Sykepleien
F·O·R·S·K·N·I·N·G

FAGFELLEVURDERT ARTIKKEL

Helsekompetansevennlige helsetjenester fra brukerperspektivet – en tematisk analyse

Pia Emilie Kamperud
Avansert klinisk allmennsykepleier
Helsehuset, Elverum kommune

Trine Tapper
Avansert klinisk allmennsykepleier og kiropraktor
Nemus Kongsvinger

Ragnhild Storstein Spilker
Sykepleier, førstelektor og faggruppeleder
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet og Migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie, Norsk Sykepleierforbund

Christopher Le
Seniorrådgiver og førsteamanuensis
Helsedirektoratet og Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Innlandet

Øystein Guttersrud
Førsteamanuensis
Naturfagsenteret, Universitetet i Oslo

Hanne Søberg Finbråten
Sykepleier og førsteamanuensis
Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Innlandet

Helsekompetansevennlige helsetjenester
Organisatorisk helsekompetanse
Brukererfaring
Tematisk analyse
Kvalitativ forskning

Sykepleien Forskning 2025;20(100410):e-100410
DOI: 10.4220/Sykepleienf.2025.100410

Bakgrunn: Forskning viser at befolkningens helsekompetanse varierer. Målet om likeverdig tilgang til helseinformasjon og helsetjenester krever at helsetjenestene tilpasses befolkningens kompetanse. Helsekompetansevennlige helsetjenester kjennetegnes ved at de tilrettelegger

for at brukere finner frem i helsetjenestene og kan forstå og anvende helseinformasjonen som bli gitt. I en norsk pilotundersøkelse rapporterte ledere og ansatte i ulike helseinstitusjoner at helsepersonell i direkte pasientkontakt er opptatt av å tilpasse informasjonen til brukernes helsekompetanse, men at tiltakene i liten grad er forankret i prosedyrer og retningslinjer. Foreløpig har vi begrenset kunnskap om hvor helsekompetansevennlige brukerne opplever at tjenestene er. Brukererfaringer kan bidra til å gjøre helsetjenestene mer helsekompetansevennlige.

Hensikt: Hensikten med vår studie var å beskrive brukeres erfaringer med hvor helsekompetansevennlig helsetjenestene er.

Metode: Studien har et deskriptivt kvalitativt design. Datamaterialet ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer på fem ulike helseinstitusjoner fra juni 2022 til januar 2023. Vi analyserte datamaterialet ved å bruke tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke.

Resultat: Analysen identifiserte fire hovedtemaer: 1) «Å finne frem», 2) «Digital tilgang og forberedthet hos brukere», 3) «Kommunikasjon med helsetjenestene» og 4) «Tilrettelegging i overganger». Hovedtema 1 og 3 omfatter to undertemaer hver.

Konklusjon: Brukerne mente det var enklere å finne frem til helseinstitusjonene enn å finne frem inne på dem. Flere og flere helsetjenester krever digital tilgang og tilstrekkelig forberedte brukere. Helsekompetansevennlige helsetjenester forutsetter at helsepersonell tilpasser kommunikasjonen til brukernes helsekompetanse. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon kan bidra til å skape trygge overganger fra helseinstitusjonen til hjemmet, og brukererfaringer kan bidra til å gjøre helsetjenestene mer helsekompetansevennlige. Helsetjenestene har flere rutiner og tiltak som fremmer brukernes helsekompetanse, men brukerne uttrykte et behov for ytterligere forbedringer.

Introduksjon

Helsekompetanse omfatter ferdigheter som kreves for å kunne identifisere og omdanne helseinformasjon til kunnskap og handling (1). Tilstrekkelig helsekompetanse er en forutsetning for at individer mestrer sin egen helse og oppfølging av sykdom samt navigerer i og bruker helsetjenestene hensiktsmessig (2). Ifølge en norsk undersøkelse har en tredel av befolkningen lav helsekompetanse, og nær halvparten synes det er vanskelig å navigere i helsetjenestene (3).

Regjeringens mål er å skape bærekraftige og likeverdige helsetjenester som legger til rette for mestring (4). Et viktig tiltak er å øke befolkningens helsekompetanse. Strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen (2) foreslår tiltak både på individ- og systemnivå. De individrettede tiltakene handler om å styrke individers helsekompetanse, for eksempel gjennom tilpasset opplæring. Tiltak på systemnivå omhandler strukturelle forhold i helsetjenestene, slik som å tilrettelegge for at befolkningen enklere finner frem i og kan bruke helsetjenestene på hensiktsmessige måter (2).

I den senere tid har tiltak helsetjenestene kan gjennomføre for å bli mer helsekompetansevennlige, fått mer oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker at individers helsekompetanse må forstås i lys av organisatoriske strukturer og ressurser som forenkler tilgangen til helseinformasjon og tjenester (5). Helsekompetanse er dermed ikke bare en individuell ferdighet, men produktet av individets ferdigheter og helsetjenestens krav og kompleksitet (6).

