nødvendigheden: Meget/medium - Skal implementeres inden for 3 mdr/6-12 mdr.
Ressourcer: 0 - Kan opnås med eksisterende ressourcer.
Det koster tid.

- Mere fast rutine/ systematik i forhold til at opdatere information
F.eks. foldere, instruktions, hjemmesider osv.

Vigtigheden: 4-5 - Helt essentielt
Nødvendigheden: Meget - Skal implementeres inden for 3 mdr.

Handleplan: Skriftlige henvendelser til borgere/info til borgere

Udarbejdet i forbindelse med internt forløb omkring organisatorisk sundhedskompetence forløbet i dec. 2022.

Forbedringsforslaget uddybet fra Workshop 2 og 3

Nedenfor ses forbedringsforslagene ud for punkterne. Med kursiv ses eventuelle tilføjelser fra Workshop 3. Hver gruppering af forbedringsforslag er på Workshop 3 herefter vurderet ift. vigtighed, nødvendighed og ressourcer. Forbedringsforslagene er grupperet efter hvilket område de er taget fra.

- Standardbreve (obs opdatering løbende)
Tjekke om standardbrevet er opdateret – står der for meget/for lidt, hvordan er lxx.

Vigtigheden: 4 – Meget betydningsfuld
Nødvendigheden: Meget – Skal implementeres inden for 3 mdr.
Ressourcer: 0 – Kan opnås med eksisterende ressourcer.

- Sprog/forståelse i skriftlige henvendelser
Hvis vi ser på vores breve, så er de muligvis ikke på 5-6 klasseniveau.
- E-post vs. A-post
E-post kommer hurtigt frem, a-post kan komme sent frem. Link til adgangsforhold kan bedst anvendes i e-post.
- Genkendelighed – fra brev til ankomst
Anvende billeder i brev.
- Spørgeskema – evt. med oplæsning
Spørgeskemaer som kan blive oplæst – dem vi selv sender ud.
- Generelt nedsætte lixtal til 6. kl. niveau
- Mere tilgængelig information
(tilgængeligheds-patrulje)
- Hvornår gør vi hvad (papir eller digital formidling?)
Hvornår skal borgere have en pjece og hvornår skal de modtage et link. Gælder både information og øvelser.
- Skriftlige materiale/billeder til undervisning af borger
- Pjece til Med. Hold opdateres – evt. alle hold

Vigtigheden: 5 – Helt essentielt
Nødvendigheden: Meget/medium – Skal implementeres inden for 3 mdr./6-12 mdr.
Ressourcer: 0 – Kan opnås med eksisterende ressourcer.
Det koster tid.

- Mere fast rutine/ systematik i forhold til at opdatere information
F.eks. foldere, instrukser, hjemmesider osv.

Vigtigheden: 4-5 – Helt essentielt
Nødvendigheden: Meget – Skal implementeres inden for 3 mdr.

VIGTIGT! At fastholde fokus på det vi allerede gør og det som virker.

- ▶ De udvalgte forbedringsforslag har det til fælles, at det er noget vi allerede gør.
- ▶ Processen har blot været med til at belyse hvad vi allerede gør godt og hvilke områder, som kan forbedres.
- ▶ Processen producerede således også 5 tætskrevne sider med elementer fra vores praksis, som allerede på nuværende tidspunkt fremmer vores organisatoriske sundhedskompetencer.



Tilbagemeldinger og evaluering



- ▶ Implementering for nye medarbejdere
- ▶ God og tryk proces
- ▶ Fælles sprog og forståelse for begrebet sundhedskompetence fremad
- ▶ Løbende dagligdagsreflektioner
 - ▶ Foldere
 - ▶ Slides

Hvad så nu?

- ▶ Mere bevidst om sundhedskompetencer, og hvordan vi som organisation kan møde borgerne med de kompetencer de har
- ▶ Monitoreringsværktøj
- ▶ Viden vi har i afdelingen, bruges i samarbejde med andre aktører
- ▶ Dele ud af vores erfaring
- ▶ Større nysgerrighed på borgernes individuelle sundhedskompetencer

Spørgsmål?

Mail: Ruben.Fjord.Bredholt@lemvig.dk

Link: [Redskaber \(au.dk\)](#)



- ▶ [En film om organisatorisk sundhedskompetence og OS! metoden \(au.dk\)](#)

