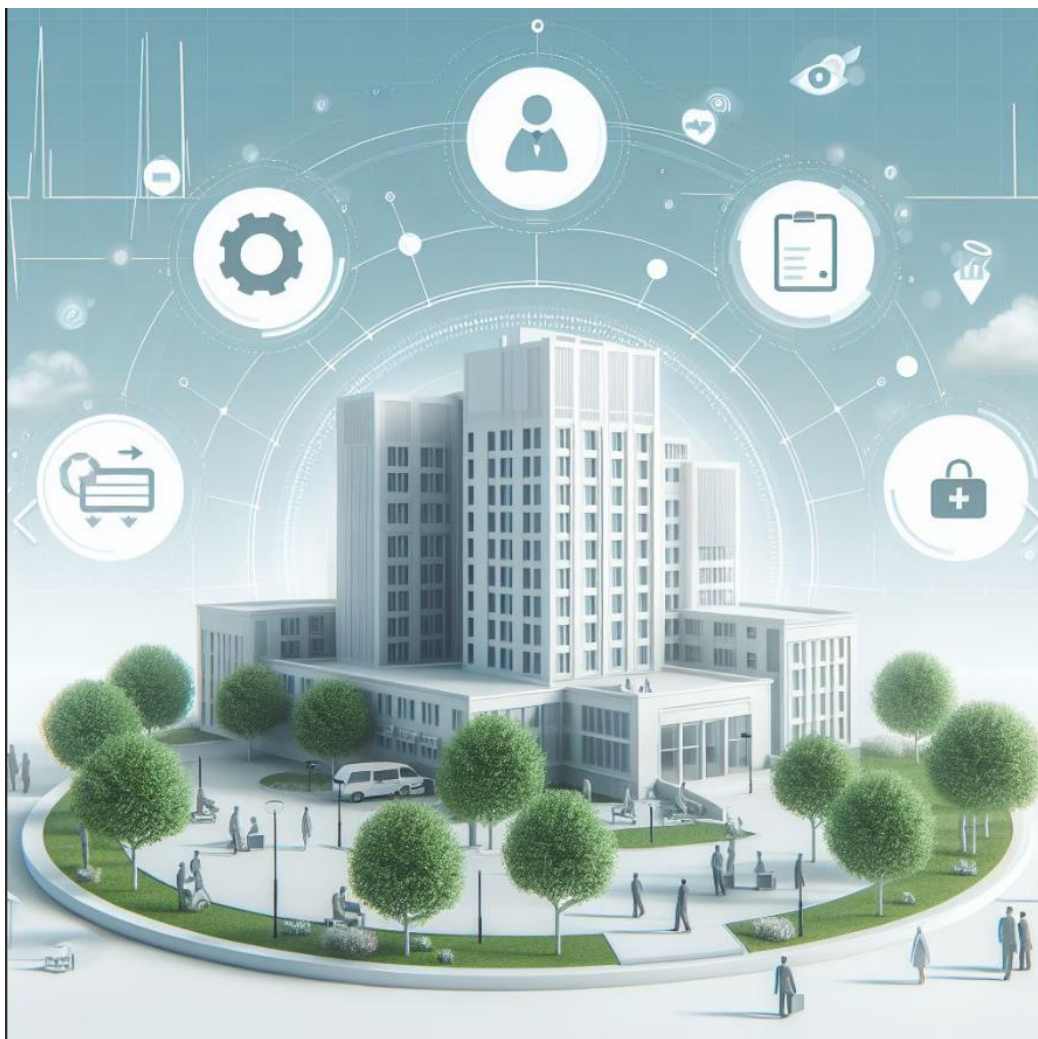




Forandring af en sundhedsorganisation

– implementering af organisatoriske sundhedskompetencer

Kandidatspeciale

Folkesundhedsvidenskab

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Titelblad:

Udarbejdet af:

Camilla Kirstine Bugge

Caroline Lütkemeyer Kjeldsen

Lonnie Wackerhausen

Vejleder:

Henrik Bøggild

Afleveringsdato:

31. Maj 2024

Antal anslag:

238.552

Referencesystem:

APA 7th

Skrifttype:

Times New Roman, skriftstørrelse: 12

Illustration på forsiden er udarbejdet på AI på bing image creator, efter anvisninger fra specialegruppen.

Resumé

Titel: Forandring af en sundhedsorganisation – implementering af organisatoriske sundhedskompetencer

Baggrund: Sundhedsvæsenet i Danmark er blevet mere komplekst, hvilket udfordrer at imødekomme patienternes forskellige individuelle sundhedskompetencer. For at imødekomme dette er der udviklet organisatoriske sundhedskompetencer, som kan tilpasse sundhedsydelserne til patienternes individuelle behov. Organisatoriske sundhedskompetencer kan understøtte en let og lige adgang til sundhedsydelserne for patienterne, men det prioriteres ikke i det aktuelle sundhedsvæsen. For at guide implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer er der udviklet selvevalueringsværktøjer, som kan identificere forandringspotentialer i sundhedsorganisationen. Men det kan indebære, at sundhedsorganisationen skal internalisere den bagvedliggende tankegang og viden om organisatoriske sundhedskompetencer.

Formål: At undersøge muligheder og begrænsninger ud fra et kritisk hermeneutisk perspektiv for at implementere organisatoriske sundhedskompetencer i en sygehusorganisation fra et ledelsesperspektiv. Yderligere at identificere hvilke fordele og ulemper ledelsen ser i at skulle anvende Vienna modellen som et selvevalueringsværktøj for at genere viden om hvad det kræver at skabe en forandring i en sundhedsorganisation.

Metode: Empiri blev indhentet på baggrund af to kvalitative interviews med ledere fra sygehusorganisationer i Region Nordjylland. Yderligere blev der udført et systematisk litteraturstudie, for at øge viden om problemfeltet. Som rammestruktur blev der anvendt Leavitt-Ry modellen, for at simplificere en kompleks organisationsforandring. Til analyse af menings - og forståelsesafklaring af det indsamlede empiri, blev der anvendt Ricoeurs analysestrategi, for at sætte et kritisk perspektiv på de normative standarder, der er eksisterende i det danske sundhedsvæsen.

Resultater: Der blev i de fire udvalgte studier i det systematiske litteraturstudie og de kvalitative interviews på tværs identificeret tre gennemgående tematikker *ansvar*, *viden* og *kultur* som kunne have en påvirkning på forandringsprocessen af implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer i sygehusvæsenet.

Konklusion: Implementering af organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation er en kompleks proces, som er påvirket af flere dynamiske forhold både internt og eksternt i sundhedsorganisationen. Den nuværende fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer tager udgangspunkt i den Danske Sundhedspolitik, hvilket skaber udgangspunktet for forståelse af, at organisatoriske sundhedskompetencer allerede er en integreret del af arbejdsprocesserne i det danske sygehusvæsen. I arbejdet med implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer, anser ledelsen i sygehusorganisationen for nuværende ikke selvevalueringsværktøjet Vienna modellen som anvendelig i den daglig praksis. Der vil være behov for øget viden og fremtidig forskning på området.

Abstract

Title: Change in a healthcare organisation – implementation of organisational health literacy

Background: The healthcare system in Denmark has become more complex, which challenges the ability to meet patients' diverse individual health literacies. To address this, organizational health literacy has been developed to accommodate health services to patients' individual needs. Organisational health literacy can support easy and equal access to healthcare services for patients, but they are not prioritized in the current healthcare system. To guide the implementation of organisational health literacy, self-assessment tools have been developed to identify potential areas for change within the healthcare organisation. However, this may require the healthcare organization to internalise the underlying mindset and knowledge about organisational health literacy.

Aim: To explore the facilitators and barriers from a critical hermeneutic perspective for implementing organisational health literacy in a hospital organisation from a management perspective. Additionally, to identify the advantages and disadvantages that management perceives in using the Vienna model as a self-assessment tool to generate knowledge about what is required to create change in a healthcare organisation.

Method: Empirical data was gathered based on two qualitative interviews with leaders from hospital organisations in the North Jutland Region. Additionally, a systematic literature review was conducted to enhance understanding of the problem domain. The Leavitt-Ry model was utilised as a framework to simplify a complex organizational change. For analysis and clarification of meaning and understanding of the collected empirical data, Ricoeur's analytical strategy was employed to provide a critical perspective on the normative standards existing in the Danish healthcare system.

Results: In the four selected studies in the systematic literature review and the qualitative interviews, three recurring themes are *responsibility*, *knowledge*, and *culture* and were identified across the empirical data which could potentially impact the change process of implementing organisational health literacy in the hospital organisation.

Conclusion: Implementation of organisational health literacy in a healthcare organisation is a complex process, influenced by several dynamic factors both internally and externally within the healthcare organisation. The current interpretation of organisational health literacy is based on the Danish Health Policy, providing the foundation for understanding that organisational health literacy are already an integrated part of the work processes in the Danish hospital system. In the efforts to implement organisational health literacy, the management within the hospital organisation currently does not consider the self-assessment tool, the Vienna model, applicable in daily practice. There is a need for increased knowledge and future research in this area.

Figur- og tabel oversigt.....	1
1.0 IP	2
2.0 PA.....	3
2.1 Sundhedspolitikken syn på sundhed.....	3
2.2 Komplexitet i definition og anvendelse af individuelle sundhedskompetencer	5
2.4 Kontekstens betydning for sundhedskompetencer.....	8
2.5 Det danske sundhedsvæsen	9
2.6 Den værdibaserede styring og måling af kvalitet i sundhedsvæsenet	12
2.8 Organisatoriske sundhedskompetencer	18
2.9 Organisatoriske sundhedskompetencers indvirkning på ulighed i sundhed	21
2.10 Organisatoriske sundhedskompetencer – Implementering og forandring i organisationen.....	24
2.11 Vienna modellen.....	28
3.0 Problemafgrænsning.....	30
4.0 Problemformulering.....	31
5.0 Videnskabsteoretisk position – Kritisk Hermeneutik	32
6.0 Metode	34
6.1 Rammeverktøj - Leavitt-Ry.....	34
6. 2 Litteratursøgning.....	36
6.2.1 Indledende søgning	36
6.2.2 Systematisk litteratursøgning og søgestrategi.....	37
6.3 Interview	46
6.3.1 Rekruttering.....	47
6.3.2 Interviewguiden	49
6.3.3 Etske overvejelser	52
6.3.4 Kvalitetssikring af interview.....	53
6.4 Oversættelse af Vienna modellen	55
6.5 Analysestrategi af interview og litteraturstudie	57
6.5.1 Interview analyse	58
6.5.2 Litteraturstudie analyse	60
7.0 Resultat	61
7.1 Litteratursøgning	61
7.1.1 Resultater og analyse af udvalgte videnskabelige studier	62
7.1.2 Factors influencing implementation of organizational health literacy	67
7.1.3 A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review .	69
7.1.4 Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review	71

7.1.5 Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care centers: Outcomes, Barriers and Facilitators	73
7.2 Evidenssyntese af studierne fund	74
7.2.1 Organisationens rolle i forandringsprocessen	75
7.2.2 Ledelsesstilens betydning i forandringsprocessen	76
7.2.3 Medarbejdernes rolle i forandringsprocessen	77
7.2.4 Patienternes indflydelse på forandringsprocessen.....	78
7.2.6 Betydningen af viden om organisatoriske sundhedskompetencers betydning til forandringsprocessen	81
7.3.1 Organisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer	85
7.3.2 Organisationens overvejelser i arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer	87
7.3.3 Betydningen af social ulighed i sundhed	90
7.3.4 Hvad er kvalitet.....	92
7.3.5 Perspektiv på og anvendelse af Vienna modellen	94
7.4 Syntese af fund fra dataindsamling.....	97
8.0 Diskussion.....	103
8.1.2 Leavitt-Ry modellen som rammeværktøj	105
8.1.3 Litteratursøgning.....	107
8.1.4 Interview.....	109
8.2 Resultatdiskussionen.....	111
8.2.1 Ansvars påvirkning af en forandringsproces.....	111
8.2.2 Betydningen af viden om organisatoriske sundhedskompetencer i en forandringsproces	115
8.2.3 Kulturens påvirkning på en forandringsproces	118
9.0 Forslag/råd til beslutningstagere.....	121
10.0 Konklusion.....	122
11.0 Litteraturliste	123
12.0 Bilagsoversigt.....	130

Figur- og tabel oversigt

Figuroversigt:

Figur 1: Leavitt-Ry modellen.....	41
Figur 2: Visualisering af oversættelsesproces.....	62
Figur 3: Flowdiagram.....	68
Figur 4: Oversigt over fundne tematikker tværgående i studierne.....	80
Figur 5: Oversigt over tematikker og undertematikker tværgående i interview.....	90
Figur 6: Oversigt over hovedtematikker fra litteraturstudie.....	103
Figur 7: Analysens essen ud fra interview.....	105
Figur 8: Visualisering af syntesesens fund.....	108

Tabeloversigt:

Tabel 1: Initierende udarbejdet PICO.....	44
Tabel 2: Oversigt over fokusområder.....	45
Tabel 3: Systematisk bloksøgning	49
Tabel 4: Oversigt over inklusions- og eksklusionskriterier.....	51
Tabel 5: Udsnit af interviewguide.....	57
Tabel 6: Oversigt over anvendte studier.....	72
Tabel 7: Oversigt over respondenternes karakteristika.....	88
Tabel 8: Eksempel på meningskondensering.....	89

1.0 IP

Begrebet individuelle sundhedskompetencer er blevet et centralt emne på den sundhedspolitiske dagsorden og omfatter individets motivation og viden til at kunne anvende, forstå og omsætte sundhedsfaglig information (Maindal & Vinther-Jensen, 2016; Svendsen et al., 2020). I forlængelse af dette har 30 % af den voksne danske befolkning svært ved at forstå og navigere i det danske sundhedsvæsen (Maindal & Vinther-Jensen, 2016; Svendsen et al., 2020). Det danske sundhedsvæsen er blevet mere komplekst og samtidig er der i sundhedsvæsenet en forventning om, at individerne skal tage mere ansvar for egen sundhed (Maindal & Vinther-Jensen, 2016; Pelikan et al., 2021). Den øgede kompleksitet i det danske sundhedsvæsen kan derfor udfordre den danske Sundhedslovs princip om 'Let og lige adgang til sundhed'. Det er problematisk, at det danske sundhedsvæsen er blevet mere komplekst, når det samtidig er hver tredje dansker, der har svært ved at anvende og forstå sundhedsfaglige informationer. Dermed kan det være svært for individet at imødekomme kravet om større ansvar for egen sundhed. Individerne, der oftest skal navigere i sundhedsvæsenet, har et lavere niveau af individuelle sundhedskompetencer og anvender i mindre grad de forebyggende sundhedsydelser (Aaby et al., 2022). Individuelle sundhedskompetencer har udviklet sig fra at være individuelt betinget til også at inkludere konteksternes betydning (Aaby et al., 2019; Svendsen et al., 2020), hvilket for eksempel kan være sygehuset i det danske sundhedsvæsen. Dette kan betyde, at sygehusets organisatoriske rammer har en påvirkning på, om patienterne får den nødvendige og rette behandling. For at imødekomme de varierende niveauer af sundhedskompetencer kan der være behov for at sundhedsvæsenet gentænker deres behandlingstilgang og tilpasser det til patienternes forståelse af sundhedsinformationer - hvilket kaldes organisatoriske sundhedskompetencer (Aaby et al., 2019). Derfor synes det paradoksalt, at sundhedsvæsenet har viden om patienternes varierede niveauer af forståelse for sundhedsinformationer, men at der samtidig ikke er blevet implementeret et standardiseret værktøj til at prioritere organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsvæsenet.

2.0 PA

2.1 Sundhedspolitikken syn på sundhed

Den danske sundhedspolitik tager udgangspunkt i en sundhedsforståelse om, at individet selv skal tage ansvar for sit eget liv og sundhed under guidning fra sundhedsprofessionelle eksperter (Vallgård, 2001). I det danske sundhedsvæsen har patientcentreret behandling, brugerinddragelse, deltagerstyring og borgerens eget ansvar for sundhed fået et større fokus (Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Styrkelsen af individets selvbestemmelsesret er til dels bestemt ud fra, hvad myndigheder anser som mest egnet for individets sundhed. Derfor anvender myndighederne en paternalistisk tilgang med mere direkte styring for at gavne folkesundheden (Vallgård et al., 2016). Den paternalistiske tilgang er et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle eksperter har en større viden for, hvad der er bedst for individet. Hermed kan individets autonomi gå tabt i behandlingen. Dette betyder, at individet har en vis selvbestemmelse, men skal også samtidig følge myndighedernes retningslinjer og anbefalinger for at opretholde en passende sundhedsadfærd.

Derudover skal patienterne tage stilling til en større mængde oplysninger om sundhed i det offentlige rum, hvilket er medvirkende til at øge kompleksiteten for patienterne (Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Trods mængden af tilgængelig viden og materiale om sundhed er dette stadig opbygget paternalistisk, hvilket kan påvirke autonomien hos individet.

Imødekommer patienterne ikke den paternalistiske tilgang, kan det af de sundhedsprofessionelle anses for, at individet ikke tager ansvar for egen sundhed. Individets levede liv og sundhedskompetencer må tages i betragtning, som noget der har betydning for sundheden (Otto, 2009). Omvendt kan sundhedsvæsenets kompleksitet udgøre en udfordring for individets autonomi, når det forventes, at individet skal have kompetencerne til at navigere i sundhedssystemet (Maindal & Vinther-Jensen, 2016). I den danske Sundhedsreform fra år 2022 er der et fokus på, at sundhed er en forudsætning for, at individerne kan leve det liv, de ønsker og samtidig tage et solidarisk ansvar for alles sundhed (Sundhedsministeriet, 2022). Derfor synes det vigtigt, at patienterne har et højt niveau af forståelse for sundhedsinformationer, så de kan anvende og navigere i sundhedsvæsenets kompleksitet. Med den forøgede autonomi kræves det samtidig, at individerne kan have et overskud til at kunne tage et fælles ansvar for folkesundheden. Dette kan være problematisk for de individer, som ikke kan magte at varetage denne opgave, da dette kan påvirke både deres og andres sundhed.

Sundhedsvæsenets paternalistiske styring er en magtform, der har til formål at nyttegøre samfundsborgerne gennem kontrollerende og regulerende styringsmekanismer, hvilket kan relateres til begrebet Governmentality¹ af filosof Michael Foucault (Pedersen, I., 2012). At nyttegøre samfundsborgerne i et sundhedsperspektiv kan sammenlignes med individets produktivitet og værdi til samfundet, hvilket blandt andet kan være nedsat sygdom og øget selvhjælp, som vil reducere omkostningerne for sundhedsvæsenet (Vallgård et al., 2016). Governmentality kommer til udtryk ved, at det er individet, der har ansvaret for at forstå sundhedsinformationerne fra sundhedsvæsenet og samtidig træffe beslutninger om egen sundhed. Trods dette viser et dansk populationsstudie fra år 2020 (Svendsen et al., 2020), at 30% af den voksne danske befolkning over 25 år havde et utilstrækkeligt niveau af forståelsen af sundhedsinformationerne og fandt det problematisk at navigere i det danske sundhedsvæsen (Svendsen et al., 2020). Dette viser, at den generelle antagelse om at Governmentality bør kunne anvendes på alle individer ikke gælder, men at der altid vil være en procentdel, som ikke kan nyttegøres. Det kan være problematisk at pålægge et øget individuelt ansvar for forståelse og navigation i sundhedsvæsenet, når hver tredje har en utilstrækkelig forståelse af sundhedsinformationer.

¹ Styring gennem selvstyring

2.2 Komplexitet i definition og anvendelse af individuelle sundhedskompetencer

Individuelle sundhedskompetencer blev introduceret i USA i 1970'erne som et begreb, der havde stor betydning for arbejdet med folkesundheden og sundhedsvæsenet (Simonds, 1974). Selvom der var enighed om vigtigheden af individuelle sundhedskompetencer for folkesundheden, er der stadig uenighed om, hvordan det skal defineres og hvilke indikatorer der måles på (Sørensen et al., 2012). Trods flere definitioner af individuelle sundhedskompetencer kan der ses nogle fællestræk i definitionerne fra WHO, American Medical Association og Institute Of Medicine. Fællestrækkene fokuserer på, at individuelle sundhedskompetencer handler om: *”Individuelle færdigheder til at skaffe, bearbejde og forstå sundhedsinformation og – tjenester, der er nødvendige for at træffe passende sundhedsbeslutninger”* (Sørensen et al., 2012). Individuelle sundhedskompetencer er således et multifacetteret begreb, hvilket kan medvirke til at udfordre skabelsen af en fælles definition og forståelse af begrebet. Den manglende forståelse og definition medvirker til at vanskeliggøre måling og evaluering af de individuelle sundhedskompetencer, hvilket også kan være en udfordring for den nuværende og fremtidige forskning på området.

Begrebet individuelle sundhedskompetencer har ændret sig fra at omhandle individernes forståelse af sundhedsinformation til at inkludere deres motivation, viden og kompetencer til at få adgang, vurdere, forstå og anvende informationen på en måde, der gør dem i stand til at træffe selvstændige beslutninger i relation til sundhed og sygdom (Svendsen et al., 2020).

Sundhedsvæsenets krav skal være i balance med individernes individuelle niveau af sundhedskompetencer, for at individet har mulighed for at træffe informerede valg. Dette er en grundlæggende rettighed og et fundament for at individet kan forbedre egen sundhed (Henrard et al., 2019; Maindal & Vinther-Jensen, 2016). Måling af individuelle sundhedskompetencer sker enten gennem selvrapporterede og selvvurderede besvarelser eller via den sundhedsprofessionelles vurdering af individet, hvilket øger kompleksiteten af at kunne måle, evaluere og teste. Derudover kan resultaterne af målinger af patienternes individuelle sundhedskompetencer være påvirket af *Dunning-Kruger effekten*, som er overlegenhedsbias (Fredly, 2022). Dunning-Kruger effekten beskriver, hvordan individer som har et begrænset vidensniveau om et specifikt emne, ofte vil overvurdere egne kompetencer indenfor emnet, når der sammenlignes med andre på samme vidensniveau.

Omvendt vil individer med et højt vidensniveau have tendens til at undervurdere deres egne kompetencer i forhold til andre, da de er klar over, at deres viden og forståelse kan have begrænsninger (Dunning, 2011; Dunning, 2012; Fredly, 2022). Dette kan sammenlignes med at patienter, som vurderer sig selv til at have et højt niveau af sundhedskompetencer, sandsynligvis har mindre kontakt med sundhedsvæsenet. Paradoksalt vil individer, der oftere er i kontakt med sundhedsvæsenet - som for eksempel kronikere, der godt ved, at det er svært at navigere i sundhedsvæsenet - vurdere sig selv til at have et lavere niveau af sundhedskompetencer, da de er bekendt med deres egen uvidenhed.

2.3 Individuelle sundhedskompetencer og social ulighed i sundhed

Individuelle sundhedskompetencer kan være en determinant for sundhed, da der kan være en sammenhæng mellem lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer og udvikling af sygdom, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd samt håndtering af sygdomme (Maindal & Vinther-Jensen, 2016). I forhold til individets niveau af sundhedskompetencer er der identificeret flere faktorer, der er forbundet med et lavere niveau, såsom sociodemografiske aspekter, sociale relationer, økonomi, nyopstået sygdom, dårligere helbredsstatus, hospitalsindlæggelser og fysisk inaktivitet (Lima et al., 2024). Ligeledes ses det, at lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer er forbundet med flere indlæggelser, øget dødelighed og mindre brug og adgang til forskellige sundhedsydelser og forebyggende behandlinger (Svendsen et al., 2020). Individuelle sundhedskompetencer er et iterativt og dynamisk begreb, som kan være vanskeligt at definere, da der kommer nye faktorer der kan påvirke niveauet og dermed for sundhedsvæsenet at tilpasse sig til i deres tilgang til patienten. Individer med lavere socioøkonomisk status har ofte højere sundhedsrisici og lavere niveau af individuelle sundhedskompetencer, hvilket kan bidrage til at øge ulighed i sundhed (Maindal & Vinther-Jensen, 2016; Svendsen et al., 2020). Der er en sammenhæng mellem uddannelseslængde, indkomst og geografi og sundhedsmæssige tilstand, hvilket kaldes den sociale gradient (Marmot & Bell, 2012).

Det kan derfor udledes, at individuelle sundhedskompetencer i nogen grad følger den sociale gradient, hvilket kan påvirke ulighed i sundhed, da individer, der oftere er i kontakt med sundhedsvæsenet, kan have svært ved at navigere i sundhedsvæsenets krav og kompleksitet. Sundhedsvæsenets stigende krav til eget ansvar for sundhed hos individerne kan utilsigtet komme til at kategorisere og favorisere de individer, der besidder et højere niveau af sundhedskompetencer (Svendsen et al., 2020).

Dette kan sammenholdes med Bonell et al.s (2015) *Equity harms*, hvor det er de individer med mindst behov for sundhedstiltag, der får størst effekt af behandlingen (Bonell et al., 2015). Ulighed i sundhed kan yderligere øges, da det indikerer at individer med højere niveau af sundhedskompetencer udover flere fordele for sundheden, også har lettere ved at anvende ydelserne i sundhedsvæsenet. Den danske Sundhedslovs krav om *Let og lige adgang* til sundhedsvæsenet, som har til formål at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019), kan blive vanskeligt for sundhedsvæsenet at efterkomme når individer med højere niveau af sundhedskompetencer har større brug og adgang af forskellige sundhedsydelser.

2.4 Kontekstens betydning for sundhedskompetencer

Inden for det sidste årti har forståelsen af sundhedskompetencer i højere grad fokuseret på, hvordan den aktuelle situation og kontekst kan udfordre individets evne til at anvende deres sundhedskompetencer (Nutbeam & Lloyd, 2021). Sygehuset er en kontekst, hvor det er vigtigt, at patienterne aktivt skal kunne anvende deres sundhedskompetencer, selvom sygehusets miljø kan være en ukendt kontekst for patienterne at befinde sig i (Nutbeam & Lloyd, 2021). Samtidig skal patienterne i sygehusets kontekst kunne interagere med de sundhedsprofessionelle medarbejdere, som formidler sundhedsfaglige informationer, hvilket kan udfordre patienternes niveau af sundhedskompetencer (Nutbeam & Lloyd, 2021). Sygehuset og dets medarbejdere forventer derved, at patienterne har en forudsætning for at kunne navigere og forstå de standardiserede sundhedsinformationerne der gives, uanset individets niveau af sundhedskompetencer. Sygehuset tager derved ikke hensyn til de varierede liv og forudsætninger, som patienterne kommer med, hvilket gør, at medarbejderne kan komme til ubevidst at behandle standardiseret fremfor individualiseret. Der kan mangle opmærksomhed fra sygehusets side i forhold til kontekstens betydning for patienternes individuelle sundhedskompetencer.

Sundhedskompetencer handler ikke kun om individuelle forandringer for sundhed men også om kontekstuelle og samfundsmæssige faktorer, der gør det muligt at koble sundhedskompetencer til betydning for sociokulturelle og politiske forandringer samt økonomisk vækst. Sundhedskompetencer handler i større grad om: "(...) *Sundhedskompetence er en fælles funktion af sociale og individuelle faktorer, som opstår fra samspillet mellem individers færdigheder og kravene fra sociale systemer.*" (Sørensen et al., 2012). Det er et politisk og samfundsmæssigt ansvar at sikre, at individer med lavt niveau af sundhedskompetencer kan forholde sig kritisk i relation til deres egen sundhed (Aaby et al., 2019). Sundhedskompetencer afhænger ikke kun af individets evner til at kunne forstå og handle på sundhedsinformationer, men er en dynamisk og iterativ proces, der konstant påvirkes af politiske, samfundsmæssige og kontekstuelle forhold (Aaby et al., 2019; Andrulis & Brach, 2007). I forhold til Sundhedsreformen er det et samfundsmæssigt ansvar, at individer skal kunne tage ansvar for egen sundhed og solidarisk kunne løfte den generelle folkesundhed, men der tages ikke hensyn til at sundhedsvæsenet tilpasser deres formidling af sundhedsinformationer til de individuelles behov. Den øgede kompleksitet i sundhedsvæsenet kan derved være en samfundsmæssig problematik.

2.5 Det danske sundhedsvæsen

Det danske sundhedsvæsen har til formål at levere sundhedsydelser til den danske befolkning og tager udgangspunkt i at adgang til sundhed skal være lige uanset social status og individets evne til at kunne betale (Pedersen, K. M., 2024). Det danske sundhedsvæsen er skabt på baggrund af det omkringliggende samfunds historik og traditioner (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Sundhedsvæsenet er en organisation, hvor der indgår mennesker, som både skal bruge og arbejde i den med hver deres individuelle forforståelse af sundhedsvæsenets overordnede formål. I sundhedsvæsenet skal der være let og lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser uafhængigt af individets indkomst og social status (Pedersen, K. M., 2024). Det danske sundhedsvæsen er bygget på underliggende værdier af retfærdighed og solidaritet, hvilket betyder, at alle, der er bosat i Danmark og tilmeldt folkeregistret, er dækket økonomisk i tilfælde af behov for brug af sundhedsvæsenet (Pedersen, K. M., 2024). Finansieringen af sundhedsvæsenet er baseret på en tredjepartsbetaler, som dækker udgifter ved hjælp af blandt andet skatter for at mindske de sundhedsmæssige uligheder i den danske befolkning (Pedersen, K. M., 2024).

Sundhedsvæsenet er en organisation, som kendetegnes ved at være sociale systemer, der primært er dedikeret til opnåelse af specifikke mål (Richard et al., 1996). De sociale systemer har hver deres individuelle målsætning til opfyldelse af forbedret befolkningssundhed. For at de sociale systemer kan levere sundhedsydelser, er der behov for at koordinere handlinger mellem forskellige interessenter som f.eks. de nationale interesser, lokalområdet og den danske befolkning for at opnå en fælles målsætning om forbedret befolkningssundhed. Sundhedsvæsenets organisationsstruktur opererer efter det professionelle bureaukrati, hvor medarbejderne har beslutningskompetencer og handlefrihed i forhold til deres arbejdsopgaver (Jacobsen & Thorsvik, 2014).

Formålet med uddelegering af sundhedsydelsernes opgaver er at sikre en optimal udnyttelse af medarbejdernes faglige kompetencer. Da sundhedsvæsenet er en stor organisation, indgår der flere subsystemer, hvilket betyder, at der er flere ledelsessystemer, produktioner og medarbejdergrupper som har forskellige funktioner og forståelser af sundhedsvæsenets overordnede formål og værdier. Ulemperne ved at have flere subsystemer er at organisationen kommer til at fokusere på delene frem for helheden også kaldet suboptimering (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Suboptimering kan skabe rivalisering, som potentielt kan ende i en konflikt mellem faggrupperne eller sygehusets afdelinger. I organisationen må der fokuseres på at opnå forståelse i subsystemerne - af hvilke formål og værdier

sundhedsvæsenet som organisation ønsker at prioritere - for at forbedre befolkningssundheden.

Det er en central opgave for sundhedsvæsenets ledelse at sikre, at organisationen varetager nøgleværdier i overensstemmelse med omgivelsernes opfattelse, normer, forventninger og værdier (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette kan relateres til begrebet *Legitimitet*, der omhandler omgivelsernes opfattelse af, hvordan organisationen bør styres, ledes, koordineres og organiseres (Jacobsen & Thorsvik, 2014). For at sundhedsvæsenet kan blive opfattet som en legitim organisation, er der behov for, at sundhedsvæsenet tilpasser sig omgivelsernes opfattelse af hvilke værdier, der er vigtige for sundhedsvæsenet at varetage. Omgivelserne er opdelt i tre søjler, som sundhedsvæsenet skal tilpasse sig til for at opretholde legitimitet. De tre søjler er den *regulative*, *normative* og *kognitive* søjle (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Den regulative søjle er de forskellige love og bestemmelser, som organisationen skal overholde (Jacobsen & Thorsvik, 2014) - i sundhedsvæsenet kan det være de sundhedspolitiske standarder og diskurser, der blandt andet er fastsat af Sundhedsstyrelsen. Den normative søjle henviser til de normer og værdier, der eksisterer i omgivelserne og som påvirker organisationens mål og opgaver. Disse normer og værdier er med til at påvirke, hvilke mål og værdier organisationen opfatter som vigtige og hvordan organisationen bedst kan opnå disse mål og opgaver (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Det er blandt andet hvilken ledelsesstil og strategi, sundhedsvæsenet har eller hvilken kultur, der er i det lokale område organisationen er beliggende i. Den kognitive søjle refererer til individernes fælles holdninger i organisationen og opfattelser af, hvordan tingene skal gøres i organisationen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Det synes at være komplekst, når flere subsystemer skal kommunikere med hinanden på grund af deres forskellige opfattelser og tilgange til opgaveløsning. Dette kan gøre det udfordrende for sundhedsvæsenet som organisation at udnytte medarbejdernes faglige kompetencer optimalt, når nogle medarbejdere må gå på kompromis med deres faglige udgangspunkt for at opnå en fælles forståelse. Det er nogle fælles latente forforståelser hos de enkelte faggrupper, som kan påvirke udviklingen af den fælles forståelse af, hvilke værdier der er vigtigst. Samtidig skal sundhedsvæsenet som organisation også tage højde for de forskellige opfattelser i omgivelserne relateret til de tre søjler. Arbejdet og fokus på patienternes individuelle sundhedskompetencer bør være en prioritet, hvis omgivelserne vægter dette som vigtigt for sundhedsvæsenets legitimitet. I forhold til den regulative søjle kan dette opnås gennem lovgivning af konkrete tiltag, der omhandler implementering af patienternes individuelle sundhedskompetencer. Samtidig kan værdier såsom viden og

forståelse af egen sundhed vægtes højt i omgivelserne og påvirke organisationens normative søjle. Endelig kan omgivelserne gennem den kognitive søjle påvirke sundhedsvæsenets prioritet af patienternes sundhedskompetencer, hvis der er en opfattelse af, at organisationen ikke lever op til forventningerne om at give viden og uddanne patienterne om sundhed.

2.6 Den værdibaserede styring og måling af kvalitet i sundhedsvæsenet

Da det danske sundhedsvæsen bygger på tredjepartsbetaleren, er dette også den primære afregning af de enkelte subsystemers udgifter (Pedersen, K. M., 2024). I og med at sundhedsvæsenet er en stor organisation, kan der ikke afregnes på samme måde for alle subsystemerne. Et af subsystemerne er det danske sygehusvæsen, hvilket der fremadrettet i specialet vil blive fokuseret på. Sygehuset er det største driftsområde indenfor sundhedsvæsenet (Region Nordjylland, 2024) og skal varetage behandlingen af patienter, der er mere heterogene og dermed har varierende individuelle sundhedskompetenceniveauer. Afregningen på sygehuset gøres med regulativer og politikker, hvilket kan have en påvirkning af, hvad der bliver fokuseret på i sygehusvæsenet, da det kræver en økonomisk prioritering af de afsatte midler til de enkelte de enkelte sygehuse (Pedersen, K. M., 2015b; Pedersen, K. M., 2024). Den danske afregningsmodel består af et rammebudget med en værdibaseret styring, som er et kombinationssystem med en fast årlig ramme, hvilket betyder, at der er dele af økonomien, der er fastsat og andre dele, kan de enkelte sygehuse allokere og råde over (Pedersen, K. M., 2024; Region Hovedstaden, 2024). Den værdibaserede styring har fokus på kvaliteten af behandlingen og den patientoplevede effekt og sigter mod, at patienten opnår de bedst mulige resultater med en effektiv ressourceudnyttelse (Pedersen, K. M., 2024; Region Hovedstaden, 2024). Det er patienten, der fra makropolitisk perspektiv ønskes at sættes i centrum for at sikre at fokus er på, hvad der giver mest værdi for patienten i behandlingsforløbet ud fra de allokerede midler. Den sundhedsfaglige behandling skal organiseres i integrerede enheder, hvor flere specialer skal samles om patientforløbet på et sted (Porter, 2008). Ideen med den værdibaserede styring er, at det kan blive muligt at samle betalingen for hele patientforløbet, i stedet for at betale for enkelttydelser og derved udarbejde afregning på tværs af sektorer (Pedersen, K. M., 2024; Porter, 2008). Dette vil give en mulighed for at kunne afskaffe ydelser - der ikke har høj værdi for patienterne - samt at give færre udbydere og derved placere ydelserne nærmere patienten. Samtidig ses der i sygehusvæsenet en øget tilgang af patienter og medicinudgifter, som presser sygehusvæsenets økonomi (Region Nordjylland, 2024; Sundhedspolitisk tidsskrift, 2023) og samtidig skal der nationalt spares på de regionale budgetter, hvilket har indvirkning på sygehusvæsenets nuværende og fremtidige økonomiske rådighedsbeløb ((Danske regioner, 2018; Sundhedspolitisk tidsskrift, 2023). Den værdibaserede styring er en effektiv tilgang til ressourceudnyttelse af de økonomiske allokerede midler sygehuset har til rådighed. Samtidig

må det være udfordrende at anvende værdibaseret styring i sygehusvæsenet, når der på nationalt plan skal spares på sygehusenes nuværende og fremtidige økonomi.