Helsekompetansevennlige helsetjenester har høy organisatorisk helsekompetanse, som innebærer at de gjør det enklere for individer å finne, tilegne seg, forstå og bruke ulike typer helseinformasjon og -tjenester, både digitale, muntlige og skriftlige, for å ivareta sin egen helse (6).

En pilottesting av et kartleggingsverktøy for helsekompetansevennlige helsetjenester ved fem helseinstitusjoner i Norge viste at helsekompetanse ofte fremmes i direkte pasientkontakt, men at tiltakene i liten grad er systematisert gjennom strategier, prosedyrer og retningslinjer (7).

Ved flere av helseinstitusjonene rapporterte ledere og ansatte med pasientkontakt at de la til rette for at det skulle være enkelt å komme i kontakt med samt finne frem både til og på helseinstitusjonen, og at helseinformasjon er lett tilgjengelig og tilpasset. Brukernes erfaringer var imidlertid ikke inkludert i denne pilotundersøkelsen. Et av kriteriene for å skape helsekompetansevennlige helsetjenester er å involvere brukerne. Derfor er det viktig å få frem deres erfaringer.

Helsekompetansevennlige helsetjenester innebærer blant annet at helsepersonell er sensitive for brukernes helsekompetanse og kan tilpasse kommunikasjonen deretter (8, 9). Ernstmann og medarbeidere (10) har utviklet et spørreskjema for å måle helsekompetansesensitiv kommunikasjon fra pasientperspektivet. Spørreskjemaet dekker imidlertid ikke det å finne frem i helsetjenestene og integrere helsekompetanse i helseinstitusjonens strukturer og prosesser. Ut fra det vi kjenner til, finnes det ellers lite kunnskap om pasientenes og brukernes perspektiver på hvor helsekompetansevennlige helsetjenestene er.

Hensikten med studien

Hensikten med studien var å beskrive brukeres erfaringer med hvor helsekompetansevennlige helsetjenestene er.

Metode

Denne studien har et deskriptivt kvalitativt design der dataene ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer. Artikkelen følger standarder for rapportering i kvalitativ forskning (11).

Intervjuguide

Vi utviklet intervjuguiden på bakgrunn av standardene 4, 5 og 6 i kartleggingsverktøyet «International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy (Responsiveness) of

Hospitals» (OHL-Hos) (9). OHL-Hos er et egenvurderingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse. De tre standardene som ble omformulert til spørsmål i intervjuguiden, handler om navigering i og tilgang til helsetjenester, at beste praksis for helsekompetanse anvendes i kommunikasjon, og at organisasjonen fremmer helsekompetanse under innleggelsen og etter hjemreisen (9).

Vi brukte samme intervjuguide ved alle helseinstitusjonene, men tilpasset oppfølgingsspørsmål til situasjonen ved hver enkelt helseinstitusjon. Vi hadde ikke behov for å endre intervjuguiden underveis.

Datainnsamling

Dataene ble samlet inn gjennom semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med brukere ved fem helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten. Vi gjennomførte ett fokusgruppeintervju ved hver helseinstitusjon, med henholdsvis tre, fem, seks, sju og åtte informanter i intervjuene. Utvalget besto av elleve menn og atten kvinner i alderen 22–86 år.

Datainnsamlingen ble gjennomført mellom juni 2022 og januar 2023. Hver helseinstitusjon oppnevnte en intern kontaktperson for prosjektet som rekrutterte informantene. Inklusjonskriteriene for å delta i studien var å kunne snakke og forstå norsk samt ha en helsetilstand som gjorde det mulig å delta i et intervju på om lag en time.

Videre skulle informantene være brukere ved den aktuelle helseinstitusjonen. Eksklusjonskriterier omfattet brukere som ikke snakket norsk, var sengeliggende eller hadde kognitiv svikt. Ved en av helseinstitusjonene deltok foresatte til barn.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført av sisteforfatteren – som ledet intervjuet som moderator, og tredje- eller fjerdeforfatteren som medmoderator, som observerte og tok notater. Informantene ble informert om moderatorenes rolle før intervjuet og at de ikke var tilknyttet helseinstitusjonen. Ingen ansatte ved helseinstitusjonen var til stede under intervjuene.

Analyse

Datamaterialet besto av transkriberte lydfiler og feltnotater. De to førsteforfatterne analyserte materialet ved å bruke tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (12). Innledningsvis gjorde vi oss kjent med datamaterialet ved at vi skrev notater hver for oss, som vi senere diskuterte. Deretter kodet vi datamaterialet systematisk.

Vi brukte fargekoder på tekst i Word-filer for å se mønstre i datamaterialet. Koder med beslektet meningsinnhold ble samlet i 29 grupper, som vi slo sammen til fire hovedtemaer. To av hovedtemaene hadde to undertemaer hver. Gjennom analysen utarbeidet vi fire foreløpige tematiske kart for å strukturere meningsinnholdet innenfor hvert enkelt tema (vedlegg 1, vedlegg 2, vedlegg 3 og vedlegg 4).

Vi bearbeidet deretter de fire tematiske kartene til ett tematisk kart for å skape en oversikt over temaer og undertemaer. Denne prosessen var dynamisk og tidkrevende fordi vi gikk tilbake til datamaterialet for å videreutvikle temaene.

Etiske overveielser

Studien inngikk i et prosjekt om helsekompetansevennlige helsetjenester, og prosjektet ble meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 825176). Prosjektet samlet ikke inn helseopplysninger. Derfor var det ikke nødvendig med godkjenning i Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Ut over behandlingen i Sikt ble prosjektet godkjent av personvernavdelingen ved tre av helseinstitusjonene.

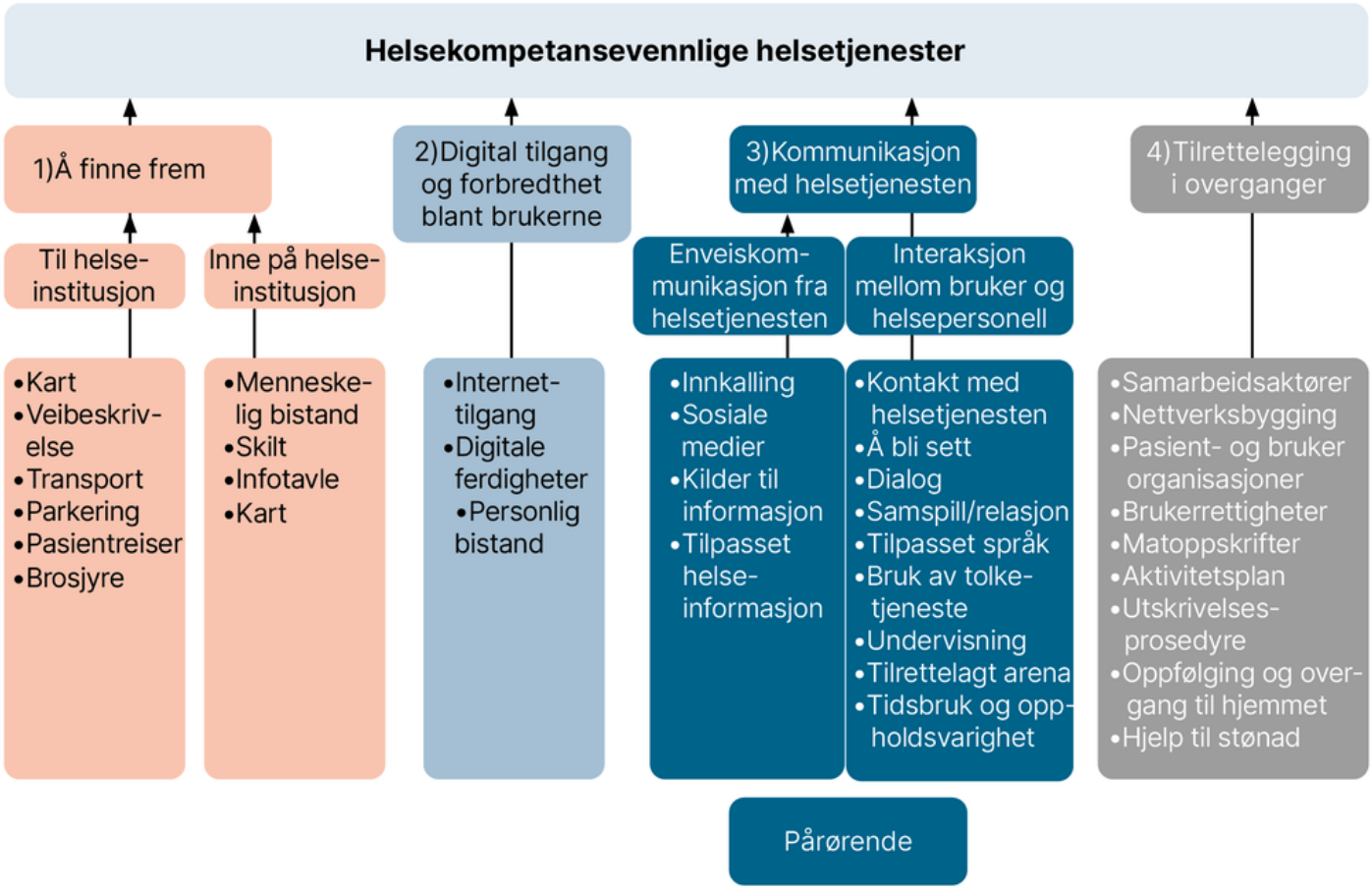
For de to andre institusjonene var det ikke nødvendig med egen vurdering av personvern ut over vurderingen fra Sikt. Før fokusgruppeintervjuene fikk informantene muntlig og skriftlig informasjon om studien. Deltakelsen var frivillig og basert på informert skriftlig samtykke. Samtykket har blitt oppbevart separat fra datamaterialet.