I forlængelse af dette er den værdibaserede styring opsat efter patientbaseret kvalitetsmål i stedet for effektmål. Patienternes opfattelse og forståelse i forhold til kvalitetsmåling er subjektive (Pedersen, K. M., 2024), hvilket kan betyde, at hvis patienterne har et lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer, kan det potentielt påvirke besvarelsene om kvalitet, grundet manglende forståelse af den sundhedsfaglige information, der gives. Derfor har sygehuset, som kontekst og dets medarbejdere et ansvar for at kommunikere deres sundhedsinformationer ud på en måde, der tager højde for patienternes individuelle sundhedsforståelse. Det hævdes, at det største problem i sundhedsvæsenet opstår, når der måles på de forkerte ting på den forkerte måde (Nordin et al., 2017). I forhold til de patientbaserede kvalitetsmål kan det overvejes om den kvalitet, der måles på, er sammenlignelig (Pedersen, K. M., 2024) samt om valgte måleindikator for kvalitet er passende for at hjælpe organisationen til at opnå læring og vurdere værdien af at anvende den valgte måleindikator (Nordin et al., 2017). Derfor er der behov for at de sundhedsfaglige medarbejdere er enige om, hvorledes kvalitet måles og vægtes for at opnå et fælles vidensgrundlag om kvalitet, da det ellers ikke vil være muligt at indhente et reelt sammenligneligt målbart resultat. Sundhedsorganisationen har derved et behov for at skabe muligheder for, at deres medarbejdere kan opnå det fælles vidensgrundlag. I Danmark har der været flere tilgange til at finde en måde hvorpå kvalitet kan måles - blandt andet ved Den Danske Kvalitetsmodel². Den Danske Kvalitetsmodel blev indført med opbakning fra mange eksperter, på blandt andet de danske sygehuse i år 2004, men dog uden at den havde et evidensgrundlag og blev udfaset i år 2015 efter to fulde akkrediterings runder som følge af økonomiaftalen mellem regeringen og danske regioner i år 2015 (Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet, 2004; von Plessen, 2015). Da Den Danske Kvalitetsmodel blev udfaset blandt andet grundet manglende evidensgrundlag, kan det understøtte at måling af kvalitet i det danske sundhedsvæsen er et område, hvor der mangler viden og praksis erfaring for at opnå et fælles vidensgrundlag for kvalitet.

² Den danske kvalitetsmodel, DDKM, bestod af målsætninger for god kvalitet, som sundhedsorganisationer skulle efterleve og kunne derved opnå akkreditering. Målene var at sikre udviklingen af kvalitet, skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb og forbygge fejl og utilsigtede hændelser (Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet, 2004). Kvalitetsmodellen blev oprettet i 2004 og akkreditering fra 2005 (Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet, 2004).

I måling af kvalitet er det vigtigt at centrale interessenter har tilstrækkelig viden om kvalitet, dens måling og afrapportering for at undgå asymmetrisk information, som skal sikre en transparens af kvaliteten (Pedersen, K. M., 2015b). Da det ønskes at måle på patientens værdi af behandlingsforløbet, kræver det en aktiv indsats fra patienten at skulle forholde sig til, hvad vedkommende anser som kvalitet. Omvendt tager værdibaseret styring ikke hensyn til de patienter, som ikke kan forholde sig til, hvad der er kvalitet for dem i deres behandlingsforløb. Der kan også tænkes at være patienter, der vægter kvalitet i et behandlingsforløb anderledes end kvalitet i forhold til deres sundhed, hvilket kan bidrage til en forkert måleindikator for værdisætning. Selvom der måles på værdi fra patientens perspektiv, tyder det stadig på, at der er en underliggende styring fra sundhedsvæsenet. Den underliggende styring betyder, at patientens værdisætning skal imødekomme de værdier, som sundhedsvæsenet er bygget op om og prioriterer for at blive opfattet som en legitim organisation af omgivelserne.

2.7 Kulturens påvirkning på en organisationsforandring

En organisation er præget af den kultur, nationale værdier og traditioner, den er formet af (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette har indflydelse på organisationens strukturelle opbygning, dens ledelse og værdier. Derudover påvirker det også medarbejdersammensætning, herunder blandt andet deres uddannelsesniveau, interrelationelle forhold, køn og aldersfordeling (Andrulis & Brach, 2007; Jacobsen & Thorsvik, 2014s. 135-141). En organisationskultur kan anskues som det, der kan observeres og det som ikke kan observeres. Det, der kan observeres, kan være de fysiske og mundtlige udtrykte måder, kulturen kommer til syne på - også kaldet artefakter eller symboler (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994). Kultur er kontekstafhængig (Bourdieu, 1985; Wilken, 2011), hvilket på et sygehus for eksempel kan anskues ved sygehusets indretning, hvordan og hvem medarbejderne taler sammen med, deres påklædning og hvem de vælger at sætte sig ved siden af til pauserne. En organisationskultur er et mønster, der skabes af en fælles grundlæggende antagelse af medarbejderne, som de har tillært sig over tid og gennem erfaringer og som er lært videre til nye medarbejdere i organisationen - som den rette vej til at håndtere en arbejdsopgave på (Donnelly et al., 2020). Kulturen er påvirket af både den regulative, den kognitive og den normative søjle og er et flerdimensionelt begreb, der er kontekstspecifikt. De medarbejdere og patienter der indgår i sygehuskonteksten, bliver påvirket af kulturens regelsæt og værdier, hvilket kan medvirke hvorledes en sygdom beskrives, behandles og eventuelt medicineres.

De kulturer, der er indlejret i organisationens værdier som for eksempel politiske retningslinjer eller filosofiske målsætninger, kan i den samme organisation være tillagt forskellig betydning og vægtning (Jacobsen & Thorsvik, 2014), hvilket også kan ses i sundhedsvæsenet, hvor tolkningen af de fastsatte politiske retningslinjer fører til forskellige metoder at behandle den samme problematik på. Da der er en decentraliseret ledelse i forhold til levering af sundhedsydelser (Pedersen, K. M., 2024) betyder det, at selvom der er politiske retningslinjer og en markoprioritering af de økonomiske midler, er det op til de enkelte sundhedsorganisationer at tolke og udføre sundhedsydelsen (Vallgård et al., 2016). Dette giver en fleksibilitet i udførelsen, men betyder også at indholdet og kvaliteten af en behandling kan differere afhængig af, hvor den bliver udført. Det er dermed paradoksalt, at sundhedsvæsenet anvender de samme værdier, men at det kan være forskelligt, hvad de enkelte sundhedsorganisationer tillægger værdierne. Selv på et sygehus kan der være

difference i betydningen og tolkningen af værdierne alt efter, hvilken kultur og medarbejdersammensætning der er på den individuelle afdeling.

Begrebet læring opdeles i, hvorledes en kultur udvikles, efterhånden som medarbejderne lærer at mestre arbejdsopgaverne og skabe en balance af *ekstern tilpasning* og *intern integration* (Schein, 1994). Ekstern tilpasning består af for eksempel tilretning af organisationen til det omkringliggende samfund (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994), hvilket betyder, at sygehuset skal tilpasse sig de politiske retningslinjer samt de økonomiske ressourcer sygehuset har til rådighed for at fastsætte målsætninger. Den interne integration består af udformningen af et fælles sprog og begrebskategorier (Schein, 1994), hvilket indbefatter kommunikationen mellem de sundhedsfaglige, hvori der er en kultur, en historik og en væremåde, som benyttes af de sundhedsprofessionelle på deres arbejdsplads. De sundhedsfaglige medarbejders kulturer og bagvedliggende kommunikationsformer kan udfordre den fælles forståelse af organisationens målsætning. Dette kan betyde, der ikke vil kunne dannes en fælles kultur om arbejdsprocessen blandt medarbejderne, hvilket kan besværliggøre et samarbejde på tværs af medarbejderne i organisationen. Der er et behov for at den eksterne tilpasning og den interne integration skal balancere før, at en organisation kan opnå læring og dermed forandring. Ved at koble den eksterne tilpasning og interne integration med organisationens legitimitet kan læringsprocessen hos organisationens medarbejdere anses som dynamisk, hvor den regulative, den normative og den kognitive søjle skal være i balance for, at der kan initieres en læringsproces.

Organisationskulturen er kendetegnet ved et fokus på forskellige fortolkninger og opfattelser, som er fælles for flere personer ved en bestemt social sammenhæng (Jacobsen & Thorsvik, 2014). At opnå fælles forståelse i sundhedsvæsenet er en kompleks opgave både mellem medarbejderne og i mødet med patienten, da kommunikationen indebærer et møde med et andet individs fortolkning af verden. Der kan være forskel i de sundhedsfagliges individuelle kommunikation, hvilket kan relateres til begreb *Habitus* af Pierre Bourdieus. Habitus er individets underliggende mentale og kropslige strukturer og sociale dispositioner, der giver den individuelle forståelse og fortolkning af verden (Bourdieu & Biggard, 2002; Dalsgaard & Meldgaard, 2018). Habitus er et resultat af individets socialisering, som er påvirket af dets opvækst, kultur og verden, vedkommende er en del af (Bourdieu & Biggard, 2002; Dalsgaard & Meldgaard, 2018). Individets socialisering resulterer i bevidste – og ubevidste tillærte dispositioner, som påvirker, hvordan individet bedømmer, handler, tænker, opfatter og orienterer sig i den sociale verden (Bourdieu & Biggard, 2002; Dalsgaard & Meldgaard, 2018; Shim, 2010). Når de sundhedsfaglige står over for en andens habitus, der er anderledes

end deres egen, kan det udfordre deres fordomme om, hvorfor vedkommende tænker og handler, som de gør, da det ikke stemmer overens med deres egne overbevisninger baseret på deres egen habitus. Hvis patienternes habitus ligner de sundhedsprofessionelles, er der større sandsynlighed for, at patienterne vil kende de sociale koder, der kræves for at interagere i sundhedsvæsenet som organisation. Habitus differensen kan for eksempel opstå som følge af forskel i uddannelseslængde og den kultur, individet er en del af. Den sundhedsprofessionelles møde med patienternes kan dermed blive påvirket af patienternes varierende individuelle sundhedskompetencer. Derfor er det vigtigt, at de sundhedsfaglige medarbejdere er i stand til at evaluere, tolke og tilpasse deres kommunikation til den enkelte patient, hvilket indebærer et ansvar for at de sundhedsfagliges handlemønstre tilpasses patienternes habitus og deres niveau af sundhedskompetencer.

2.8 Organisatoriske sundhedskompetencer

Patienternes individuelle sundhedskompetencer udspiller sig forskelligt afhængigt af den aktuelle kontekst og hvilken kompleksitet, ved for eksempel krav, der sættes til patienten (Aaby et al., 2019). Sundhedskompetencer kan da adresseres på både det individuelle, det professionelle og det strukturelle niveau (Aaby et al., 2019). For at kunne adressere patienternes individuelle sundhedskompetencer er det strukturelle niveau nødt til at indrette sig på en måde, der giver mulighed for en dynamisk tilpasning til de individuelle sundhedskompetencer - hvilket også kaldes organisatoriske sundhedskompetencer.

For at patienterne kan få den mest effektive og optimale behandling i sundhedsvæsenet, er det nødvendigt, at de sundhedsprofessionelle medarbejdere har kompetencerne til at forstå og kommunikere sundhedsinformationerne tilpasset til patienternes individuelle niveau af sundhedskompetencer (Brach et al., 2012). Det er derfor nødvendigt at introducere viden om individuelle sundhedskompetencer på både det strukturelle, det sundhedsprofessionelle og det individuelle niveau, så alle de centrale interessenter har mulighed for at få en fælles forståelse af, hvad individuelle sundhedskompetencer indebærer og hvorledes de forskellige niveauer kan påvirke eller påvirkes af dem.

Når der skal introduceres viden om individuelle sundhedskompetencer på et strukturelt niveau, er det for at de sundhedsprofessionelle får en ensartet og tilpasset metode til at kunne klassificere og måle på de individuelles sundhedskompetencer (Aaby et al., 2019).

Ud fra et folkesundhedsperspektiv kan den individuelles niveau af sundhedskompetencer blive en samfundsmæssig ressource, der også kan øge sundhedsvæsenets evne til at udvikle sundhedsfremmende kontekster, som kan fremme lige adgang til de sundhedsmæssige ydelser (Aaby et al., 2019), hvorved behandlingen kan målrettes den enkelte patient og derved i sidste ende øge patientens nytteværdi for samfundet. Nyttetværdien for samfundet opstår som følge af et forhøjet niveau af individuelle sundhedskompetencer, som vil give lavere omkostninger forbundet med patienten med færre indlæggelser og mindre kontakt med sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet har til ansvar at skulle levere sundhedsinformationer og ydelser på en måde, der fremmer lige adgang. For at kunne imødekomme dette, kræver det, at der skal være lydhørhed i sundhedsvæsenet overfor patienternes forskellige individuelle behov og beslutningsevner inden for deres egen sundhed (Trezona et al., 2017). For at styrke sundhedsvæsenets evne til at kunne tage højde for de varierende niveauer af individuelle sundhedskompetencer, vil der være behov for at udvikle politikker og strategier med fokus på

organisatoriske sundhedskompetencer på sygehuset, som ledelsen skal prioritere for at forbedre kvaliteten af behandlingerne (Henrard et al., 2021). De sundhedskompetencer sundhedsvæsenet kræver af den enkelte patient, stiller store krav til den enkelte, men da sundhedsvæsenet er komplekst, kræver det også, at sundhedsorganisationen - såsom sygehuset påtager sig ansvaret for at udvikle politikker og begrebsramme, der tager højde for patienternes varierende individuelle behov.

Organisatoriske sundhedskompetencer handler om, hvordan organisationen, som for eksempel sygehusvæsenet, gør sundhedsinformationer let tilgængelige og defineres som måden, hvorpå sundhedstilbud, organisationer og systemer gør deres informationer og ressourcer tilgængelige for individer med forskellige niveauer af sundhedskompetencer (Aaby et al., 2019; Aaby et al., 2022). Det er ikke patienterne, der skal tilpasses til sundhedsvæsenets behov, men det er omvendt sundhedsvæsenet, der skal tilpasse sig til patienternes behov (Maindal, 2020). Da patienternes individuelle sundhedskompetencer ikke nødvendigvis stemmer overens med sygehusets krav, kan det blive vanskeligt for patienterne at efterkomme de forventninger og krav som sundhedsvæsenet stiller. Organisationens har derfor et behov for, at deres forventninger og krav er transparente for patienterne og balancerer med de individuelle sundhedskompetenceniveauer - for dem der skal drage fordele af sundhedsydelserne

Organisationen er nødt til at tage et fælles ansvar for deres informations - og kommunikationsafsendelse ved at finde styrker og svagheder inden for organisationens kultur, som kan forbedres. Organisationens måde at kommunikere på afhænger af, hvilken organisation det er - dens overordnede formål, medarbejdersammensætning og fokusområde (Jacobsen & Thorsvik, 2014). I sundhedsvæsenet varierer kommunikationsformen afhængigt af den specifikke del af organisationen, derfor vil fokus fremover være på sygehuset.

Den kulturelle og værdimæssige styring af kommunikationen mellem medarbejderne fastsættes ud fra værdier og normer samt fra de grundlæggende antagelser, som er til stede hos patienterne og medarbejderne i organisationen (Donnelly et al., 2020; Schein, 1994).

Sygehuset er påvirket af den lovgivning, som definerer dets værdier og normer, hvilket betyder, at der kan være forskellige bagvedliggende målsætninger for organisationen afhængigt af om det er samfundsmæssigt, lokalt eller individuelt perspektiv. Forskellen mellem målsætningerne kan for patienterne føre til udfordringer med at forstå den sundhedsfaglige kommunikation og intentionen bag modtagelsen af sundhedsinformationerne. At kommunikationen mellem de sundhedsfaglige medarbejdere - *eksperterne* og patienterne - *lægefolket* i sygehusvæsenet kan være udfordrende, understøttes

af Thorsen, Witt og Brodersen (2012), som i deres tværsnitstudie fandt, at ord, der opleves som dagligdagssprog for eksperterne kan være vanskelige at forstå for lægfolkene (Thorsen et al., 2012). Den danske befolkning har en læsefærdighed generelt svarende til 9. klasse (Thorsen et al., 2012), hvilket er problematisk, da de sundhedsfaglige medarbejdere som minimum har et højere uddannelsesniveau. På den baggrund bliver det komplekst for organisationen at ensrette sundhedskommunikationen og informationerne til at kunne favne et bredt niveau af individuelle sundhedskompetencer. Ovenstående fremhæver betydningen af sygehusets kommunikationskvalitet og hvordan, den kan påvirke patientens individuelle sundhedskompetencer som værende en understøttende faktor for at mindske ulighed i sundhed.

Ved at de sundhedsfaglige medarbejdere tilpasser deres kommunikation af sundhedsinformationer til patienterne, vil det yderligere kunne resultere i forbedret patientsikkerhed og øget kvalitet i sundhedsvæsenet (Nutbeam & Lloyd, 2021), da forbedring af kvalitet vil kunne understøtte patientens individuelle sundhedskompetencer. Da behandlingerne på sygehuset kræver individuelle tilgange, kan den øgede forståelse af sundhedsinformationer potentielt medvirke til, at patienten opnår større forståelse for de bagvedliggende årsagerne bag sygdommen, hvilket kan resultere i en mere vidende patient med højere sundhedskompetencer. Kommunikation må derfor betragtes som en kerneopgave i en organisation, da fejlkommunikation kan føre til utilsigtede konsekvenser. For eksempel kan en sundhedsfaglig medarbejder tro, at patienten forstår den givne sundhedsinformation, selvom dette ikke er tilfældet.

2.9 Organisatoriske sundhedskompetencers indvirkning på ulighed i sundhed

I Danmark er der to befolkningsorienterede mål; 1. - at forlænge middellevetiden og forbedre sundhedsrelaterede funktionsevner og individets livskvalitet og 2. - at reducere ulighed i sundhed mellem grupper i befolkningen (Vallgård et al., 2016). Det må anses værende paradoksalt, at der med den nuværende tilgang til sundhed i Danmark ses, at 20-30% af befolkningen oplever at have svært ved at navigere i sundhedsvæsenet (Maindal & Vinther-Jensen, 2016; Pelikan et al., 2021; Svendsen et al., 2020). Da politiske retningslinjer har et fokus på individets autonomi og eget ansvar i forhold til sundhed, kan de politiske retningslinjer påvirke, hvad sygehuset prioriterer og dermed kan det politiske fokus påvirke og modarbejde inkluderingen af organisatoriske sundhedskompetencer i organisationen. De udsendte sundhedsinformationer er det endelige resultat af de politiske retningslinjer, hvilket er problematisk, når 20-30 % af befolkningen har svært ved at forstå de udsendte sundhedsinformationer. Komplexiteten af sundhedsorganisationerne kan ses ved, at sundhedsydelse kan være svært tilgængelige, at organisationens miljø kan opleves som fremmed og at udformning af sundhedsinformationerne er for tekniske og svært forståelige i form af fagtermer (Trezona et al., 2017). Bliver der ikke taget højde for de situationelle krav på sygehuset, kan udgangspunktet for patienternes individuelle sundhedskompetencer blive udfordret. Ved at have et fokus på den sociale gradient og de forskellige niveauer af sundhedskompetencer vil det kunne øge individets individuelle sundhedskompetencer og mulighed for at kunne opsøge de rette informationer og behandlinger, når behovet opstår. Således bør individuelle sundhedskompetencer ikke anskues isoleret, men bør ses i relation til konteksten.

Bureaukratiet i sundhedsvæsenet skal blandt andet sikre en ensartet og lige adgang til behandling af sundhedsydelser for alle individer (Pedersen, K. M., 2015b; Pedersen, K. M., 2024). Lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer kan være omkostningstungt for sundhedsvæsenet, hvilket understøttes af et systematisk review af Berkman et al. (2011), der fandt at lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer konsekvent var forbundet med flere indlæggelser og at individerne havde svært ved at følge medicinske regimer (Berkman et al., 2011). På det individuelle plan vil det have en betydning, da flere indlæggelser, kontakt med sygehusvæsenet og ikke optimalt kontrolleret medicinering kan have en påvirkning på individets livskvalitet og motivation for yderligere at opsøge viden om behandlingen.

Mindre adgang til de udbudte sundhedsydelser kan også gøre, at det sundhedsfremmende og forebyggende aspekt af behandlingen ikke bliver integreret i det sammenhængende patientforløb. Dette vil kunne påvirke de individuelle niveauer af sundhedskompetencer og være en faktor for en større ulighed i sundhed. Forskel på adgangen til sundhedsydelserne og potentielt forskel i behandlingsresultatet må derfor også udfordre den generelle opfattede kvalitet af sundhedsvæsenets ydelser.

Individer med lavere niveau af sundhedskompetencer er ofte associeret med lavere socioøkonomisk status (Berkman et al., 2011; Lima et al., 2024). Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport fra år 2020 ses det, at individer med grundskolen, som den højeste uddannelse, har 2-4 gange højere sandsynlighed for ikke at komme tilbage på arbejdet efter alvorlige sygdomme (Holt Udesen et al., 2020). Dette tyder på, at niveauet af sundhedskompetencer følger den sociale gradient. Hvilket kan betyde, at der er en større sandsynlighed for, at de udsendte sundhedsinformationer fra sundhedsvæsenet er mere rettet mod individer, der i forvejen har en høj grad af sundhedskompetencer, da sundhedsinformationerne hjælper og understøtter de individers tilgang og viden om sundhed. Dette belyser problematikken, om sygehusvæsenet kan levere efter Sundhedslovens krav om let og lige adgang til sundhedsvæsenet. Yderligere må det anses som komplekst for sundhedsorganisationen at skulle respektere og understøtte individets autonomi, da de individuelle sundhedskompetencer udfordrer den bureaukratiske standardisering af sundhedsinformationerne.

Når patienterne på sygehuset ikke modtager en sundhedskommunikation, der er tilpasset deres individuelle niveau af sundhedskompetencer, kan der opstå en utilsigtet konsekvens ved, at sygehuset ikke leverer efter Sundhedslovens let og lige adgang. Der er en stigende socioøkonomisk kløft i sundhedsvæsenet, grundet den komplekse tilgang i det moderne sundhedsvæsen, hvor organisatoriske sundhedskompetencer vil være til gavn for alle patienter, men især vil det gavne patienterne med lavere sundhedskompetencer (Dietscher et al., 2015; Svendsen et al., 2020). Der er derfor med organisatoriske sundhedskompetencer ikke kun et fokus på de 20-30%, der ikke kan navigere i sundhedsvæsenet, men på en graderet tilgang til behandling afhængigt af niveauet af patienternes individuelle sundhedskompetencer.

Indføres der en værdisætning i sygehusvæsenet om, at patienterne skal mødes og kommunikeres med på deres individuelle niveau af sundhedskompetencer, vil der være behov for en øget viden om organisatoriske og individuelle sundhedskompetencer i

sundhedsorganisationen som helhed. Der vil være et behov for en bureaukratisering i form af standardiserede måleredskaber for at sikre, at alle patienterne mødes på samme måde af sygehusvæsenets medarbejdere. Organisationen som kontekst, der formidler sundhedsinformationer, kan have en påvirkning på patientens individuelle sundhedskompetencer, hvilket derfor kan være det bagvedliggende problem, der vedligeholder den eksisterende ulighed i sundhed.

2.10 Organisatoriske sundhedskompetencer – Implementering og forandring i organisationen

Organisatoriske sundhedskompetencers formål og dets egenskaber er et fundamentalt element til at kunne forstå, beskrive og afklare hvilke faktorer, der på organisatorisk niveau skal operationaliseres for at imødekomme patienternes behov i relation til deres individuelle sundhedskompetencer (Trezona et al., 2017). Når ny viden skal formidles fra ledelsesniveau til medarbejderniveau og derfra videre til patientniveau, er der et behov for at organisationen som helhed opnår en kollektiv enighed om at ændre praksis (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Der skal dermed afstemmes, hvorledes organisatoriske sundhedskompetencer kan adresseres på flere niveauer af organisationen på tværs af medarbejdere og det omkringliggende samfund. For hvert niveau er der en forståelse og fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer, hvilket udfordrer operationaliseringen af begrebet. Det kan udfordre lærings- og forandringsprocessen, når viden skal formidles fra en til flere, da den ofte er latent for eksperten, hvorfor det kan være svært eksplicit at formidle viden videre (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette kan kræve, at de enkelte medarbejdere skal klædes på gennem forøget viden ved for eksempel uddannelse (Brach et al., 2012)

Den forøgede viden i praksis gør at medarbejderne får mulighed for at give kommunikative værktøjer til patienterne, der både øger medarbejdernes og patienternes individuelle sundhedskompetencer og skaber en forandring i sundhedsorganisationen. I forlængelse hertil må det således ses relevant at identificere de væsentlige forbedringspotentialer i organisationens rammer, heriblandt den kommunikation, der kan påvirke individernes individuelle sundhedskompetencer og adgang til sundhedsvæsenet.

Implementering af organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation kræver mere end at arbejde på det individuelle niveau, men kræver en strukturel forandring på makroniveau som politisk støtte, men også på mesoniveau i forhold til den individuelle sundhedsorganisations kommunikation, processer, kultur og værdier (Henrard et al., 2021). At skabe forandringer, der skal fremme sundhedsorganisationernes organisatoriske sundhedskompetencer, er dermed en kompleks problematik, der vil kræve forandringer på flere organisatoriske niveauer. En sådan forandring vil være ressourcekrævende og kompleks at udføre i praksis, da det skal vægtes mod andre forbedringer og prioriteringer, som de allokerede ressourcer alternativt vil kunne være anvendt til. Da der med værdibaseret styring i det danske sundhedsvæsen er allokeret ressourcer i forhold til, hvad patienterne oplever som

kvalitet og der ikke er afsat en standardisering til at kunne måle individuelle sundhedskompetencer, vil der være behov for en metode til at kunne identificere forbedringspotentialerne og prioriteringen af disse.

Når der skal laves en ændring i en organisation, der har udviklings- og forandringskarakter, kræver det en flerfaglig indsats med flersidige interesser, hvis forandringen skal føre til et resultat af væsentligt omfang (Mikkelsen & Riis, 2011). Skal der samtidig laves en kulturel forandring i en sundhedsorganisation, vil der være et behov for et organisatorisk overblik, da der er mange interessenter på et sygehus. Organisationens hierarkiske struktur og ansvarsfordeling har betydning for en organisatorisk forandring, da ledelsen er af stor betydning for en organisatorisk ændring, da det er ledelsen, der med udgangspunkt i lovgivning og de bagvedliggende værdier i organisationen, skal tilrettelægge forandringen (Fixsen et al., 2015; Jacobsen & Thorsvik, 2014). Ledelsen har derved et ansvar for at styre, planlægge og organisere den rette ressourcemængde - såsom for eksempel arbejdstimer og uddannelse frem mod et fælles mål (KL & IDA, 2010). Der kan yderligere være et behov for at alle medarbejderne i organisationen får indsigt i det fælles formål og de bagvedliggende grunde til at forandringsprocessen skal foregå. I forbindelse med en organisatorisk ændring og værdisætning vil der som udgangspunkt være et behov for, at medarbejdergruppen har samme betegnelse for patienternes individuelle sundhedskompetencer og en standardiseret metode at måle det på.

Når der skal indføres nye initiativer eller ændringer i forhold til organisationens værdigrundlag, kan de sundhedsfaglige medarbejdere opleve, at der ikke afsættes tid nok til implementeringen i praksis (Nutbeam & Lloyd, 2021). U hensigtsmæssig dokumentation og behandling kan have en negativ betydning for ressourceforbruget på sygehuset, sundhedsvæsenets kapacitet og endeligt medarbejdernes trivsel og motivation, da medarbejderne i forvejen føler, at de drukner i vejledninger og papirarbejde (Aarhus et al., 2023; Pedersen, K. M., 2015a). Implementering af organisatoriske sundhedskompetencer skal være ressourcebesparende, men mængden af dokumentation i sundhedsvæsenet kan gøre det vanskeligt for ledelsen at finde ressourcerne til at implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Ved den ekstra dokumentationsmængde en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer på et sygehus vil kræve, kan der opstå en barriere i forbindelse med manglende støtte fra medarbejdernes side, hvis ledelsen ikke prioriterer og allokerer de nødvendige ressourcer i arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer som en kerneopgave. Ledelse er at påvirke medarbejderne direkte gennem eksempelvis direktiver,

kommunikation, inspiration og støtte eller ved at påvirke medarbejderne indirekte i form af mål, strategier og påvirkning af kulturen (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Derudover skal lederne arbejde med at udarbejde strategier og strukturer, som kan efterleve og forstærke de nationale værdier, som er i omgivelserne (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Dette vil skabe et behov for, at ledelsen er opmærksom på de grundlæggende antagelser patienterne har til sygehuset og som i forvejen er skabt gennem traditioner og historik. Brugernes grundlæggende antagelser er skabt ud fra den kulturelle opfattelse, som påvirkes af nære sociale relationer, egne oplevelser og normative opfattelser af organisationen (Schein, 1994). De grundlæggende antagelser, patienterne har til sygehuset, vil påvirke den forforståelse og de forventninger, patienten har til indholdet af den sundhedsydelse, de skal modtage.

Dette skaber et behov fra ledelsens side for at udvikle en løsning, der kan skabe et overblik, så organisationen kan overvinde de barrierer, der kan opstå i samarbejdet med brugerne og medarbejderne (Maindal & Vinther-Jensen, 2016; Svendsen et al., 2020). Det bliver ledelsens ansvar at finde en samhørighed i gruppen af interessenter - ved at sætte fokus på samskabelse og lytte på feedback - for at skabe motivation for de deltagende parter (Mikkelsen & Riis, 2011)

En løsning kunne være ikke kun at igangsætte en top-down forandringsproces fra ledelsens side for at opnå en forandring i hele organisationen, men også inkludere medarbejderne, så der vil ske en samskabelse i henhold til medarbejdernes grundlæggende antagelser.

Medarbejdernes grundlæggende antagelser omhandler, hvorledes kulturen er i den specifikke kontekst og hvordan det er at være en del af organisationen (Schein, 1994). Der vil være behov for at ledelsen kan aktivitetsstyre, hvilket indbefatter opfølgninger på, hvordan medarbejderne har det i forandringerne, en fremadrettet styring, overskuelig tidsramme og ressourceledelse (Mikkelsen & Riis, 2011). Ressourceledelsen skal allokere ressourcer - såsom arbejdstimer, økonomiske midler og kompetenceudvikle (Mikkelsen & Riis, 2011).

Kompetenceudviklingen bliver aktuel ved behov for tilførsel af nye kompetencer eller fravælgelse af kompetencer. Nye kompetencer kan for eksempel være uddannelse til medarbejderne og information til hele organisationen om den bagvedliggende målsætning og hvorfor, der skal prioriteres en ny værdi i organisationen. Hvis der skal ske en forandring i organisationen, vil dette ske over tid og være en iterativ dynamisk proces mellem planlægning, gennemførelse, vurdering og målsætning (Mikkelsen & Riis, 2011). Da patienternes individuelle sundhedskompetencer bliver opbygget dynamisk over tid, vil det

kræve en systematisk organisationsforandring at implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Implementeringen kræver en iterativ dynamisk proces i sundhedsorganisationen med tilførsel af kompetencer for at forstå den bagvedliggende målsætning bag organisatoriske sundhedskompetencer. At implementere organisatoriske sundhedskompetencer kræver handleværktøjer, hvor der kan måles på patienternes individuelle sundhedskompetencer og sættes ind på forskellige områder af organisationen, blandet andet ved kommunikationsmetoder, hvor det vægtes, hvorledes kvaliteten og metode af kommunikationen afsendes og modtages (Dietscher et al., 2014; Henrard et al., 2021). Det kræver dermed fra ledelsens side en operationalisering af organisatoriske sundhedskompetencer og et måleværktøj samt beslutning om hvilken ledelsesstrategi, de vil anvende for at kunne få et overblik af de forbedringsperspektiverne i deres organisation, der kræves for at initiere en forandringsproces.

2.11 Vienna modellen

Der findes flere værktøjer til selvevaluering af organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationer med forskellige fokuspunkter (Dietscher et al., 2014; Farmanova et al., 2018). Vienna modellen er specielt designet til at forbedre organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationer med et udgangspunkt i at delagtiggøre medarbejderne til det sundhedsfremmende arbejde (Dietscher et al., 2014; Farmanova et al., 2018). Dette ved at forbedre medarbejdernes evner til at kunne hjælpe patienterne med at tage vare om egen sundhed. Ved at anvende Vienna modellen som guideline bliver den afgørende rolle som en ledelse spiller i implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer understreget, med udgangspunktet i sygehusets strategiske planlægning, værdier og mission (Farmanova et al., 2018).

Vienna Concept of Healthcare Competence in Healthcare Organisations er et selvevalueringsværktøj til at kunne identificere forandrings- og forbedringstiltag i sundhedsorganisationer, såsom sygehuse, i forbindelse med implementering af organisatoriske sundhedskompetencer (Dietscher et al., 2015). Vienna modellen blev udbygget fra et fundament af en amerikansk rapport af Brach et al. (2012), som belyste 10 karakteristika, der skal være til stede for, at en sundhedsorganisation kan anses for at besidde organisatoriske sundhedskompetencer (Dietscher et al., 2014). Dietscher et al. udbyggede modellen i år 2015 efter at have afprøvet det originale værktøj i praksis (Dietscher et al., 2015), hvilket er udgaven, dette speciale vil tage udgangspunkt i.

Vienna modellen består af ni standarder med 22 understandarder, som indeholder 160 målbare indikatorer, som beskriver de detaljerede krav, der stilles til de respektive understandarder (Dietscher et al., 2015). De 160 indikatorer i Vienna modellen er udarbejdet efter et litteraturstudie, hvor der blev hentet inspiration fra andre selvevalueringsværktøjer med fokus på individuelle sundhedskompetencer, kulturelle kompetencer og organisatorisk kommunikationsklima i sundhedsorganisationer (Andrulis & Brach, 2007; Brach et al., 2012; Dietscher et al., 2014; Wynia et al., 2010). Da Vienna modellen indeholder 160 målbare indikatorer, kan dette om muligt øge operationaliseringen og derved praksisanvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer. Omvendt kan det være udfordrende og ressourcekrævende for sundhedsorganisationen at arbejde med 160 indikatorer, for systematisk at finde forandringsspektiver i forhold til arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationen. Hvis det danske sygehusvæsen skal blive en sundhedskompetent organisation i relation til individuelle sundhedskompetencer, vil dette

kræve en målrettet indsats (Aaby et al., 2022) for at skabe et ensrettet, kvalificeret og standardiseret måleværktøj, som kan sammenlignes inden for faggrupper, patientgrupper og organisationskulturer.