Informantene fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst i prosessen uten at dette ville medføre reaksjoner fra vår eller helseinstitusjonens side. Vi samlet bare inn informasjon om kjønn og alder, og datamaterialet ble anonymisert gjennom transkribering før analysen.

Resultater

Gjennom analysen identifiserte vi fire hovedtemaer som beskriver brukernes erfaringer med hvor helsekompetansevennlige helsetjenester er: 1) «Å finne frem», 2) «Digital tilgang og forberedthet hos brukerne», 3) «Kommunikasjon med helsetjenestene», og 4) «Tilrettelegging i overganger».

For å skape en oversikt over temaer og undertemaer viser figur 1 et tematisk kart for helsekompetansevennlige helsetjenester fra brukerperspektivet.



Figur 1. Overordnet tematisk kart: Helsekompetansevennlige helsetjenester

Å finne frem

Tema 1 «Å finne frem» omfatter to undertemaer: 1A) «Å finne frem til helseinstitusjonen» og 1B) «Å finne frem inne på helseinstitusjonen».

Tema 1A handler om det å finne frem til helseinstitusjonen ved å bruke skilting, GPS og Google Maps, transportmiddel og pasientreiser. Generelt opplevde informantene at det var lett å finne frem til den aktuelle helseinstitusjonen, men flere uttrykte at det var utfordringer og usikkerhet i planleggingen og gjennomføringen av reisen.

Informantene uttrykte at de hadde behov for mer informasjon om transportmulighetene og bruken av pasientreiser: «Det kommer ikke tydelig frem på [helseinstitusjonen] sine sider at det første du gjør, er å kontakte pasientreiser, avklar din reisevei.»

Tema 1B handler om å finne frem inne på helseinstitusjonen. Flere informanter trakk frem behovet for menneskelig bistand, slik som pasientverter og servicetorg: «Jeg spør alltid [...] på servicetorget, og da får vi beskjed om hvor vi skal gå.» Informantene erfarte at betegnelsen på skilt ikke nødvendigvis var konsistent, og de ønsket mer universelt utformede og illustrative skilt. Flere påpekte at det var vanskelig å forstå oversiktskartene på helseinstitusjonen.

Digital tilgang og forberedthet hos brukerne

Tema 2 omfatter brukernes digitale tilgang til og hvor forberedt de var på å ta i bruk digitale helsetjenester.

Informantene uttrykte at både tilgang til internett og tilstrekkelig digital kompetanse er nødvendig for å bruke digitale helsetjenester og finne helseinformasjon. Informantenes digitale kompetanse varierte, og enkelte av dem var avhengig av personbistand for å få tilgang til og kunne nyttiggjøre seg av digitale helsetjenester.

Noen nevnte at alder og arbeidserfaring påvirker forberedtheten på bruk av digitale helsetjenester: «Jeg tilhører jo en utdøende rase, altså de som ikke har vokst opp med PC og internett, men nå har jeg jo gjennom jobb lært meg data». Andre hadde utfordringer med å finne frem på nettsider: «Og så slet jeg litt med å finne informasjon, det er ikke gjort på et klikk.»

Kommunikasjon med helsetjenestene

Tema 3 «Kommunikasjon med helsetjenestene» ble generert gjennom to undertemaer: 3A «Enveiskommunikasjon fra helsetjenesten» og 3B «Interaksjon mellom bruker og helsepersonell».

Tema 3A «Enveiskommunikasjon fra helsetjenesten» omfatter informasjon med helsetjenesten som avsender eller kilde, slik som innkallingsbrev, samt hvordan helsetjenesten kommuniserer helseinformasjon til brukerne.

Informantene hadde ulike erfaringer med innkallingsbrev fra helsetjenesten. Brevet ga typisk konkret og nødvendig, men ikke tilstrekkelig informasjon. Noen oppga at de ikke hadde lest innkallingen godt nok: «Jeg er usikker på hva som sto i min innkalling.»

Informantene hadde brukt ulike trykte og digitale informasjonskilder, som informasjonsbrosjyrer, Helsenorge, helseinstitusjonens nettside eller institusjonens sosiale mediekanaler. Tilbakemeldingene fra informantene indikerte at digitale informasjonskilder var mer oppdaterte enn trykte kilder.

Tema 3B omhandler interaksjonen mellom brukeren og helsepersonellet ved formidling av helseinformasjon. Flere brukere opplevde å bli sett av helsepersonellet: «Jeg synes hele gjengen som jobber her ser hele personen, ikke bare sykdommen.»

Informantene vektla behovet for å skape en relasjon preget av aktiv deltakelse, anerkjennelse og forståelse: «Hva er viktig for deg?» var brukt som et verktøy for å utvikle felles målsetting og strukturere et individuelt opplegg. Informantene trakk frem at det er viktig å bruke hverdagsspråk, utdype faguttrykk og tilpasse språket: «Norsk er norsk, men fagnorsk og vanlig norsk er forskjellige språk.»

Noen informanter fortalte at det var satt av for lite tid til individuelle samtaler. De ønsket lengre samtaletid med helsepersonell for lettere å tilegne seg ny kunnskap om egen helse, forstå informasjonen som ble gitt, og omsette den i praksis. Informantene sa at helseinformasjon kunne bli gitt både på tomannshånd og i grupper.

Noen erfarte at helseinformasjonen ble gitt på ulike arenaer, og ønsket at sensitiv helseinformasjon ble gitt i enerom. Informantene rapporterte at helsepersonell sjelden inkluderte pårørende i kommunikasjonen, men de uttrykte samtidig at dette ikke var et savn.

Tilrettelegging i overganger

Tema 4 beskriver tilretteleggingen i overganger mellom helseinstitusjonen til kommunehelsetjenesten og hjemmet. Informantene hadde fått ulik mengde informasjon om utskrivning og videre oppfølgning. Enkelte trakk frem utfordringer med samarbeidet med kommunehelsetjenesten: «Ja, det er mange som sliter med kommunen.»

Noen erfarte at informasjonen om interesseorganisasjoner og pasient- og brukerrettigheter var mangelfull, mens andre etterlyste bistand til å søke stønad. Enkelte trakk frem viktigheten av å opprettholde kontakten med andre i samme situasjon: «Samme sjuken så kan man jo dele erfaringer.»

Ved å dele erfaringer med personer i samme situasjon kunne det være lettere å følge opp kunnskapen de hadde tilegnet seg under oppholdet, etter hjemreise.

Diskusjon

Vi identifiserte fire hovedtemaer som beskriver brukeres erfaringer med hvor helsekompetansevennlige helsetjenester er: 1) «Å finne frem», 2) «Digital tilgang og forberedthet hos brukerne», 3) «Kommunikasjon med helsetjenestene», og 4) «Tilrettelegging i overganger».

Å finne frem

Informantene opplevde at det var lett å finne frem til helseinstitusjonen ved å bruke ulike hjelpemidler som skilter og GPS, men flere antydet at det var vanskelig å finne frem inne på helseinstitusjonen fordi skilter kunne være uhensiktsmessig plassert og utformet. Å finne frem i helsetjenesten handler om å kunne navigere i helsetjenestene (13).

Da det å kunne navigere på system- og organisasjonsnivå ble kartlagt i befolkningen i Norge, rapporterte omtrent halvparten utfordringer med å navigere i helsetjenestene (3). Ulike rammeverk for helsekompetansevennlige helsetjenester understreker at det må legges til rette for at det skal være enkelt å finne frem til og på helseinstitusjoner (6, 9).

I pilottestingen av kartleggingsverktøyet OHL-Hos i fem helseinstitusjoner i Norge rapporterte de ansatte og ledelsen ved tre av dem at det å legge til rette for at pasienter og

besøkende finner frem til organisasjonens ulike avdelinger, var ivaretatt av helseinstitusjonen (7).

Dette funnet er i motsetning til de erfaringene som kom frem i vår studie når det gjelder det å finne frem inne på helseinstitusjonen. Basert på våre funn bør helseinstitusjonene være oppmerksom på utforming og plassering av skilter inne på helseinstitusjonen. Gjennom prinsippet om universell utforming plikter institusjonen å tilrettelegge de fysiske forholdene for å sikre likeverdig tilgang for alle (14).

Menneskelig bistand, slik som pasientverter, var viktig for å finne frem inne på helseinstitusjonen. Å ha en person tilgjengelig for å bistå kan ses som nødvendig i og med at 35 prosent av befolkningen synes det er vanskelig å finne frem til riktig kontaktperson i helseinstitusjonene (3).

Fra et helsekompetansevennlig ståsted er det også behov for bedre informasjon om transportmuligheter og veibeskrivelser samt mer tilgjengelig informasjon om når og hvordan pasientreiser kan benyttes.

Digital tilgang og forberedthet hos brukerne

Våre resultater viser at det var nødvendig med internettilgang og adekvat digital kompetanse for å kunne benytte digitale helsetjenester. Vår tolkning er at informantene i varierende grad er forberedt på og har omfavnet digitale løsninger.