Vienna modellen vil kunne føre til handleplaner til fremtidige optimerings- og forandringstiltag i sundhedsorganisationen, hvorved der kan skabes et overblik over hvilke ressourcer, der skal afsættes i form af blandt andet økonomi, tid, personale eller uddannelse. Fordelen ved at anvende et standardiseret selvevalueringsværktøj som Vienna modellen er blandt andet, at de identificerede forbedringstiltag i sundhedsorganisationen vil kunne understøtte ensretningen og tilpasningen af sundhedsydelserne og sundhedsinformationerne. Dette kan resultere i, at flere patienter kan få adgang, udbytte og anvendelse af sundhedsydelserne og sundhedsinformationerne og at der kan opnås en standardiseret metode til at indføre den nye værdisætning i sundhedsorganisationen.

3.0 Problemafgrænsning

Organisatoriske sundhedskompetencer udspringer af forståelse og villigheden til at møde patienternes individuelle sundhedskompetencer, så det bliver muligt for de sundhedsprofessionelle medarbejdere at yde en gradueret behandling, afhængig af det niveau af individuelle sundhedskompetencer hos patienterne, de møder. De individuelle sundhedskompetencer ses påvirket af mange faktorer hos patienterne, men ses også påvirket af den kontekst, de møder - såsom sygehuset. I arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer er sygehuset ikke kun påvirket af politiske, og samfundsmæssige men også kontekstuelle faktorer. Der er enighed om, at patienternes individuelle sundhedskompetencer er vigtige for folkesundheden, da lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer er forbundet med højere sundhedsrisici. Der er ikke universelt udarbejdet en fælles definitionen og forståelse af begrebet individuelle sundhedskompetencer eller en målemetode, hvilket besværliggør en standardisering og operationalisering af patienternes individuelle sundhedskompetencer. For at implementere organisatoriske sundhedskompetencer i praksis hos de forskellige afdelinger i sundhedsvæsenet, kan en bureaukratisk standardisering og operationalisering af patienternes individuelle sundhedskompetencer understøtte arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer. Den bureaukratiske standardisering af individuelle sundhedskompetencer vil kræve, at der i sundhedsvæsenets afdelinger er en bagvedliggende forståelse og viden for de værdier og mål, som skal prioriteres i forbindelse med en forandring i organisationen, hvis organisatoriske sundhedskompetencer skal inkluderes. Da det danske sygehusvæsen består af mange subsystemer, ledelseslag og medarbejdersammensætninger, vælges der fremadrettet at afgrænse fokusområdet på sygehusvæsenet med de tilhørende kulturer og værdisætninger. Dette kan give anledning til at afdække, om organisatoriske sundhedskompetencer vil kunne understøtte eller initiere en forandringsproces i sygehuset som kontekst ud fra et ledelsesperspektiv.

4.0 Problemformulering

Hvilke muligheder eller begrænsninger ser sygehusets ledelse i forbindelse med anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer og hvad kræver det for at skabe en forandring med baggrund i organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation? Hvilke fordele eller ulemper kan sygehusets ledelse se ved at anvende et selvevalueringsværktøj som Vienna modellen til at initiere en organisatorisk forandring?

5.0 Videnskabsteoretisk position – Kritisk Hermeneutik

At skabe forandring i en organisation er en kompleks problemstilling, da forandringen er påvirket af og opstår som følge af sociale interaktioner, som er dynamiske og foranderlige (Maindal et al., 2022). De sociale interaktioner sker på et kulturelt og værdimæssigt grundlag på både individ-, organisations- og samfundsniveau (Schultz Petersen et al., 2022), hvilket kan påvirke den normative forståelse af en given problemstilling. For at få en forståelse af hvorledes sundhedsorganisationens ledelse fortolker organisatoriske sundhedskompetencer og hvorvidt ledelsen værdisætter vigtigheden af at implementere Vienna modellen som et værktøj, tages der udgangspunkt i kritisk hermeneutik.

Den kritiske hermeneutik er baseret på en anskuelse af, at virkeligheden består, uanset om den beskues eller ej, hvilket kaldes ontologisk realisme (Juul, 2012; Juul & Pedersen, 2021). Derudover baserer den kritiske hermeneutik sig på, at der ikke findes en universel standard for sandheden, men at det, der opfattes som sandhed, kan være relativt i forhold til den kultur eller det sociale miljø, den er indlejret i, hvilket kaldes epistemologisk relativisme (Juul, 2012; Juul & Pedersen, 2021). Da der ønskes viden om, hvorvidt ledelsen vil anvende et værktøj i den daglige arbejdsdag og kultur, ønskes der at opnå en forståelse for lederne på sygehusets forforståelse og fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer i forhold til opretholdelse af de makro- og mesopolitiske målsætninger. De makro- og mesopolitiske målsætninger er med til at skabe den normative opfattelse i befolkningen af, hvad og hvorledes et sygehus bør behandle deres patienter. På den baggrund kan befolkningens normative opfattelse af sygehuset have en påvirkning på de makro- og mesopolitiske rammesætninger, hvilket kan påvirke prioriteringen af behandlingerne på et sygehus. Den kritiske hermeneutik giver mulighed for at identificere underliggende faktorer ved multiple dataindsamlings- og analysemetoder, men for at få et dybdegående indblik i lederens fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer vælges der i specialet at tage udgangspunkt i en kvalitativ dataindsamling og et systematisk litteraturstudie. Det centrale i kritisk hermeneutik er at få forståelse for dele af helheden ved hjælp af udfordring af egen forståelseshorisont og den normative opfattelse, som både specialegruppen og den indsamlede kvalitative empiri går ud fra. Kritisk hermeneutik giver muligheden for at sætte et kritisk blik på det normative for at skabe en større forståelseshorisont, der kan bidrage til udvikling af en ny forståelse og anvendelse af et fænomen (Juul & Pedersen, 2021; Ricoeur et al., 2002).

Der tilstræbes med den kritiske hermeneutik efter en forståelse og fortolkning af den makro – og mesopolitiske sundhedsdiskurs (Juul & Pedersen, 2021; Teglgaard Christensen & Schwennesen, 2021) for at finde det normative udgangspunkt, der kan bidrage til besvarelsen af problemformuleringen.

Ved at benytte Ricoeurs kritiske hermeneutik som fundament, tages der også et udgangspunkt i *det levede liv*, som tager udspring i de oplevelser og erfaringer, der er en del af respondenternes forforståelse (Gildberg & Hounsgaard, 2018; Ricoeur et al., 2002). Det må tages med i betragtningen, at lederne på sygehuset har tidligere oplevelser og erfaringer med lignende tiltag vedrørende organisationsforandringer og kvalitetssikringer. Med den bagvedliggende tanke om at forskeren bidrager med egen forforståelse, skaber det et grundlag for potentielt at opnå en horisontsammensmeltning (Juul & Pedersen, 2021; Teglgaard Christensen & Schwennesen, 2021). I specialegruppen er dette blandt andet formet gennem den indledende søgning og problemanalyse. For at forandring kan ske i en organisation, er der behov for at have et fokus på de normative værdier, der er til stede hos lederne i den kontekst, der ønskes undersøgt. I den kritiske hermeneutik er det centralt at indsamle viden om kulturelle, sociale og økonomiske faktorer, der kan påvirke ledernes forståelseshorisont og de bagvedliggende perspektiver og bevæggrunde for, om lederne ønsker en forandring. Der tilstræbes med en kritisk hermeneutisk tilgang at have en kritisk refleksion over nutidige magtstrukturer, som for eksempel økonomiske prioriteringer eller politiske retningslinjer. Den kritiske refleksion kan potentielt medvirke til at udfordre og nuancere eksisterende opfattelser (Teglgaard Christensen & Schwennesen, 2021), hvilket på sigt kan medføre en forandring i organisationens tilgang til behandling.

6.0 Metode

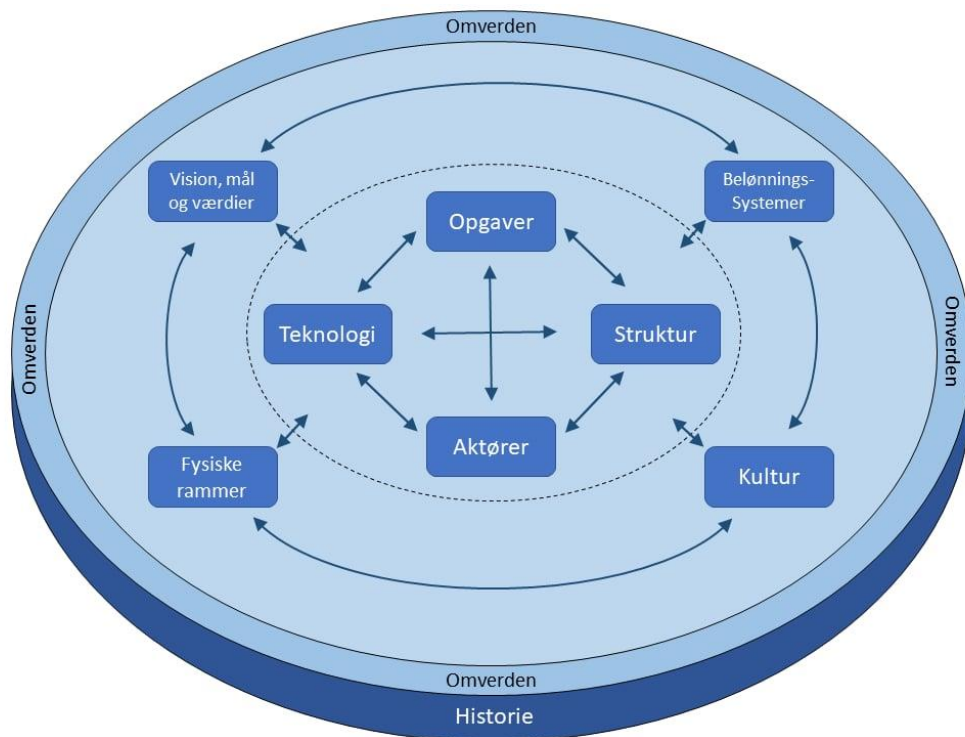
6.1 Rammeværktøj - Leavitt-Ry

Leavitt-Ry modellen vil blive anvendt som rammeværktøj fremadrettet. Modellen omhandler organisationsforandringer og kan anvendes til at undersøge og analysere på de forskellige muligheder, der er for at arbejde med organisationsforandringer og arbejdsprocesser (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002). Modellen kan bidrage til at forstå og analysere bredt på de komplekse organisationsforandringer, der kan opstå ved en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer på et sygehus. Derudover kan Leavitt-Ry modellen hjælpe til at simplificere og give et overskueligt billede af en kompleks problemstilling, som en forandringsproces i en sundhedsorganisation kan være.

Leavitt-Ry modellen beskriver en organisation ved hjælp af kerneelementerne *struktur*, *aktører/mennesker*, *opgaver* og *teknologi*, der dynamisk påvirker hinanden i en organisation (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002). Et vigtigt grundelement i Leavitt-Ry modellen er, at kerneelementerne har en dynamisk påvirkning på hinanden (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002). Dette betyder, at bliver der ændret i et af kerneelementerne, vil det have påvirkning på de andre kerneelementer.

Bliver der i forandringsprocessen på et sygehus ændret i kerneelementet opgaver, som er målsætning og arbejdsopgaver på sygehuset, så vil det påvirke kerneelementet struktur ved at der skal være en ny rollefordeling eller, at den hierarkiske ansvarsfordeling skal ændres. I kerneelementet aktører/mennesker kan medarbejderne have behov for at få en øget viden ved uddannelse, når der sker en ændring i opgaverne. Denne øgede viden kan medføre en ændring i organisationens kommunikationsmønstre. Kommunikationsmønstre kan for eksempel være måden hvorpå medarbejderne tilgår en behandling til en patient - såsom med organisatoriske sundhedskompetencer. Endeligt vil der i kerneelementet teknologi kunne være behov for indkøb af ny teknologi til at kunne understøtte udførsel af de ændrede opgaver i sygehuset. Udover de nævnte kerneelementer er der også andre faktorer, der kan påvirke en organisationens ændring - såsom *omverden*, *organisationens historie*, *kulturen i organisationen*, *belønningssystemer*, *fysiske rammer* og *organisationens visioner, mål og værdi* (Visualiseret i figur 1).

Ved at anvende Leavitt-Ry modellen som rammeværktøj kan det bidrage til en mere systematisk tilgang til belysning af problemformuleringen og derved muliggøre en mere præcis og helhedsorienteret besvarelse på problemstillingen.



Figur 1 Leavitt-Ry modellen baseret på (Ry & Ry Nielsen, 2002) model, men med specialegruppens egen tilvirkning.

6. 2 Litteratursøgning

I litteraturstudiet vil der være fokus på besvarelse af en del af problemformuleringen som er : *hvad kræver det for at skabe en forandring med baggrund i organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation?*

Årsagen til at fokusere på denne del af problemformuleringen er, at der kan findes empiri fra studier om forandring og implementering af organisatoriske sundhedskompetencer.

6.2.1 Indledende søgning

Der blev foretaget en indledende litteratursøgning i forbindelse med opstart og afklaring af specialets problemfelt. En indledende søgning har til formål at indkredse og opnå en større viden indenfor et problemfelt (Bjerrum, 2005). Der blev under den indledende litteratursøgning søgt bredt på internettet i både systematiske databaser og ved hjælp af Google og Google Scholar. Den initierende søgning er således en teknik for at komme dybere ind i vidensfeltet og for at identificere kernebegreberne mere eksplorativt (Bjerrum, 2005). Der blev anvendt fritekstsøgninger og kædesøgninger, hvor de fundne studier og rapporters referenceliste blev anvendt til den videre søgning. Ved at anvende andre studiers og rapporters referenceliste giver det en mulighed for at finde kilder og studier, der muligvis ikke var fremkommet under den initierende søgning. Søgeteknikken med at søge frem og tilbage i andre studiers referencelister kaldes også prospektiv og retrospektiv kædesøgning. Den prospektive kædesøgningens formål var at finde litteratur, der brugte de fremsøgte studier, hvorimod den retrospektive søgning blev anvendt til at følge en specifik forfatter (Rienecker & Stray Jørgensen, 2022).

Der skal dog være en opmærksomhed på at der i den indledende søgning, kan opstå selektionsbias ud fra søgers forforståelse og deraf tilbøjelighed til at følge referencer, der hovedsageligt bekræfter den eksisterende forforståelse (Rienecker & Stray Jørgensen, 2022). Specialegruppen har derfor været opmærksom på denne bias for at sikre, at der kommer andre studier med end blot dem, der findes gennem andre studiers referencer. Den indledende søgning har skabt grundlaget for både den forforståelse specialegruppen har om det normative udgangspunkt, begrebet organisatoriske sundhedskompetence og de eksisterende standarder på et sygehus. Samtidig har den indledende søgning understøttet den systematiske søgning med hensyn til at identificere nøgleord og begreber.

6.2.2 Systematisk litteratursøgning og søgestrategi

Formålet med litteraturstudiet var at indhente viden om organisationsforandringer i en sygehuskontekst for at kunne belyse den komplekse problemstilling, det kan kræve at implementere organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation og give en mulighed for en nuanceret besvarelse af problemformuleringen. Derudover skal den systematiske søgning bidrage til en mere robust konklusion, som sikrer den mest opdaterede viden indenfor problemfeltet og dermed styrke både den interne og eksterne validitet (Frandsen & Eriksen, 2020). Endeligt vil den systematiske søgning øge transparensen af søgeprocessen, hvorved risikoen reduceres for ufuldstændig afrapportering af litteratursøgningsprocessen (Frandsen & Eriksen, 2020).

I de følgende afsnit vil de metodiske til- og fravalg blive gennemgået i relation til litteraturstudiets systematiske litteratursøgning.

For at kunne identificere fokusområder og emneord ud fra den indledende søgning anvendte specialegruppen PICO – værktøjet (Tabel 1), hvilket skulle medvirke til at gøre den systematiske søgning mere skarp og finde de specifikke ord, der vil kunne indfange og rumme specialets problemfelt (Rienecker & Stray Jørgensen, 2022). PICO er et systematisk værktøj, der opdeles i *patienter* (P), *intervention* (I), *sammenligning* (C) og *outcome* (O) (Rienecker & Stray Jørgensen, 2022).

Derefter blev de valgte emneord afprøvet på forskellige sundhedsfaglige databaser for at give inspiration til andre synonymer samt for at finde studier, der kunne inspirere til nøgleord i den videre søgning. Efter dette søgte specialegruppen rådgivning hos en bibliotekar, der besad indsigt i sundhedsfaglige databaser og emner, for bedre at kunne kvalificere den systematiske søgning. For at kvalificere søgningen blev der udarbejdet en søgeprofil for hver udvalgt database for at skabe transparens og overblik over den systematiske søgning (Lund et al., 2014). Søgeprofilen blev opstillet ud fra de udvalgte fokusområder i den systematiske søgning, hvilket gav mulighed for at kunne kontrollere den systematiske litteratursøgning og dermed undgå bias i søgningen (Lund et al., 2014). PICO blev anvendt som udgangspunkt, så der systematisk kunne søges efter emneord og synonymer, der kunne bidrage til dannelse af fokusområderne.

	Problem	Metode	Sammen- ligning	Resultat
Dansk	Organisation Sygehus Sundhedsorganisation	Organisatoriske sundhedskompetencer Individuelle sundhedskompetencer Færdighed	Kultur (værdier, normer)	Forandring
Engelsk	Organisation Hospital Health organisation	Organisationel Health literacy Organizationally Health literacy Literacy Health literacy Responsiveness	Values Culture	Short and long Change Change management Organizational change

Tabel 1 Initierende udarbejdet PICO, med initierende nøgleord.

Den systematiske litteratursøgning blev udarbejdet som en bloksøgning med tre udvalgte fokusområder med baggrund i de fundne kernebegreber: *organisational change*, *organisational health literacy* og *health literacy*. Organisational change som fokusområde 1 blev valgt, da det inkluderede organisationens kultur, forandringer og normative værdier. Organisational health literacy som fokusområde 2 blev valgt for at involvere begrebet organisatoriske sundhedskompetencer - som metoden, der skal inkluderes i den organisatoriske forandring i en sundhedsorganisation. Health literacy blev valgt som nøgleord, da det er udgangspunktet for udviklingen af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer. Health literacy er et selvstændigt begreb, der har fokus på patientens individuelle sundhedskompetencer, hvor organisatoriske sundhedskompetencer tager udgangspunkt i sundhedsorganisationens betydning for implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer. Det blev besluttet ikke at inkludere sygehus som et nøgleord, da organisatoriske sundhedskompetencer er relevante for alle typer sundhedsorganisationer. Ved at begrænse konteksten til sygehuse kunne relevante studier for specialet risikere at blive overset. Formålet er at sikre en bredere forståelse og anvendelighed af de organisatoriske sundhedskompetencer på tværs af forskellige sundhedsmiljøer.

Nøgleord til bloksøgning			
Fokusområde	1	2	3
Nøgleord	Organisational change	Organisational Health literacy	Health literacy

Tabel 2 Oversigt over de tre fokusområder med inkluderende nøgleord, der blev valgt som udgangspunkt i forhold til den systematiske søgning.

6.2.3 Databaser i litteraturstudiet

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i tre databaser: PubMed (PubMed), CINAHL (CINAHL with full text1981) og Scopus (Scopus1996) den 20. marts 2024.

Indenfor søgning i sundhedsvidenskab er det relevant at søge i flere videnskabelige databaser for at opnå en dybdegående og grundig søgning (Lund et al., 2014). Ved at den systematiske litteratursøgning blev foretaget i de tre databaser, gav det en bedre forudsætning for at opnå en flervidenskabelig tilgang til besvarelse af dele af problemformulering. PubMed er en af de største videnskabelige databaser, der indeholder forskningslitteratur med et biomedicinsk fokus (Lund et al., 2014) og databasen blev anvendt grundet dens størrelse og mulighed for at indfange mange studier og empiri om organisationsforandringer i en sundhedsorganisation. CINAHL er en database, der overvejende består af forskningslitteratur relateret til sygepleje, patient oplevelser og erfaringer (Glasdam & Beedholm, 2015; Lund et al., 2014) og blev anvendt, da den indeholder kvalitativ forskning med et humanvidenskabeligt perspektiv i forbindelse med besvarelsen af specialet problemformulering. Den kvalitative forskning i databasen CINAHL har et fokus på de “blødere værdier”, hvilket begrebet patienternes individuelle sundhedskompetencer - health literacy - omfavner. Tilsvarende blev databasen Scopus anvendt, da det er en videnskabelig database, der indeholder forskningslitteratur indenfor medicin, naturvidenskab og socialvidenskab, og som samtidig har et stort indhold af peer reviewed artikler (Lund et al., 2014). Derudover blev Scopus anvendt, da den er fritekstbaseret, hvilket giver bedre forudsætninger for en bred søgning, der ikke var låst af MeSH termer. Da Scopus er fritekstbaseret, giver dette mulighed for en bredere søgning uden begrænsninger af specifikke emneord, hvilket potentielt kan resultere i, at der kan fremkomme andre relevante resultater med nye perspektiver på problemstillingen.

6.2.4 Søgeteknik

Som en del af dokumentationen i forbindelse med specialets systematiske litteratursøgning blev der udarbejdet en søgeprofil (bilag 1.3), hvilket indebærer en systematisk og struktureret tilgang til søgning, der giver mulighed for gentagelse af søgningen. Da der løbende bliver udgivet nye artikler, har specialegruppen valgt at dokumentere, hvilken dato søgningen er udført på, da en gentagelse af søgningen på et senere tidspunkt vil kunne give flere hits. En søgeprofil skal indeholde en strategi for søgningen - herunder anvendte databaser, hjemmesider, anvendte søgeord og antal hits for hver søgning, for at søgningen skal kunne gentages (Rienecker & Stray Jørgensen, 2022). Søgeprofilen sætter dermed læseren bedre i stand til at kunne vurdere kvaliteten af den udførte søgning, hvilket er med til at højne validiteten ved at søgeprofilen, som værktøj skaber en mulighed for at dokumentere søgningens indhold overfor læseren. Validitet højnes ved, at resultaterne af den systematiske litteratursøgning er pålidelige og konsistente. Der skal være en transparens omkring søgningen og den skal kunne være reproducerbar (Glasdam & Beedholm, 2015). Yderligere højnes validiteten i en søgeprofil ved, at der er fokus på relevans, intern validitet - troværdigheden af studiet og ekstern validitet - anvendeligheden eller overførbareheden af de fundne studier.

I søgeprofilen blev der anvendt relevante kernebegreber og nøgleord med udgangspunkt i specialets problemformulering og fra den initierende søgning. De enkelte nøgleord: *organisationsforandringer*, *organisatoriske sundhedskompetencer* og *sundhedskompetencer* blev oversat til engelske termer, hvorefter der blev fundet synonymer for nøgleordene ved hjælp af de fundne studiers nøgleord, online ordbøger og Google oversættelser. Derudover blev der fundet inspiration i de fundne studiers søgebilag, som havde relevans i forhold til belysning af problemformuleringen. I identifikationen af emneord og nøgleord blev det fundet, at stavemåden på de engelske udtryk, som for eksempel organisation, var påvirket af, om studiet var skrevet på engelsk eller amerikansk. I den engelske udgave blev det stavet *organisational* og på amerikansk blev det stavet *organizational*, hvormed begge måder skulle anvendes i den systematiske søgning. Derefter blev de individuelle udvalgte nøgleord undersøgt via databasernes thesaurus for at finde indekseringen på de individuelle nøgleord. For yderligere at øge præcisionen i den systematiske litteratursøgning blev thesaurus og fritekstsøgning kombineret med flere af søgeordene.

Thesaurus er kontrollerende emneord, som samler lignende synonymer under et samlet begreb, hvorfor det giver mulighed for at søgningen medtager alle de studier, der har anvendt

de valgte indekserede emneord (Lund et al., 2014). Da databaserne Pubmed og CINAHL blev anvendt til søgningen, var thesauruserne *MeSH* og *Cinahl* subject headings. Anvendelse af thesaurus er med til at give et mere præcist søgeresultat ved at øge søgningens *recall* (genfinding) og *precision* (præcision) (Lund et al., 2014). Recall henviser til antallet af identificerede brugbare referencer, der er fundet i søgningen i forhold til de relevante referencer, der indgår i databasen (Lund et al., 2014). Dette betyder, at jo højere recall jo flere relevante referencer indgår der fra databasen i den systematiske søgning. Da thesaurus kan finde de relevante synonymer for udvalgte søgeord i fokusområderne, kan det være med til at øge søgningens *precision*, hvilket henviser til antallet af relevante hits i søgeresultatet (Lund et al., 2014). Fritekstsøgning blev anvendt efter thesaurus for at udvide søgningen, men blev indsnævret til at søgeordene skulle fremkomme i *title* og/eller *abstract*. Indsnævringen blev valgt for at undgå unødvendig støj i søgning, hvilket kan være for mange hits, der ikke rummer det, der søges efter. Derudover blev der som søgeteknik i fritekstsøgningen anvendt *trunkering* (*) og *frasesøgning* (" "). Anvendelse af trunkering indbefatter, at databasen medtager alle endelser på søgeordet, hvilket er med til at udvide søgningen. Frasesøgningen anvendes, når søgeordet består af flere ord i en bestemt rækkefølge, som der skal søges efter i databasen (Lund et al., 2014; Rienecker & Stray Jørgensen, 2022).

Færre fokusområder end tre vil give flere hits men mindre præcise resultater, hvor flere end fire vil give færre hits, men risiko for at relevante studier ikke medtages (Glasdam & Beedholm, 2015). I specialet er valgt at arbejde med tre fokusområder - organisational change, organisational health literacy og health literacy.

For at kunne kombinere de tre fokusområder i den systematiske litteratursøgning blev der anvendt de boolske operatorer AND og OR, som er med til at kombinere og opbygge søgningen på tværs af fokusområderne (Lund et al., 2014; Rienecker & Stray Jørgensen, 2022). Den boolske operator OR blev anvendt for at sikre en udvidet søgningen mellem synonymerne i de enkelte fokusområder, hvorved der opnås en større foreningsmængde af synonymerne (Lund et al., 2014; Rienecker & Stray Jørgensen, 2022). Den boolske operator AND blev anvendt mellem søgningens tre fokusområder for at kombinere dem og med formål at indsnævre søgningen (Lund et al., 2014; Rienecker & Stray Jørgensen, 2022), hvorved der opnås en fællesmængde af studierne. I tabel 3 fremgår et eksempel på søgeprofil fra en af de tre udvalgte databaser. Søgeprofilerne fra alle de tre anvendte databaser kan ses i bilag 1.

PubMed 20.03.2024		
	Søge detaljer	Resultater
9	"Organizational Health Literacy"[Title/Abstract] OR "organisational health literacy"[Title/Abstract] OR ("Health Literacy"[MeSH Terms] OR "literacy*"[Title/Abstract] OR "literate*"[Title/Abstract]) AND ("Organizational Innovation"[MeSH Terms] OR ("organizational change*"[Title/Abstract] OR "organizational change*"[Title/Abstract] OR "change management*"[Title/Abstract] OR "organizational innovation*"[Title/Abstract] OR "organisational innovation*"[Title/Abstract]))))	157
8	("Health Literacy"[MeSH Terms] OR "literacy*"[Title/Abstract]) AND ("Organizational Innovation"[MeSH Terms] OR ("organizational change*"[Title/Abstract] OR "organizational change*"[Title/Abstract] OR "change management*"[Title/Abstract] OR "organizational innovation*"[Title/Abstract] OR "organisational innovation*"[Title/Abstract]))	68
7	"Organizational Health Literacy"[Title/Abstract] OR "organisational health literacy"[Title/Abstract]	89
6	"Organizational Innovation"[MeSH Terms] OR "organizational change*"[Title/Abstract] OR "organizational change*"[Title/Abstract] OR "change management*"[Title/Abstract] OR "organizational innovation*"[Title/Abstract] OR "organisational innovation*"[Title/Abstract]	31,855
5	"organizational change*"[Title/Abstract] OR "organizational change*"[Title/Abstract] OR "change management*"[Title/Abstract] OR "organizational innovation*"[Title/Abstract] OR "organisational innovation*"[Title/Abstract]	5,392
4	"Organizational Innovation"[MeSH Terms]	27,867
3	"Health Literacy"[MeSH Terms] OR "literacy*"[Title/Abstract]	35,531
2	"literacy*"[Title/Abstract] OR "literate*"[Title/Abstract]	33,609
1	"Health Literacy"[MeSH Terms]	9,967

Tabel 3 Systematisk bloksøgning foretaget i Pubmed. [Title/abstract] = fritekstsøgning, MeSH = Thesaurus indeksering.

6.2.5 Inklusions og eksklusionskriterier og udvælgelse af studier

Inden gennemgang og udvælgelse af studier blev der udvalgt og opstillet relevante inklusions og eksklusionskriterier for at præcisere søgningen til litteraturstudiets problemformulering. Da der i problemformuleringen indgår sygehus som kontekst og organisationsforandring, skulle de inkluderede studier, så vidt som muligt kunne overføres til de danske sygehuse. Ved at anvende studier, der er overførbare til den danske kontekst, vil det højne den eksterne validitet i forhold til besvarelse af problemformuleringen. Den sproglige formidling af studierne havde betydning for specialegruppens forståelse, hvorfor studier på andre sprog end dansk, engelsk, svensk og norsk blev ekskluderet på baggrund af sproglige barrierer.

Organisationsforandring skulle være et emne i studierne, da der blev søgt efter tidligere empiri om organisationsforandringer, som kunne bidrage til besvarelsen af problemformuleringen. Peer reviewed artikler er med til at sikre videnskabelighed og kvalitet i studierne, da der har været flere forskere inde over udgivelsesprocessen ((Glasdam & Beedholm, 2015). Derfor er dette et inklusionskriterie i den systematiske litteratursøgning.

For at sikre at organisationsforandringerne kunne være overførbare til den danske sygehuskontekst blev de studier, der omhandlede forandringer i andre organisationer end de sundhedsfaglige, ekskluderet. Derudover handler problemfeltet om organisationsforandringer på et overordnet plan, hvorfor patient- og sygdomsspecifikke studier blev ekskluderet. Der blev fastlagt en tidsramme for de relevante studier med henblik på at sikre, at den indhentede viden var tidssvarende og kunne relateres til eksisterende samtid/aktuelle kontekst. Den overordnede tilgang til litteratursøgning har været præget af en bred søgestrategi, hvor der er blevet lagt vægt på at undgå for mange eksklusionskriterier, således at de mest relevante studier ikke blev sorteret fra på grund af udvalgte filtreringer. Inklusions og eksklusionskriterier i den systematisk litteratursøgning fremgår i tabel 4.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sundhedsorganisationens kontekst skal være overførbart til en dansk sygehuskontekst Studier på dansk, engelsk, svensk og norsk Organisationsforandring skal indgå som emne Peer-reviewed artikler	Organisationer, der ikke arbejder med sundhed Ikke vestlige lande Emnet er patient- og sygdomsspecifikt Litteratur før år 2000

Tabel 4 Oversigt over inklusionskriterier og eksklusionskriterier i den systematiske litteratursøgning.

6.2.6 Udvælgelse af studier

Udvælgelsen af studierne blev opdelt over fire trin. I første trin blev hitsene fra databasesøgningen overført til RefWorks (Aalborg universitetsbibliotek,), som er et kildemanagement program. I RefWorks blev de indhentede studier placeret i mapper, der var navngivet efter de individuelle databaser. I trin to blev hver enkelt mappe gennemgået på titel og abstract for at sikre at studierne opfyldte de udvalgte inklusions- og eksklusionskriterier. I trin tre blev de resterende studier gennemlæst, hvor studiernes kvalitet blev vurderet og relevansen af studiernes indhold blev diskuteret i plenum. Endeligt blev der i trin fire udvalgt 4 studier, der skulle bidrage til at opnå en nuanceret forståelse og besvarelse af problemformuleringen.

6.3 Interview

På baggrund af den videnskabsteoretiske position, kritisk hermeneutik og specialets problemformulering skulle empiri indhentes ved hjælp af kvalitative interviews, som ville give mulighed for at høre respondentens forståelse af den givne problematik. Den kritiske hermeneutik har en epistemologisk relativisme, hvor viden og fortolkning af sandhed kan variere afhængig af kultur, samfund og individet, hvormed individets forforståelse er central i konstruktionen af viden og udspringer fra eksisterende viden (Jagosh, 2020; Juul, 2012). I de kvalitative interviews var formålet at indhente viden om de fire kerneelementer teknologi, opgaver, struktur og aktører, som alle vil have en gensidig påvirkning på hinanden og på et outcome (Ry & Ry Nielsen, 2002). Med udgangspunkt i valget af kritisk hermeneutik skaber det mulighed for at få respondenternes fortolkning af, hvorledes de fire elementer skulle samarbejde for, at der ville ske en organisationsforandring samt hvilke kontekster, der skulle være til stede for, at forandringen vil få bedst mulig succes i praksis.

6.3.1 Rekruttering

Der søges at undersøge, hvad der kan generere forandringer ved at identificere bagvedliggende kontekster i en sundhedsorganisation, hvorfor der blev rekrutteret respondenter, som er på et organisatorisk administrativt ledelsesniveau og derfor kan have empiri om organisationsforandringer. Dette reducerede det antal af respondenter, som kunne opfylde rollen som respondent i henhold til belysning af specialets problemformulering. Der blev valgt en formålsfuld rekruttering for at indhente respondenter med et relevant vidensniveau, som også havde erfaring med organisationsledelse og forandring. En formålsfuld rekruttering er en rekrutteringsproces, hvor undersøger formålsfuldt styrer efter respondenter, der ligger inde med den relevante viden, som kan besvare forskerspørgsmålet (Merriam & Tisdell, 2015).

Derfor blev der udsendt invitationer til et udsnit af de overordnede direktører for sygehuse i Region Nordjylland. Respondenterne, der blev inviteret, havde en relevant uddannelse, erfaring og specialviden, hvorved interviewet skulle anses som værende et eliteinterview. Eliteinterviewet er med personer, der ofte besidder magtfulde positioner, er eksperter på deres område og er ledere (Kvale & Brinkmann, 2015; Richards, 1996). I forbindelse med rekrutteringen var der overvejelser om, hvorvidt respondenterne kunne blive påvirket af, om de var leder for den somatiske eller psykiatriske del af sygehuset grundet dets forskellige kulturer og værdisætning i de forskellige afdelinger af sygehusvæsenet. På baggrund af det niveau i organisationen respondenterne besidder vil det være interessant at afklare om, der kunne være værdimæssige forskelle i opfattelsen af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer i henhold til specialet.

Ved et interview af en eliteperson skal der tages særlige hensyn til både begrænset adgang til respondenterne, de spørgsmål der stilles samt respondenternes vidensniveau og erfaringer på området og tidligere mundtlige og skriftlige udtalelser (Richards, 1996). Derfor skulle den første skriftlige invitation til respondenterne kort forklare hvordan og hvorfor, de blev udvalgt til studiet samt deres relevans for at besvare spørgsmålene.

Valget af en respondent skal gerne være så repræsentativt som muligt, da respondenterne og dennes tolkninger er afgørende for besvarelsen af forskerspørgsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015; Richards, 1996). Der var to respondenter, der takkede ja til interview, hvilket kan anses som få respondenter, men da det i forvejen var begrænset, hvem der kunne opfylde inklusionskriterierne og besad den tilsvarende stilling i sundhedsorganisationen, må det

anses, at de to respondenterne kunne medvirke til at give en belysning af problemformuleringen. Var der dog inkluderet flere respondenter, ville det kunne have bidraget til en mere nuanceret fortolkning af problemet. En væsentlig del af inklusionskriterierne var, at respondenterne arbejdede inden for samme geografiske område/region. Dette valg afspejlede specialegruppens forforståelse af mulige regionale forskelle af prioriteringer, der kunne påvirke ledernes syn på behovet for at integrere organisatoriske sundhedskompetencer.