Ifølge Zanaboni og Fagerlund (15) er brukere av digitale helsetjenester stort sett fornøyde og opplever dem som nyttige. Imidlertid hadde majoriteten i deres utvalg utdanning på universitetsnivå, og bare 16 prosent var 65 år eller eldre.

Grupper som er spesielt sårbare for digitalt utenforskap, er personer over 65 år, arbeidsføre som står utenfor arbeid eller utdanning, funksjonshemmende, individer med helseutfordringer samt noen innvandrergrupper (16).

Studier viser at de som vil ha størst behov for helse- og velferdstjenester, er de som har dårligst tilgang til dem og størst utfordringer med å bruke dem (3, 17, 18). Dersom vi ikke tar hensyn til at forutsetningene for å ta i bruk digitale helsetjenester varierer, vil dette kunne medføre at enkelte samfunnsgrupper faller utenfor og går glipp av viktig informasjon, eller at de får et dårligere helsetjenestetilbud fordi de ikke får nyttiggjort seg av digitale tjenester (19).

For å sikre likeverdige helsetjenester er det avgjørende at digitaliseringen tilpasses brukernes kompetanse, noe som er i tråd med folkehelsemeldingen, som legger vekt på behovet for en mer tilpasset samfunnsutvikling som gagner individet, uavhengig av personens ressurser (19).

Kommunikasjon med helsetjenestene

Informantene rapporterte om varierende erfaringer med innkallingsbrev fra spesialisthelsetjenesten. Siden problematikken med forståelse av innkallingsbrev lenge har

vært kjent, har ulike prosjekter hatt til hensikt å revidere og forenkle disse (20). Våre resultater kan tyde på at det fortsatt er behov for tilpasninger, og at brukerne bør inkluderes i videreutviklingen.

Informantene oppga at de brukte flere kilder til helseinformasjon, herunder både nettsider og sosiale medier. For å sikre at helseinformasjon fra slike kilder er tilgjengelig for alle, bør det brukes klarspråk og universell utforming samtidig som lesbarheten testes ut på brukerne (9). Våre resultater om viktigheten av tilpasset helseinformasjon samsvarer med annen relevant forskning (21, 22).

Informantene erfarte å bli sett, anerkjent og ivaretatt av helsepersonellet. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» bidro til brukermedvirkning og er i tråd med gode pasientforløp og personsentrert omsorg (23, 24). Vår studie tyder på at helsepersonell ofte formidler helseinformasjon i et forståelig hverdagsspråk. Dette funnet står i kontrast til annen forskning der brukere typisk synes det er vanskelig å forstå helseinformasjon gitt av helsepersonell (25).

For at brukeren skal kunne anvende informasjonen, må helsepersonell være gode til å formidle, bruke lettfattelig språk og tilpasse informasjonen til brukerens helsekompetanse. «4 gode vaner» er et kommunikasjonsverktøy som har vist seg å øke kommunikasjonsferdighetene til sykepleiere (26). Helsepersonell bør dessuten bruke *teach back* for å sikre at de selv og brukeren har forstått hverandre (27).

Informantene i denne studien oppga at de ønsket lengre samtaletid med helsepersonellet. Tilstrekkelig tid er viktig for å kunne tilegne seg og forstå helseinformasjon samt ta kunnskapen i bruk i hverdagen. Da kommunikativ helsekompetanse ble kartlagt i flere europeiske land (28), ble begrenset tid i konsultasjon med lege rapportert som en utfordring. Helsepersonell og brukere trenger nok tid til å kommunisere og samhandle, noe som er sentralt for å skape helsekompetansevennlig helsetjenester (6, 9). Dette vil imidlertid være et spørsmål om ressurser, men helsekompetansevennlig kommunikasjon kan i seg selv være innsparende.

Tilrettelegging i overganger

Vår studie viser at informantene fikk varierende mengde informasjon og tilrettelegging i forbindelse med overgangen til kommunen og hjemmet. Våre resultater er forenlig med en rapport fra Helsetilsynet, som påpeker at pasienter mottar for lite informasjon om det som skjer etter utskrivingen (29).

Dermed vil det være behov for prosedyrer og rutiner for formidling av informasjon når brukere skal skrives ut. Å utvikle en slik prosedyre kan bidra til at brukere får tilstrekkelig informasjon til riktig tid, som kan gi trygghet og forutsigbarhet. Pasientsikkerhetsprogrammet har iverksatt tiltak for å kvalitetssikre trygge pasientoverganger (30).

Å skape trygge overganger er dessuten vektlagt av Brach og medarbeidere (6) som et kjennetegn på helsekompetansevennlige helsetjenester, som igjen kan bidra til færre reinnleggelser. Helsekompetansevennlige helsetjenester tar dermed hensyn til brukernes varierende helsekompetanse også ved utskrivelse.