Som en del af forberedelsen til interviewet er det vigtigt at sikre, at elitepersonen kender rammerne af interviewet, får en viden om, hvad problematikken er, formålet med interviewet og hvad interviewets data ønskes anvendt til (Richards, 1996). En uge inden interview blev der tilsendt et mere udførligt informationsbrev om specialelets problemstilling og hvad der ønskedes respondentens fortolkning af og på samt interviewspørgsmålene, en samtykkeerklæring og en grov oversættelse af Vienna modellen til dansk. Dette blev sendt til respondenterne, så de havde en mulighed for at se rammerne for interviewet og forberede sig.

Elitepersoner er nøglepersoner i henhold til fænomener, hvori det er muligt at få en beretning fra en hovedaktør (Richards, 1996) i en organisatorisk forandring. Det er vigtigt at bemærke, at valget af en eliteperson til undersøgelsen også kan være problematisk inden for rammerne af den kritiske hermeneutik. Elitepersoner, som besidder den øverste magtposition i organisationen, har ofte en anden tilgang til organisatorisk forandring end medarbejdere på lavere niveauer i hierarkiet. Medarbejdernes og ledelsens perspektiver og interesser i at initiere en forandring i sundhedsorganisationen kan variere betydeligt.

Et interview er en professionel samtale, hvor både interviewer og respondent kan påvirke hinanden og dermed konstruktionen af viden. Derfor kan der i samtalen være en asymmetri af magt mellem interviewer og respondent, da interviewer har en form for autoritet i at kunne fastsætte de overordnede rammer for interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette står dog i skarp kontrast til den magtasymmetri, der ofte er til stede i et eliteinterview. En eliteperson er gerne vant til at sætte rammerne og blive hørt på i henhold til interviews (Richards, 1996), hvorved magtasymmetrien kan påvirkes af både rammesætningen fra interviewguiden, men også af respondenterne, hvorved det er yderst nødvendigt at skabe et godt udgangspunkt for interviewet.

6.3.2 Interviewguiden

Ved udarbejdelsen af interviewguiden skulle der tages flere elementer med i overvejelserne. Der ønskes en forståelse af respondentens perspektiv i forhold til den normative diskurs i relation til organisatoriske sundhedskompetencer. Den normative diskurs handler om den standard, der anses for at være gældende for respondenterne i sundhedsorganisationen og hvorledes den kan påvirke implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer. For at sikre at respondenterne kan svare og har forståelse for begrebet organisatoriske sundhedskompetencer, er der derfor valgt en tilgang til interviewguiden, som tager udgangspunkt i en teacher-learner cycle fra kritisk realisme. En teacher-learner cycle, kommer fra det realistiske interview, hvor informanten oplæres i den bagvedliggende teori for derefter at kunne give deres fortolkning af, om teorien vil have virkning i praksis (Manzano, 2016). Da det er den kritiske hermeneutiske tilgang, der ønskes, er formålet således at forstå og fortolke sociale fænomener og kontekster med henblik på at afdække magtrelationer, ideologier og underliggende strukturer (Dahlgren & Fredslund, 2012; Gildberg & Hounsgaard, 2018; Juul, 2012). Der er i den kritiske hermeneutik en forforståelse af, at hver sandhed er præget af det levede liv, skabte erfaringer og konteksten respondenterne befinder sig i. Derudover er der valgt Leavitt-Ry modellen som rammeværktøj til strukturering og opbygning af spørgsmålene i interviewguide. Der ønskes i interviewene at indfangne respondenternes fortolkninger i forbindelse med kerneelementerne *opgaver*, *aktører*, *teknologi* og *struktur* i relation til en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer.

Spørgsmålene ved kerneelementet opgaver anvendes for at søge efter, hvilke arbejdsopgaver og hovedfunktioner - som sundhedsorganisationen skal udføre - som vil muliggøre anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer, så der kan initieres en forandringsproces. Spørgsmålene, som blev udarbejdet med fundament i kerneelementet aktører, søgte at belyse hvilke organisatoriske niveauer og sundhedsorganisatoriske medarbejdere, der skal indgå i forandringsprocessen. Derudover søges det at belyse værdier, viden, færdigheder og motivation i forbindelse med en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer fra et ledelsesmæssigt perspektiv. Videre blev kerneelementet teknologi anvendt i interviewguiden for at afdække arbejdsprocesser og administrative procedurer, der har relation til teknologien og som kan være nødvendige at prioritere i forbindelse med implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer. Endeligt søgtes det at afklare de mere stabile systemer i kerneelementet struktur, såsom den hierarkiske

arbejdsfordeling i hele organisationen på sygehuset samt den horisontale ansvarsfordeling på de individuelle afdelinger. I belysningen af struktur søges der at belyse kommunikationsmønstre indenfor organisationen, som eventuelt skal ændres og forstærkes i forandringsprocessen. Ved at tage udgangspunkt i Leavitt-Ry modellens kerneelementer bliver der mulighed for at simplificere den komplicerede proces, en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer kan være for sygehuse. I anden del af interviewet belyses respondenternes fortolkninger af at skulle anvende Vienna modellen, hvor spørgsmålene tager udgangspunkt i de samme kerneelementer, som i første del af interviewet.

Spørgsmålene blev udformet semistruktureret for at opnå en eksplorativ tilgang til besvarelsen af spørgsmålene. Den semistrukturerede tilgang bidrager til at bibeholde en grad af struktur, hvormed valget om en teacher-learner tilgang skulle bidrage til, at respondenterne opnår viden og forståelse om teorien i forhold til problemfeltet.

Interviewguiden blev opdelt i to dele - første del for at få respondenternes perspektiver på anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer i deres sundhedsorganisation og i anden del for at afklare om selvevalueringsværktøjet Vienna modellen er anvendelig i en dansk sygehuskontekst.

Interviewguiden er baseret på spørgsmål, der er dannet ud fra specialegruppens forforståelser omkring Vienna modellen og begrebet organisatoriske sundhedskompetencer. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at specialegruppens forforståelser og refleksioner om problemfeltet kan påvirke respondenternes fortolkning. Måden specialegruppen kan have påvirket respondenternes fortolkning på, er ved at informationen og spørgsmålene er udarbejdet af specialegruppen, hvorved specialegruppen kan have påvirket vægtning af visse elementer i materialet. Derudover er det nødvendigt at forstå interviewdata i den relevante sociale, kulturelle og historiske kontekst for at kunne forstå deres betydning og implikationer (Dahlgren & Fredslund, 2012). På den baggrund er der behov for at undersøge samtiden, som disse organisatoriske forandringer skal foregå i og hvilken betydning det har på, om en forandringsproces vil blive initieret.

Baggrunds overvejelser til spørgsmål/ essens	Leavitt-Ry kerne elementer	Spørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende spørgsmål Begrebsafklaring – i henhold til fortolkning Hvilke specifikke aktiviteter eller processer, som lederen ser, en organisation skal anvende for at levere organisatoriske sundhedskompetencer	Opgaver	Har du tidligere været introduceret til begrebet organisatoriske sundhedskompetencer?	Hvad er din forståelse af organisatoriske sundhedskompetencer? Ud fra dit perspektiv hvad kan organisatoriske sundhedskompetencer bidrage med i din organisation?

Tabel 5: Udsnit af interviewguide – hele interviewguiden kan ses i bilag 6.

Ved interviewstart blev der afholdt en kort briefing til respondenterne, som havde til formål at informere om interviewets formål, eventuelle retningslinjer, samtykkeerklæring og hvilken anonymitet respondenterne kan forvente. En briefing kan fungere som en tillidsvækker mellem interviewer og respondent, hvor interviewer også introducerer andre deltagere, såsom for eksempel en assistent eller referent (Brinkmann & Tanggaard, 2022). Specialegruppens medlemmer har bibeholdt den uddelte rolle i interviewsituationen, således at interviewer, referent og assistent var den samme gennem begge interviews. Efter endt interview blev der afholdt en debriefing, der har til formål at afrunde interviewet, hvor der blandt andet er mulighed for at takke respondenterne for deltagelse samt give respondenterne mulighed for at stille ekstra spørgsmål (Brinkmann & Tanggaard, 2022).

6.3.3 Ethiske overvejelser

I forbindelse med indhentning og bearbejdning af kvalitative data, er det nødvendigt at sikre god etisk praksis. For at opretholde god etisk praksis skal det blandt andet sikres gennem fortrolighed og anonymitet af respondenterne, så de ikke oplever ubehag eller repressalier i forbindelse med eller efter interviewet (Brinkmann & Tanggaard, 2022; Kvale & Brinkmann, 2015). Derudover er generaliserbarhed og troværdighed af studiets resultater fundamentet på forskerens etik og de valg, der tages i forbindelse med analyse af de indhentede data (Merriam & Tisdell, 2015). Og respondenterne i studiet tilhører en lille elitær gruppe, er det ikke muligt fuldt ud at anonymisere deres identitet og som et led i databearbejdningen vil respondenterne ikke kaldes med navn, men blive tildelt et pseudonym, for at sikre deres anonymitet. Ligeledes vil der i oversigten over respondenter (Tabel 7) ikke blive præciseret om, de er direktører for somatikken eller psykiatrien, deres køn eller den alder respondenteren har. Respondenterne fik tilsendt en skriftlig samtykkeerklæring en uge inden interviewet, for at de havde mulighed for at orientere sig indenfor specialets formål samt praktiske informationer om interviewet. De praktiske informationer var blandt andet, at interviews optages på diktafon, hvorledes de vil blive anonymiseret samt informationer om, hvorledes respondenterne kan trække samtykke tilbage og klagemuligheder, hvis respondenterne har behov for dette. Derudover blev samtykkeerklæringen gennemgået mundtligt som start på interviewet i tilfælde af, at der skulle være opstået tvivlsspørgsmål. Samtykkeerklæringen blev underskrevet af respondenterne og gav skriftligt samtykke til at datamaterialet, der blev indhentet ved interviewet, måtte anvendes i forbindelse med databearbejdning og videre resultatbearbejdning. Samtykkeerklæringen bruges for at sikre at respondenterne er velinformeret og frivilligt deltager i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2015) samt for at sikre en transparens i forbindelse med anvendelse af det indhentede datamateriale.

6.3.4 Kvalitetssikring af interview

I forlængelse af den videnskabsteoretiske position kritisk hermeneutik er det nødvendigt at holde fokus på at, når der udføres et interview, er det et møde af mindst to sæt af forudsætninger, holdninger og interesser (Järvinen, 2005). Der er en forforståelse af både de, der udarbejder interviewguiden og hos respondenterne, hvorved mødet gerne skulle skabe en forståelseshorisont, som kan udvide interviewers horisont og forståelse for problemfeltet. Det indsamlede datamateriale er et produkt af mødet og er et fælles bud på en række plausible forståelser af verden (Järvinen, 2005), hvilket gjorde det nødvendigt at inddrage andre aktører i processen for at kvalitetssikre spørgsmålene.

For at kvalitetssikre interviewspørgsmålene blev det første udkast sendt til både vejleder og til medlemmer i specialegruppens netværk for at højne validiteten af spørgsmålene - som for eksempel konstruktionsvaliditeten og indholdsvaliditeten. Konstruktions- og indholdsvaliditeten udtrykker undersøgelsens evne til at undersøge om, der med spørgsmålene spørges om, det respondenterne svarer på og om spørgsmålene indeholder alle de dele, der skal til for at opnå tilstrækkelig viden om emnet (Gut et al., 2015).

For at sikre konsistens og fuldstændighed i interviewsituationen blev der udvalgt en interviewer, en assistent og en referent, som alle varetog de samme roller under begge interviews. Dette gjorde det muligt at stille spørgsmålene på en ensartet måde og sikre, at ingen observationer gik tabt under interviewsituationen. Interviewene blev optaget på diktafon for at kunne blive transskriberet. Interviewguiden blev pilottestet på specialegruppens medlemmer af den, der skulle fungere som interviewer, for at interviewer blev bekendt med spørgsmålene og interviewguidens opbygning. Pilottesten gav mulighed for at raffinere interviewguiden og gav intervieweren et overblik over tidsrammen til besvarelse af spørgsmålene.

For at sikre anonymitet og fortrolighed blev optagelserne af interviewene overført til en krypteret enhed for sikker opbevaring af data (Datatilsynet,). Der blev udført transskription af interviewene efter fastsatte retningslinjer (Bilag 7) udarbejdet med inspiration fra Kvale og Brinkmann (2015), så transskriptionerne blev ensartet (Kvale & Brinkmann, 2015). Transskriptionerne blev udarbejdet umiddelbart efter interviewene, hvilket også gav mulighed for at indsætte eventuelle observationer og noter fra referatet. Efter transskriptionen blev gennemført, gennemgik specialgruppens øvrige medlemmer transskriptionen og sammenholdte den med lydoptagelsen for at minimere fejl og mangler.

Efter specialeaflevering vil både det indsamlede data fra interviews, herunder lydfiler og transskriberinger samt den underskrevne aftale med respondenterne i form af samtykkeerklæringen blive slettet for at overholde de etiske retningslinjer, som er en del af god forskningsetik.

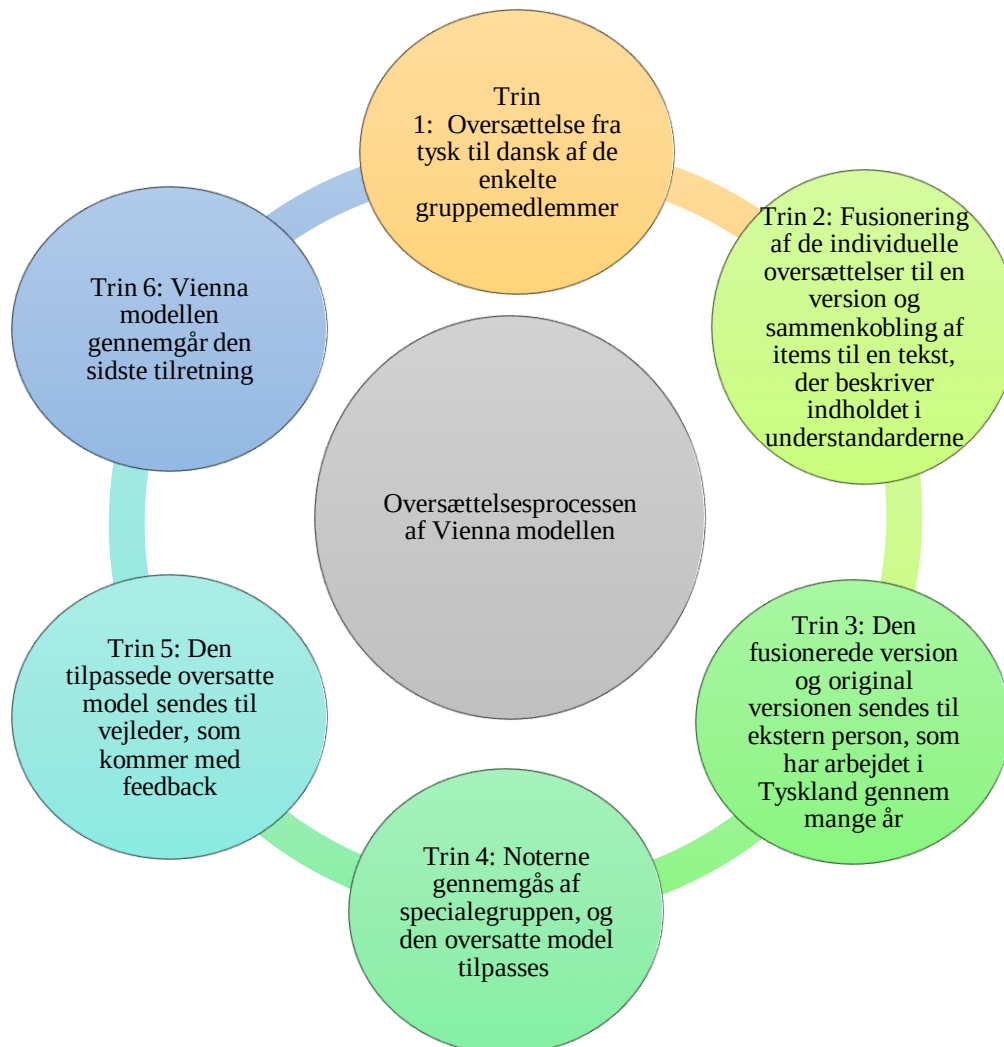
6.4 Oversættelse af Vienna modellen

Som led i respondenternes forståelse af organisatoriske sundhedskompetencer og en del af teacher-learner cycle med respondenterne blev der spurgt ind til anvendelsen af Vienna modellen i en dansk kontekst og hvilke fordele og ulemper, respondenterne kunne se ved modellen. Da den tyske Vienna model endnu ikke er oversat til dansk, var det nødvendigt at udarbejde en grov oversættelse for at få respondenternes perspektiver og fortolkninger af dens anvendelighed.

Oversættelsesproceduren fulgte en *forward - backwards* metode og er opdelt i seks trin (Thorsen, 2005). I trin et oversatte specialegruppen hver for sig hele Vienna model til dansk, hvorefter oversættelsesresultaterne blev samlet, diskuteret og ensrettet i trin to. Til sidst blev de 160 items, der stod i understandarderne samlet og kort forklaret, så modellen var mere overskuelig for respondenterne at tage stilling til. Processen i trin to var for at sikre at der var flere perspektiver på meningen af de enkelte spørgsmål (Willert et al., 2015) - som i Vienna modellen er de ni standarder og deres understandarder. Kvaliteten af oversættelsen til letforståeligt dansk er påvirket af den viden, oversætterne besidder, hvorved oversættelsen kunne være formuleret i et ekspertperspektiv, som kunne misforstås af den lægmand, som skal besvare spørgsmålene og dermed ikke ville kunne forstå meningen (Thorsen, 2005).

På den baggrund blev der i trin fire sendt resultatet af oversættelsen til en person i specialegruppens netværk, som har arbejdet i Tyskland gennem sit fulde arbejdsliv. Dette blev gjort for at kunne rette de sproglige nuancefejl, som gruppen havde lavet samt for at sikre, at oversættelsen var forståelig for en lægmand. I trin fem blev Vienna modellen sendt til vejleder, for at sikre at oversættelse også var i overensstemmelse med vejleders forståelse

af Vienna modellen. I sidste trin gennemgik specialegruppen noterne fra vejleder og raffinerede Vienna modellen en sidste gang.



Figur 2 Visualisering af oversættelsesprocessen af Vienna modellen af Diechter et al 2015 fra tysk til dansk.

6.5 Analysestrategi af interview og litteraturstudie

Som del af menings- og forståelsesafklaring med hensyn til det indsamlede datamateriale fra interviews og litteraturstudie blev der på baggrund af den videnskabsteoretiske position valgt en analysestrategi. Analysestrategien skulle tage hensyn til både respondenternes og specialegruppens forforståelser, så det kunne understøtte specialegruppens forståelse af problemfeltet på en ny måde - ved hjælp af en horisontsammensmeltning. Ricoeurs analysestrategi tager udgangspunkt i den kritiske hermeneutik, hvorfor den anvendes til både behandlingen af empiri fra interviewene samt til analysen af litteraturstudiet.

Ifølge Ricoeur udspringer den hermeneutiske cirkel, som led i forståelse og fortolkning, fra den sociale verden individet kommer fra og retter sig mod individets kritiske idealer (Dahlgager & Fredslund, 2012). Når forforståelser og horisonter mødes, sker der en sammensmeltning af horisonterne, hvilket skaber en ny forståelse, fortolkning eller horisont hos begge parter (Dahlgager & Fredslund, 2012; Ricoeur et al., 2002). Det kan dog diskuteres om, det er en reel cirkel eller en spiral i stedet, da individernes påvirkning på hinanden gør, at de aldrig vil komme tilbage til udgangspunktet for viden, da en forforståelse altid vil ændres, når der sættes fokus på den (Gadamer, 1999). Der er en fortolkende forståelse af, at individet forstår dele af helheden, som til sidst sammensmeltes og giver den fulde horisont. Hvert individ har hver sin horisont, alt afhængigt af hvem der ser på fænomenet og hvilket kritisk ideal, individet retter sig mod. Horisonten udvikles gennem hele livet og er i konstant forandring, men udfordres når forforståelser mødes.

6.5.1 Interview analyse

Som en del af specialet ønskes der at afklare, hvilke muligheder eller begrænsninger sygehusledelsen ser i forbindelse med anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer. Gennem dialog med praksis skal der opnås viden, som kan konkretisere hvilke magtformer, der kan stå i vejen for en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. Samtidig skal der også undersøges, om Vienna modellen som et selvevalueringsværktøj kan bidrage til at skabe forandringer i organisationerne.

Det anses som centralt i kritisk hermeneutik at afklare de normer og værdier, som findes i konteksten ((Juul & Pedersen, 2021). Derfor skulle det indsamlede empiri fra lederne i sundhedsorganisationen give en bredere forståelse af konteksten, herunder de kulturelle, sociale og/eller økonomiske faktorer, der kan påvirke forståelsen af sygehusets perspektiver og bagvedliggende bevæggrunde på implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. Da interviewene blev optaget, skulle der ske en transformering *fra tale til tekst*, hvor transskriptionerne af de individuelle interviews og observationerne blev nedskrevet og indskrevet i transskriptionerne. Under interviewprocessen er det nødvendigt at undersøge kritisk reflekterende over egne forståelser og antagelser, så respondenterne ikke pålægges undersøgernes forforståelser. (Gildberg & Hounsgaard, 2018).

Ricoeurs analysestrategi består af følgende tre trin:

1. *Den naive læsning* (den første naive helhedslæsning), som udføres induktivt og uden forforståelser, da der ikke ledes efter specifikke tematikker, men at de skal fremkomme naturligt. Der skal dermed skabes et overblik over helheden samtidig med, at der kan opstå spørgsmål til indholdet.
2. *Strukturanalysen* har fokus på, hvad der tales om i teksten på tværs af data, hvor formålet er at lokalisere mønstre og identificere temaer og undertemaer.
3. *Den kritisk fortolkning* og diskussion af resultaterne er den dybere analyse og refleksion over resultaterne. Heri vil der inddrages andre teorier og undersøgelser, hvor det går fra det individuelle perspektiv til det universelle (Gildberg & Hounsgaard, 2018; Ricoeur et al., 2002; Simonj et al., 2018).

Analyseprocessen er ikke lineært opbygget, men fungerer som en dynamisk og iterativ proces, der kaldes for refiguration (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Refigurationen er en konfrontation med undersøgernes forforståelse koblet med den opnåede empiri fra hele processen, som har skabt en horisontsammensmeltning og dermed ny forståelse af

fænomenet. Den nye forståelse skal formidles mundtligt eller skriftligt til praksis, hvilket kaldes *handlingsformidlingen* (Gildberg & Hounsgaard, 2018; Ricoeur et al., 2002).

6.5.2 Litteraturstudie analyse

I litteraturstudiet blev der udvalgt studier, som gav mulighed for uddybning af emnet og en større forståelse af, hvad der skal til for at der opnås en forandring i en sundhedsorganisation. Ricoeur er af den opfattelse at, når en fortælling er nedskrevet, så vil forfatteren distancere sig og dennes bagvedliggende tanker og ideer forsvinder, hvorved teksten bliver et enestående dokument (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Det er derved specialegruppens fortolkning af teksten, som har betydning for hvilke, tematikker der fremkommer. Dette betyder, at teksten bruges som grundlag til fortolkningen og er påvirket af gruppens forforståelse.

Når der læses en tekst, er det ikke en låst proces, hvor der sker en læsning og en fortolkning, men er derimod en iterativ skabende proces, hvor der skabes ny mening og forståelse, hvilket kaldes *Mimesis* (Gildberg & Hounsgaard, 2018).

Ricoeur skelner mellem *Mimesis*₁, *Mimesis*₂ og *Mimesis*₃, som kaldes præfiguration, konfiguration og refiguration og er en produktion af meningsfyldte sammenhænge, som menneskelige handlinger sættes ind i og bliver vurderet ud fra (Gildberg & Hounsgaard, 2018; Ricoeur et al., 2002). *Mimesis*₁ også kaldet præfiguration er den forforståelse, læseren har af verden og det praktiske liv, inden individet bliver påvirket af teksten (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Specialegruppens forforståelse af problemfeltet organisatoriske sundhedskompetencer er dannet gennem den indledende søgning og opbygning af viden, som medtages, når studierne læses.

*Mimesis*₂ også kaldet konfigurationen er den skabende proces, der udformes af fortællingen (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Dette kan sammenlignes med strukturanalysen, hvor der på tværs af tekster og fundne studier blev identificeret tematikker og undertematikker.

I *mimesis*₃ også kaldet refiguration bliver teksten grundlag for fortolkning (Gildberg & Hounsgaard, 2018). Studierne bliver fortolket ud fra den forforståelse om normative og kritiske ideologier gruppen har, hvilket også giver den kritiske fortolkning. Endeligt skal resultaterne fra litteraturstudiet og interviewene samles, hvorved det vil være muligt at lave en sammenkobling af respondenternes individuelle tolkning og de universelle fund fra litteraturstudiet om forandringer i en sundhedsorganisation. Det er vigtigt, at undersøgere er opmærksomme på deres rolle som aktive medskabere af viden og påtager sig ansvaret for at udfordre egne forforståelser. Dette for at understøtte både den interne og den eksterne validitet.

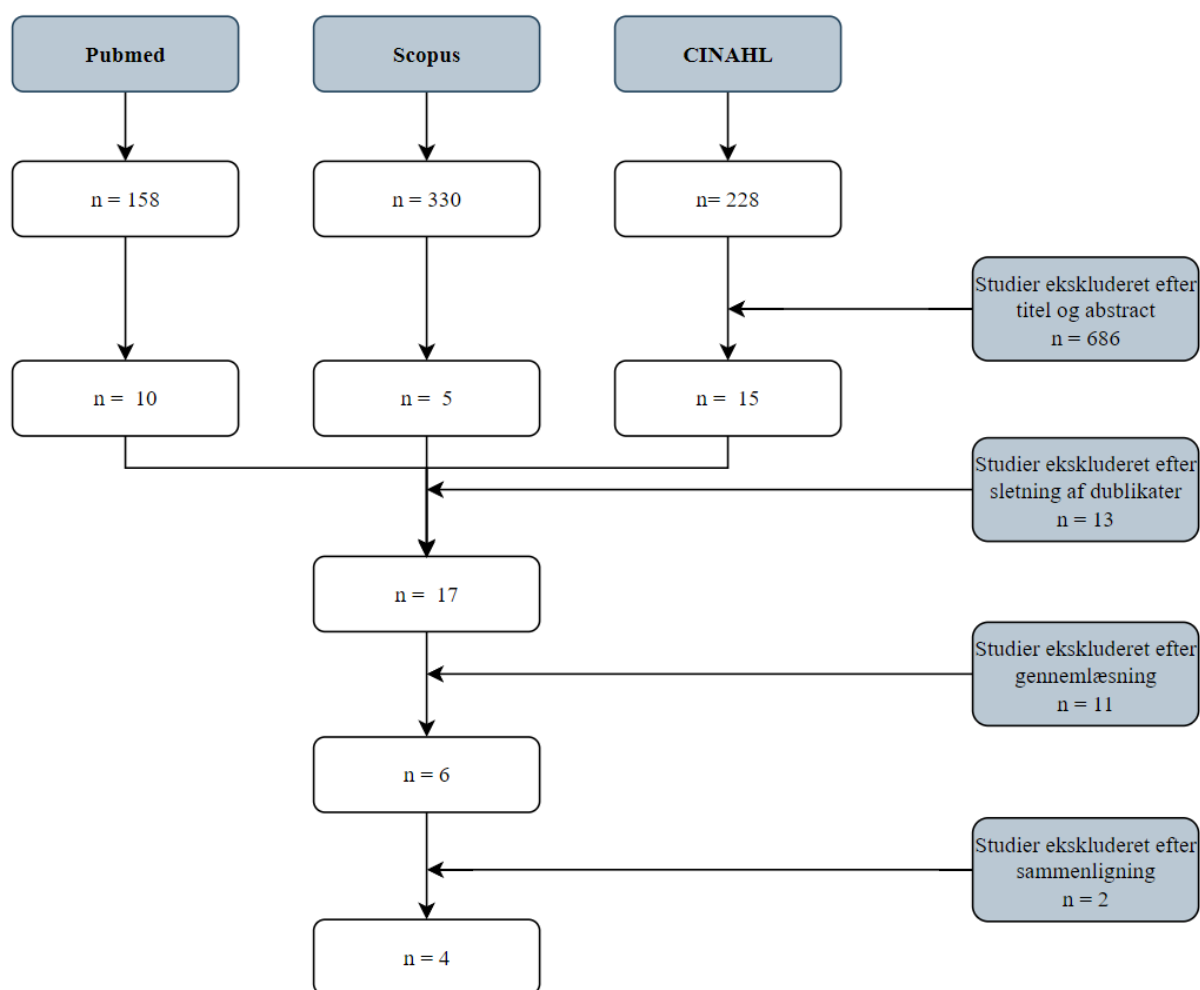
7.0 Resultat

7.1 Litteratursøgning

Som resultat af den systematiske søgning i databaserne Pubmed (n=158), Scopus (n= 330) og CINAHL (n = 228) var der en samlet artikelmængde på n = 716 artikler, der passede på de overordnede inklusions- og eksklusionskriterier. Der var gennem søgningen lagt vægt på at inkludere forskningsstudier med både positive og negative resultater med henblik på at sikre, at problemformuleringen kunne besvares så fyldestgørende som muligt. Der kan opstå publikationsbias, når kun positive studier bliver publiceret, hvilket kan overvurdere resultaternes effekt og påvirke validiteten. Studier, der ikke viser en sammenhæng, bliver ofte ikke publiceret. Dette kan skævvride de samlede resultater mod positive fund.

Screeningsprocessen startede med en frasortering ud fra titel og abstract, da de studier, der omhandlede forandring og organisatoriske sundhedskompetencer, ofte havde en overskrift, hvor begreberne ikke indgik. Det er muligt, at den indledende screening af artikler blev påvirket af bekræftelses-, selektions- og publikationsbias, da en forsker gennemgik artiklernes title og abstract og muligvis valgte at inkludere artikler, der understøttede forskerens holdning og forskningsspørgsmålet, hvilket kan have påvirket resultaternes validitet. Hvis ikke titel og abstract blev inkluderet i screeningsprocessen i det første trin, var der risiko for at nogle relevante studier ikke blev medtaget i den videre proces.

Screeningsprocessen blev gennemgået af to af specialegruppens medlemmer og derefter blev duplikaterne frasorteret (n=13) og der blev fundet 17 studier, som blev gennemlæst af specialegruppens medlemmer. Studier som var sygdoms-, medarbejder- og patientspecifikke blev frasorteret (n=11). De resterende seks studier, blev læst i dybden og sammenholdt med problemformuleringen. Efter gennemlæsning var der fire studier, der tilsammen kunne bidrage med forskellige perspektiver til at kunne belyse besvarelsen af problemformuleringen.



Figur 3 Flowdiagram, som giver en visualisering af udvælgelsesprocessen af studier.

7.1.1 Resultater og analyse af udvalgte videnskabelige studier

I dette afsnit vil de fire udvalgte studier, der er præsenteret i tabel 6 blive præsenteret og analyseret. De fire studier indgår som en del af specialets empiri og danner grundlaget for analysen. Alle studier blev kvalitetsvurderet af alle specialegruppens medlemmer og fusioneret til en samlet kvalitetsvurdering af hvert studie ved drøftelse i plenum. Den anvendte kvalitetstjekliste er JBI Critical Checklist fra Joanna Briggs (Aromataris et al., 2015) og de udfyldte kvalitetstjeklister fra de udvalgte studier kan findes i bilag 8.

Studie 1: Factors influencing implementation of organizational health literacy				
Forfatter, titel og årstal	Formål	Design og metode	Resultater	Konklusion
Meggetto et al. 2020	At undersøge hvordan operationaliseringen af organisatoriske sundhedskompetencer kan føre til ændringer i organisatoriske sundhedskompetencer og hvorfor nogle organisatoriske sundhedskompetence-interventioner er mere effektive i bestemte sammenhænge.	Et realistisk review med 17 inkluderet peer reviewed artikler, som der blev analyseret ud fra CMO konfigurationer. Der blev anvendt seks databaser til søgningen. Sidste søgedato var i marts år 2018.	Det blev identificeret, at politiske drivkræfter, akkreditering, udøvende ledelse³ og kulturer for kvalitetsforbedringer er kontekster der skal være til stede for at skabe effektive organisatoriske sundhedskompetence-interventioner. Personalets viden om organisatoriske sundhedskompetencer, intern ekspertise inden for sundhedskompetence, delt ansvar og en systematisk tilgang til implementering af organisatoriske sundhedskompetencer er mekanismer der kan påvirke organisatoriske sundhedskompetence-interventioner.	Identificering af nøglebegreber som udøvende ledelse, en kompetent arbejdsstyrke blandt medarbejderne i organisatoriske sundhedskompetence praksis og organisatoriske sundhedskompetencer indlejret i eksisterende praksis skal implementeres før der yderligere bliver implementeret en organisatoriske sundhedskompetence ramme i organisationen. Forskning om organisatoriske sundhedskompetence implementering er ny, og derfor er der kun offentliggjort sparsomt evidens om effektiv operationalisering af organisatoriske sundhedskompetence rammer til at ændre organisationens resultater.

³ *Executive leadership* er i specialet oversat til udøvende ledelse og tolkes som en ledelsesstil hvor lederen er aktivt involveret i medarbejdernes arbejdsopgaver og beslutninger

Studie 2: A paucity of strategies for developing health literate organisations

Forfatter, titel og årstal	Formål	Design og metode	Resultater	Konklusion
Lloyd et al. 2018	At undersøge evidensgrundlaget for effektive strategier, der kan medvirke til at skabe sundhedskompetente organisationer.	Et systematisk review hvor der blev inkluderet syv artikler og søgt på fire databaser. Sidste søgedato var den 10. juli år 2015.	Der blev identificeret centrale elementer i en forandringsproces for at kunne opbygge organisatoriske sundhedskompetencer. Disse var innovationskultur, forandringsforkæmpere og bevidsthed om sundhedskompetencer. Hertil blev værktøjer og retningslinjer identificeret som de primære mekanismer for at skabe en forandring i forhold til organisatoriske sundhedskompetencer.	For at opnå forbedringer af organisatoriske sundhedskompetencer er der behov for at sundhedssystemer og organisationer ændrer sig. Dette opnås bedst gennem, praksis erfaring og mere forskning på området. Fremadrettet skal forskning i organisatoriske sundhedskompetencer fokusere på hvad der virker i forbedring af organisatoriske sundhedskompetencer. Derfor er der behov for flere interventioner på området.

Studie 3: Outcomes and critical factors for successful implementation of organizational health literacy interventions

Forfatter, titel og årstal	Formål	Design og metode	Resultater	Konklusion
Kaper et al. 2021	Formålet med studiet var at opsummere dokumentation for resultaterne af organisatoriske sundhedskompetenceinterventioner på et patient-, professionelt- og organisatorisk niveau samt en opsummering af de faktorer og strategier, der påvirker implementering og resultater af organisatoriske sundhedskompetenceinterventioner.	Et scooping review hvor der blev inkluderet 24 artikler. Gennemgangen af artiklerne blev gennemgået efter en fem-trins ramme udviklet af Arksey og O'Malley (2005). Der blev søgt i fire databaser i perioden 1. januar år 2010 til 31. december år 2019.	Resultaterne viste, at brugen af organisatoriske sundhedskompetenceinterventioner resulterede i positive forandringer på parametre som klar kommunikation, medarbejdernes kompetencer samt praksis og strategiske organisationsændringer. Yderligere resulterede organisatoriske sundhedskompetenceinterventioner i hele organisationen i nogen forbedring af patientresultaterne samt at ledelsesstøtte med top-down og bottom-up tilgange var vigtige faktorer for implementering af organisatoriske sundhedskompetencer i hele organisationen.	Organisatorisk sundhedskompetenceinterventioner i organisationen resulterede i en vis forbedring i patientrelaterede udfald og større ændringer på det professionelle og organisatoriske niveau. Resultaterne viser forbedringer på flere af organisationens niveauer, og kan anvendes i relation til arbejdet med sundhedskompetencer. Fremtidig forskning skal fokusere på beviserne for organisatoriske sundhedskompetence resultaterne, da der mangler evidens på området.

Studie 4: Review of organizational health literacy practice at health care centers: outcomes, barriers and facilitators				
Forfatter, titel og årstal	Formål	Design og metode	Resultater	Konklusion
Khorasani et al. 2020	Formålet med studiet var at forstå evidensen for effektiviteten af organisatoriske sundhedskompetencer og dets sundhedsresultat samt de facilitatorer og barrierer, der påvirker implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer.	Studiedesignet er et systematisk review med 13 inkluderede artikler. Der blev foretaget en systematisk søgning baseret på ITEMS gennem systematiske reviews. Der blev søgt i seks databaser indtil november år 2019.	Studiet identificerede fire hovedområder: prioritering af sundhedskompetencer i organisationen, kommunikationspraksisser og standarder, verbale og skriftlige kommunikationsfærdigheder og patientviden og engagement, der skal prioriteres for at kunne forbedre organisatoriske sundhedskompetencer. Derudover blev der identificeret 15 nøgle barrierer og facilitatorer der havde påvirkning på implementering af organisatoriske sundhedskompetencer.	Studiet indikerer at overgangen for organisationen til at arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer er en omfattende og kompleks proces, da patienternes individuelle sundhedskompetencer ofte ikke er implementeret i sundhedsorganisationernes strategier og visioner. Derfor vil udviklingen af organisatoriske sundhedskompetencer kræve flere ændringer på samme tid i organisationen.

Tabel 6 Oversigt af inkluderede studier, med kort beskrivelse af studierne formål, design, resultater og konklusion.

7.1.2 Factors influencing implementation of organizational health literacy

Af Meggetto,E; Kent,F; Ward,B and Keleher,H, 2020

(Meggetto et al., 2020)

Studiet af Meggetto et al. (2020) påpeger, at sundhedssystemerne er blevet mere komplekse, hvilket har øget interessen for at anvende organisatoriske sundhedskompetencer (OHL – organisational health literacy). Studiet fremhæver, at OHL er et relativt nyt koncept og at der stadig mangler evidens for, hvordan de organisatoriske sundhedskompetence-interventioner bedst implementeres. Formålet med studiet var at undersøge, hvordan operationaliseringen kan medføre OHL forandringer i organisationen samt undersøge, hvorfor nogle OHL interventioner er mere effektive i bestemte kontekster. I studiet blev der indledende dannet teorier om, hvordan OHL interventioner virker ud fra bred evidens om forandrings-, kompleksitets- og organisatorisk forandringsteori. Dette blev gjort for at kunne identificere centrale kontekster, mekanismer og outcome (CMO). Denne viden kan anvendes til at rådgive organisationer, der ønsker at lære, hvordan OHL implementeres og forbedre organisationernes levering af mere sundhedskompetente ydelser. Dette vil give folk bedre adgang og udbytte af sundhedsydelser, hvilket kan fremme og vedligeholde deres sundhed. Der blev udført en litteratursøgning på seks databaser, hvor der blev søgt efter engelsksprogede peer reviewed publikationer, der evaluerede OHL interventioner indtil marts år 2018. Søgestrategien gav 174 artikler, hvoraf 17 blev inkluderet og analyseret efter CMO kæder. Forskerne fandt, at akkreditering, politiske drivkræfter, ledelsesmæssig ekspertise og kulturer for kvalitetsforbedringer alle er kontekster til at skabe effektive OHL interventioner. Yderligere blev der fundet, at det i OHL interventionerne er vigtigt, at organisationerne kan anvende sundhedskompetenceværktøjer. Dette muliggøres ved faktorer som innovationskultur, viden om sundhedskompetence og ændringsforkæmper. Ligeledes var personalets viden om at OHL, delt ansvar, intern ekspertise inden for sundhedskompetence og en systematisk tilgang til implementering af OHL, alle er centrale mekanismer, der kan påvirke OHL interventionerne. Implementeringen af OHL er en kompleks proces, da interventionen kan være kontekstspecifik. Konteksten kan drive implementeringen og skabe et miljø i organisationerne, der letter implementeringen af OHL interventioner for personalet. På den anden side fandt forskerne mekanismer, der er centrale for en succesfuld implementering, men uden den rette kontekst vil mekanismerne ikke blive aktiveret. Yderligere fandt studiet, at medarbejdere med ekspertise i OHL praksis og OHL indlejret i eksisterende praksis er vigtige nøglebegreber at have fokus på i implementeringen. I studiet ses der en klar overensstemmelse mellem formål og metode og at studiets

litteraturgennemgang understøttes af kvalitetstjeklister, hvilket øger transparensen.

De metodiske svagheder ved et realistisk review er en fleksibel og pluralistisk tilgang til udvælgelse af den inkluderede litteratur i reviewet (Andreasen & Overgaard, 2022). Dette kan påvirke den systematiske gennemgang af fundene, som er gældende i dette studie. Dette grundet manglende angivelse af litteratursøgningens valgte søgetermer og nøgleord, hvilket svækker studiets transparens. Studiet kan bidrage til specialets problemformulering med viden om, hvilke elementer der i sundhedsorganisationen kan bidrage til at skabe en effektiv implementering af OHL.

7.1.3 A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review

Af : Lloyd, JE.; Song, HJ.; Dennis, SM.; Dunbar, N; Harris, E; Harris, MF.; Laws, M Barton, 2018

(Lloyd et al., 2018)

Studiet fandt, at personer med lavt niveau af sundhedskompetencer ofte udskyder at søge pleje og oplever flere negative konsekvenser for deres sundhed. Individets sundhedskompetencer påvirkes ikke kun af individets evner, men også af sundhedssystemets kompleksitet. Det er nødvendigt at foretage ændringer på systemniveau for at sikre, at sundhedsydelserne bedre er tilpasset befolkningens kompetencer og evner. Formålet med det systematiske review var at identificere effektive strategier til at skabe sundhedskompetente organisationer. Yderligere ønskede studiet at undersøge barrierer og facilitatorer for implementeringen af strategierne. Studiet omfattede en systematisk gennemgang og narrativ syntese af empiriske undersøgelser fra OECD-lande offentliggjort fra år 2008 – 2015 med fokus på sundhedskompetence-interventioner på organisatorisk niveau i USA, Spanien og Australien. Det blev identificeret, at innovationskultur, forandringsforkæmpere og viden om sundhedskompetencer er centrale elementer i en forandringsproces, der muliggør, at organisationer kan anvende værktøjer og retningslinjer til patienternes individuelle sundhedskompetencer. Studiet finder behov for, at sundhedssystemerne og organisationerne ændrer sig for at skabe de organisatoriske ændringer, det kræver for at forbedre organisatoriske sundhedskompetencer (OHL). Studiet fandt, at det er nødvendigt at have en forståelse af begrebet OHL og praksis-erfaring med patienternes individuelle sundhedskompetencer. Hertil er mangel på personaletilgængelighed, kvalificeret personale og supervision barrierer for, at der kan ske en forbedring af OHL. Der er brug for flere OHL interventioner fremfor værktøjer, så der kan skabes mere viden om, hvad der virker i forbedringen af OHL. Ledelsesstøtte er vigtig for at understøtte implementering af OHL og samtidig er regeringen, politikkerne og de iværksatte interventioner eksempler på effektive strategier til at styrke organisationens evne til at forbedre sundhedskompetencer.

I studiet blev der udviklet en protokol, som blev diskuteret med en forskningsrådgivende gruppe, hvilket er medvirkende til at øge transparensen af studiets metoder og søgestrategi. Studiet har ikke inkluderet grå litteratur eller taget stilling til publikationsbias, hvilket kan have betydet, at studiet kan have overset relevant data og kan have svækket resultaternes validitet. Når det er tvivlsomt, om der er taget stilling til publikationsbias, kan det påvirke resultaternes validitet, da de inkluderede studiers resultat kan have over- eller undervurderet

artiklernes resultater. Der er flere lande repræsenteret i de inkluderede artikler, men der bliver ikke diskuteret i det systematiske review, om landenes sundhedssystemer kan generaliseres til hinanden. Dette kan have en negativ indvirkning på overførbareheden og relevansen af studiets resultater til de forskellige kontekster. Studiet kan bidrage til problemformuleringen om hvilke strategier, der er effektive til at skabe sundhedskompetente organisationer og hvilke barrierer og facilitatorer, der understøtter implementeringen af strategierne.

7.1.4 Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review

Af Kaper, MS; Sixsmith, J; Reijneveld, SA and de Winter, AF, 2021

(Kaper et al., 2021)

Studiet af Kaper et al. (2021) påpeger, at næsten hvert andet individ i Europa støder på problemer med at håndtere helbredsudfordringer på grund af begrænsede sundhedskompetencer og at disse udfordringer ses i højere grad hos individer med stigende alder og lavere uddannelsesniveau. Dette kan have store konsekvenser for patienterne og udfordre sikkerheden og kvaliteten af plejen og dermed resultatet af behandlingerne.

Studiet af Kaper et al. (2021) har til formål at opsummere 1- resultaterne af organisatoriske sundhedskompetence (OHL) interventioner på et patient-, professionelt- og organisatorisk niveau og 2- de faktorer og strategier, der påvirker implementering og resultater af OHL interventioner. Studiedesignet er et scoping reviews og har dets anvendelighed i at kunne kortlægge og give et overblik over et bredt felt, ved blandt andet at kunne påpege mangler og videnshuller inden for et problemfelt (Andreasen & Overgaard, 2022). Ved scoping reviews skal der være en opmærksom på, at artiklerne ofte ikke er kvalitetsvurderet, hvilket kan give risiko for bias i syntesen, hvorved kan der ikke gives konkrete vejledninger til fremtidig forskning (Andreasen & Overgaard, 2022). Forskerne i studiet fremhæver, at de ikke har kvalitetsvurderet de udvalgte artikler, hvilket udviser transparens og derfor bør resultaterne anses som eksplorative og opsummerende. Studiet fremhæver, at 23 ud af de 24 inkluderede artikler vurderede og identificerede OHL relaterede problemstillinger på et patient-, professionelt- og organisatorisk niveau. Patienter identificeres at have problemer relateret til navigation, kommunikation samt forståelse og handling på både skriftlig og digital information. Studiet finder, at på det professionelle niveau ses der en begrænset forståelse af patienternes individuelle sundhedskompetencer, mangel på uddannelse og sjælden brug af de anbefalede sundhedskompetente praksisser. OHL bliver sjældent betragtet som en strategisk prioritet på det organisatoriske niveau og strategiske planer, politikker og rutinemæssige procedurer anses som utilstrækkelige til at tackle problemer relateret til OHL.

Studiets resultater viser, at blandt andet ledelsesstøtte, ændringsforkæmpere, innovationskultur, tilstrækkelige ressourcer, professionelt engagement og kompetencer samt patientinddragelse anses som værende kritiske facilitatorer i relation til leveringen af OHL interventioner. Studiet viser, at mange organisationer bruger både top-down- og bottom-up

tilgange for at øge medarbejdernes engagement og forståelse af forandringsstrategier og kvalitetsforbedring. Nogle artikler finder begrænset effekt af OHL-interventioner, men bemærker også, at implementeringsperioden ofte er kort og påvirket af barrierer som manglende ændringsforkæmpere, tid, ressourcer og ledelsesstøtte. Studiet fremhæver, at der mangler evidens på OHL området og derfor må fremtidig forskning fokusere på beviserne for OHL resultaterne.

Studiet kan bidrage til specialets problemformulering med indikationer på, at OHL interventioner bør indtænkes på alle de organisatoriske niveauer i implementeringen.

7.1.5 Review of Organizational Health Literacy Practice at Health Care centers: Outcomes, Barriers and Facilitators

Af Khorasani,E.C.; Sany,S.B.T.; Tehrani,H.; Doosti,H. and Peyman,N, 2020
(Khorasani et al., 2020)

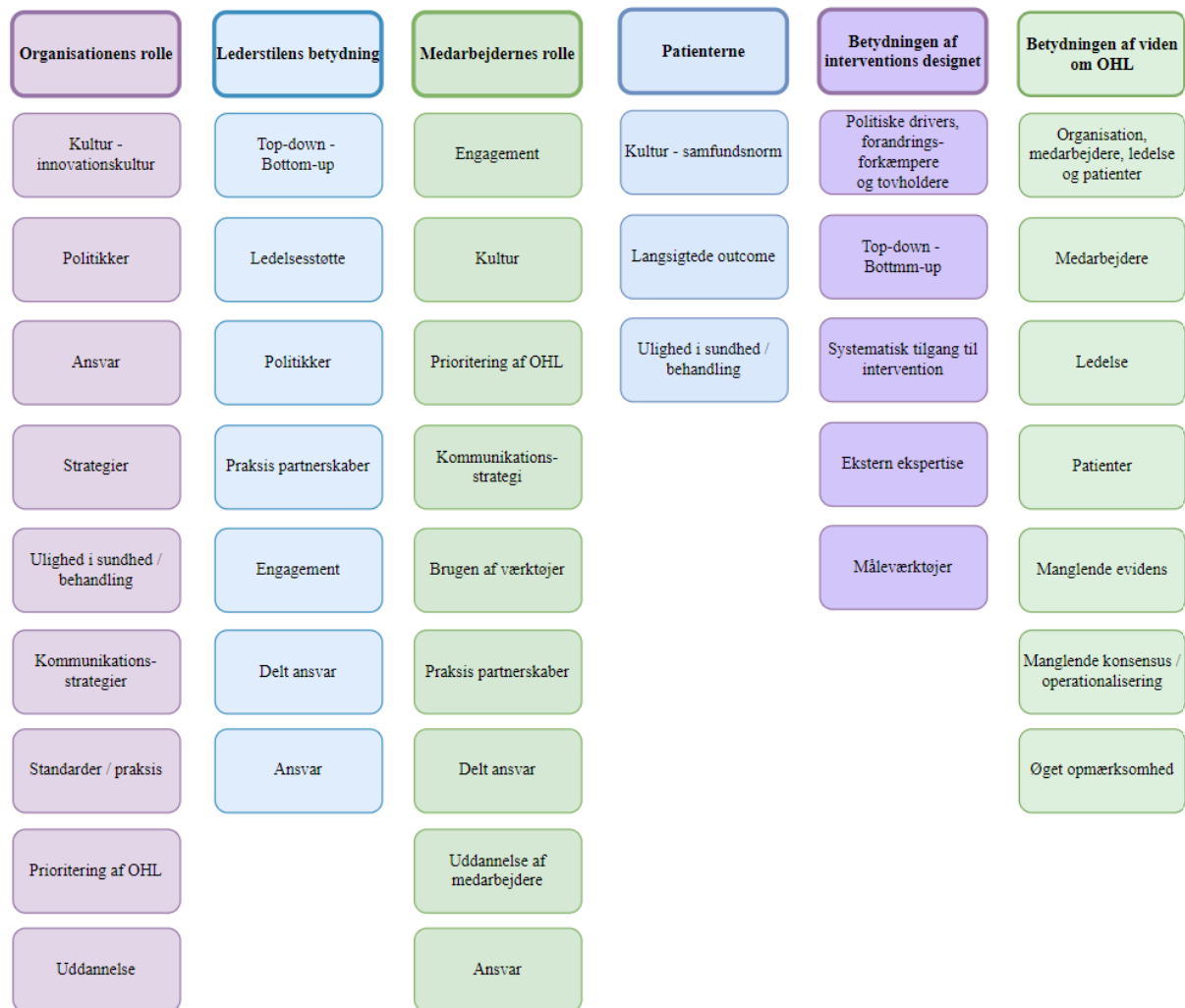
Studiet af Khorasani et al. (2020) beskriver, at patienternes individuelle sundhedskompetencer i den senmoderne samtid kræver en specifik kompetence, som er nødvendig for at kunne opnå en optimal håndtering af de sundhedsrelaterede ydelser og beslutninger. Studiet har til formål at forstå evidensen for effektiviteten af organisatoriske sundhedskompetencer (OHL), dens sundhedsresultater samt facilitatorer og barrierer i implementeringen af OHL i en sundhedsorganisation. Studiet er et systematisk review, der kan bidrage med en nuanceret og helhedsorienteret forståelse af problemfelter ved at identificere og inddrage flere artikler, der har undersøgt feltet. Et kritikpunkt af det systematiske review som studiedesign er det subjektive aspekt, hvor forskerne definerer hvilke temaer, der udvælges (Andreasen & Overgaard, 2022). Der er inkluderet artikler fra syv lande hvoraf 57% af undersøgelserne blev udført i USA og de resterende i Italien, Spanien, Østrig, Belgien, Tyrkiet og Tyskland. Der er i studiet inkluderet forskellige studietyper herunder pilot-, tværsnits- og kvalitative studier med videre, hvilket kan bidrage med en nuancering af problemfeltets undersøgelse og studiets resultater. Yderligere kan det ved systematiske reviews være problematisk, at de inkluderede artikler bliver samlet på tværs af forskellige kontekster og kulturer, hvilket kan give en for simplificeret og reduceret tilgang til problemfeltet (Andreasen & Overgaard, 2022).

Som en del af studiets resultater er det for at kunne forbedre en organisations OHL nødvendigt at prioritere følgende 4. hovedområder: 1. *sundhedskompetence er en prioritet i organisationen*, 2. *kommunikationspraksisser og standarder*, 3. *verbale og skriftlige kommunikationsfærdigheder* og 4. *patientviden og engagement*. Studiet identificerer yderligere 15 nøglebarrierer og facilitatorer i implementeringen af OHL, som er fordelt på følgende temaer: *organisatorisk ledelse og forpligtelse, medarbejdernes kommunikationsfærdigheder, patientens viden og engagement, navigationssystemer og finansielle omstændigheder*.

I relation til specialets problemformulering kan studiet bidrage med at belyse vigtige barrierer og facilitatorer for en succesfuld implementering af OHL i en sundhedsorganisation.

7.2 Evidenssyntese af studierne fund

Efter den initierende naive læsning af de fire studier blev der udført en strukturanalyse, hvor der blev identificeret seks temaer, som kan påvirke en forandringsproces i en sundhedsorganisation i forhold til implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. De identificerede temaer og undertemaer er præsenteret i figur 4.



Figur 4: Oversigt over de fundne tematikker og undertematikker på tværs af studierne.

7.2.1 Organisationens rolle i forandringsprocessen

For at kunne levere og effektivt implementere organisatoriske sundhedskompetence-interventioner er det ifølge studierne afgørende, at organisationerne har indlejret en kultur, som har fokus på kvalitet og innovation (Kaper et al., 2021; Lloyd et al., 2018). Kulturen er dermed en central kontekst, der kan bidrage til en forandring i organisationen. Kulturen bliver derudover en facilitator for at kunne organisere forandringen struktureret (Meggetto et al., 2020). Sygehuset som organisation har et ansvar for at skabe en kultur med en innovativ atmosfære for forandring og inddragelse af de forskellige kulturelle perspektiver til at afprøve nye idéer, som er vigtige for at implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Med hensyn til de kulturelle perspektiver fra medarbejderne, ledelsen med mere er noget uforklarligt, og kan derfor ikke måles på. For at opnå forbedringer af organisationens sundhedskompetencer skal patienternes individuelle sundhedskompetencer allerede være en prioritet i organisationen (Khorasani et al., 2020). Der er et behov for, at organisationen ikke kun er bekendt, men også forstår patienternes individuelle sundhedskompetencer, for at kunne inkludere og implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Dette betyder, at der også skal være tilstrækkelige ressourcer afsat i form af for eksempel medarbejdere og tid for at kunne muliggøre prioriteringen af implementering af organisatoriske sundhedskompetencer.

Organisationens bagvedliggende politikker kan være en effektiv strategi til at forbedre organisatoriske sundhedskompetencer (Lloyd et al., 2018). De finansielle omstændigheder og tilstrækkelige ressourcer kan være en facilitator og en barriere for implementering af organisatoriske sundhedskompetencer (Kaper et al., 2021; Khorasani et al., 2020). Hvorved politikkerne kan medvirke til en større prioritet og implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. De allokerede ressourcer til et forandringstiltag er dermed påvirket af organisationens prioritet, hvilket har betydning for størrelsen af finansieringen til et tiltag, da flere faktorer internt i organisationen påvirker processen.

7.2.2 Ledelsesstilens betydning i forandringsprocessen

Alle studierne fandt, at udøvende ledelse og ledelsesstøtte er essentielle faktorer for en succesfuld implementering af organisatoriske sundhedskompetencer (Kaper et al., 2021; Khorasani et al., 2020; Lloyd et al., 2018; Meggetto et al., 2020). Endvidere kræver implementering af organisatoriske sundhedskompetencer en forpligtet ledelse (Khorasani et al., 2020). En forpligtet ledelse er den lederstil, hvor ledelsen er dybt engageret i organisationens formål, værdier og mål og ikke kun tænker kortsigtet, men også langsigtet. For at arbejde med implementering af organisatoriske sundhedskompetencer kræver det, at den prioriteres på alle de organisatoriske niveauer og det er derfor ikke nok kun at videregive viden til medarbejderne for at skabe en forandring. Ledelsens forpligtigelse til at implementere organisatoriske sundhedskompetence-interventioner må anses som en vanskelig og kompleks opgave, da dette kan være på bekostning eller nedprioritering af andre arbejdsopgaver i sundhedsorganisationen. Yderligere fremgår det, at ud over ledelsesstøtte er det ideelt at anvende en top-down og bottom-up tilgang kombineret for at levere effektive interventionsforløb i organisationen (Kaper et al., 2021).

Hvis der skal anvendes en top-down tilgang vil tilgang kunne bidrage til udarbejdelse af strategier i sygehusorganisationen, afsætte ressourcer og måle på organisatoriske sundhedskompetencer, så det bliver prioriteret som andre kvalitetstandarder, der måles på i organisationen. En bottom-up tilgang er blandt andet en operationalisering af den udviklede strategi for implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer i praksis. I en bottom-up tilgang til forandringer vil medarbejderne have en indflydelse på betydningen af, hvorledes implementeringen udføres i praksis. Ledelsesstilen har en betydning for implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer, da den skal prioriteres og faciliteres for, at der kan ske en forandring. En forandring i relation til organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation beror i høj grad på engageret og understøttende ledelse i sundhedsorganisationen.

7.2.3 Medarbejdernes rolle i forandringsprocessen

I forhold til implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer har medarbejderne en påvirkning på processen. Medarbejderens færdigheder i at formidle sundhedsinformationer er en facilitator i implementering af organisatoriske sundhedskompetenceinterventioner (Khorasani et al., 2020). Hertil skal organisationen allokere ressourcer i form af investering og prioritering af uddannelse og kompetenceudvikling til medarbejderne. Dette for at kunne styrke blandt andet viden om og anvendelsesmulighederne af organisatoriske sundhedskompetencer. Videre fremhæves det, at det er nødvendigt for organisationen at have en kompetent arbejdsstyrke, der har praksiserfaring med organisatoriske sundhedskompetencer, da dette faciliterer forandringen (Lloyd et al., 2018; Meggetto et al., 2020). En bottom-up tilgang, hvor medarbejderne har et mandat, er af afgørende betydning, da medarbejderne skal være kompetente og have handlemuligheder i forhold til implementeringen og det videre arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer.

Organisationernes nuværende rutinemæssige procedurer ses utilstrækkelige til at tackle problemstillinger relateret til organisatoriske sundhedskompetencer (Kaper et al., 2021; Meggetto et al., 2020), hvor der er behov for at indlejre nye arbejdsprocesser og øve dem, så medarbejderne får en praktisk erfaring med organisatoriske sundhedskompetencer. Dette kan medvirke til, at det bliver indlejret i sundhedsorganisationens eksisterende praksis, arbejdsprocesser og strukturer. Mangel på kvalificeret personale og supervision kan udgøre barrierer for forbedring af organisationens organisatoriske sundhedskompetencer (Lloyd et al., 2018). Det ses således af betydning, at organisatoriske sundhedskompetencer bliver en del af eksisterende og fremtidige arbejdsprocesser. Yderligere skal der i sundhedsorganisationen kontinuerligt arbejdes med at evaluere og raffinere organisationens muligheder for at give medarbejderne rammerne til at kunne understøtte forandringsprocessen. Dette vil kræve et delt ansvar, en forpligtigelse og et engagement fra både medarbejdere og ledelsen for at kunne inkludere organisatoriske sundhedskompetencer.

7.2.4 Patienternes indflydelse på forandringsprocessen

Ved implementering af organisatoriske sundhedskompetencer anses patientinddragelse, som et element for at sikre en effektiv implementering (Kaper et al., 2021). Et af de grundlæggende formål med forbedringer af organisatoriske sundhedskompetencer er på lang sigt, at det skal komme patienterne til gode, ved at højne kvaliteten af patienternes behandlingsforløb. Den højnede kvalitet kan skabes ud fra patienternes tilfredshed med modtagne behandling og de interne kvalitetsmålinger i organisationen. Patienternes individuelle niveau af sundhedskompetencer kan have betydning for, hvad patienterne oplever som kvalitet og patienttilfredshed. I forlængelse heraf fungerer patienternes viden og engagement som facilitatorer for at kunne implementere organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationen (Khorasani et al., 2020). Yderligere er patienternes deltagelse og engagement i at fremme sundhedskompetencer på organisatorisk niveau afgørende for forandringsprocessen og implementeringen i effektiviteten af interventionerne. Da det er patienterne, der er målgruppen for de organisatoriske sundhedskompetence-interventioners outcome, er det nødvendigt at anvende patienternes feedback i arbejdet med at forbedre de organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationen. Ved at anvende patienternes feedback kan det være medvirkende til at skabe de nødvendige forandringstiltag i sundhedsorganisationer, det kræver for at implementere organisatoriske sundhedskompetencer.

Patienter med en lavere socioøkonomisk status, såsom lavere uddannelse og indkomst, er mere tilbøjelige til at have et lavere niveau af sundhedskompetencer (Kaper et al., 2021). Et lavt niveau af individuelle sundhedskompetencer påvirker individets evner til at opsøge sundhedssydelser, hvilket bevirker, at de eventuelt ikke får den optimale behandling i forhold til deres sygdom. Patienterne med lavere niveau af sundhedskompetencer udskyder ofte at søge behandling, hvilket kan føre til negative konsekvenser for deres sundhed (Kaper et al., 2021; Lloyd et al., 2018). Det er udfordrende at implementere organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationerne, da der er varierede individuelle sundhedskompetence niveauer hos patienterne. På den baggrund kan det være svært at lave standarder, der skal kunne forstås af organisationen, medarbejderne og patienter på samme tid.

Ændringer på organisationsniveau er nødvendige, da de individuelle sundhedskompetencer ikke kun afhænger af den enkeltes kapacitet, men også påvirkes af den stigende kompleksitet

i sundhedsvæsenet (Lloyd et al., 2018). Organisationen har et ansvar for at udvikle procedurer og retningslinjer, som både medarbejdere og patienter forstår og som kan gøre navigationen i sundhedsorganisationen lettere tilgængelig.

7.2.5 Betydning af interventionens design i forandringsprocessen

For effektivt at implementere organisatoriske sundhedskompetencer er det vigtigt at have drivers⁴ i sundhedsorganisationen, da de spiller en afgørende rolle for at skabe forandring og muliggøre effektiv levering heraf (Kaper et al., 2021). Dette kan blandt andet være kompetencedrivers, der har fokus på videns udbygning og organisationsdrivers, som for eksempel er en faciliterende administration. Endelig kan det være ledelsesdrivers, som er ledelse ud fra passende ledelsesstrategier til at støtte tilpasningen af indsatser til den aktuelle kontekst (Fixsen et al., 2015). Det vil derfor kræve, at det er medarbejderne, som er kompetencedriver, og at de er engageret for opgaven og ønsker forandring implementeret i sundhedsorganisationen. Videre fremhæves det, at drivere, var en faktor, der påvirkede organisatoriske sundhedskompetence værktøjer til implementering. Derfor skal der anvendes en systematisk tilgang, da det er en mekanisme for implementeringen af organisatoriske sundhedskompetence-interventioner (Meggetto et al., 2020). Hertil kunne Vienna modellen være et bud på et relevant værktøj til at danne rammerne for en grundig og systematisk tilgang til implementeringen. Et værktøj som Vienna modellen vil kunne bidrage til at kunne måle på de mest relevante indsatsområder i sundhedsorganisationen. Endeligt skal forbedringer af organisatoriske sundhedskompetence-interventioner også være prioriteret fra politisk side (Lloyd et al., 2018). Hvis der laves politiske målsætninger/retningslinjer på området, vil det således forplante sig og på den måde fordre at sundhedsorganisationen investerer og intervenserer på området. Organisatoriske sundhedskompetencer er dermed nødvendige at gøre til en sundhedsydelse, som sygehuset skal levere på.

⁴ Politiske drivkræfter, ændringsforkæmpere og forandringsforkæmpere tolkes i specialet som drivere, ud fra Dean Fixsens definition (Fixsen et al., 2015).

7.2.6 Betydningen af viden om organisatoriske sundhedskompetencers betydning til forandringsprocessen

Viden om og forståelse af organisatoriske sundhedskompetencer blandt ledelsen og medarbejderne er nødvendig for at forbedre de organisatoriske sundhedskompetencer i organisationen (Lloyd et al., 2018). Med øget viden og forståelse ønskes der at skabe en fælles forståelse fra alle sundhedsorganisationernes interessenter, uanset hvilken tolkning de enkelte interessenter har på forhånd, så der opnås en standardisering i tilgangen til organisatoriske sundhedskompetencer.

Medarbejdernes viden om patienter og organisatoriske sundhedskompetencer er en mekanisme, der påvirker effekten af organisatoriske sundhedskompetencer og er nødvendig at prioritere for at styrke anvendelse heraf (Khorasani et al., 2020; Meggetto et al., 2020). Ledelse og medarbejderne bør derfor søge at opnå en større viden om, hvad organisatoriske sundhedskompetencer er gennem træning og uddannelse. Denne viden sigter mod at forbedre kompetencerne til at kunne opnå succesfulde forandringer i relation til organisatoriske sundhedskompetencer.

Bliver organisatoriske sundhedskompetencer ikke anset som en strategisk prioritet på det organisatoriske niveau i sundhedsorganisationen (Lloyd et al., 2018), må det anses som værende problematisk i forhold til at kunne skabe forbedringer på området.

Det må videre anses som essentielt, at der mangler evidens for organisatoriske sundhedskompetencers effekt og hvad, der konkret virker i forhold til at forbedre organisatoriske sundhedskompetencer (Kaper et al., 2021; Lloyd et al., 2018). Ved en styrket evidens, kan det give en større viden til de relevante interessenter, hvorfor den manglende evidens kan være en af forklaringerne på at organisatoriske sundhedskompetencer ikke på nuværende tidspunkt er en strategisk prioritet i sundhedsorganisationerne. Derfor må det forventes at organisatoriske sundhedskompetence-interventioner løbende bør justeres og raffineres i takt med at der opnås ny viden på området.

7.3 Interview

Som del af rekrutteringsprocessen af respondenterne, var det nødvendigt at udbygge de udvalgte inklusions – og eksklusionskriterier, da der var få respondenter, der potentielt kunne besidde empiri og specialviden omkring forandringer i organisationen. På baggrund af de valgte inklusions- og eksklusionskriterier i forbindelse med rekruttering af respondenter og den udsendte invitation var der to respondenter, som opfyldte kriterierne og besad den nødvendige specialviden til at kunne bidrage til besvarelse af problemformuleringen.

De to respondenter fik en uge forinden interviewet tilsendt informationsmateriale (Bilag 3), spørgsmål og samtykkeerklæring (Bilag 4). Informationsmaterialet skulle give respondenterne en dybere viden og oplæring om teorien bag organisatoriske sundhedskompetencer og Vienna modellen og var opstarten til en teacher-learner cycle. De overordnede spørgsmål til interviewet blev medsendt i informationsmailen (Bilag 3), så respondenterne havde mulighed for at forberede sig og overveje deres perspektiv på organisatoriske sundhedskompetencer i deres sundhedsorganisation. Begge interviews foregik på respondenternes kontorer, hvor specialegruppens medlemmer havde forskellige roller under interviewet, hvilket gav mulighed for at kunne observere respondenternes gestik og visuelle forklaringer. Dette kom blandt andet til udtryk, da respondenterne for eksempel tog specifikke bøger frem, eller fremviste de nedskrevne værdimæssige visioner for deres sygehus. Observationerne blev inkluderet til transskriptionerne.

Respondenterne er grundet anonymisering blevet opdelt i respondent 1 og respondent 2, hvilket de også vil blive refereret til fremadrettet i specialet.

Respondent 1	Respondent 2
Har professionsbachelor som grunduddannelse og en efterfølgende masteruddannelse. Har været leder på forskellige niveauer i 20+ år.	Har lang videregående uddannelse som grunduddannelse, med efterfølgende forskningsstillinger og videreuddannelse på flere specialuddannelser. Har været leder på flere niveauer i 20+ år.

Tabel 7: Oversigt over respondenternes karakteristika.

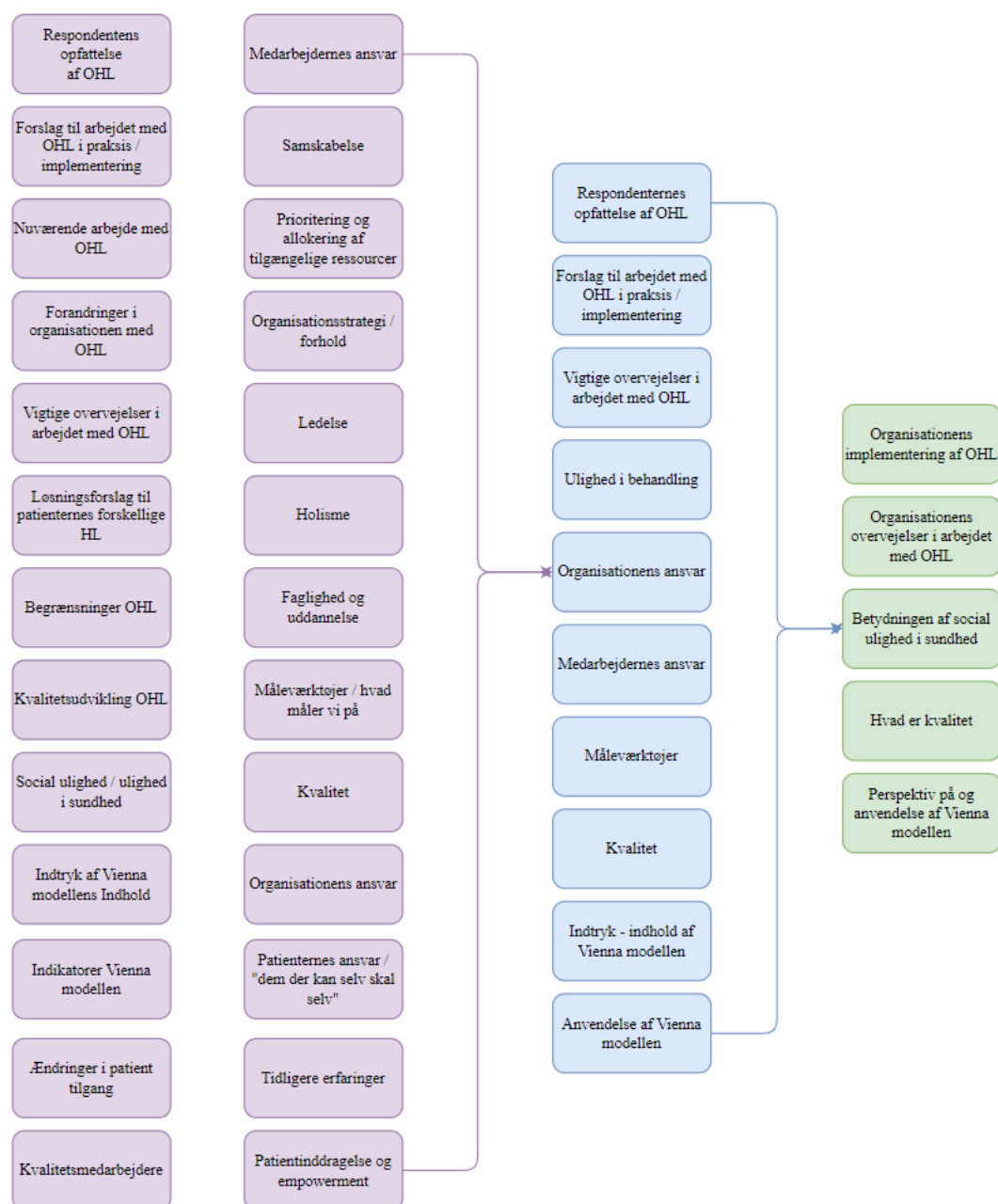
Interviewene blev optaget på diktafon efter respondenternes samtykke, hvorefter det blev transskriberet af en af specialegruppens medlemmer. Hensigten med transskriptionen var at sikre, at det talte ord blev nedskrevet for at gøre data mere tilgængeligt og håndterbart. Derudover skabte transskriptionerne en datareduktion, som giver mulighed for tolkning (Vallgård & Bornø Jensen, 2021).