Studiens styrker og begrensninger

Styrker ved studien er datainnsamlingsmetoden fokusgruppeintervju, som gir dybdekunnskap om informantenes erfaringer, samt de fem fokusgruppeintervjuene på fem ulike helseinstitusjoner, som belyser ulike opplevelser innad i spesialisthelsetjenesten.

Analysen er gjennomført av førsteforfatterne under veiledning, men de var selv ikke til stede i fokusgruppeintervjuene. Dermed fikk de distanse til datamaterialet og begrenset innblikk i gruppedynamikken. Avstanden styrket samtidig uavhengigheten til dataene i analysen og gjorde det mulig med en induktiv tilnærming.

En annen begrensning er at førsteforfatterne ikke deltok i transkriberingen av datamaterialet, noe som Braun og Clarke påpeker er viktig for å bli kjent med datamaterialet (31). Imidlertid ga gjentatt lesning av transkriberte lydfiler og feltnotater god innsikt.

Implikasjoner for praksis

Brukeres erfaringer bidrar til å skape helsekompetansevennlige helsetjenester. Helsetjenestene kan benytte brukererfaringer til å gjøre det enklere for fremtidige brukere å finne frem i helseinstitusjoner, blant annet med mer utstrakt bruk av pasientverter og tilrettelagt skilting. Det er behov for mer oppmerksomhet på å tilpasse digitale helsetjenester til brukernes digitale ferdigheter for å forhindre utenforskap.

For å sikre likeverdige helsetjenester bør informasjonsmateriell være oppdatert og fysisk tilgjengelig, samtidig som det også satses på digital helseinformasjon og digitale tjenester. Videre bør tjenestene i større grad sørge for trygge overganger mellom tjenestenivåer, blant annet med bedre kommunikasjon og ved å sikre at informasjonen er forstått.

Konklusjon

Majoriteten av informantene opplevde det som uproblematisk å finne frem til helseinstitusjonen, men at det kunne vært bedre tilrettelagt for å finne frem inne på helseinstitusjonen. Med økende digitalisering av helsetjenestene kreves det at brukerne har digital tilgang, og at de er forberedt på å ta i bruk slike tjenester samt brukerstøtte. Ved å være bevisst på denne utfordringen, kan helsetjenesten forhindre at enkelte brukergrupper faller utenfor og går glipp av essensiell informasjon.

For å skape helsekompetansevennlige helsetjenester er relasjonen mellom brukeren og helsepersonellet sentral. I tillegg må helseinformasjonen være tilpasset brukerens helsekompetanse. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon kan bidra til å skape trygge overganger fra helseinstitusjonen til kommunen og hjemmet.

Helsetjenestene har allerede innført flere helsekompetansevennlige tiltak, men det er behov for ytterligere forbedringer sett fra brukerens perspektiv. For å gjøre helsetjenestene mer helsekompetansevennlige er det essensielt å inkludere brukererfaringer.

Pia Emilie Kamperud og Trine Tapper har delt førsteforfatterskap.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang CC BY 4.0

HELSEKOMPETANSEVENNLIG: Det bør bli enklere å finne frem i helseinstitusjoner, for eksempel ved å tilby pasientverter og tilrettelagt skilting. Personen på bildet har ingen sammenheng med personene i artikkelen. *Arkivfoto: Ellen Morland*

1. Sørensen K. Defining health literacy: exploring differences and commonalities. I: Orkan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, red. International handbook of health literacy research, practice and policy across the lifespan. Bristol: Policy Press; 2019. s. 5–20.

2. Helse- og omsorgsdepartementet. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023 [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [hentet 21. desember 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf

3. Le C, Finbråten HS, Pettersen KS, Joranger P, Guttersrud Ø. Befolkningens helsekompetanse, del I. The international health literacy population survey 2019–2021 (HLS-19). Oslo: Helsedirektoratet; 2021. Rapport IS-2959. Tilgjengelig fra:

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/

4. Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027 – vår felles helsetjeneste [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024 [hentet 28. august 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/st

5. Verdens helseorganisasjon (WHO). Health promotion glossary of terms 2021. Genève: WHO; 2021 [hentet 28. august 2024]. Tilgjengelig fra: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1

6. Brach C, Keller D, Hernandez L-M, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations [internett]. Institute of Medicine of National Academies; 2012 [hentet 21. desember 2023]. Tilgjengelig fra: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf

7. Finbråten HS, Guttersrud Ø, Spilker RS, Le C. Helsekompetansevennlige helsetjenester – pilotering av et kartleggingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse ved fem helseinstitusjoner i Norge [internett]. Elverum: Høgskolen i Innlandet; 2023 [hentet 2. april 2024]. Oppdragsrapport 20–2023. Tilgjengelig fra: https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/3094967/opprapp20_2023_online.pdf?sequence=1&is