I den analytiske tilgang til interviewet startede den naive læsning af transskriptionerne induktivt, hvor specialegruppens medlemmer søgte at lægge deres forforståelse til side. Dette blev gjort for, at der ikke blev lagt en teoretisk ramme omkring det talte sprog, som kunne sigte efter specifikke tematikker, men at mønstrene skulle opstå naturligt og som hjælp til specialegruppens overblik over helheden. For at sikre at stemningen i interviewene blev tilgået naivt, læste og hørte alle specialegruppens medlemmer individuelt datamaterialet i denne fase. Derefter nedskrev hvert specialegruppemedlem de initierende mønstre, som naturligt dukkede op i hvert interview. Efterfølgende blev de initierende mønstre samlet, diskuteret og derefter fusioneret og kondenseret til kategorier ud fra citaterne. Derefter blev der udført en strukturanalyse, hvor der var fokus på, hvad der tales om i teksten på tværs af interviewene, hvor der blev identificeret tematikker og undertematikker.

Citat	Meningskondensering	Tema
<i>“Jamen det er jo igen det der med at man TØR. Altså Det er jo kulturen i også og og prøve at beholde at at turde at behandle folk anderledes.”</i>	Organisationens overvejelser, tidligere erfaringer og betydningen af samskabelse.	Organisationens overvejelser i arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer.

Tabel 8 - eksempel på en meningskondensering.

I strukturanalysen blev der initierende fundet 26 kategorier efter kodning, som blev fusioneret og kondenseret til 10 kategorier på baggrund af indholdsanalyse og diskussion. Dette resulterede i fem tematikker, som afspejler respondenternes udsagn og specialegruppens fortolkning og som til sidst udmøntede sig i essensen af respondenternes udsagn. Processen er visualiseret i figur 5.



Figur 5: Oversigt over kategorier og tematikker tværgående i interviewene. De lilla bokse repræsenterer de initierende kategorier, der blev fremanalyseret. De blå bokse repræsenterer de fusionerede og kondenserede kategorier. De grønne bokse repræsenterer de endelige fem tematikker. OHL bruges i visualiseringen for organisatoriske sundhedskompetencer og HL for patienternes individuelle sundhedskompetencer.

Som en del af den dybere analyse og refleksion af resultaterne vil de fem tematikker blive gennemgået og diskuteret i følgende afsnit.

7.3.1 Organisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer

Den første tematik, der blev fundet på tværs af de to transskriptioner, blev samlet af respondenternes tolkning af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer og hvilken måde, dette kunne implementeres og anvendes i praksis i deres sundhedsorganisation. Der var en sammenhæng i, at respondenterne allerede inden interviewet havde dannet deres egen fortolkning af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer, hvilket også påvirkede deres perspektiv på, hvorledes begrebet skulle anvendes i praksis. Respondenternes fortolkning kan være et resultat af deres egen forforståelse og en potentiel påvirkning fra det medsendte informationsmateriale. I første omgang blev der fokuseret på organisationens muligheder for at arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer, som udover organisationens formål også indbefatter de strukturer og processer, der skal være til stede for at kunne arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer.

“Og struktur, proces, resultat det er jo det, det handler jo både om hvad er det for en organisation man skal have på plads, men det handler også om hvad for nogle organisatoriske processer man skal have på plads. OG det er jo det, vi i virkeligheden kan ændre på i sundhedsvæsenet” R2

For at sundhedsorganisationen kan ændre sin tilgang til inkludering af organisatoriske sundhedskompetencer i behandlingstilgangen, skal der være nogle bagvedliggende elementer på plads. Respondent 1 er enig i, at det kræver en ændring i strukturerne og arbejdsprocesserne i organisationen for, at der kan opnås et outcome eller en ændring i processen. Respondent 1 fremhæver, at organisation står overfor en fysisk flytning til en anden sygehusematrikel, hvor der fremadrettet vil være enestuer til de indlagte patienter. Med denne strukturændring vil det også være muligt at arbejde med de kendte arbejdsprocesser og inkludere den eksisterende teknologi.

“Men hvis man for eksempel får vores personale lært op i at dokumentere på stuen sammen med patienterne, så kan patienterne jo også. For det første skal de følge med i, hvorfor kommer de til de konklusioner, de kommer til og får mellemregningerne med.” R1

Respondent 2 understøtter dette med, at der kan ske en ændring af strukturerne, såsom bygningerne de er i og rummene, der er afsat til indlæggelse. Der kan inkluderes nye kompetencer i form af uddannelse, ansættelse af nye medarbejdere eller ny teknologi. Hvis det grundlæggende er på plads, vil der være behov for retningslinjer og instrukser til de videre arbejdsprocesser i forandringen, som respondent 2 fremhæver:

“Jeg vil sige jeg bruger det jo ikke på den måde, at jeg siger til VORES ledergruppe, at nu skal vi altså have styr på de organisatoriske sundhedskompetencer. ALTSÅ det der kan man sige at der er det jo meget mere pragmatisk i forhold til hvad er det, hvad er det for nogle forskellige problemstillinger, vi rent faktisk skal have belyst” R2

Der er fra begge respondenters perspektiver en vigtighed i at inkludere organisationens medarbejdere i processen for at give patienterne en bedre og mere kompetent behandling, hvor det bliver muligt at møde patienterne på deres niveau af sundhedskompetencer.

Respondent 1 anerkender dog, at der skal arbejdes med den kultur, som der er blandt medarbejderne og ledelsen i sundhedsorganisationen og at: *“Det er jo en kæmpe Kultur. Vi kæmper jo med det allerede nu ikke (...) altså.”*. Yderligere siger respondent 1 også at det kræver *“nogle pædagogiske egenskaber ved vores [...] personale.”*, for at kunne inkludere en anderledes arbejdsproces hos medarbejderne. Der er også et behov for at se på det endeligt ønskede outcome for respondenterne: *“OG man kan sige hele grunden til at vi gør det (...) DET handler selvfølgelig om, hvad er det for et resultat vi gerne vil skabe for den enkelte patient, ikke?” R2.*

Der er et fokus på hvilke strukturer og processer, der er vigtige for, at der vil kunne ske en ændring i sundhedsorganisationen - for at opnå det ønskede outcome for patienterne. Der mangler forståelse for essensen af organisatoriske sundhedskompetencer, da respondenterne fokuserer mere på patienternes helbredsmæssige outcome end på deres forståelsesniveau. Der kan stilles spørgsmål til, om respondenterne tilpasser essensen af organisatoriske sundhedskompetencer til deres nuværende opfattelse af, hvad deres organisation i forvejen tilbyder. Respondenterne kan dermed have en overbevisning om, at organisatoriske sundhedskompetencer allerede er indlejret i den daglige praksis og ligger latent i arbejdsprocesserne ud fra de nuværende normer.

7.3.2 Organisationens overvejelser i arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer

Respondenterne blev spurgt om hvilke overvejelser, der skulle være i forhold til, hvis organisatoriske sundhedskompetencer skulle være en del af sundhedsorganisationens måde at behandle patienterne på. Respondenterne blev bedt om at tage stilling til, hvorledes begrebet kunne implementeres og hvad der skulle til for, at der kunne ske en forandring. Respondent 2 havde betænkeligheder i at skulle udstikke lavpraktiske forslag til forandring, da respondenteren ikke følte at begrebet var: *"mejslet i marmor"*, men at det optræder i: *"lidt forskellige forklædning, afhængigt af hvad det er for et perspektiv, man rent faktisk har"*. Respondent 1s opfattelse af organisatoriske sundhedskompetencer var *"at [...] vi som personale arbejder med og netop få inddraget patienterne i at bruge kompetencerne i forhold til det, de skal ud [...] og være i havde jeg nær sagt "*. Der er dermed diskrepans i opfattelsen af, hvad begrebet organisatoriske sundhedskompetencer er og hvilket perspektiv, der skal tages udgangspunkt i, når der skal ske en forandringsproces.

Som udgangspunkt var begge respondenter enige i, at der var et behov for at se, om de medvirkende aktører, som er organisationens medarbejdere, er på plads i forbindelse med behandlingen:

"[...] så er vi nødt til at spørge os selv, har vi det HOLD, der overhovedet kan behandle? Altså har vi neurologer, har vi sygeplejersker, har vi fysioterapeuter har vi ergoterapeuter. (...) Sådan at at vi kan etablere hensigtsmæssige patientforløb." R2

Respondent 2 udtrykker, at der først og fremmest er et behov for at have fokus på medarbejderne, men også på at opnå et hensigtsmæssigt patientforløb som det endelige resultat. Respondent 1 er mere opmærksom på, hvilken kultur medarbejderne besidder for forandring og hvilken påvirkning, organisationens kultur har på inkluderingen af en ny tankegang i organisationen:

"Jamen det er jo igen det der med at man TØR. Altså Det er jo kulturen i også og og prøve at beholde at at turde at behandle folk anderledes." R1. Dette udbygges ved *"Vi kan træne VORES personale noget mere til at turde (...) at se det fra en anden vinkel. Og måske gå ind og snakke med patienterne. Altså det her. Det kræver lige præcis at vi tager patientens stemme ind i rummet og spørger dem: "Hvad tænker I vil være det bedste for jer?"* R1.

Dette viser et fokus på, at medarbejderne har et medansvar for at initiere en forandring og for at tilegne sig den nye kultur, men at de også kan være en barriere for at inkludere den nye kultur, hvis de ikke er åbne overfor nye arbejdsprocesser og behandlingsmetoder.

Respondent 1 ligger vægt på, at der kan opstå en diskrepans ved at respondenter som leder, er et andet sted i processen og skal være med til at ” *drive organisationen frem*”, så respondenter er: ” *tit lidt længere fremme end dem, der sidder med det.*” R1. Dette kan dermed skabe en følelse hos medarbejderne af, at implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer er en top-down beslutning. Dette kan medvirke til, at medarbejderne kan have svært ved at se meningen eller måden i at skulle ændre arbejdsprocesserne. Der er fra begge respondenter en opmærksomhed på, at der er behov for samskabelse mellem medarbejdere og ledere for at kunne indarbejde en optimal arbejdsproces, hvor patienten er i centrum. Der er et behov for at indtænke en forandringsproces i sundhedsorganisationen, som både en top-down og bottom-up styret intervention, så medarbejderne kan se formålet, værdierne og meningen i at ændre en kultur.

Patientperspektivet er et andet perspektiv, som begge respondenter tager udgangspunkt i. For at etablere et hensigtsmæssigt patientforløb er der behov for, at medarbejderne og lederne lytter til patienterne.

“ *[...] det man [medarbejderne] TROR der er vigtigt. Det er slet ikke det patienterne har fokus på. Så det der med hele tiden og og lytte til, hvad er det egentlig patienterne forventer, og hvad er det? [...] Selvfølgelig skal vi have vores faglige ambitioner, , så det skal jo mødes et eller andet sted imellem det.*” R1

Respondent 2 underbygger dette ud fra patientperspektivet:

“ *Men altså man kan jo sagtens være tilfreds med det forløb man har haft og det man har fået faktisk ret ringe. Altså så men men jeg tænker at vi kan jo ikke lade være med at spørge patienterne. Vi er jo nødt til at spørge patienterne, tænker jeg*” R2

Ifølge respondenterne er der en forskel i perspektivet på, hvad en behandling skal indeholde, alt efter om man er faglig medarbejder eller patient. Der er et behov for at lytte mere til patienternes opfattelse for at kunne skabe et bedre fagligt fundament og dermed forbedre det patientmæssigt outcome.

Patienterne skal være mere i centrum af behandlingerne og selv have styring og ansvar for deres behandlingsforløb. Respondent 1 anerkender at patienterne har forskellige behov og

forståelser hvilket understreger, at der er behov for en gradueret tilgang til behandling. Her skal medarbejderne med deres faglighed vurdere, om patienterne kan selv eller ej. Dette vil ifølge respondent 1:

“Det giver noget mere tid og overskud til dem, som har det svært, at FORDI at så kan vi bruge noget mere tid på dem (...) og så lade dem, der klarer sig godt, SELV klarer det. [...] og der skal vi nok også have en anden holdning i samfundet MED at det her det er ikke bare sådan en så kommer I ind, og så er der (...) Så ordner vi det lige for jer altså (...) I skal også selv hjælpe til, og det vil de fleste mennesker jo også.” R1

Respondent 2 underbygger dette ved at gøre opmærksom på, at medarbejderne har et ansvar for paternalistisk at påtage sig styringen af behandlingen for de patienter, der ikke selv kan magte opgaven.

Det kan udledes, at der fra respondenternes side er en klassificering af, at det både er medarbejdernes og patienternes ansvar i forbindelse med et hensigtsmæssigt behandlingsforløb. Dette skaber i forhold til udsagnene et behov for en treenighed i at samskabe det optimale patientforløb for at sikre en tilfredshed hos både medarbejdere, patienter og sundhedsorganisationen. Organisatoriske sundhedskompetencer handler om at organisationen, som helhed, tager ansvar for at behandle og kommunikere i overensstemmelse med patienternes individuelle sundhedskompetencer. Respondenterne er opmærksomme på patientens rolle i deres behandlingsforløb, for at det bliver hensigtsmæssigt. Dette kan tolkes som, at det som udgangspunkt stadig er patienternes ansvar at kunne forstå og anvende sundhedssystemet. Det tyder på, at respondenternes tolkning af organisatoriske sundhedskompetencer er fastsat fra de nuværende normer i sundhedssystemet, hvilket også påvirker respondenternes tolkning af begrebet.

7.3.3 Betydningen af social ulighed i sundhed

På tværs af begge interviews var der fokus på, at der er en forskel i behandlingstilgangen hos en del af befolkningen og hvilken betydning denne forskel har for behandlingstilgangen.

Respondent 2 havde flere refleksioner over hvilken betydning den sociale ulighed har på behandlingstilgangen:

“Det er jo Sådan, hvis man Sådan skal (...) Se på det sådan i forhold til en floskel, så så handler det jo lidt om, at hvis man skal behandle patienter ens, så skal man i virkeligheden behandle dem forskelligt.” R2

Respondent 1 underbygger dette med: *“[...] Men det er jo derfor jeg er så glad for at jeg har professionelle folk ansat, Fordi det er jo der at fagligheden kommer ind. At man kan finde ud af at graduere [behandlingen] ”R1.* Begge respondenter er enige i, at der bør laves en behandling ud fra det niveau, som patienten har og at det er medarbejdernes ansvar at kunne lave den graduering.

Respondent 2 taler dog videre ind i organisationens - og patientens eget ansvar ved at:

“ [...] Det er jo enormt vigtigt, at patienterne har en høj Health literacy, men de patienter vi behandler her hos os, de har en meget lav. OG der er vi nødt til at hjælpe dem med det. [...] altså i forhold til compliance [...] eller at vi kan give patienterne en høj Health literacy. Det det mener jeg dybest set. Vi er simpelthen Nødt til at hjælpe dem.” R2

Hvilket respondent 1 underbygger ved:

“Og det er måske 90% af dem [der selv kan træne og varetage deres behandling]. Så er der 10%, DE får det bare ikke gjort og de kan ikke finde ud af at koble sig på og så har man jo tid til at tage dem ind. Det er jo sådan vi skal tænke, at dem der ikke kan finde ud af det, DEM får vi ind og får taget ekstra meget hånd om [...]” R1.

Respondent 1 siger videre; *“[...] det giver noget mere tid og overskud til dem, som har det svært at FORDI at så kan vi bruge noget mere tid på dem og så lade dem, der klarer sig godt, SELV klarer det.”*

Der er dermed et fokus på, at organisationen har et paternalistisk ansvar overfor de patienter, der ikke selv kan varetage deres behandling og træning, men at de resterende 90 % bør kunne selv. Disse udtalelser taler ind i den danske sundhedspolitik, hvor det anses som patienternes

eget ansvar at sørge for at opretholde et godt helbred og opsøge hjælpen, når der er behov (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019; Sundhedsministeriet, 2022). Respondent 2 anerkender at det er ” *sådan en paternalistisk opfattelse i virkeligheden*”, men respondenten tror bare ikke, patienterne vil kunne klare det selv. Her henviser respondenten til en undersøgelse, som viser, at det ikke kun er i somatikken, der er forskel på hvilket niveau af sundhedskompetencer individet har, men også i psykiatrien.: “ *faktisk kan vi se [...] at de rige patienter med depression de får mere behandling end de fattige patienter, og Det er fanme tankevækkende.*” R2. Respondent 2 taler her ind i den sociale gradient, hvor jo længere uddannelsesniveau patienten har, jo bedre er de til at opsøge og anvende den behandling, der er til rådighed og underbygger sine udtalelser med at:

“Og jeg tænker at også at Det er ikke one size fits all [...]. Vi kan ikke have samme ambitionsniveau for de forskellige patientgrupper. Det kan man simpelthen ikke. Fordi der simpelthen er nogen, der ikke der ikke vil kunne klare den opgave. Altså Der er vi nødt til at hjælpe dem.” R2

Respondent 2 anerkender, at der er behov for, at organisationen og medarbejderne har et nuanceret og individualiseret blik på patienterne, hvormed behandlingsformen skal tilpasses patienten og ikke omvendt. Der er et fokus på, at medarbejderne og patienterne skal kunne arbejde sammen for at tilpasse behandlingsforløbet. Dette problematiseres i en paternalistisk tilgang, som kan fastholde patienten på det eksisterende niveau af individuel sundhedskompetence. Organisation skal tage ansvar for at sikre, at patienten har mulighed for at kunne forstå behandlingen og den bagvedliggende mening med behandlingen på deres individuelle sundhedskompetence niveau. Den bagvedliggende tankegang med organisatoriske sundhedskompetencer er, at alle patienter skal behandles ud fra det individuelle sundhedskompetence niveau og at det ikke kun skal anvendes hos de 10%, der ikke selv kan tage ansvar. Organisatoriske sundhedskompetencer er et værdisæt om graderet behandling, som rummer alle patienter i stedet for kun de få. Der er derved en risiko for, at organisationen med sin nuværende paternalistiske behandlingsmetode og fremgangsmåde medvirker til en fastholdelse af den nuværende ulighed i sundhed, i stedet for at afhjælpe uligheden.

7.3.4 Hvad er kvalitet

Som følge af overvejelser om hvorledes der kunne laves en systematisk ændring i organisationens arbejdsprocesser, var der fra begge respondenter overvejelser om, hvorledes man sikrer kvaliteten af behandlingen hos patienterne. Der er ligeledes behov for at indtænke organisatoriske sundhedskompetencer i behandlingsforløbet og at Vienna modellen kan anvendes struktureret til at finde forbedringspotentialer.

“[...] Jeg tror da helt sikkert det bidrager til kvaliteten, at man hele tiden har patienterne med i deres egen behandling. [...] Og der kunne man jo netop lave sådan nogle ala PRO skemaer⁵” R1.

Respondent 2 understøtter dette ved:

“[...] vi bør jo undersøge altså i bund og grund, at patienterne får den behandling de burde få. Og vi burde jo altså derfor [bruge] sådan nogle redskaber som PRO redskaber.” R2

Begge respondenter henviser til den nuværende form for kvalitetssikring, hvor patienten via spørgsmål udredes for at være i risiko eller ej til ikke at kunne håndtere deres eget sygdomsforløb. PRO- skemaerne bruges desuden til at vise patienterne deres fremgang i behandlingsforløbet.

Respondent 1 taler videre ind i kvalitetssikringen og hvad den kan gøre for medarbejderne:

“Altså fordi at vi er jo så bange for at begå fejl og det er syge mennesker vi har med at gøre og overser vi noget ved at lade nogen er det ikke helt så godt fat i dem, men så må man jo på en eller anden måde lave nogle evalueringsskemaer, hvor man prøver at der findes jo de der PRO skemaer hvor man kan gå ind og lave noget struktureret” R1

Og underbygger videre: *“Men så skal man jo have noget at holde det op imod, hvis man skal kvalitetssikre det [...]. Der skal både være noget før og så noget efter. Man skal jo så have et målbart [resultat] [...]” R1.* Respondent 1 taler ind i, at der skal være noget at måle på, for at der vil kunne ske en kvalitetssikring. Respondent 2 udbygger begrebet kvalitet:

⁵ PRO står for Patient Rapporterede Oplysninger og er data, der viser patientens helbredstilstand. Den anvendes både af patienter, samt af medarbejderne for at kvalitetssikre en behandling, samt for at patienterne kan følge deres egen udvikling gennem et behandlingsforløb. (PRO sekretariatet, 2023)

“[...] Den organisatoriske kvalitet den vil jo handle om rigtig meget om koordination og kontinuitet i det hele taget. Og så den interpersonelle kvalitet. Den vil jo så i virkeligheden handle om hele samspillet med patienterne. Og på selve procesniveauet, der vil det jo så i virkeligheden handle om, jamen altså, [...]Hvad er det patienten egentlig får i det helt konkrete patientforløb?” R2

Respondent 2 gør opmærksom på, at kvalitet ikke er et begreb, men kan variere afhængigt af formålet og det ønskede resultat. Hovedessensen af respondenternes kvalitetsbegreb er noget, der kan måles på i forhold til patientens behandlingsforløb. Der er en bekymring for de fejl, organisationen og medarbejderne kan lave i forhold til patienterne, hvorfor begge respondenter er opmærksomme på, at en behandling skal kunne måles og vejes. PRO - skemaerne har dermed to formål 1- at organisationen får noget at måle på for at kunne kvalitetssikre og 2- at sætte patienten i centrum, så de har mulighed for at blive en aktiv medspiller i deres egne behandlingsforløb. Kvalitetsbegrebet ud fra respondenternes side er derfor stadig holdt op på den danske sundhedspolitik, hvor det til dels er patienternes ansvar at få, opsøge og benytte de sundhedsydelser, der er til rådighed og hvor organisationens ansvar i forløbet er noget målbart i form af skemaer og outcome. Organisatoriske sundhedskompetencer er ikke opsat på kvalitetsbegrebet, men på hvor godt organisationen formår at rumme og nuancere deres behandlinger og kommunikation til de patienter, der bruger sundhedsorganisationen. Begge respondenter taler ud fra den værdibaserede styring og kvalitetsbegrebet i sundhedsvæsenet, hvor udgangspunktet er patienten. I organisatoriske sundhedskompetencer er der behov for at organisationen kigger indad og ser, hvad den kan foretage af forbedringer for at sikre patienternes forståelse. Begge respondenterne er af den opfattelse, at de ser indad og at de opfylder kvalitetskravene til sundhedssystemet. Dette rejser tvivl om, at organisationerne rent faktisk evner at skabe en ændring, uden at de makropolitiske kræfter og opfattelsen af hvem, der har ansvaret for behandlingen, ændrer sig i samfundet.

7.3.5 Perspektiv på og anvendelse af Vienna modellen

I anden del af interviewet var der lagt vægt på anvendelsen af Vienna modellen og hvilket indtryk, de to respondenter havde af dens indhold. Dette gav for begge respondenter refleksioner i forhold til tidligere erfaringer med lignende redskaber og de bagvedliggende tanker om indholdet.

"Jeg synes jo den er meget [...] detaljeret. [...] Men jeg synes den giver da nogle gode retninger på i forhold til - hvor er det, man skal arbejde sig hen for at nå det, som egentlig er formålet med det." R1

Derudover understøtter Respondent 1 med at: *"Det er jo et godt hjælperedskab, hvor den går ned i dybden."* og at: *"Det ligner jo sådan lidt et PRO skema."* R1

Respondent 2, derimod tænker mere over indholdet i Vienna modellen:

"Det er jo godt nok svært at være uenig i ikke. Altså, det svarer jo lidt til den til standarderne i den danske kvalitetsmodel ikke. Altså så det er godt nok svært at sige, at DET er jeg godt nok imod altså. Jeg er godt nok imod at man skal skabe et støttende miljø og en sundheds kyndig navigation, og det er jo absurd hvis man siger det." R2

Der er fra de to respondenter et fokus på, at indholdet af Vienna modellen er relevant og kan hjælpe til en standardisering i forhold til forbedringsprocesser i sundhedsorganisationen.

På den anden side fremhæver respondent 2 dog, at der kan tvivles på den praktiske anvendelighed af Vienna modellen:

"Jamen Jeg synes at med erfaringerne også fra den danske kvalitetsmodel, så er det simpelthen for mange indikatorer. [...] Så kan vi jo også sige i forhold til den danske kvalitetsmodel men DET er simpelthen for meget, så ja så så Jeg synes at man skulle koge det ned til 10." R2

Respondent 2 mener, at der er for mange indikatorer til at kunne implementere Vienna modellen, så den er anvendelig i den daglige praksis. Respondent 1 understøtter det: *"Ja, det er for mange. Det er simpelthen for mange"* og fortæller videre: *"Altså hvis jeg havde sendt sådan noget ud, så vil jeg straks få til tilbage. "Hvad er det så vi IKKE skal lave". Altså der kommer lige som en boomerang i hovedet ikke."* R1.

Respondenterne gør dermed opmærksom på, at deres medarbejdere i forvejen har mange arbejdsopgaver og ved yderligere at tilføje et nyt redskab, kan det forstyrre de nuværende arbejdsprocesser i organisationen, hvilket kan betyde, at redskabet bliver en arbejdsbyrde i stedet for et hjælperedskab. Sygehusene har tidligere anvendt Den Danske Kvalitetsmodel til kvalitetssikring, som bestod af 104 indikatorer, hvilket kunne give organisationerne en akkreditering. Respondent 2 sammenligner de to redskaber og er grundlæggende af den opfattelse at, der skal skabes en standardisering ved et hjælperedskab. Problematikken ifølge respondent 2 er dog:

“[...] Men spørgsmålet er bare om vi skal måle på det hele. Og der tænker jeg så at vi skal øve os i så at måle på det der er aller aller vigtigst. Og det synes jeg heller ikke, at vi som sundhedsfaglige kan sidde og beslutte, at Det er det, Vi skal måle på, og det, Vi skal måle på vi skal i virkeligheden også have patienterne med Altså egentlig også spørge patienterne og de pårørende og sige ultimativt Hvad er det vigtigste?” R2

Respondent 1 er enig i, at det skal være en samskabelsesproces, hvor de tre parter: ledere, medarbejdere og patienter er inddraget for at give empowerment og en større grad af egenomsorg til patienterne og samtidig et medansvar til medarbejderne. Respondent 1 lægger dog vægt på, når en forandring skal implementeres, handler det om den ledelsesstil, som lederen har og hvordan, der ønskes at medinddrage de forskellige aktører.

Vienna modellen kunne ifølge respondent 1 bruges af kvalitetsmedarbejdere, som skulle arbejde mere struktureret for at få et overblik over, hvorledes organisationen kunne forbedre sig. Der er en enighed i, at Vienna modellen indeholder gode standarder, der kan måles på, men at den er for omfattende til det daglige arbejde for medarbejderne og dermed vil kunne skabe en barriere for at arbejde mod at være en sundhedskompetent organisation.

Respondenterne er også enige om at i stedet for at fokusere på længden og omfanget af indikatorerne, bør der ifølge respondenterne skabes et måleværktøj sammen med medarbejderne, ledelsen og patienterne. Dette skal gøres for at sikre, at måleværktøjet ikke vil blive for omfattende og dermed i sidste ende vil komme patienterne til gode. Vienna modellen blev af respondenterne anset som et nyt måleværktøj, som vil blive en belastning for organisationen. Selvom Vienna modellen ikke skulle anses som et måleværktøj, der skulle bruges i den daglige praksis, men som et redskab til at finde forbedringspotentialer i organisationen, var det fra respondenternes perspektiv endnu en arbejdsopgave. Der er en diskrepans i opfattelsen af Vienna modellens formål i forhold til forbedringer i

organisationens sundhedskompetencer fra det tilsendte informationsmateriale og specialegruppens uddybende forklaring til respondenternes tolkning af Vienna modellen og organisatoriske sundhedskompetencer. Denne diskrepans kan bunde i, at respondenterne stadig tager udgangspunkt i de individuelle sundhedskompetencer i stedet for de organisatoriske og derved mangler den fulde forståelse for begrebet.

7.4 Syntese af fund fra dataindsamling

Gennem processen med mønsterkondenseringen af dataindsamlingen blev der identificeret seks tematikker fra litteraturstudiet og fem fra interviewene. Ud fra de fremanalyserede tematikker fremkom der nogle sammenhængende mønstre, som er faktorer, der både kan optræde som facilitatorer og barrierer i forbindelse med en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation. I litteraturstudiet var de seks tematikker: *organisationens rolle, lederstilens betydning, medarbejdernes rolle, patienternes betydning, betydning af interventionsdesignet og betydningen af viden om organisatoriske sundhedskompetencer* i forbindelse med en forandringsproces i en sundhedsorganisation. I nedenstående figur 6 er hovedtematikkerne med deres tilhørende undertematiser visualiseret.



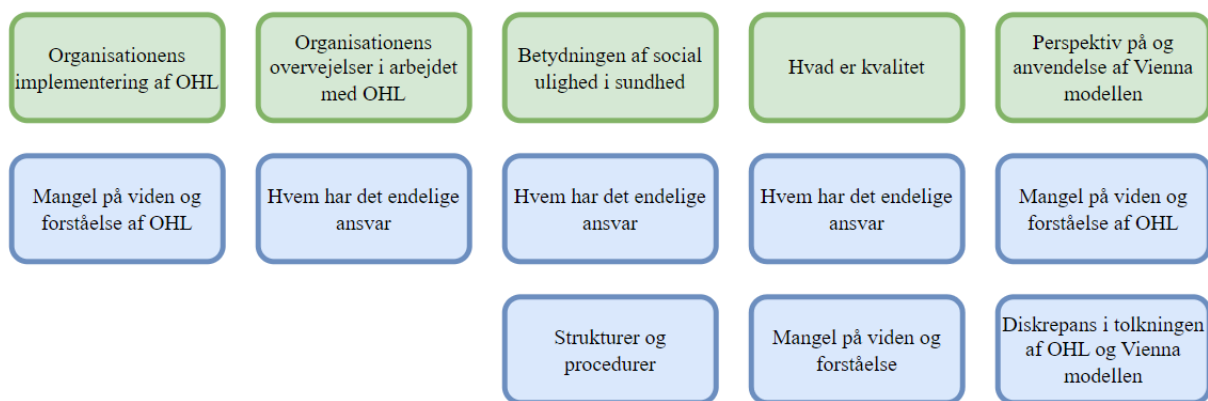
Figur 6 Oversigt over hovedtematikker, identificeret som følge af analyse af litteraturstudiet. Organisatoriske sundhedskompetencer, er indsat med deres engelske forkortelse OHL (Organisational Health Literacy).

Gennem analysen af litteraturstudiets hovedtematikker fremkom der ligheder på tværs af tematikkerne. I hver hovedtematik er der fremanalyseret en eller flere essenser, som repræsenterer den eller de centrale elementer, som hovedtematikken består af. Essensen er opstået som følge af kondenseringen og analysen af den enkelte hovedtematik. De

fremanalyserede individuelle essenser blev derefter sammenholdt på tværs af hovedtematikkerne.

Der fremkom tre hovedessenser på tværs af hovedtematikkerne, som var *viden*, *kultur* og *ansvar*. Viden kom til udtryk i alle hovedtematikkerne gennem deres undertematikker, som for eksempel ved *uddannelse/træning*, *evidens* og *viden* om organisatoriske sundhedskompetencer. Kultur fremkom gennem *politikker* i organisationen og i samfundet, *erfaring/engagement* hos både medarbejdere og ledelse og *interessenter/aktører*, der er tilknyttet sundhedsorganisationen, som for eksempel patienter og medarbejdere. Ansvar kommer som følge af *prioritering af organisatoriske sundhedskompetencer* for eksempel politisk og i sundhedsorganisationen, *ledelsesengagement* i forbindelse med drivere af forandringsprocessen og prioritering af ressourcer og *ledelsesstrategi*, som har betydning for, hvilken tilgang ledelsen vælger i forbindelse med implementering af organisatoriske sundhedskompetencer.

I interviewene blev der fremanalyseret fem hovedtematikker: *organisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer*, *organisationens overvejelser i arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer*, *betydningen af social ulighed i sundhed*, *hvad er kvalitet og perspektiv på og anvendelsen af Vienna modellen*. Der blev identificeret en eller flere centrale elementer i hver hovedtematik, hvorefter de fremanalyserede centrale essenser blev sammenholdt på tværs af hovedtematikkerne. De identificerede hovedtematikker og deres fremanalyserede og kondenserede essens er visualiseret i figur 7.



Figur 7 Analysens essens ud fra interviewene. De grønne bokse repræsenterer hovedtematikkerne, som blev fundet på tværs af interviewene. De blå bokse repræsenterer den kondenserede essens, der blev analyseret frem fra hovedtematikkerne. Organisatoriske sundhedskompetencer er forkortet til OHL.

På tværs af hovedtematikkernes centrale elementer fremkom der tre overordnede essenser, som er *ansvar*, *viden* og *kultur*. Ansvar fremkom for eksempel som følge af *hvem, der har det endelige ansvar* i forbindelse med implementeringen og prioriteringen af organisatoriske sundhedskompetencer. Viden er identificeret på baggrund af for eksempel *mangel på viden og forståelse af organisatoriske sundhedskompetencer* hos samfundet og hos lederne og medarbejderne i sundhedsorganisationen. Kulturen opstod som følge af for eksempel *diskrepans i tolkningen af organisatoriske sundhedskompetencer og Vienna modellen* hos de forskellige sundhedsprofessionelle på tværs af organisationsniveauerne.

Da essenserne fra de to dataindsamlingsmetoder var *ansvar*, *viden* og *kultur* blev dette også tre fokusområder, der gik på tværs af de to dataindsamlingsmetodernes analyseresultater.

Ansvar omhandlede, hvem der skulle påtage sig rollen for at skabe en forandring i en sundhedsorganisation i forhold til implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer. Yderligere består ansvaret også af de arbejdsprocesser, som skal ændres, prioriteres eller skabes i forbindelse med en forandring i en sundhedsorganisation. Der er et behov for at være opmærksom på organisationens formelle hierarki såsom, hvorledes organisationen er opbygget hierarkisk, hvem der skal inddrages i forandringsprocessen og hvem der har det endelige ansvar for forandringen. Derudover har

sundhedsorganisationens arbejdsroller en betydning i form af for eksempel hvilke kompetence-, ledelses- og organisations drivere, der er behov for i forbindelsen med forandringen. Endeligt er der behov for ansvarsfordelingen, hvor der i udliciteringen af arbejdet bliver udarbejdet en prioritering af hvilke arbejdsopgaver, der skal fordeles og fravælges i forbindelse med implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer. Disse identificerede centrale elementer, der indgår i fokusområdet ansvar, har ligheder med kerneelementet struktur i Leavitt-Ry modellen. I struktur indgår de mere stabile elementer i organisationen såsom autoritetssystemet/hierarkiet, den horisontale arbejdsfordeling mellem de forskellige områder og kommunikationssystemer (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002). Ved at koble Leavitt-Rys element struktur med fokusområdet ansvar giver det en mulighed for at simplificere det komplekse område ansvar og for at inddrage koblingen i den yderligere refiguration af området, hvor der sættes et kritisk perspektiv på tematikken.

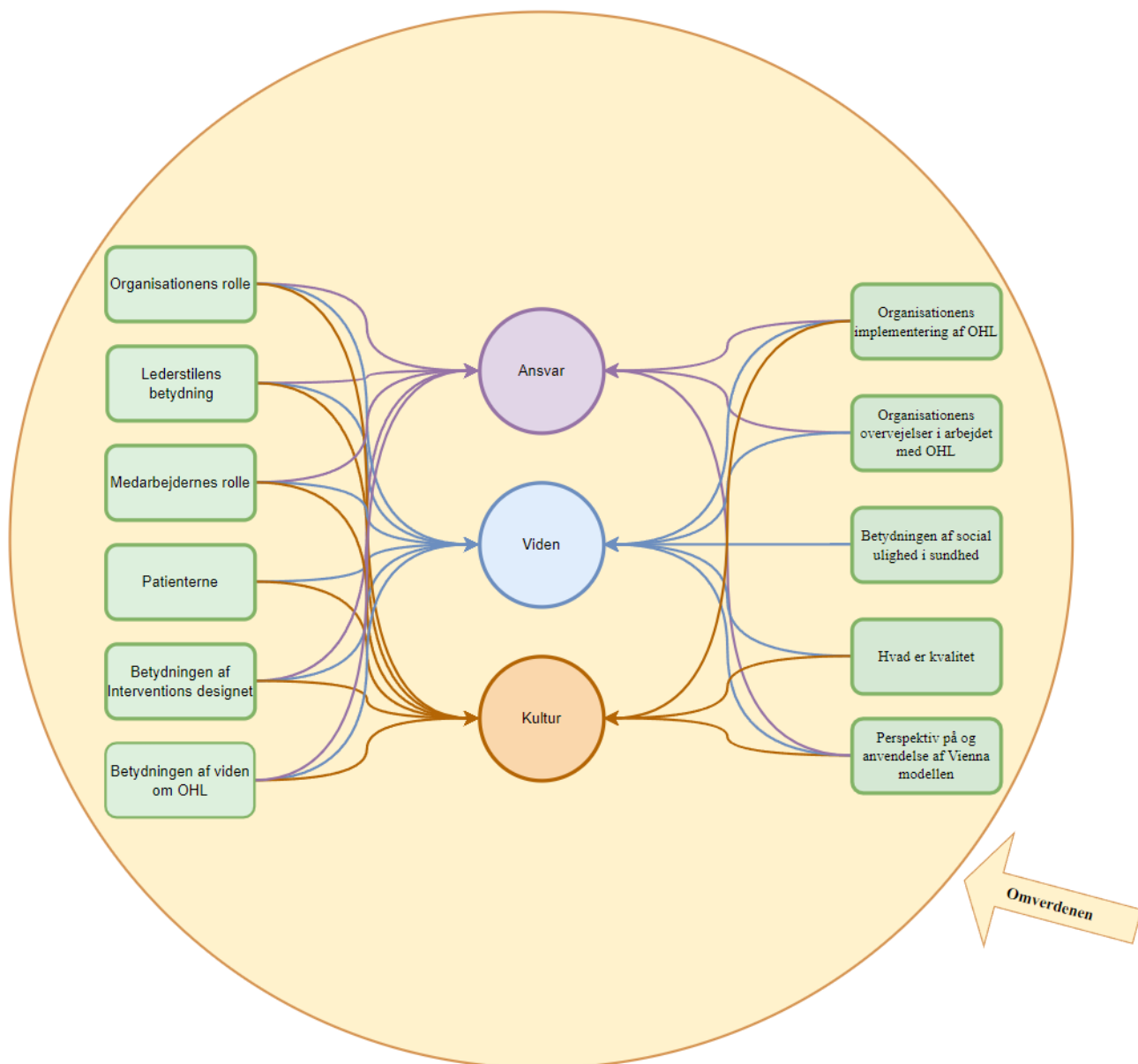
Fokusområdet viden består af de centrale elementer, som omhandler sundhedsorganisationens medarbejdere, der er involveret i forandringsprocessen. Yderligere inkluderer det også de interessenter, som kan blive påvirket af forandringen udenfor sundhedsorganisationen, hvis de organisatoriske sundhedskompetencer skal implementeres. Viden består af hvilken viden, der er behov for at have og opnå, før der kan ske en forandring i en sundhedsorganisation. I forhold til medarbejderne kan det for eksempel opnås gennem uddannelse af kompetencedrivere, som kunne være tovholdere for forandringsprocessen og formidling af viden. En anden mulighed kan være en kollektiv formidling, som vil skabe en forståelse af viden om organisatoriske sundhedskompetencer til hele sundhedsorganisationens medarbejdere. I forbindelse med ledelsen i sundhedsorganisationen kan det være en øget viden og forståelse for begrebet, som kan give en ensrettet fortolkning af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer. For samfundet og patienterne kan det være en forøget viden for at udfordre den normative tilgang til behandlinger og nuværende praksisser i sundhedsorganisationen. De fremkomne centrale elementer der indgår i fokusområdet viden, har nogle fællestræk med kerneelementet mennesker/aktører fra Leavitt-Ry modellen, som omfatter organisationens medarbejdere, der kan karakteriseres med deres værdier, færdigheder, holdninger (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002). I forbindelse med sundhedsorganisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer er der i dette speciale indtænkt alle de aktører - også fra omgivelserne - såsom patienter, pårørende, patientforening med videre, der kan påvirke implementeringen og dermed forandringsprocessen. Der er dermed også indtænkt patienter og den viden, som alle

skal kunne besidde for at forandringsprocessen bliver mulig. Aktørerne er dermed en kobling af dem, der udfører handlinger - de sundhedsfaglige medarbejdere og de aktører der modtager den patienterne - og er samlet aktivt deltagende i sundhedsorganisationens kultur.

Fokusområdet tematik kultur indeholder de centrale elementer, der omhandler sundhedsorganisationens kulturer, hvilket blandt andet kan være medarbejdernes arbejdskultur, innovationskulturen i organisationen og patienternes kultur, som de er en del af, og kan have en indflydelse på anvendelsen af sundhedsorganisationen. Medarbejdernes arbejdskultur består blandt andet af, hvorledes de tillærte kulturer i sundhedsorganisationen videregives til nye medarbejdere i tilgangen til arbejdsprocesserne. Medarbejdernes kultur kommer desuden til udtryk ved, hvorledes kommunikation og interaktion er mellem sundhedsorganisationens medarbejdere samt medarbejdernes tilgang til patienterne. Yderligere indbefatter medarbejdernes kultur også deres adfærds- og handlemønstre i sundhedsorganisationen.

Det fremkomne fokusområde kultur har ligheder med Leavitt-Ry modellens kerneelement kultur. Kerneelementet er bygget på Scheins kulturbegreb, hvor både artefaktniveauet, værdier og normer samt de grundlæggende antagelser påvirker organisationen (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002; Schein, 1994). I forbindelse med sundhedsorganisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer er der i dette speciale et fokus på hele sundhedsorganisationens kultur, som indbefatter både medarbejder-, ledelse-, patient- samt den politiske og samfundsmæssige kultur som helhed.

I alle tre fokusområder ansvar, viden og kultur er omverdenens påvirkning en faktor, der skal tages hensyn til. Omverdenen kan påvirke kerneelementerne i organisationens forandringsproces og dermed outcome af implementeringsprocessen af organisatoriske sundhedskompetencer. Organisationer kan kun forstås i et samspil med omverdenen, da en organisation ikke kan anses som isoleret, hvor ændringer i organisationen kan påvirke omverdenen, men også omvendt (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002). Som følge af den øgede kompleksitet i organisationerne har elementet omverden fået en større betydning i relation til organisationsforandringer. Som følge af den øgede kompleksitet i organisationerne er der skabt en større gensidig afhængighed gennem organisationens kerneelementer og omverdenen (Bakka et al., 2019; Ry & Ry Nielsen, 2002).



Figur 8 Syntese af resultaternes fund ved interview på højre side og litteraturstudie til venstre. Alle essenserne fra litteraturstudiet på nær patienter, går til alle tre fokusområder. Fra interview, går organisationens implementering af organisatoriske, hvad er kvalitet og perspektiver på Vienna modellen til kultur, organisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer, organisationens overvejelser og perspektiver på Vienna modellen til ansvar og alle fem essenser løber til viden.

De ovenstående tre fokusområder skal fungere som initiatorer til den sidste del af refigurationsproces.

8.0 Diskussion

8.1 Metode

I de følgende afsnit vil der blive argumenteret og diskuteret for de metodologiske valg. Diskussionens formål er at identificere styrker og svagheder ved de metodiske valg, samt hvilken betydning de har haft for arbejdsprocessen.

8.1.1 Videnskabsteoretisk position

Specialet tager afsæt i den videnskabsteoretiske position kritisk hermeneutik, da den anerkender og værdsætter subjektivitet og mangfoldighed af perspektiver og opfordrer til kritisk refleksion over nutidige magtstrukturer - som sociale strukturer, normer, sociale kontekster og magtrelationer (Teglgaard Christensen & Schwennesen, 2021). Dette kan potentielt udfordre og nuancere eksisterende fortolkninger, hvorved det kan belyse en social problematik, som kan behandles på en ny måde.

Der kan opstå udfordringer med at opretholde objektivitet og adskille undersøgers perspektiver i fænomenet, der studeres - på baggrund af undersøgelsens betoning af fortolkninger og forståelser (Teglgaard Christensen & Schwennesen, 2021). Dette kan medvirke til, at fundene fra data og de endelige resultater kan være udfordrende at reproducere og generalisere.

Havde specialet taget udgangspunkt i kritisk realisme, ville den grundlæggende tanke være, at der arbejdes ud fra eksisterende viden, som kunne bidrage til en dybere forståelse af de kontekstuelle betingelser og mekanismer, der kan påvirke forandringsprocessen (Jagosh, 2020).

Kritiske realister er, i modsætning til de kritiske hermeneutikere, ikke primært optaget af fortolkninger og meningsdannelser. Kritiske realister stræber derimod efter at skabe dyb viden om virkeligheden, hvor aktørernes fortolkninger og holdninger kan betragtes som potentielle fejlkilder (Juul & Pedersen, 2021) (Juul, 2012).

Kritisk hermeneutik fokuserer på fortolkning og forståelse af magtstrukturer og ideologier, mens kritisk realisme fokuserer på samfundets strukturer og mekanismer. Kritisk hermeneutik søger at forstå de objektive samfunds faktorer, der påvirker forståelsen af et fænomen. Kritisk realisme, derimod, kan anses som værende mere praktisk orienteret, idet den skaber viden blandt andet gennem sociale interaktioner og udvikler programteorier, der kan implementeres.

Derfor ville dataindsamlingsmetoden med en kritisk realistisk videnskabsteoretisk position være præget af, at der skulle findes en sundhedsorganisation, som allerede var i gang med implementeringsprocessen af organisatoriske sundhedskompetencer. Dette vil skabe et behov for, at respondenterne skal være en del af den daglige praksis i implementeringen, hvor blandt andet medarbejderniveauet vil kunne give eksempler på daglige oplevelser. Medarbejdernes erfaringer vil dermed kunne hjælpe til at identificere, hvilke kontekster, mekanismer og utilsigtede konsekvenser, der vil kunne opstå i forandringsprocessen i sundhedsorganisationen og give en nuanceret forståelse af forandringsprocessen. Kritisk realisme vil også kunne medvirke til i højere grad at kunne give lavpraktiske forslag til beslutningstagere ved at udforme en programteori, hvor kontekster, mekanismer og outcome bliver identificeret i relation til forandringens praktiske udførelse i sundhedsorganisationen. Da organisatoriske sundhedskompetencer stadig er et teoretisk begreb, der endnu ikke er implementeret i de danske sundhedsorganisationer, gav kritisk hermeneutik mulighed for at undersøge, hvorledes beslutningstagere fortolker organisatoriske sundhedskompetencer for at kunne undersøge begrebets anvendelighed. Kritisk hermeneutik gav mulighed for at sætte det teoretiske begreb organisatoriske sundhedskompetencer op mod de nuværende normer og arbejdsformer i sundhedsorganisationerne.

8.1.2 Leavitt-Ry modellen som rammeværktøj

Leavitt-Ry modellen har som rammeværktøj bidraget til at kunne hjælpe med at strukturere og organisere fremgangsmåden i indhentningen af data. Dette har muliggjort at kunne analysere og forstå de udfordringer og forbedringspotentialer, der er i forbindelse med forandringsprocesser i sundhedsorganisationer. Leavitt-Ry modellen er desuden valgt og anvendt med den hensigt at kunne anskue og inddrage eksterne faktorerers betydning og påvirkning på forandringer i en organisation. I interviewguiden blev det valgt at inddrage flere kerneelementer fra Leavitt-Ry modellen til opbygning af spørgsmålene. Det kan dog overvejes, om det kunne have bidraget til et mere nuanceret perspektiv på analysen at inddrage flere rammelementer - såsom organisationskultur, fysiske rammer og belønningssystemer i opbygningen af interviewguiden. Rammeelementerne i Leavitt-Ry er tilføjet for at nuancere den originale Leavitt model, så beskrivelsen af organisationen kan opfattes mindre simplificeret og lineær (Ry & Ry Nielsen, 2002).

Ved at udvælge enkelte kerneelementer som grundlag for interviewguiden, giver det mulighed for at uddybe de enkelte kerneelementer. Det blev dog fundet i analysen af data fra interviewene, at rammeelementerne var en del af besvarelsene, hvilket også kan anskues i den endelige syntese af resultaterne. Hvis der var udvalgt flere rammeelementer til opbygningen af interviewguiden, kunne det have bidraget til en dybere beskrivelse af rammeelementerne i organisationen og derved bidraget til en mere struktureret og omfangsrig indsamling af data.

Ud fra den forforståelse der eksisterede, da interviewguiden blev udformet, blev der anvendt de kerneelementer, der ansås for relevante for implementering af organisatoriske sundhedskompetencer på et sygehus som kontekst. Derved opnåede Leavitt-Ry modellen som et rammeværktøj sin funktion som et hjælpeværktøj til struktureret at kunne gennemskue de elementer, der kan påvirke på implementerings- og forandringsprocessen. Valget af Leavitt-Ry som rammeværktøj kunne muligvis have præget specialegruppen i den initierende naive læsning af det indsamlede data ved, at den kan have påvirket forforståelsen af hvilke mønstre, der skal identificeres. Dette kan føre til en mere deduktiv fortolkning af specialets empiri, hvilket kan medføre, at nogle af respondenternes fortolkningsnuancer og perspektiver på problemfeltet ikke vil blive opdaget og delagtiggjort i analysen. Dog har der været en opmærksomhed på denne risiko i analysearbejdet, hvilket må anses som en styrke i at fastholde den induktive retning for specialet. Selvom kritisk hermeneutik anerkender, at undersøgeren bringer en forforståelse med sig, er den initierende induktive tilgang til

materialet en styrke, da den muliggør udfordring af eksisterende magtstrukturer og standarder. Dette er årsagen til, at rammestrukturen Leavitt-Ry blev sat på pause under den initierende naive læsning.

Da Leavitt-Ry modellen er simpel at forstå, ved at den er lineær og statisk, men på den anden side kan den være svær at anvende i praksis, da det er undersøger selv, der skal operationalisere kerneelementerne. Undersøger kan komme til at fortabe sig i kerneelementerne og dermed glemme at se dem i en større sammenhæng og sammenspil med hinanden (Ry & Ry Nielsen, 2002). Den lineære tilgang giver dog en mulighed for at konkretisere et begreb, som f.eks. kultur, der ellers kan være svært at definere.

Organisatoriske sundhedskompetencer er et dynamisk iterativt begreb, som påvirker mange dele af en sundhedsorganisation, hvormed Leavitt-Ry modellen kan anskues som værende for simplificeret og statisk til at kunne afklare problematikken med implementeringen i en sundhedsorganisation. Organisationsændringer er ofte komplekse processer, hvor menneskelige følelser og holdninger blandes med økonomiske, politiske og tekniske forhold, hvorfor resultatet af en forandringsproces aldrig kan forudsiges præcist (Bakka et al., 2019).

Leavitt-Ry modellen har givet en mulighed for at diagnosticere forbedringspotentialer i sundhedsorganisationen, hvor den understøtter at identificere de mest vigtige elementer, der skal være fokus på, hvilket giver mulighed for at simplificere tilgangen til forandringsprocessen i forbindelse med organisatoriske sundhedskompetencer, som er en kompleks problematik.

8.1.3 Litteratursøgning

Det kan ud fra litteraturstudiet diskuteres, om søgningen kan gentages med de udvalgte nøgleord i den opstillede søgestrategi. I problemformuleringen indgik sygehuset som kontekst, men den initierende systematiske søgning resulterede i for få hits med sygehuset som en selvstændig søgeblok. *Health literacy* blev anvendt i en søgeblok, men er samtidig en del af nøgleordet *organisational health literacy*. Det kan ikke udelukkes, at organisational health literacy kunne have været tilstrækkeligt til at kunne rumme begge begreber. Det blev dog fundet, at hvis health literacy ikke blev medtaget i søgningen, så forsvandt der en stor del af de relevante søgehits.

De studier, der blev inkluderet i litteraturstudiet, var baseret på sekundære studier, som for eksempel systematiske reviews. Dette kan potentielt have påvirket analysernes troværdighed, da de er baseret på andres fortolkninger af de originale studier (Andreasen & Overgaard, 2022). Omvendt er systematiske reviews kendetegnet ved en grundig og udtømmende litteratursøgning i databaser, som bliver fundamentet for troværdighed af resultaterne og konklusionerne (Andreasen & Overgaard, 2022). I det systematiske review er der identificeret relevant publiceret litteratur, som også er vurderet kritisk af fagfolk, hvilket understøtter specialets inddragelse af systematiske reviews til dataindsamling. Der var dog ikke mange originale studier tilgængelige med fokus på implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation, hvorfor det blev anset som en styrke at inkludere de systematiske reviews, der tog udgangspunkt i flere artikler. Grundet det tidsmæssige aspekt for specialet, blev det fravalgt at gennemgå de inkluderede artikler og original kilder i studierne. Specialet lod sig vejlede af resultaterne fra reviewsene med en bevidsthed om, at der ikke er fuld indsigt i de bagvedliggende fortolkninger i de originale studier og dermed forfatterens hele fortolkning. Joanna Briggs Institute kvalitetsvurderingstjekliste (Aromataris et al., 2015) blev ved den kritiske læsning og analyse af studierne anvendt, da dette medvirkede til en kritisk vurdering af kvaliteten af de udvalgte studier. I og med at der er inkluderet et scooping review af Kaper et al. (2021), understøtter dette anvendelsen af kvalitetsvurderingstjeklisterne, da forskerne ofte ikke kvalitetsvurderer de inkluderede artikler. Scooping review er dog stadig peer reviewed. Den store diversitet i geografi, sundhedssystemer og sundhedsorganisationer kan påvirke studiernes overførbare til Danmark og sammenlignelighed, da der er forskel i værdisættet og kulturer, hvormed organisatoriske sundhedskompetencer kan fortolkes og prioriteres forskelligt. Artiklerne, der er sammenlignet i studierne fra reviewsene, er fra forskellige

sundhedsorganisationer - såsom apoteker, sygehuse og plejehjem. Ligeledes er artiklerne fra forskellige lande - såsom USA, Tyskland og Storbritannien, hvilket også kan påvirke resultaterne i forbindelse med implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer og de elementer, der vil påvirke en forandring. De lande, der er inkluderet i reviewene, har sundhedssystemer med forskellige finansieringsmodeller, såsom sundhedsforsikringer eller tredjepartsbetalere, hvormed nogle af disse sundhedssystemer kan adskille sig betydeligt mere fra det danske sundhedssystem end andre. Dette kan påvirke brugen af sundhedsydelserne og den måde hvorpå organisationen agerer, hvis der skal implementeres organisatoriske sundhedskompetencer.

Der eksisterer dog endnu ikke en standardiseret version af organisatoriske sundhedskompetencer, hvormed perspektiver fra flere lande og sundhedsorganisationer kan give den nuancerede forståelse, som der er behov for.

Studiets overførbarehed referer til resultaternes nyttighed for den aktuelle kontekst og hvor godt resultaterne kan overføres til andre kontekster (Kitto et al., 2008). Nogle reviews mangler en beskrivelse af sundhedsorganisationernes kontekst, hvilket skaber tvivl om resultaternes overførbarehed og om resultaterne er for generelle til at kunne anvendes i den danske sygehuskontekst. Der ses dog en sammenhæng i de inkluderede artiklers resultater i forhold til at skabe en forandringsproces i forbindelse med implementering af organisatoriske sundhedskompetencer, hvilket kan indikere at forandring i en sundhedsorganisation kan sammenlignes på trods af landegrænser og forskellige sundhedssystemer.

8.1.4 Interview

Datagrundlaget for interviewene baserer sig på to respondenter og i den forbindelse kan det overvejes, om dette udgør et tilstrækkeligt antal respondenter til at opnå mætningspunkt. Formålet i kvalitativ forskning er at erfare, beskrive og tolke verden (Brinkmann, 2012), som den ser ud fra respondentens perspektiv, hvorfor antallet af respondenter må anses som sekundært. En anden faktor, der har påvirket antallet af respondenter til interviewene, er specialets afgrænsning til Region Nord og ønsket om kun at inkludere topledelsen på et sygehus. Grundet disse inklusionskriterier var udvalget af mulige potentielle og egnede respondenter begrænset. Der kan argumenteres for at inklusionskriterierne for deltagelse i interviewene med fordel kunne være reduceret for at øge antallet af mulige respondenter. Formålet med interviewene med respondenterne var at indhente dybere og fyldestgørende beskrivelser af deres fortolkning af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer og hvilken påvirkning, implementering kan få på sundhedsorganisationen i en forandringsproces. Ved rekruttering af flere respondenter til interview vil det med stor sandsynlighed kunne have bidraget med flere nye perspektiver og nuancer af problemfeltet, hvilket ville kunne bidrage til andre fortolkninger af problemfeltet. Den indsamlede datamængde ved de to respondenterne giver dog en troværdig fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer og den forandringsproces implementeringen vil medføre i en sundhedsorganisation, hvormed det fungerer som et godt udgangspunkt til videre undersøgelse. Troværdigheden af resultaterne anses dog for at være meningsfulde og dermed repræsentative for andre respondenter på samme ledelsesniveau. Hvis der havde været inkluderet flere respondenter fra andre regioner eller fra andre sundhedsorganisationer, kunne det potentielt have givet en mere nuanceret besvarelse af problemformuleringen.

Ved fortolkningen af det indsamlede empiri er det muligt, at der ved analysereprocessen kan opstå en fortolkning, der rækker udover respondenternes egen forståelsesramme af det sagte (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette kan ske, da analysen kondenserer indholdet, fortolkningerne og meninger ud fra undersøgernes egne forståelser i en bredere kontekst end respondenternes og derfor bliver der udarbejdet en fortolkning baseret på en andens forforståelse end respondenternes. På den baggrund er der et etisk ansvar i, hvordan specialegruppen præsenterer og fortolker respondenternes udtalelser.

Der blev i interviewene anvendt teacher-learner cycle for at opnå et fælles forståelsesfundament med respondenterne i forsøget på at opnå en horisontsammensmeltning.

Der er usikkerhed om, hvorvidt specialegruppen formåede at gennemføre teacher-learner cycle effektivt og undervise respondenterne tilstrækkeligt til at opnå en forståelse af organisatoriske sundhedskompetencer. Dertil kan det ligeledes overvejes om mængden og udformning af det tilsendte materiale ikke var tilpasset respondenternes individuelle forståelsesniveau af organisatoriske sundhedskompetencer. I forhold til informationsmaterialet kunne det være, at begrebet organisatoriske sundhedskompetencer ikke tydeligt er beskrevet i forhold til den forforståelse, som respondenterne har samt i forhold til det speciale respondenterne har tilhørsforhold til. Yderligere kan den manglende fælles forståelse af begrebet ligeledes være generet af flere ting blandt andet, at respondenterne kan være låst af deres egen dannede forforståelse og der kan være usagt viden, som respondenterne og interviewer tager for givet og dermed ikke får gjort eksplicit. På den anden side er formålet i de kvalitative interviews blandt andet at tilvejebringe respondenternes forståelser og perspektiver af organisatoriske sundhedskompetencer for at opnå et fælles videns udgangspunkt inden interviewstart.

8.2 Resultatdiskussionen

Resultatdiskussion kan ansues som den sidste del af den kritiske fortolkning - jævnfør Ricoeur, som vil kunne medvirke til at skabe en refiguration af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer og hvilken påvirkning organisatoriske sundhedskompetencer vil have i forbindelse med at skabe en forandring i en sundhedsorganisation.

8.2.1 Answarets påvirkning af en forandringsproces

Fokusområdet ansvar blev identificeret ved sammenligning og analyse af resultaterne fra dataindsamlingen som værende en afgørende rolle i forhold til implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationer. Ansvar omfatter at identificere, hvem der har det primære ansvar for at igangsætte forandringsprocessen i sundhedsorganisationen samt ansvaret for at skabe og kommunikere den nødvendige viden, for at forandringsprocessen kan muliggøres.

For at skabe forandringer i sundhedsorganisationer er det nødvendigt at identificere roller - herunder hvem der skal tage lederskab i forandringsprocessen samt hvilke arbejdsprocesser, der skal ændres, omprioriteres eller skabes - for at opnå organisationens mål (Kaper et al., 2021; Khorasani et al., 2020; Lloyd et al., 2018; Meggetto et al., 2020).

Sundhedsvæsenet er komplekst og fokuserer primært på at levere sundhedsydelser for at imødekomme forskellige interesser, herunder nationale prioriteringer, lokale hensyn og individuelle behov (Richards, 1996). Dette kræver omhyggelig koordination på tværs af interessenter for at arbejde med forebyggende og sundhedsfremmende tiltag for at forbedre befolkningens sundhed. Opdelingen af ansvar i sundhedsorganisationer er kompleks, da der for at opretholde en legitimitet skal tages hensyn til både den regulative søjle - ved makropolitisk hensyn, den normative søjle - på mikro- og mesoniveau, hvor der sker en social forpligtelse med moralsk accept af sundhedsorganisationens formål, samt på den kognitive søjle, der er bestemt af de betydningsbærende enheder, som bliver fortolket af deres omgivelser.

Det kræver en ledelsesstil, der kan formidle budskabet effektivt ud om, hvad organisatoriske sundhedskompetencer består af og tilpasse de makropolitisk retningslinjer til den individuelle sundhedsorganisation, så det bliver muligt at anvende den i praksis. Der er derfor behov for at ledelsen skal have dybdegående forståelse for både organisatoriske og

individuelle sundhedskompetencer for at kunne formidle budskabet til resten af organisationen. Viden og forståelse om organisatoriske sundhedskompetencer og hvilke fordele, der kan drages ud af anvendelsen af disse, vil kunne bistå en ledelse til at prioritere og integrere organisatoriske sundhedskompetencer i organisationens værdier og normer. Ledelsens strategi om integration skal dermed indeholde en formidling af viden og give mulighed for ny forståelse og fortolkning af sundhedsorganisationens arbejdsprocesserne i henhold til den kognitive søjle. Den kognitive søjle (Jacobsen & Thorsvik, 2014) henviser til, hvordan medarbejdere i for eksempel sundhedsorganisationen skal internalisere anvendelsen og tankegangen bag organisatoriske sundhedskompetencer, så det bliver anset for at være den mest hensigtsmæssige måde at behandle på. Medarbejdernes og sundhedsorganisationens internalisering af organisatoriske sundhedskompetencer vil kunne påvirke den normative søjle, som påvirker samfundets og patienternes opfattelse af, hvilke værdier og normer sundhedsorganisationerne eventuelt skal etablere og prioritere. For at opnå effektiv implementering af den bagvedliggende viden om organisatoriske og individuelle sundhedskompetencer i organisationen er det afgørende at forankre denne viden både blandt medarbejdere og patienter. Sundhedskompetencer spiller en afgørende rolle for befolkningens sundhed, især med tanke på den voksende kompleksitet i sundhedsvæsenet og behovet for patientcentreret pleje (Aaby et al., 2019; Lima et al., 2024). Organisatoriske sundhedskompetencer er bygget på fundamentet af en forståelse for patienternes individuelle sundhedskompetencer. Sundhedsorganisationerne og dens medarbejdere skal effektivt kunne vurdere patienternes individuelle sundhedskompetencer og tilpasse sundhedsydelserne til patienterne. De individuelle sundhedskompetencer er ikke operationaliseret og standardiseret endnu, hvormed det kan være udfordrende for ledelsen at udrede, hvor prioriteringen af forbedringsmulighederne ligger i organisationen i forhold til organisatoriske sundhedskompetencer. Derudover kan forskellige tolkninger af patienternes individuelle sundhedskompetencer have forskellige tilgange til, hvorledes sundhedsorganisationerne skal implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Har ledelsen og medarbejderne ikke den fulde forståelse for patienternes individuelle sundhedskompetencer, vil det også blokere en mulighed for at se anvendelsesmulighederne og forbedringsperspektiverne i forhold til den eller de ressourcer, det vil kunne tilføre sundhedsorganisationerne.

Derfor er det afgørende at etablere en forståelse for patienternes individuelle sundhedskompetencer som grundlag, før organisatoriske sundhedskompetencer kan implementeres og for at det kan opnå dets anvendelse i praksis. Respondenterne fra

interviewet er af den opfattelse, at deres sundhedsorganisationer allerede arbejder med at styrke individuelle sundhedskompetencer hos patienterne og derved er i gang med at implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Det kan problematiseres, at respondenterne går ud fra en tese om, at udgangspunktet for arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer primært skal fokusere på patientens eget ansvar i forbindelse med styrkelse af deres individuelle sundhedskompetencer. Respondenterne tager udgangspunkt i den danske sundhedspolitik, hvormed de bygger deres fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer på allerede eksisterende standarder og viden, hvilket kan blokere deres nyfortolkning af begrebet organisatoriske sundhedskompetencer og dermed nye perspektiver på en problematik, hvor patienterne ikke har den samme adgang til sundhedsydelser.

Patienternes individuelle sundhedskompetencer kan anskues som et redskab for det sundhedsfaglige personale til at kunne forstå patienternes fortolkninger og forståelse af sundhed. Hvis de sundhedsfaglige medarbejdere får et standardiseret redskab til at planlægge og tilrettelægge sundhedsydelserne og formidlingerne af sundhedsinformationerne gradueret til patienternes individuelle sundhedskompetence, vil det på sigt kunne øge patienternes individuelle sundhedskompetencer.

For at initiere en forandringsproces i forhold til organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation handler det om, at det ikke er patienternes ansvar at opnå større viden og forøgelse af individuelle sundhedskompetencer. Det er organisationens ansvar at stille midlerne til rådighed for patienterne, så de har mulighed for at opnå større viden, i stedet for at det er patienternes ansvar at opsøge den nødvendige viden for at kunne øge deres individuelle sundhedskompetencer.

Det danske sundhedsvæsen anvender ofte en paternalistisk tilgang til behandlingen og i formidlingen af sundhedsinformationer til patienterne, hvor det bliver patienternes ansvar at leve op til de standarder, der er sat af sundhedsvæsenet samtidig med, at patienterne skal tage et solidarisk ansvar for hele befolkningens sundhed (Sundhedsministeriet, 2022; Vallgård et al., 2016). Ved at implementere en tilgang hvor der anvendes organisatoriske sundhedskompetencer i sundhedsorganisationerne, opstår der en læringsproces for individet, der balancerer med de ressourcer og kompetencer, som individet besidder. Ved at integrere organisatoriske sundhedskompetencer i det danske sundhedsvæsen vil det give en mulighed for at mindske den paternalistiske tilgang, som forsøger at ensarte og standardisere en homogeniseret patientgruppe. Standardiseringen kan ses som en kontrast til at gøre

sundhedsydelserne gradueret ved at individualisere dem, hvor sundhedsorganisationen kan anvende organisatoriske sundhedskompetencer og dermed formå at balancere udfordringen mellem at anvende noget standardiseret med en individualiseret tilgang. Ved at anvende organisatoriske sundhedskompetencer kan det potentielt medvirke til en reduktion af ulighed i sundhed og understøtte let og lige adgang til sundhedsydelserne for alle patienter.

For at kunne fastsætte hvem der har ansvaret for en forandringsproces i en sundhedsorganisation i forhold til organisatoriske sundhedskompetencer, vil der være et behov for mere oplysning, evidens og viden på området, før sundhedsorganisationerne kan initiere, implementere og anvende organisatoriske sundhedskompetencer.

8.2.2 Betydningen af viden om organisatoriske sundhedskompetencer i en forandringsproces

I analysen fra interviewene fremgår det, at der er en manglende viden om og forståelse af organisatoriske sundhedskompetencer og hvad det kræver af en sundhedsorganisation for at anvende disse. Der er forskellige perspektiver på, hvad patienternes individuelle sundhedskompetencer indbefatter og hvordan de skal anvendes, afhængigt af om begrebet ansues fra aktører på makro-, meso- eller mikroniveau, hvilket også påvirker opfattelsen af, hvad organisatoriske sundhedskompetencer er. Perspektiverne kan dermed påvirke, hvilke handlinger sundhedsorganisationens medarbejdere skal anvende i forbindelse med implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer. Organisationens medarbejdere skal kvalificeres med viden ved uddannelse og erfaring for, at deres kompetencer kan anvendes i praksis i sundhedsorganisationen. I litteraturstudiet blev der fundet, at medarbejdernes viden om organisatoriske sundhedskompetencer er en afgørende mekanisme for effekten og anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer. Det er nødvendigt at prioritere viden om organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation, da viden vil påvirke effekten og anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer (Khorasani et al., 2020; Meggetto et al., 2020).

For at medarbejderne kan opnå en større viden, er der behov for at sundhedsorganisationens ledelse prioriterer og allokerer ressourcerne til at kvalificere medarbejdernes kompetencer indenfor området. Ledelsens prioritering af organisatoriske sundhedskompetencer ses at være afhængig af deres viden og ekspertise på området. Respondenterne fremhævede, at sundhedsorganisationen skal prioritere at træne sine medarbejdere til at turde se patienterne, sundhedsydelser og de nuværende behandlingsstandarder fra en anderledes vinkel. I forhold til implementering af organisatoriske sundhedskompetencer vil det i følge respondenterne kræve ændringer i strukturerne og processerne i sundhedsorganisationens nuværende arbejdsprocesser. Ledelsen i sundhedsorganisationen har gode intentioner for at forbedre kvaliteten af patientforløbet, men det kan tyde på, at sundhedsorganisationen og dens ledelse har en manglende forståelse og viden om, hvad arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer indebærer. Det tyder på, at sundhedsorganisationen er opmærksom på, at de skal være åbne overfor nye perspektiver og reflektere over de eksisterende standarder og normer. For at skabe en forøget viden og forståelse af patienternes individuelle sundhedskompetencer vil det også for sundhedsorganisationen være muligt at inkludere nye perspektiver på sundhedsydelser og dermed skabe en refleksion over nuværende praksis.

Respondenterne giver udtryk for, at det er patienternes ansvar at tage vare på egen sundhed og behandlingsforløb. Skal der nye perspektiver på, at det er organisationens ansvar at skabe mulighederne for patienterne til at øge deres individuelle sundhedskompetencer, vil det kræve en forøget viden om teorien bag patienternes individuelle sundhedskompetencer.

Har sundhedsorganisationen manglende viden og forståelse for, hvad organisatoriske sundhedskompetencer er, kan det blive en barriere for, at sundhedsorganisationen tager ansvar for at finde de rette løsninger for patienternes individuelle sundhedskompetencer internt i sundhedsorganisationen.

Ifølge Sundhedsstyrelsen defineres organisatoriske sundhedskompetencer som *"Den måde sundhedstilbud, organisationer og systemer gør informationer og ressourcer tilgængelige for mennesker med forskellige sundhedskompetencer"* (Aaby et al., 2022). Patienternes individuelle sundhedskompetencer defineres som *"(...)Sundhedskompetence er en fælles funktion af sociale og individuelle faktorer, som opstår fra samspillet mellem individers færdigheder og kravene fra sociale systemer."* (Sørensen et al., 2012)

Ifølge definitionen fra Sundhedsstyrelsen er kontekstens betydning for patienternes individuelle sundhedskompetencer ikke medtaget, hvilket dermed kan påvirke sundhedsorganisationerne. Sundhedsstyrelsen fungerer som den øverste sundhedsmyndighed i Danmark og har ansvaret for at sundhedsberedskabet leverer og fremmer borgernes sundhed gennem forebyggelse og planlægning af strukturen for det danske sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen, 2024). På baggrund af Sundhedsstyrelsens ansvar og rolle i det danske sundhedsvæsen vil retningslinjer givet herfra blive anvendt i forbindelse med en ændring i det danske sundhedsvæsen og dermed fungerer som den nye standard. I Sundhedsstyrelsens definition af organisatoriske sundhedskompetencer opfattes det stadig, som patientens ansvar at opnå viden om egen sundhed, hvorved Sundhedsstyrelsens definition har det samme fokus på individets eget ansvar, som er kendetegnet for den Danske Sundhedspolitik.

Organisatoriske sundhedskompetencer er opstået som følge af begrebet *Health-literate hospitals – Sundhedskompetente hospitaler*, som er et begreb Brach et al. (2012) anvendte for at sikre, at sygehusene kunne rumme og understøtte patienternes individuelle sundhedskompetencer (Brach et al., 2012). Formålet med sundhedskompetente hospitaler er at: *"Sundhedskompetente hospitaler leverer mere sikker patientpleje, er mere åbne for brugerinddragelse og bedre rustet til at håndtere sociale sundhedsuligheder."* (Brach et al., 2012; Henrard et al., 2021). Med udgangspunkt i sundhedskompetente hospitaler viser ovenstående definitioner at, når der kun fokuseres på begrebet organisatoriske

sundhedskompetencer, forsvinder det bagvedliggende formål med anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer. Det bagvedliggende formål med definitionen af sundhedskompetente sygehuse er, at sundhedsorganisationerne skal kigge ind ad og forbedre sig for bedre at kunne rumme og understøtte en større inddragelse af patienterne og sundhedsorganisationens medarbejdere - for tilsammen at blive bedre til at reducere ulighed i sundhed.

Anvendelsen af organisatoriske sundhedskompetencer bliver yderligere en kompleks proces, når sundhedsmyndighedernes definition ikke tager hensyn til, at patienternes individuelle sundhedskompetencer anses som afgørende for organisationens arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer. Forståelsen af de individuelle sundhedskompetencer er gået fra at være individuelt betinget til at anerkende betydningen af konteksten for niveauet af sundhedskompetencer (Aaby et al., 2019; Svendsen et al., 2020). Dette understøttes af, at 30% af den voksne danske befolkning over 25 år har problemer med at forstå og navigere i sundhedsvæsenet, hvilket indikerer et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetencer hos patienterne (Pelikan et al., 2021; Svendsen et al., 2020). Sundhedsstyrelsens definition af organisatoriske sundhedskompetencer adresserer ikke den øgede kompleksitet i sundhedsvæsenet, hvilket kan påvirke patienternes forståelse af sundhedsinformation og dermed deres individuelle sundhedskompetencer. Derfor kan der argumenteres for, at sundhedsvæsenets manglende viden og forståelse for de komplekse udfordringer, patienterne møder i sundhedsvæsenet, kan bidrage til ulighed i sundhed. Sundhedsorganisationernes manglende indsigt, i hvordan sundhedsvæsenets kompleksitet påvirker patienternes individuelle sundhedskompetencer, kan føre til at medarbejderne i sundhedsorganisationen udføre en fejlagtig vurdering af patienternes individuelle sundhedskompetencer. Den fejlagtige vurdering kan opstå, når sundhedsorganisationen selv er medvirkende til at komplicere formidlingen af sundhedsinformationerne.

Den komplicerede formidling af sundhedsinformationerne kan være et resultat af manglende evidens på omkring sundhedskompetencer, hvorfor andre prioriteringer i sundhedsorganisationen bliver prioriteret højere.

Ved et større vidensgrundlag er det muligt at skabe et fælles videns fundament for, hvorledes et sygehus bliver et sundhedskompetent sygehus ved redskabet organisatoriske sundhedskompetencer. Forøget viden kan ændre sundhedsorganisationernes forståelse og prioritering af organisatoriske sundhedskompetencer, hvilket på sigt vil kunne føre til en ændret kultur i sundhedsorganisationen.

8.2.3 Kulturens påvirkning på en forandringsproces

Kulturen ses i flere af de udvalgte studier som et element, der både kan facilitere eller være en barriere for at arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer i en sundhedsorganisation (Kaper et al., 2021; Meggetto et al., 2020). Yderligere var begge respondenter opmærksomme på, at sundhedsorganisationens kultur har en påvirkning på, hvorledes arbejdsprocesserne bliver udført blandt medarbejderne. Kulturen i en organisation udvikles over tid i takt med, at medarbejderne lærer at mestre problemer med ekstern tilpasning til omgivelserne og til den interne integration i organisationen og kulturen er fundamentet for læring (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994). Læring kan bidrage til, at organisationen bliver bedre til at udnytte tilgængelige ressourcer ved at forbedre de eksisterende arbejdsprocesser og procedurer.

Ifølge respondenterne skal arbejdet med organisatoriske sundhedskompetencer udføres ud fra erfaringer fra allerede eksisterende arbejdsprocesser, hvilket betyder, at den eksisterende normative tilgang til organisatoriske sundhedskompetencer ikke udfordres og nytænkes. Læringen i forbindelse med implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer vil dermed have svært ved at udfordre den eksisterende arbejdskultur i sundhedsorganisationen. I en læring er det ikke nok kun at udfordre de eksisterende processer, men der er også behov for at organisationen sammenholder de eksisterende processer med helt nye, før der kan opstå en udvikling af kulturen (Donnelly et al., 2020; Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994). Det kan dermed antages, at sundhedsorganisationen ud fra deres viden og forståelse mener, at forandringen med implementering af organisatoriske sundhedskompetencer skal ske gennem læring i form af ressourceudnyttelse og forbedring af de eksisterende arbejdsprocesser. Yderligere blev det i litteraturstudiet fremhævet, at der skulle være inkluderet et fokus på kvalitet og innovation i kulturen, før en sundhedsorganisation kan implementere organisatoriske sundhedskompetencer. Det kræves i sundhedsorganisationen, at der er fokus på læring, som en del af sundhedsorganisationens kultur, for at der vil kunne ske en forandring i sundhedsorganisationens arbejdsprocesser.

En organisationskultur er svær at definere, da den blandt andet bygger på mange ikke synlige elementer, som er underforstået og er indlejret i de grundlæggende antagelser hos de tilknyttede aktører (Jacobsen & Thorsvik, 2014; Schein, 1994). I og med at kultur ikke er synlig, svært definerbart og giver sig til udtryk ved symboler, meninger og fortolkninger, bliver det - i forbindelse med sundhedsorganisationens arbejde med forandringer - komplekst at udføre.

Kulturen har en påvirkning af, hvad der skal værdisættes og prioriteres i sundhedsorganisationens implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. Kulturen kan differere mellem de organisatoriske niveauer, hvormed der skal være en opmærksomhed på de individuelle kulturer hos medarbejderne, ledelsen og i den fulde sundhedsorganisation. Ligeledes kan kulturen være en facilitator eller barriere i forbindelse med integrationen af de organisatoriske sundhedskompetencer og de forandringer, det vil medføre i arbejdsprocessen. Der skal således på alle organisatoriske niveauer stræbes efter en fælles kulturel forståelse for betydningen af at arbejde med og prioritere organisatoriske sundhedskompetencer. Den kulturelle forståelse kan opnås i sundhedsorganisationen ved kommunikation og dialog samt uddannelse på tværs af organisationens niveauer og kan dermed give fælles værdier i sundhedsorganisationen, der giver mening for de involverede. På den måde må det anskues, at kultur i høj grad er noget, som præger individernes forståelse.

Selvom medarbejderne ønsker at prioritere organisatoriske sundhedskompetencer, vil det ikke have nogen virkning, hvis ledelsen og sundhedsorganisationen ikke støtter dette. Omvendt vil det være problematisk, hvis ledelsen og organisationen vægter organisatoriske sundhedskompetencer, mens medarbejderne ikke har den samme opfattelse. I litteraturstudiet blev det fundet, at medarbejderne var en faktor, hvis der skulle initieres en forandring og både kunne facilitere forandringsprocessen eller blokere den. Da det var ledelsens perspektiv, der blev undersøgt i interviewet, blev medarbejdernes fortolkninger ikke undersøgt i den kvalitative dataindsamling. Ledelsens prioriteringer af organisatoriske sundhedskompetencer er på et overordnet organisatorisk niveau, hvor den praktiske anvendelse i hverdagen, ikke er blevet medtaget, hvorfor medarbejdernes perspektiv og tolkning ikke kan dybere belyses. For at sundhedsorganisationen kan kalde sig et sundhedskompetent sygehus, er det nødvendigt at opnå en kulturel ændring i sundhedsorganisationen for at kunne foretage en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. Den kulturelle ændring vil kræve en struktureret tilgang til implementeringen fra ledelsens side - ved at indtænke medarbejdernes værdier og kulturer i forandringsprocessen. Med Vienna modellen forsøges der i dens udformning at imødekomme den kontekst, medarbejderne befinder sig i.

Ifølge respondenterne er der for mange indikatorer i Vienna værktøjet til at kunne implementere modellen i den eksisterende sundhedspraksis i sundhedsvæsenet.

Respondenterne lægger vægt på, at medarbejderne i forvejen oplever at have en stor arbejdsbyrde og ved en tilføjelse af et målværktøj for kvalitet - som Vienna modellen er - så

vil det i følge respondenternes fortolkning af Vienna modellen forøge medarbejdernes arbejdsbyrde. Dette kan understøttes af samtidens udfordringer i det danske sundhedsvæsen i forhold til manglende ressourcer til økonomi og medarbejdere (Aarhus et al., 2023) og kan have en direkte påvirkning på medarbejdernes engagement i en implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. Sundhedsvæsenets kapacitet bliver dermed en barriere for, at organisatoriske sundhedskompetencer kan implementeres. Hvis organisatoriske sundhedskompetencer skal implementeres levedygtigt, er kulturen en kritisk barriere, som bør adresseres af ledelsen i sundhedsorganisationen. Sundhedsorganisationens, medarbejdernes og ledelsens tidligere erfaringer med implementering af måle- og forbedringsværktøjer, såsom Den Danske Kvalitetsmodel, skal erstattes med nye erfaringer for, at forandringen vil kunne opleves som anvendelig i medarbejdernes daglige arbejdsprocesser. Hvis der har været negative erfaringer med de tidligere måle- og forbedringsværktøjer, kan det skabe en modstand hos de udøvende aktører ved implementeringen af organisatoriske sundhedskompetencer, hvorfor det kræver en nytænkning af tilgang til implementeringen.

Dette belyser derved, at det ikke blot kræver en ændring i kultur eller mindset i hele organisationen men, at det ligeledes kræver viden og kompetencer at yde organisatoriske sundhedskompetencer, som kan komme patienterne til gode. Kulturen er en facilitator og en forudsætning for at kunne yde forbedret organisatoriske sundhedskompetencer, men kulturen er ikke nok i sig selv. Forandringer i relation til organisatoriske sundhedskompetencer vil ligeledes kræve viden, kompetencer og organisatorisk prioritering i sundhedsorganisationen.

9.0 Forslag/råd til beslutningstagere

Som følge af analyse af dataindsamling og efterfølgende diskussion, er der identificeret faktorer, som er nødvendige at adressere, hvis en sundhedsorganisation i praksis ønsker at initiere forandringsprocessen i forhold til implementering af organisatoriske sundhedskompetencer. Indledningsvis kræver det, at hele organisationen opnår en forståelse og viden om begrebet organisatoriske sundhedskompetencer og dets anvendelighed. Der er derfor behov for i implementeringsperioden at identificere kompetencedrivere i sundhedsorganisationen med det formål at tilegne sig specialiseret viden om emnet og efterfølgende inkludere resten af organisationen i denne viden.

Derefter bør der rettes en opmærksomhed på sundhedsorganisationens kultur - hos ledelse, medarbejdere og brugere - for at sikre, at kulturen ikke bliver en barriere i forandringsprocessen. Derfor vil der være et behov for at inddrage et udvalg af alle de centrale interessenter, så der kan ske en samskabelse i forbindelse med implementeringen. Endeligt vil der være et behov for en transparent og klar ledelsesstrategi, som fordeler det overordnede ansvar i forbindelse med forandringsprocessen. Dette for at sikre, at de relevante drivere er involveret i processen, således der ikke er tvivl om ansvarsfordelingen.

Ved at være opmærksom på disse elementer vil det understøtte sundhedsorganisationen i at kunne initiere en forandringsproces i forhold til implementering af organisatoriske sundhedskompetencer.

10.0 Konklusion

Efter indhentning af kvalitativt data ved individuelle interviews blev det fundet, at fra et ledelsesperspektiv i en sundhedsorganisation er der en forståelse og fortolkning af, at organisatoriske sundhedskompetencer er en integreret del af de nuværende daglige arbejdsprocesser og sundhedsydelser. I litteraturstudiet blev det fundet, at forandring af organisatoriske sundhedskompetencer i en sygehuskontekst er komplekst grundet mange dynamiske og interaktive processer samt forhold, der påvirker implementeringen af forandringerne. For at kunne arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer skal det fra ledelsens side være en tydelig prioritering, kommunikation og synliggørelse af organisatoriske sundhedskompetencer som en kerneydelse. Videre fremgår det af specialiets fund, at en barriere for at arbejde med organisatoriske sundhedskompetencer er en manglende viden og forståelse af effekten og anvendelsen af, hvad organisatoriske sundhedskompetencer er og hvad det kan bidrage med i sundhedsorganisationen. Disse barrierer for at opnå en forandring på baggrund af organisatoriske sundhedskompetencer er, at det skal kunne implementeres og operationaliseres i praksis. Ud fra den samlede empiri kan det fortolkes, at den nuværende fortolkning af organisatoriske sundhedskompetencer bygger på den danske sundhedspolitik, hvilket besværliggør at kunne nyfortolke de eksisterende praksisser, det kræver for at opnå en forandringsproces i sundhedsorganisationen. For at udfordre den normative opfattelse af, at individet alene skal tage ansvar for egen sundhed, kræves det, at sygehusledelsen retter fokus indad, hvor et selvevalueringsværktøj som Vienna modellen kan understøtte og guide hvilke forbedringstiltag, der skal foretages, før sygehusorganisationen kan blive sundhedskompetent. Et sundhedskompetent sygehus vil kunne formå at tilpasse sundhedsydelser efter alle patienternes individuelle sundhedskompetencer, hvilket vil kunne bidrage til en graderet behandlingstilgang, som vil kunne reducere ulighed i sundhed. Der mangler på nuværende tidspunkt mere viden om både patienternes individuelle sundhedskompetencer, de organisatoriske sundhedskompetencer og deres indbyrdes påvirkning af hinanden, hvorfor der kræves mere forskning på området.

11.0 Litteraturliste

- Aaby, A., Meldgaard, M., & Maindal, H. T. (2022). *Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - en vej til mere lighed*. (). Sundhedsstyrelsen. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedskompetence/SST-Rapport_-Sundhedskompetence_TILG.ashx
- Aaby, A., Terkildsen Maindal, H., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K., & Bertram, M. (2019). *Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - en vej til lighed i sundhed?* (). https://www.danskselskabforfolkesundhed.dk/media/qdiliei3/hovedrapport-en-vej-til-lighed_-sundhedskompetence-i-et-strukturelt-perspektiv.pdf; Dansk Selskab for Folkesundhed (DSFF). https://www.danskselskabforfolkesundhed.dk/media/qdiliei3/hovedrapport-en-vej-til-lighed_-sundhedskompetence-i-et-strukturelt-perspektiv.pdf
- Aalborg universitetsbibliotek. *Brug af kilder og refworks*. Aalborg universitetsbibliotek.
- Aarhus, R., Wadmann, S., Simonsen, T., & Buch, M. S. (2023). *Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet - analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområde*. (). https://www.vive.dk/media/pure/4xk11g1z/23952255?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAR05dDWpr8KDUBGndAlqGfLQ3iBnVYlsKqUAqby-9Q0VklHbQevMdqyRTgA_aem_Aemirf707-vu6BZ9GzThg0SJcDSNI_cMAB43sLbD17ZRj8Hd2NyvjqiUNHo5gwNpsbTgHliRoUrBwMlvhVPuHYk:vive; vive. https://www.vive.dk/media/pure/4xk11g1z/23952255?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAR05dDWpr8KDUBGndAlqGfLQ3iBnVYlsKqUAqby-9Q0VklHbQevMdqyRTgA_aem_Aemirf707-vu6BZ9GzThg0SJcDSNI_cMAB43sLbD17ZRj8Hd2NyvjqiUNHo5gwNpsbTgHliRoUrBwMlvhVPuHYk
- Andreasen, J., & Overgaard, C. (2022). In Schultz Petersen K. (Ed.), *Evidenssyntheser til udviklingen af komplekse interventioner* (1st ed.). Aalborg Universitetsforlag.
- Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S122-S133. 10.5993/ajhb.31.s1.16
- Aromataris, E., Fernandez, R., Godfrey, C., Holly, C., Kahlil, H., & Tungpunkom, P. (2015). Joanna briggs appraisal tool: Summarizing systematic reviews: Methodological development, <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Bakka, J. F., Fivelsdal, E., Bakka, J., Fivelsdal, A., & Vendelø, M. T. (2019). *Kap. 11 - forandring, omstilling og fornyelse* (7th ed.). Djøf.
- Berkman, N., Sheridan, N. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Bjerrum, M. (2005). *Fra problem til færdig opgave*. Akademisk Forlag.
- Bonell, C., Jamal, F., Melendez-Torres, G., & Cummins, S. (2015). 'Dark logic': Theorising the harmful consequences of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979), 69(1), 95-98. 10.1136/jech-2014-204671
- Bourdieu, P. (1985). The social space and the genesis of groups. *Theory and Society*, 14(6), 723-744. 10.1007/bf00174048
- Bourdieu, P., & Biggard, N. W. (2002). The forms of capital. (pp. 280-291). Blackwell Publishers Ltd. 10.1002/9780470755679.ch15

- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*, 2(6)10.31478/201206a
- Brinkmann, S. (2012). In Martinsen B., Norlyk A. and Dreyer P.(Eds.), *Kap 3: Videnskabelige metoder og patientperspektivet*. Munksgaard.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2022). *Kvalitative metoder : En grundbog* (3rd ed.). Hans Reitzels Forlag.
- CINAHL with full text (1981). . EBSCO Industries, Inc.
- Dahlgren, L., & Fredslund, H. (2012). In Vallgård S., Koch L.(Eds.), *Hermeneutisk analyse – forståelse og forforståelse* (4th ed.). Munksgaard Danmark.
- Dalsgaard, A., & Meldgaard, L. (2018). *Sociologi i et sundhedsprofessionelt perspektiv*. . Gads forlag.
- Danske regioner. (2018). Hospitaler mangler penge
[Abstract]. *Faktaark*, <https://www.regioner.dk/media/8729/oea-faktaark-hosp-mangler-penge.pdf>
Regionerne og dermed hospitalerne risikerer at mangle flere hundrede millioner kroner næste år. Flere regioner forudser allerede nu spareplaner. Netop nu forhandler Danske Regioner og regeringen om regionernes økonomi i 2019.
- Datatilsynet. *Hvad er personoplysninger?* Datatilsynet. Retrieved 2024, from <https://www.datatilsynet.dk/hvad-siger-reglerne/grundlaeggende-begreber/hvad-er-personoplysninger>
- Dietscher, C., Lorenc, J., & Pelikan, J. (2014). *Selbstbewertungs-instrument für die organisationale gesundheitskompetenz von krankenhäusern wissenschaftlich koordiniert von*
- Dietscher, C., Lorenc, J., & Pelikan, J. (2015). *Selbstbewertungs-instrument für die organisationale gesundheitskompetenz von krankenhäusern*. (). <https://oepgk.at/ressourcen/das-selbstbewertungs-instrument-zum-wiener-konzept-gesundheitskompetenter-krankenbehandlungsorganisationen-wkgkko-i/>
- Donnelly, L. F., Frush, K., Shook, J., Schein, P. A., & Schein, E. H. (2020). The importance of both the technical and social domains in creating a culture that accelerates improvement in healthcare. *Health (Irvine, Calif.)*, 12(12), 1575-1582. 10.4236/health.2020.1212114
- Dunning, D. (2011). Chapter five - the Dunning–Kruger effect: On being ignorant of one's own ignorance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 44, 247-296. 10.1016/B978-0-12-385522-0.00005-6
- Dunning, D. (2012). *Self-insight: Roadblocks and detours on the path to knowing thyself* (1st ed.). Taylor and Francis. 10.4324/9780203337998
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55(1), 46958018757848. 10.1177/0046958018757848
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Duda, M. (2015). *Implementation drivers: Assessing best practices*. (). National Implementation Research Network (NIRN). <https://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/imce/documents/NIRN-ImplementationDriversAssessingBestPractices2015.pdf>
- Frandsen, T. F., & Eriksen, M. B. (2020). Planning the searches for a systematic review. *Ugeskrift for Læger*, 182(53)
- Fredly, M. S. (2022). *Kan overvurdering av egen kompetanse hos medarbeidere føre til feilansettelser og uheldige opprykk i arbeidslivet?*

- Gadamer, H. G. (1999). In Gulddal J., Møller M.(Eds.), *Forståelses historitet som det hermeneutiske princip*. Gyldendal.
- Gildberg, F. A., & Hounsgaard, L. (2018). *Fænomenologisk-hermeneutisk forskningstilgang- inspireret af ricæurs fortolkningsteori. kapitel 13* (1st ed.). Klim.
- Glasdam, S., & Beedholm, K. (2015). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område : Indblik i videnskabelige metoder* (2nd ed.). Nyt Nordisk Forlag.
- Gut, R., Fuglsang, M., & Rimda, B. (2015). *Metodebogen - spørg brugerne*. (). Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet: Region hovedstaden. https://www.regionh.dk/patientinddragelse/LUP/Documents/spoerg-brugerne_2udg.pdf
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Buret, L., & Rademakers, J. (2019). Dealing with health literacy at the organisational level, french translation and adaptation of the vienna health literate organisation self-assessment tool. *BMC Health Services Research*, 19(1), 146. 10.1186/s12913-019-3955-y
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Dardenne, N., & Rademakers, J. (2021). The vienna self-assessment questionnaire: A usable tool towards more health-literate hospitals? explorative case studies in three hospitals in belgium. *BMC Health Services Research*, 21(1), 287. 10.1186/s12913-021-06211-y
- Holt Udesen, C., Skaarup, C., Pedersen, M., & Ersbøll, A. K. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom - udviklingen i danmark i perioden 2010 – 2017*. (). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengeligg.ashx>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2019). *Sundhedsloven LBK 903*
- Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet. (2004). *Om DDKM*. Danske regioner.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2014). *Hvordan organisationer fungerer : En indføring i organisation og ledelse* (3rd ed.). Hans Reitzel.
- Jagosh, J. (2020). Retroductive theorizing in pawson and tilley's applied scientific realism. *Journal of Critical Realism*, 19(2), 121-130. 10.1080/14767430.2020.1723301
- Järvinen, M. (2005). In Järvinen M., Mik-Meyer N.(Eds.), *Interview i en interaktionistisk begrebsramme*. Hans Reitzel.
- Juul, S. (2012). In Juul S., Pedersen K.(Eds.), *Hermeneutik* (1st ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S., & Pedersen, K. B. (2021). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : En indføring* (1st ed.). Hans Reitzels Forlag.
- Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2021). Outcomes and critical factors for successful implementation of organizational health literacy interventions: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11906. doi: 10.3390/ijerph182211906. 10.3390/ijerph182211906
- Khorasani, E. C., Sany, S. B. T., Tehrani, H., Doosti, H., & Peyman, N. (2020). Review of organizational health literacy practice at health care centers: Outcomes, barriers and facilitators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 1-16. 10.3390/ijerph17207544
- Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research: Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the medical journal of australia. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243-246. 10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x
- KL, & IDA. (2010). *Effektiv projektstyring - værktøjskasse*. (). København: IDA.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview : Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3rd ed.). Hans Reitzel.

- Lima, A., Maximiano-Barreto, M., Martins, T., & Luchesi, M. (2024). Factors associated with poor health literacy in older adults: A systematic review. *Geriatric Nursing (New York)*, 55, 242-254. 10.1016/j.gerinurse.2023.11.016
- Lloyd, J. E., Song, H. J., Dennis, S. M., Dunbar, N., Harris, E., & Harris, M. F. (2018). A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PloS One*, 13(4), e0195018. 10.1371/journal.pone.0195018
- Lund, H., Møller, A., Bogh Juhl, C., & Andreassen, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : Redskaber til evidensbaseret praksis* (1st ed.). Munksgaard.
- Maindal, H. T. (2020, -10-28T13:37:41+00:00). Organisatorisk sundhedskompetence har aldrig været mere aktuelt end nu! <https://dhlh.org/2020/10/28/sundhedskompetence/>
- Maindal, H. T., & Vinther-Jensen, K. (2016). Sundhedskompetence (health literacy) – teori, forskning og praksis - health literacy – theory, research and practice. *Klinisk Sygepleje*, 30, 3-16. 10.18261/issn.1903-2285-2016-01-02
- Maindal, H. T., Hansen, A., Mygind, A., Ryom, K., Laugesen, I. G., & Bro, F. (2022). Clinical implementation of complex interventions. *Ugeskrift for Læger*, 184(21)
- Manzano, A. (2016). The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation (London, England.1995)*, 22(3), 342-360. 10.1177/1356389016638615
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health (London)*, 126, S4-S10. 10.1016/j.puhe.2012.05.014
- Meggetto, E., Kent, F., Ward, B., & Keleher, H. (2020). Factors influencing implementation of organizational health literacy: A realist review. *Journal of Health Organization & Management*, 34(4), 385-407. 10.1108/JHOM-06-2019-0167
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Wiley.
- Mikkelsen, H., & Riis, J. O. (2011). In Mikkelsen H., Riis J. O.(Eds.), *Grundbog i projektledelse* (10. udgave ed.). Prodevo.
- Nordin, P., Kork, A. A., & Koskela, I. (2017). Value-based healthcare measurement as a context for organizational learning: Adding a strategic edge to assess health outcome? *Leadership in Health Services (2007)*, 30(2), 159-170. 10.1108/LHS-10-2016-0053
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159-173. 10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
- Otto, L. (2009). In Glasdam S., Axelsen I.(Eds.), *Sundhed i praksis* (1st ed.). Dansk sygeplejeråd.
- Pedersen, I. (2012). In Tanggaard Andersen P., Timm H. U.(Eds.), *Michael foucault* (1st ed.). Hans Reitzel.
- Pedersen, K. M. (2015a, 26. April). Debat: Tidsrøver. intet bevis for flere registreringer.
- Pedersen, K. M. (2015b). *Prioritering i sundhedsvæsenet : Hvorfor er det nødvendigt?* (1st ed.). Munksgaard.
- Pedersen, K. M. (2024). *Sundhedsøkonomi* (1st ed.). Munksgaard.
- Pelikan, J. M., Strassmayr, C., Link, T., Mikssova, D., Nowak, P., Griebler, R., Dietscher, C., Van den Broucke, S., Cheraffedine, R., Yanakieva, A., Dzhafer, N., Kucera, Z., Steflova, A., Bøggild, H., Jull Sørensen, A., Mancini, J., Chene, G., Schaffer, D., Schmidt-Gerning, A., . . . Gasser, K. (2021). *The HLS19 consortium of the WHO action network M-POHL (2021): International report on the methodology, results, and recommendations of the european health literacy population survey 2019-*

- 2021 (HLS19) of M-POHL. austrian national public health institute, vienna. ().MPOHL. <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of Surgery*, 248(4), 503-509. 10.1097/SLA.0b013e31818a43af
- PRO sekretariatet. (2023). *Hvad er PRO?* Retrieved 02.05 2024, from <https://pro-danmark.dk/da/information-og-udvikling/hvad-er-pro>
- PubMed. National Library of Medicine.
- Region Hovedstaden. (2024). *FAQ om økonomi*. ().Region Hovedstaden. <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Om-Region-H/oeekonomi/Regionens-oeekonomi-og-finansiering/Documents/FAQ%20om%20%C3%B8konomi.pdf>
- Region Nordjylland. (2024). *Budget 2024 - ansvarlig vej til økonomisk balance*. (). Sundhedsområdet i Region Nordjylland udviser mange gode resultater. De seneste tal viser, at den kirurgiske aktivitet er steget med over 6 procent i første halvår 2023, hvilket er markant højere end måltallet på 3 procent, som er aftalt med regeringen. Ligeledes ligger Region Nordjylland helt i top sammenlignet med de øvrige regioner, når det kommer til overholdelse af de maksimale ventetider for kræftpakkeforløb og udredning. Det tegner et flot billede af den indsats, der hver dag ydes af regionens medarbejdere. Men samtidig står regionen også i en alvorlig økonomisk situation.: Region Nord. https://rn.dk/service/nyhedsliste-rn/nyhed/-/media/Rn_dk/Nyheder/Forligstekst-2024.ashx?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR1HMPzjKApzo1KgdAxTzXhlzytzNTRFhEXPPYB-J_ZEW91iHKW_J6lzYzE_aem_Ab1zkjIz4npeSjpDjM8NAFFR_YFcCbTP91sh2UZbgF7Nf6sbQcK8LCzPV70MDzDRSU1WdN_rI4uyMcNGFkkvMpDo
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318-328.
- Richards, D. (1996). Elite interviewing: Approaches and pitfalls. *Politics (Manchester, England)*, 16(3), 199-204. 10.1111/j.1467-9256.1996.tb00039.x
- Ricoeur, P., Rendtorff, J. D., & Hermansen, M. (2002). *En hermeneutisk brobygger* (1st ed.). Klim.
- Rienecker, L., & Stray Jørgensen, P. (2022). *Den gode opgave : Håndbog i opgave-, projekt- og specialeskrivning* (6th ed.). Samfundslitteratur.
- Ry, M., & Ry Nielsen, N. (2002). Leavitt revisited : En klassiker i ny belysning. *Ledelse i Dag*, 12(4), 418-428.
- Schein, E. H. (1994). *Organisationskultur og ledelse* (2nd ed.). Valmuen.
- Schultz Petersen, K., Ledderer, L., Maindal, H. T., & Overgaard, C. (2022). *Introduktion til kompleksi interventioner* (1st ed.). Aalborg Universitetsforlag.
- Scopus (1996). . Elsevier B.V.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 1-15. 10.1177/0022146509361185
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education & Behavior*, 2(1), 1-10. 10.1177/10901981740020S102
- Simon, C., Specht, K., Andersen, I. C., Johansen, K. K., Nielsen, C., & Agerskov, H. (2018). A ricoeur-inspired approach to interpret participant observations and interviews. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 2333393618807395. 10.1177/2333393618807395

- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. 10.1186/1471-2458-12-80
- Sundhedsministeriet. (2022). *Sundhedsreformen - gør danmark sundere*. (). <https://www.regeringen.dk/media/11148/goer-danmark-sundere.pdf>; Sundhedsministeriet. <https://www.regeringen.dk/media/11148/goer-danmark-sundere.pdf>
- Sundhedspolitisk tidsskrift. (2023, 26 Maj). Vedtaget fredag aften: Stram aftale om regionernes økonomi for 2024. *Sundhedspolitisk Tidsskrift*, https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/sundhedsokonomi/7771-regeringen-og-regionerne-lander-aftale-om-milliardloft-til-sundhed.html?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMATAAR3RZ6HIwaxbq3vLWuaD4h5WyxOYWg5QGC-WfWaL78w5u1D_4W1bbes8Vd8_aem_Ab0rUL5axVtbC_64H36IjdnHJcelKfr0Tib28cqGo1FEywSJtom7ZvBmU4j45sAfAdWPpoTFzGhTwI2x8Og-qx0Q
- Sundhedsstyrelsen. (2024, 26. feb). *Sundhedsstyrelsens historie*. sst.dk. Retrieved May 24, 2024, from <http://www.sst.dk/da/om-os/Strategi-og-grundlag/Historie>
- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., & Nielsen, G. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status : A large national population-based survey among danish adults.
- Teglgaard Christensen, L., & Schwennesen, N. (2021). In Vallgård S., Jensen A.(Eds.), *Hermeneutik: Filosofi, analyse og metode* (6th ed.). Munksgaard.
- Thorsen, H. (2005). Spørgeskemaer i klinisk forskning - fokus på oversættelse, tilpasning og afprøvning af fremmedsprogede spørgeskemaer. *Forskning i Fysioterapi (Online)*, 2. årg., 1-10. https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/temaer/forskningsmetoder/tema-spoergeskema_oversaettelse.pdf
- Thorsen, H., Witt, K., & Brodersen, J. (2012). For mange svære ord i skriftlig kommunikation fra sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger*, 174(14), 925-930.
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research*, 17(1), 513. 10.1186/s12913-017-2465-z
- Vallgård, S. (2001). Governing people's lives: Strategies for improving the health of the nations in england, denmark, norway and sweden. *European Journal of Public Health*, 11(4), 386-392. 10.1093/eurpub/11.4.386
- Vallgård, S., & Bornø Jensen, A. M. (2021). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (6th ed.). Munksgaard.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2016). *Sygdomsforebyggelse* (1st ed.). Munksgaard.
- von Plessen, C. (2015, -05-26T11:40:00+00:00). Bliver kvaliteten bedre uden den danske kvalitetsmodel? <https://dagensmedicin.dk/bliver-kvaliteten-bedre-uden-den-danske-kvalitetsmodel/>
- Wilken, L. (2011). *Bourdieu for begyndere* (2nd ed.). Samfundslitteratur.
- Willert, C. B., Hölmich, L. R., & Thorborg, K. (2015a). Udvikling og validering af patientrapporterede spørgeskemaer - del 1. *Ugeskrift for Læger*, 178(8), 749-752.
- Willert, C. B., Hölmich, L. R., & Thorborg, K. (2015b). Udvikling og validering af patientrapporterede spørgeskemaer - del 2. *Ugeskrift for Læger*, 178(8), 753-756.

Wynia, M. K., Johnson, M., McCoy, T. P., Griffin, L. P., & Osborn, C. Y. (2010). Validation of an organizational communication climate assessment toolkit. *American Journal of Medical Quality*, 25(6), 436-443. 10.1177/1062860610368428

12.0 Bilagsoversigt

Bilag 1 – Litteratursøgning.....	1
1.1 PICO.....	1
1.2 Inklussions- og eksklusionskriterier.....	1
1.3 Søgehistorik på databaser.....	2
1.3.1 Pubmed.....	2
1.3.2 CINAHL.....	3
1.3.3 Scopus.....	4
1.4 Flowdiagram over udvælgelsesprocessen af artikler.....	5
Bilag 2 – Informationsbrev til informanter vedrørende interview.....	6
Bilag 3 – Informationsbrev til informanten.....	7
Bilag 4- Samtykkeerklæring tilsendt til respondenter.....	9
Bilag 5 – Oversættelse af Vienna modellen til dansk	
5.1- Oversigtbillede af Vienna modellens Standarder og understandarder.....	16
Bilag 6 – Interviewguide.....	17
Bilag 7 – Transskriptions retningslinjer.....	23
Bilag 8 - JBI Critical appraisal Checklists til artikler.....	24
8.1 Factors influencing implementation of organizational health literacy: a realist review.....	24
8.2 A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review.....	25
8.3 Review of organizational health literacy practice at health care centers: Outcomes, barriers and facilitators.....	26
8.4 Outcomes and Critical Factors for Successful Implementation of Organizational Health Literacy Interventions: A Scoping Review	27
Bilag 9 – Planlægning af projektperioden.....	28