8. Bremer D, Klockmann I, Jaß L, Härter M, von dem Knesebeck O, Lüdecke D. Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy. BMC Health Serv Res. 2021;21(664):1–14. DOI: 10.1186/s12913-021-06604-z

9. International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO). International self-assessment tool for organizational health literacy (responsiveness) of hospitals (OHL-Hos) SAT-OHL-Hos-v1.1-EN-international [internett]. Wien: WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Healthcare (CC-HPH) [hentet 3. januar 2024]. Tilgjengelig fra: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1813/1/SAT-OHL-Hos-v1%200-EN-international_update1.1.pdf

10. Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L. Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017; 121:58–63. DOI: 10.1016/j.zefq.2016.12.008

11. O'Brian B, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245–51. DOI:10.1097/ACM.0000000000000388

12. Braun V, Clarke V. Thematic analysis – a practical guide. Los Angeles: Sage Publications; 2022.

13. Griese L, Berens E-M, Nowak P, Pelikan JM, Schaeffer D. Challenges in navigating the health care system: development of an instrument measuring navigation health literacy. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(16):5731. DOI: 10.3390/ijerph17165731

14. Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven). LOV-2017-06-16-51 [hentet 25. mars 2024]. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51

15. Zanaboni P, Fagerlund AJ. Patients' use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: results from an online survey. BMJ Open. 2020;10(6):e034773. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034773

16. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Digital hele livet – nasjonal strategi for økt digital deltakelse og kompetanse i befolkningen [internett]. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2021 [hentet 25. mars 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/8f8751780e9749bfa8946526b51f10f4/digital-hele-livet.pdf?fbclid=IwAR3ZfkAZZ2rEoADc-Ew_FhFS5ayjZ1SH_Yf74O9fzPZMVqLj3Ninf7PP6dU

17. Ghandour N, Ghandour A. The experiences of three different user groups using personally controlled health record for multidisciplinary care team. Australas J Inf Syst. 2019;23:1–33. DOI: 10.3127/ajis.v23i0.1900

18. De Rosa E. Social innovation and ICT in social services: European experiences compared. Innovation (Abingdon). 2017:30(4):421–32. DOI: 10.1080/13511610.2017.1348936

19. Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 [hentet 26. mars 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/?ch=1

20. Henrikstad VI. Innkallingsbrevene i spesialisthelsetjenesten [internett]. Tidsskriftet Michael. 2021;18(26):174–80 [hentet 27. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.michaeljournal.no/article/2021/05/Innkallingsbrevene-i-spesialisthelsetjenesten

21. Borge C, Larsen M, Osborne R, Engebretsen E, Andersen M, Holter IA, et al. Exploring patients' and health professionals' perspectives on health literacy needs in the context of chronic obstructive pulmonary disease. Chronic Illn. 2021;18(3):549–61. DOI: 10.1177/1742395321999441

22. Simonsmeier B, Flaig M, Simacek T, Schneider M. What sixty years of research says about the effectiveness of patient education on health: a second order meta-analysis. Health Psychol Rev. 2022;16(3):450–74. DOI: 10.1080/17437199.2021.1967184

23. Folkehelseinstituttet (FHI). Hva er viktig for deg? – en retningsendring [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019 [hentet 22. februar 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/ku/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/

24. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre [internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018 [hentet 6. desember 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm

25. Barker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med. 2006;21(8):878–83. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

26. Saltrøe E, Aas M, Andersen BJ. Sykepleieres vurderinger av kurset «4 gode vaner» – en tverrsnittsstudie. Sykepl Forsk. 2021;16(87671):e-87671. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2021.87671

27. Iversen ED, Wolderslund M, Kofoed P-E, Gulbrandsen P, Poulsen H, Cold S, et al. Communication skills training: a means to promote time-efficient patient-centered communication in clinical practice. JPCRR. 2021;8(24):307–14. DOI: 10.17294/2330-0698.1782

28. Finbråten HS, Nowak P, Griebler R, Bíró É, Vrdelja M, Charafeddine R, et al. The HLS19-COM-P, a new instrument for measuring communicative health literacy in interaction with physicians: development and validation in nine European countries. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18):11592. DOI: 10.3390/ijerph191811592

29. Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent – oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen [internett]. Oslo: Statens helsetilsyn; 2016 [hentet 28. februar 2024]. Rapport fra Helsetilsynet 1/2016. Tilgjengelig fra: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2016/helsetilsyr

30. Helsedirektoratet. I trygge hender 24–7. God utskrivningsprosess [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; u.å. [hentet 15. mars 2024]. Tilgjengelig fra: https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/god-utskrivningsprosess

31. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa