Univerza v Novem mestu
Fakulteta za zdravstvene vede

FAKULTETA
ZA ZDRAVSTVENE
VEDE V CELJU

Organizacijska zdravstvena pismenost kot dimenzija kakovosti primarne ravni zdravstvenega varstva: konceptualna izhodišča, pilotna presoja in priporočila za izboljšanje

Monografija

ARIS Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Avtorici: Tamara Štemberger Kolnik, Karmen Erjavec

2026

Naslov: Organizacijska zdravstvena pismenost kot dimenzija kakovosti primarne ravni zdravstvenega varstva: konceptualna izhodišča, pilotna presoja in priporočila za izboljšanje

Avtorici: Tamara Štemberger Kolnik, Karmen Erjavec

Recenzentki: Ljiljana Leskovic, Bojana Filej

Založnik: Fakulteta za zdravstvene vede Celje

Leto izdaje: 2026

Spletna izdaja

Dostopno na https://www.fzvce.si/wp-content/uploads/2026/10/Organizacijska-zdravstvena-pismenost_2026.pdf

Publikacija je brezplačna.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 294847235
ISBN 978-961-6889-63-6 (PDF)

Financirano s strani Javne agencije za znanstvenoraziskovalno in inovativno dejavnost RS in Ministrstva za zdravje





REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALO VSEBINE

1 Razvoj koncepta zdravstvene pismenosti: individualna, populacijska in relacijska perspektiva....11

1.1 Uvod.....11

1.2 Razvoj koncepta zdravstvene pismenosti.....12

1.2.1 Začetki koncepta in poudarek na funkcionalni pismenosti.....12

1.2.2 Funkcionalna, interaktivna in kritična zdravstvena pismenost.....13

1.2.3 Razširjeni modeli zdravstvene pismenosti.....15

1.3 Individualna zdravstvena pismenost.....17

1.4 Populacijska zdravstvena pismenost.....19

1.4.1 Prehod v javnozdravstveno perspektivo.....19

1.4.2 Merjenje zdravstvene pismenosti prebivalstva.....20

1.4.3 Populacijska zdravstvena pismenost in neenakosti v zdravju.....21

1.5 Relacijsko razumevanje zdravstvene pismenosti.....22

1.5.1 Zdravstvena pismenost kot razmerje med sposobnostmi in zahtevami.....22

1.5.2 Vpliv socialnega, kulturnega in zdravstvenega konteksta.....24

1.5.3 Od relacijskega koncepta do organizacijske odgovornosti.....24

2 Organizacijska zdravstvena pismenost.....27

2.1 Premik od individualne k organizacijski odgovornosti.....27

2.2 Opredelitve organizacijske zdravstvene pismenosti.....28

2.3 Razvoj koncepta organizacijske zdravstvene pismenosti.....30

2.3.1 Začetki sistemskega pristopa.....30

2.3.2 Model zdravstveno pismene obravnave.....31

2.3.3 Razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti na primarni ravni zdravstvenega varstva.....32

2.4 Značilnosti zdravstveno pismene organizacije.....32

2.5 Organizacijska zdravstvena pismenost kot proces organizacijskega razvoja.....38

3 Organizacijska zdravstvena pismenost, kakovost in pravičnost.....40

3.1 Organizacijska zdravstvena pismenost kot sestavina kakovosti zdravstvenega varstva.....40

3.2 Poseben pomen na primarni ravni zdravstvenega varstva.....41

3.3 Dostopnost, pravočasnost in navigacija.....42

3.4 Organizacijska zdravstvena pismenost in varnost pacientov.....44

3.5 Osredotočenost na pacienta, partnerstvo in opolnomočenje.....46

3.6 Pravičnost in zmanjševanje zdravstvenih neenakosti.....47

3.7 Učinkovitost obravnave in doseganje želenih izidov.....49

3.8 Učinkovita raba virov in vrednost zdravstvene obravnave.....50

3.9 Povezanost, kontinuiranost in koordinacija obravnave.....51

3.10 Vključevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v standarde in kazalnike kakovosti.....52

4 Organizacijska zdravstvena pismenost v primarnem zdravstvenem varstvu.....55

4.1 Posebnosti primarnega zdravstvenega varstva.....55

4.2 Zdravstveni dom kot organizacijsko vozlišče *56*
4.3 Prvi stik in dostop do zdravstvenega doma *56*
4.4 Navigacija znotraj zdravstvenega doma in med njegovimi dejavnostmi *57*
4.5 Kontinuiranost in koordinacija obravnave *58*
4.6 Preventiva in krepitev zdravja *60*
4.7 Kronične bolezni, večobolevnost in podpora samooskrbi *60*
4.8 Sodelovanje z lokalno skupnostjo *61*
4.9 Organizacijske prednostne naloge zdravstvenega doma *62*
5 Merjenje organizacijske zdravstvene pismenosti in slovenska pilotna raziskava 64
5.1 Pristopi k merjenju organizacijske zdravstvene pismenosti *64*
5.2 Nastanek in namen orodja OHL-PHC *64*
5.3 Slovenska pilotna raziskava *66*
5.3.1 Namen in raziskovalna vprašanja 66
5.3.2 Vzorec 66
5.3.3 Prevod in kulturna prilagoditev instrumenta 68
5.3.4 Zbiranje in analiza podatkov 68
5.3.5 Etični vidiki in metodološki domet 70
6 Rezultati ocene organizacijske zdravstvene pismenosti 72
6.1 Način prikaza rezultatov *72*
6.2 Skupni pregled rezultatov po standardih *72*
6.3 Primerjava neposredno uporabniško usmerjene in organizacijsko-strateške dimenzije organizacijske zdravstvene pismenosti *74*
6.4 Standard 1: Dostop do storitev in navigacija *76*
6.5 Standard 2: Jasna in razumljiva komunikacija *77*
6.6 Standard 3: Krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov *77*
6.7 Standard 4: Krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih *78*
6.8 Standard 5: Vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo *79*
6.9 Standard 6: Nadaljnje dejavnosti organizacije na področju zdravstvene pismenosti *80*
6.10 Standard 7: Digitalna zdravstvena pismenost *80*
6.11 Skupna opisna primerjava zdravstvenih domov *81*
7 Razprava 84
7.1 Raven organizacijske zdravstvene pismenosti in razlike med standardi *84*
7.2 Razkorak med uporabniškimi in upravljavsko-strateškimi razsežnostmi *84*
7.3 Razvojne vrzeli in razlike med zdravstvenimi domovi *85*
7.4 Možnosti in omejitve uporabe orodja OHL-PHC v slovenskem okolju *86*
7.5 Praktični in sistemski pomen ugotovitev *87*
7.6 Omejitve raziskave in samoocenjevalnega pristopa *89*
8 Sklep in priporočila 90
8.1 Predlagani model razvoja zdravstveno pismene organizacije *90*

8.2 Upravljanje odgovornosti: od vodstva do uporabnika *93*
8.3 Kazalniki in sistem spremljanja *93*
8.4 Priporočila za zdravstvene domove in vodstva *95*
8.5 Priporočila za zdravstveno politiko *96*
8.6 Usmeritve za nadaljnje raziskovanje *96*
9 Literatura **98**

KAZALO SLIK

Slika 1**:** Predlagani ciklični model razvoja zdravstveno pismene organizacije 91

KAZALO TABEL

Tabela 1: Procesi obdelave podatkov po Sørensen idr. (2012) 16
Tabela 2: Povezovanje med dimenzijami kakovosti in organizacijsko zdravstveno pismenostjo . 41
Tabela 3: Standardi, ki jih opredeljuje merski instrument Tool for Organizational Health Literacy in Primary Health Care Services (OHL-PHC) 65
Tabela 4: Starost, delovna doba in velikost organizacije oziroma organizacijske enote 67
Tabela 5: Poklicna struktura sodelujočih 67
Tabela 6: Področje dela sodelujočih 68
Tabela 7: Število sodelujočih po zdravstvenih domovih oziroma enotah 72
Tabela 8: Skupni rezultati po sedmih standardih organizacijske zdravstvene pismenosti 72
Tabela 9: Primerjava povprečnih rezultatov zdravstvenih domov po standardih 73
Tabela 10: Primerjava neposredno uporabniško usmerjene in organizacijsko-strateške dimenzije po zdravstvenih domovih 75
Tabela 11: Primerjava sestavljenih dimenzij organizacijske zdravstvene pismenosti 76
Tabela 12: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 1 76
Tabela 13: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 2 77
Tabela 14: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 3 78
Tabela 15: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 4 78
Tabela 16: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 5 79
Tabela 17: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 6 80
Tabela 18: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 7 81
Tabela 19: Opisna razvrstitev zdravstvenih domov glede na povprečje sedmih standardov 82
Tabela 20: Koraki implementacije predlaganega modela, odgovornosti in pričakovani dokazi napredka 92
Tabela 21: Predlagani jedrni kazalniki spremljanja organizacijske zdravstvene pismenosti 94

Beseda recenzentk

Znanstvena monografija Organizacijska zdravstvena pismenost kot dimenzija kakovosti primarne ravni zdravstvenega varstva: konceptualna izhodišča, pilotna presoja in priporočila za izboljšanje obravnava aktualno, znanstveno relevantno in v slovenskem zdravstvenem prostoru še razmeroma slabo raziskano področje organizacijske zdravstvene pismenosti. Avtorici izhajata iz sodobnega relacijskega razumevanja zdravstvene pismenosti, po katerem ta ni odvisna samo od znanja, motivacije in sposobnosti posameznika, temveč tudi od zahtevnosti zdravstvenega sistema, dostopnosti informacij, komunikacijskih praks, organizacije storitev ter družbenega in digitalnega okolja. Na tej podlagi utemeljita odgovornost zdravstvenih organizacij za oblikovanje dostopnih, razumljivih, varnih in pravičnih zdravstvenih storitev.

Izbrana tematika je pomembna tako za razvoj znanstvenega področja kot za izboljševanje kakovosti primarnega zdravstvenega varstva. V slovenskem prostoru je bilo dosedanje raziskovanje zdravstvene pismenosti pretežno usmerjeno na posameznike in prebivalstvo, medtem ko je bilo organizacijski ravni namenjene manj pozornosti. Monografija zato zapolnjuje pomembno konceptualno in empirično vrzel. Njena posebna vrednost je v povezovanju zdravstvene pismenosti s kakovostjo, varnostjo, pravičnostjo, dostopnostjo, kontinuiranostjo in osredotočenostjo zdravstvene obravnave na pacienta. Organizacijska zdravstvena pismenost je predstavljena kot horizontalna dimenzija kakovosti, ki posega v vodenje organizacije, razvoj zaposlenih, komunikacijo, navigacijo uporabnikov, digitalne storitve, koordinacijo obravnave in sodelovanje z lokalno skupnostjo.

Monografija je zasnovana sistematično in vsebinsko pregledno. Uvodna poglavja jasno predstavijo razvoj koncepta zdravstvene pismenosti od funkcionalnega in individualnega razumevanja do populacijskih, relacijskih in organizacijskih pristopov. Teoretični del temelji na obsežnem pregledu domače in mednarodne znanstvene ter strokovne literature in vključuje ključne modele, opredelitve ter instrumente za presojo organizacijske zdravstvene pismenosti. Avtorici ustrezno pojasnita povezavo med značilnostmi zdravstveno pismene organizacije in temeljnimi dimenzijami kakovosti zdravstvenega varstva. Posebej prepričljiva je umestitev organizacijske zdravstvene pismenosti v kontekst primarne ravni zdravstvenega varstva, kjer imajo pomembno vlogo prvi stik, dostop do storitev, navigacija, preprečevanje bolezni, obravnava kroničnih bolezni ter koordinacija med različnimi izvajalci.

Empirični del monografije predstavlja slovensko pilotno uporabo mednarodnega orodja OHL-PHC za samoocenjevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v primarnem zdravstvenem varstvu. Namen raziskave in pet raziskovalnih vprašanj so jasno opredeljeni ter ustrezno povezani z analizo in predstavitvijo rezultatov. V raziskavi je sodelovalo 151 zaposlenih iz 12 zdravstvenih domov oziroma samostojno obravnavanih organizacijskih enot. Interdisciplinarna sestava vzorca je omogočila vključitev pogledov zaposlenih iz različnih zdravstvenih, vodstvenih, administrativnih in podpornih poklicnih skupin.

Metodološki postopek je ustrezno predstavljen. Zbiranje podatkov je potekalo v dveh zaporednih fazah, ki sta vključevali individualno samooceno in moderirano skupinsko razpravo. Avtorici jasno opredelita, da so bile v kvantitativno analizo vključene individualne ocene zaposlenih, zdravstveni dom pa je bil uporabljen kot raven agregiranja in enota opisne primerjave. Ustrezno je upoštevana hierarhična struktura podatkov, zato so primerjave med zdravstvenimi domovi predstavljene kot

opisne in ne kot statistično potrjene razlike med organizacijami. Opisani so tudi postopek prevoda in kulturne prilagoditve instrumenta, obravnava manjkajočih vrednosti ter način izračuna rezultatov. Notranja konsistentnost celotnega instrumenta in posameznih standardov je bila ustrezna, pri čemer avtorici rezultate zanesljivosti razlagata previdno in opozorita, da ti sami po sebi še ne dokazujejo vsebinske in konstruktne veljavnosti slovenske različice instrumenta.

Pomemben metodološki prispevek predstavlja razvrstitev standardov v neposredno uporabniško usmerjeno in organizacijsko-strateško dimenzijo. Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija vključuje dostop in navigacijo, jasno komunikacijo ter krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov, organizacijsko-strateška dimenzija pa razvoj zaposlenih, vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo ter nadaljnje organizacijske in medorganizacijske dejavnosti. Digitalna zdravstvena pismenost je zaradi svojega presečnega značaja ustrezno obravnavana ločeno.

Rezultati so predstavljeni pregledno, po posameznih standardih, sestavljenih dimenzijah in sodelujočih zdravstvenih domovih. Pilotna raziskava je pokazala, da so zaposleni neposredno uporabniško usmerjene vidike v povprečju ocenjevali ugodneje kot organizacijsko-strateške vidike. Med bolje ocenjenimi področji so bili dostop do storitev, navigacija ter podpora uporabnikom, nižje pa so bili ocenjeni vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje, sistematičen razvoj zaposlenih in nadaljnje organizacijske dejavnosti. Ugotovitve kažejo, da dobre operativne prakse brez formalne vključitve zdravstvene pismenosti v strategijo, vodenje, kadrovski razvoj in sistem kakovosti ostajajo bolj odvisne od posameznih pobud ter so posledično težje dolgoročno vzdržne.

Razprava je znanstveno utemeljena in presega zgolj povzemanje rezultatov. Avtorici odgovorita na zastavljena raziskovalna vprašanja, ugotovitve primerjata z mednarodnimi raziskavami ter pojasnita možne razloge za razkorak med neposredno uporabniškimi in organizacijsko-strateškimi področji. Ustrezno obravnavata tudi razlike med zdravstvenimi domovi, praktični in sistemski pomen rezultatov ter omejitve samoocenjevalnega pristopa. Posebej pomembno je opozorilo, da individualne ocene zaposlenih izražajo njihove zaznave organizacijskega delovanja in jih ni mogoče enačiti z neposredno objektivno presojo dejanskih procesov. Avtorici zato predlagata dopolnjevanje samoocene z uporabniško perspektivo, opazovanjem procesov, pregledom dokumentacije ter kazalniki kakovosti, varnosti in dostopnosti.

Zaključna poglavja predstavljajo pomemben aplikativni prispevek monografije. Predlagani ciklični model razvoja zdravstveno pismene organizacije povezuje vodstveni mandat, presojo stanja, določanje prednostnih nalog, izvedbo ukrepov, spremljanje kazalnikov ter vrednotenje in institucionalizacijo izboljšav. Priporočila za zdravstvene domove, njihova vodstva in zdravstveno politiko so konkretna, sistematična in neposredno izhajajo iz teoretičnih izhodišč ter rezultatov pilotne raziskave. Posebej uporabni so predlogi kazalnikov in povezovanja samoocene OHL-PHC s podatki o pacientovih izkušnjah, izidih, varnosti, dostopnosti in pravičnosti.

Monografija je napisana v ustreznem znanstvenem jeziku, njena zgradba je logična, argumentacija pa jasna in podprta z relevantnimi viri. Pred dokončno objavo priporočam še končni jezikovni in tehnični pregled ter popolno poenotenje bibliografskih zapisov in navedb v besedilu. Navedene dopolnitve so redakcijske narave in ne zmanjšujejo znanstvene vrednosti dela.
Ocenjujem, da monografija predstavlja izviren in pomemben prispevek k razvoju področja organizacijske zdravstvene pismenosti v Sloveniji. Njena vrednost je v povezovanju konceptualnih

izhodišč, prvih empiričnih ugotovitev iz slovenskega primarnega zdravstvenega varstva in izvedljivih priporočil za organizacijsko ter sistemsko izboljševanje. Delo bo uporabno za raziskovalce, visokošolske učitelje in študente, vodstva zdravstvenih organizacij, zdravstvene delavce, strokovnjake za kakovost in varnost ter oblikovalce zdravstvene politike.

Recenzentka:
doc. dr. Ljiljana Leskovic
Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede

Monografija pred nami obravnava izjemno aktualno in v slovenskem prostoru še ne dovolj raziskano temo – organizacijsko zdravstveno pismenost. Osrednja zasluga dela je v tem, da težišče razumevanja zdravstvene pismenosti premešča z individualne odgovornosti posameznika na sposobnost in dolžnost zdravstvenih ustanov, da svoje storitve prilagodijo zmožnostim in potrebam uporabnikov. Istočasno pa delo celovito predstavi razvoj koncepta organizacijske zdravstvene pismenosti, pojasni njegovo povezanost s kakovostjo, varnostjo in pravičnostjo zdravstvenega varstva ter ga umesti v posebnosti primarne ravni zdravstvenega varstva.

Strukturno je monografija razdeljena na dva smiselno povezana dela: teoretični okvir (poglavja 1–4) in empirični del s predlogi ukrepov (poglavja 5–8).

Teoretični preboji in pomen za primarno raven

V uvodnih poglavjih avtorici sistematično popeljejo bralca skozi evolucijo koncepta zdravstvene pismenosti. Posebej dragocen je prikaz prehoda od funkcionalne pismenosti k relacijskemu razumevanju, ki vodi do koncepta organizacijske zdravstvene pismenosti. Pomembna je integracija zdravstvene pismenosti v organizacijske strukture, procese in kulturo, izboljšanje komunikacije s pacienti, razvoj kompetenc zaposlenih, podpora zdravju osebja ter prispevek organizacije k zdravstveni pismenosti prebivalstva. Organizacijsko zdravstveno pismenost je zato treba razvijati hkrati na ravni storitev, organizacij in zdravstvenega sistema (2. poglavje).

Avtorici prepričljivo utemeljita, da je organizacijska pismenost ključni element kakovosti, varnosti pacientov, pravičnosti, pravočasnosti, dostopnosti do zdravstvenih storitev ter učinkovitosti obravnave (3. poglavje).

Četrto poglavje upravičeno postavi v središče primarno raven zdravstvenega varstva. Zdravstveni dom je opredeljen kot »organizacijsko vozlišče«, kjer se prvi stik, navigacija in kontinuirana obravnava neposredno dotikajo vsakodnevnega življenja posameznika in družine. Delovanje je usmerjeno v zagotavljanje najvišje možne ravni zdravja in pravične porazdelitve zdravja, pri čemer se potrebe ljudi obravnavajo čim bolj zgodaj in čim bližje njihovemu vsakdanjemu okolju. Njegov večkanalni dostop je učinkovit le, če so uporabniki zdravstveno opismenjeni z zadostnimi in ustreznimi informacijami in če je zagotovljeno, da je zdravstveni dom zdravstveno pismen.

Empirični prispevek in slovenska pilotna raziskava

Jedro drugega dela monografije (poglavja 5–7) predstavlja metodološko dosledna slovenska pilotna raziskava. Uporaba in kulturna prilagoditev mednarodnega instrumenta OHL-PHC omogočata dragocen vpogled v dejansko stanje organizacijske zdravstvene pismenosti v slovenskih zdravstvenih domovih.

Rezultati, prikazani skozi sedem ključnih standardov (od dostopa in komunikacije do digitalne zdravstvene pismenosti), ki jih dopolnjuje 15 podstandardov in 51 kazalnikov, razkrivajo pomemben razkorak: medtem ko so zdravstveni domovi razmeroma uspešni pri neposredno uporabniško usmerjenih praksah, pogosto zaostajajo na strateških in medorganizacijskih področjih.

Rezultati kažejo, da je bil najvišje ocenjen standard »Dostop do storitev in navigacija«, medtem ko največja vrzel ostaja pri standardu »Vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in

organizacijsko strukturo«, kar zahteva izboljšanje strateškega umeščanja zdravstvene pismenosti, organizacijskega razvoja in sodelovanja z okoljem.

Vrednotenje, priporočila in zaključna misel

Monografijo odlikujeta izjemna aplikativna vrednost in celovitost. Avtorici se ne ustavita le pri analizi stanja, temveč v 8. poglavju ponudita predlog modela razvoja zdravstveno pismene organizacije z jasnimi priporočili tako za vodstva zdravstvenih domov kot za oblikovalce zdravstvenih politik.

Omejitev raziskave izhaja iz namensko vključenih 12 zdravstvenih domov, ki že sicer izkazujejo odprtost za razvoj kakovosti in zdravstvene pismenosti. Ostale omejitve se nanašajo na samoocenjevalno naravo instrumenta, na sestavo ocenjevalnih skupin ter na različne velikosti vzorca v posameznem zdravstvenem domu, kar avtorici jasno navajata in s tem odpirata prostor za nadaljnje nacionalne študije.

Monografija predstavlja pionirski in nepogrešljiv prispevek k razvoju slovenskega javnega zdravstva. Zaradi svoje jasnosti in uporabnosti je priporočljivo branje za vodstvene kadre v zdravstvu, načrtovalce zdravstvenih politik, zaposlene v zdravstvenih domovih, raziskovalce ter študente zdravstvenih ved.

zasl. prof. dr. Bojana Filej
Univerza v Novem mestu Fakulteta za zdravstvene vede
Fakulteta za zdravstvene vede v Celju

1 RAZVOJ KONCEPTA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI: INDIVIDUALNA, POPULACIJSKA IN RELACIJSKA PERSPEKTIVA

1.1 Uvod

Zdravstvena pismenost je večdimenzionalen in dinamičen koncept, ki se je v zadnjih desetletjih razvil iz razmeroma ozkega razumevanja posameznikove sposobnosti branja in razumevanja zdravstvenih navodil v širši javnozdravstveni, družbeni in organizacijski koncept (Nutbeam, 2000; Sørensen idr., 2012; World Health Organization, 2021). Danes je ne povezujemo več zgolj z znanjem posameznika ali njegovo sposobnostjo obdelovanja zdravstvenih informacij, temveč tudi z dostopnostjo in kakovostjo informacij, komunikacijskimi praksami zdravstvenih delavcev, organizacijo zdravstvenih storitev, digitalnim okoljem, kulturnimi in jezikovnimi okoliščinami ter širšimi družbenimi determinantami zdravja (Nutbeam in Lloyd, 2021; WHO, 2021a). Sodobno razumevanje zato poudarja, da zdravstvena pismenost nastaja v odnosu med posameznikovim znanjem, motivacijo in kompetencami ter zahtevami okolja, v katerem išče informacije, uporablja zdravstvene storitve in sprejema odločitve, povezane z zdravjem (Parker in Ratzan, 2010; Sørensen idr., 2012; WHO, 2021a).

Takšen razvoj koncepta je pomemben tudi za razumevanje organizacijske zdravstvene pismenosti. Če se odgovornost za dostopanje do zdravstvenih informacij, njihovo razumevanje, presojanje in uporabo pripiše samo posamezniku, ostanejo spregledane zahteve, ovire in kompleksnost zdravstvenega sistema (Parker in Ratzan, 2010; Sørensen idr., 2012). Relacijski pogled omogoča premik od vprašanja, ali je posameznik dovolj zdravstveno pismen, k vprašanju, ali so informacije, storitve in organizacijski procesi oblikovani tako, da jih lahko poiščejo, razumejo, presodijo in uporabijo ljudje z različnimi sposobnostmi, življenjskimi izkušnjami in potrebami (Brach idr., 2012; WHO, 2021a). Zdravstveno pismene organizacije načrtno zmanjšujejo nepotrebno kompleksnost informacij, storitev in postopkov ter uporabnikom olajšujejo dostop do zdravstvenega varstva, orientacijo v sistemu, razumevanje informacij in ustrezno uporabo storitev (Brach idr., 2012). Organizacijska zdravstvena pismenost zato pomeni prenos relacijskih načel v organizacijske strukture, procese, komunikacijske prakse, vodenje in kulturo zdravstvenih organizacij. Organizacijska zdravstvena pismenost je posebej pomembna na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki za večino prebivalstva predstavlja prvi in najpogostejši stik z zdravstvenim sistemom. Zdravstveni domovi imajo osrednjo vlogo pri zagotavljanju dostopa do zdravstvenih storitev, usmerjanju uporabnikov, preventivi, obravnavi kroničnih bolezni, koordinaciji obravnave in povezovanju z lokalno skupnostjo. Njihova organizacijska ureditev, komunikacijske prakse, digitalne poti in sposobnost odzivanja na raznolike potrebe uporabnikov lahko pomembno vplivajo na dostopnost, varnost, kontinuiranost, učinkovitost in pravičnost zdravstvene obravnave. Organizacijske ovire pri naročanju, iskanju ustrezne službe, razumevanju navodil ali prehajanju med izvajalci lahko nesorazmerno prizadenejo starejše, osebe z jezikovnimi, funkcionalnimi ali digitalnimi ovirami, socialno prikrajšane skupine ter ljudi s kompleksnimi zdravstvenimi potrebami. Organizacijska zdravstvena pismenost zato ni zgolj komunikacijsko vprašanje, temveč pomembna razsežnost kakovosti in pravičnosti zdravstvenega varstva. Kljub naraščajočemu mednarodnemu zanimanju ostajata sistematično merjenje organizacijske zdravstvene pismenosti in njeno vključevanje v upravljanje kakovosti primarnega zdravstvenega varstva razmeroma slabo razvita. Dosedanje raziskave (Bremer Idr., 2021; Pelizzari idr., 2025) se pogosto osredotočajo na zdravstveno pismenost posameznikov ali posamezne komunikacijske prakse, manj pa na celovito presojo organizacijskih struktur,

procesov, vodenja, razvoja zaposlenih, digitalne dostopnosti in sodelovanja med izvajalci. Za slovensko primarno zdravstveno varstvo doslej ni bilo na voljo sistematične empirične presoje organizacijske zdravstvene pismenosti, ki bi omogočila prepoznavanje organizacijskih prednosti in razvojnih vrzeli ter oblikovanje z dokazi podprtih priporočil za izboljšanje. Pomemben znanstveni in praktični izziv predstavlja tudi prenos mednarodnih konceptov in samoocenjevalnih instrumentov v slovensko okolje ob upoštevanju posebnosti organizacije primarnega zdravstvenega varstva, uporabljene terminologije, poklicnih vlog in načinov zagotavljanja zdravstvenih storitev.

Namen monografije je celovito predstaviti razvoj koncepta organizacijske zdravstvene pismenosti, pojasniti njegovo povezanost s kakovostjo, varnostjo in pravičnostjo zdravstvenega varstva ter ga umestiti v posebnosti primarne ravni zdravstvenega varstva. Monografija povezuje konceptualna in empirična spoznanja ter predstavlja prilagoditev in prvo pilotno uporabo mednarodnega samoocenjevalnega orodja OHL-PHC v izbranih slovenskih zdravstvenih domovih. Na tej podlagi so prepoznane njihove organizacijske prednosti in razvojne vrzeli ter oblikovana izhodišča za načrtovanje intervencij in sistematično izboljševanje organizacijske zdravstvene pismenosti. Znanstveni prispevek monografije je v povezovanju relacijskega razumevanja zdravstvene pismenosti s sodobnimi razsežnostmi kakovosti in pravičnosti primarnega zdravstvenega varstva. Organizacijska zdravstvena pismenost je obravnavana kot večdimenzionalna značilnost zdravstvene organizacije, ki vključuje dostop in navigacijo, razumljivo komunikacijo, krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov in zaposlenih, vodenje, organizacijsko kulturo, sodelovanje med izvajalci ter digitalno vključevanje. Empirični prispevek predstavlja pilotna presoja v 12 slovenskih zdravstvenih domovih, ki zagotavlja prvi strukturirani vpogled v razvitost posameznih standardov OHL-PHC v slovenskem primarnem zdravstvenem varstvu. Praktični prispevek monografije pa je v oblikovanju izhodišč za vključevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v strateško vodenje, razvoj zaposlenih, sisteme kakovosti in cikle stalnega izboljševanja zdravstvenih organizacij.

1.2 Razvoj koncepta zdravstvene pismenosti

1.2.1 Začetki koncepta in poudarek na funkcionalni pismenosti

Izraz zdravstvena pismenost se je v strokovni literaturi prvič pojavil leta 1974, ko ga je Simonds uporabil v razpravi o zdravstveni vzgoji kot družbeni politiki. Zdravstveno vzgojo je obravnaval kot pomemben del izobraževalnega in zdravstvenega sistema ter poudaril, da bi morale biti osnovne vsebine, potrebne za razumevanje zdravja, vključene v izobraževanje prebivalstva. V tej zgodnji fazi zdravstvena pismenost še ni bila natančno oblikovan teoretični konstrukt, temveč predvsem pričakovani rezultat ustrezne zdravstvene vzgoje in splošnega izobraževanja (Simonds, 1974). V naslednjih desetletjih se je koncept zdravstvene pismenosti razvijal predvsem v kliničnem okolju, kjer je bila omejena zdravstvena pismenost obravnavana kot dejavnik tveganja, ki lahko oteži pacientovo razumevanje zdravstvenih informacij, upoštevanje navodil in ustrezno uporabo zdravstvenih storitev (Nutbeam, 2008; Pleasant in Kuruvilla, 2008). Pozornost raziskovalcev je bila usmerjena zlasti v težave pacientov pri branju in razumevanju zdravstvenih besedil, obrazcev, navodil za jemanje zdravil, podatkov na ovojninah zdravil, obvestil o terminih zdravstvenih pregledov ter drugih pisnih in številskih informacij, ki se uporabljajo v zdravstvenem okolju (Institute of Medicine, 2004; Parker idr., 1995; Williams idr., 1995). Zdravstvena pismenost je bila zato pogosto obravnavana kot posebna oblika funkcionalne pismenosti, ki vključuje uporabo osnovnih bralnih, jezikovnih in računskih sposobnosti pri izvajanju konkretnih nalog, povezanih z

zdravjem in zdravstveno obravnavo (Institute of Medicine, 2004; Nutbeam, 2000). Takšno razumevanje je bilo tesno povezano z razvojem instrumentov za merjenje individualnih sposobnosti. Med prvimi širše uporabljenimi instrumenti je bil Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – REALM, ki je ocenjeval pacientovo sposobnost prepoznavanja in izgovarjave medicinskih izrazov (Davis idr., 1993). Pozneje je bil razvit Test of Functional Health Literacy in Adults – TOFHLA, ki je z uporabo gradiv iz zdravstvenega okolja ocenjeval bralno razumevanje in sposobnost uporabe številskih informacij, na primer razumevanje navodil za jemanje zdravil in podatkov o terminih zdravstvenih obravnav (Parker idr., 1995). Zgodnje merjenje zdravstvene pismenosti je bilo tako osredotočeno predvsem na prepoznavanje medicinskih izrazov, razumevanje zdravstvenih besedil in uporabo številskih podatkov, ni pa zajemalo celotnega obsega komunikacijskih, socialnih in kritičnih kompetenc, ki jih vključujejo sodobne opredelitve zdravstvene pismenosti (Institute of Medicine, 2004). Svetovna zdravstvena organizacija je konec devetdesetih let zdravstveno pismenost opredelila širše, kot kognitivne in socialne spretnosti, ki določajo motivacijo in sposobnost posameznikov za dostopanje do informacij, njihovo razumevanje in uporabo na načine, ki spodbujajo in ohranjajo dobro zdravje (WHO, 1998). Pomemben konceptualni premik te opredelitve je bil v vključitvi motivacije in socialnih spretnosti, s čimer je zdravstvena pismenost presegla osnovno sposobnost branja zdravstvenih gradiv in urejanja zdravstvenih pregledov. Povezana je bila tudi z dostopom do informacij, učinkovito uporabo informacij, opolnomočenjem ter sposobnostjo posameznikov in skupnosti, da dejavno vplivajo na lastno zdravje in njegove determinante (Nutbeam, 2000; WHO, 1998). Zdravstvena pismenost tako ni bila več omejena na tehnično sposobnost branja, temveč je začela vključevati tudi posameznikovo pripravljenost za iskanje informacij, sodelovanje v komunikaciji in uporabo pridobljenega znanja v vsakdanjem življenju (WHO, 1998). Razvoj zgodnjih definicij in postopno širjenje koncepta sta podrobneje predstavljena tudi v novejši slovenski monografiji o zdravstveni pismenosti (Štemberger Kolnik idr., 2026). Pomemben vpliv je imela opredelitev Ratzana in Parkerja (2000), ki sta zdravstveno pismenost opisala kot stopnjo, do katere je posameznik sposoben pridobiti, obdelati in razumeti osnovne zdravstvene informacije in storitve, potrebne za sprejemanje ustreznih zdravstvenih odločitev. Opredelitev Ratzana in Parkerja (2000) je postala ena najpogosteje uporabljenih opredelitev v raziskovanju zdravstvene pismenosti, zlasti v kliničnem okolju, ter je bila prevzeta v poročilu *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* in v ameriških strateških dokumentih *Healthy People 2010* in *Healthy People 2020* (Berkman idr., 2010; Institute of Medicine, 2004; Santana idr., 2021). Njena prednost je bila v jasni povezavi med sposobnostjo pridobivanja, obdelave in razumevanja zdravstvenih informacij in storitev ter sprejemanjem zdravstvenih odločitev. Hkrati je ostala pretežno individualno usmerjena, saj je zdravstveno pismenost opredeljevala predvsem kot sposobnost posameznika, medtem ko vloga zdravstvenih organizacij, zahtevnost informacij in kompleksnost zdravstvenega sistema niso bile neposredno vključene v samo definicijo (Nutbeam, 2008; Santana idr., 2021). Čeprav je širila predmet zdravstvene pismenosti tudi na uporabo storitev, je bilo tveganje takšnega pristopa, da se težave pri razumevanju in uporabi informacij razlagajo predvsem kot pomanjkljivost pacienta, manj pa kot posledica zahtevnega in slabo prilagojenega zdravstvenega okolja (Ratzan in Parker, 2000).

1.2.2 Funkcionalna, interaktivna in kritična zdravstvena pismenost

Pomemben teoretični premik je predstavljal model, v katerem je Nutbeam (2000) razlikoval med funkcionalno, interaktivno oziroma komunikacijsko in kritično zdravstveno pismenostjo. Model je zdravstveno pismenost povezal z rezultati zdravstvene vzgoje in promocije zdravja ter pokazal, da

se lahko kompetence razvijajo od osnovnega razumevanja informacij do večje osebne avtonomije, kritične presoje in sodelovanja pri spreminjanju okoliščin, ki vplivajo na zdravje.

Funkcionalna zdravstvena pismenost vključuje osnovno znanje ter bralne, pisne in numerične sposobnosti, ki jih posameznik potrebuje za razumevanje in uporabo zdravstvenih informacij v vsakdanjih okoliščinah. Kaže se v sposobnosti razumevanja osnovnih navodil, terminov zdravstvenih obravnav, pisnih priporočil, odmerkov zdravil, opozoril in postopkov. Novejša literatura jo še vedno opredeljuje predvsem kot sposobnost uporabe temeljne pismenosti pri konkretnih nalogah, povezanih z zdravjem, vendar jo umešča v širši sklop znanja in kompetenc, potrebnih za dostopanje do zdravstvenih informacij ter njihovo razumevanje, presojanje in uporabo (Nutbeam in Muscat, 2021; Urstad idr., 2022; WHO, 2021b). Funkcionalna zdravstvena pismenost je nujna podlaga za ustrezno uporabo zdravstvenih informacij, vendar sama po sebi ne zagotavlja dejavnega sodelovanja posameznika v zdravstveni obravnavi, prilagajanja informacij spremenjenim življenjskim okoliščinam ali kritične presoje različnih virov (Nutbeam in Lloyd, 2021; Urstad idr., 2022).

Interaktivna oziroma komunikacijska zdravstvena pismenost vključuje zahtevnejše kognitivne, komunikacijske in socialne sposobnosti, ki posamezniku omogočajo pridobivanje informacij iz različnih virov, oblikovanje njihovega pomena in uporabo novega znanja v spremenjenih okoliščinah. V zdravstveni obravnavi se izraža s postavljanjem vprašanj, opisovanjem zdravstvenih težav, izražanjem potreb, vrednot in preferenc, sporazumevanjem z zdravstvenimi delavci ter dejavnim sodelovanjem pri odločanju in samoobvladovanju zdravstvenega stanja (Urstad idr., 2022). Poudarek je na dvosmerni komunikaciji in dejavnem odnosu med uporabnikom in zdravstvenim delavcem, zato interaktivne zdravstvene pismenosti ni mogoče omejiti na pasivno sprejemanje in upoštevanje posredovanih navodil. Funkcionalna ter komunikacijska in kritična zdravstvena pismenost so razlikovalne, vendar medsebojno povezane razsežnosti, kar pomeni, da osnovno razumevanje informacij še ne zagotavlja sposobnosti njihove dejavne uporabe v komunikaciji, odločanju in novih življenjskih okoliščinah (Jaensson idr., 2021).

Kritična zdravstvena pismenost predstavlja kompleksnejšo razsežnost zdravstvene pismenosti, ki vključuje sposobnost kritične presoje kakovosti, zanesljivosti, namena in interesnega ozadja zdravstvenih informacij. Obsega tudi razumevanje dejavnikov in procesov, ki določajo zdravje, vključno s socialnimi, ekonomskimi, političnimi in komercialnimi determinantami zdravja. Posamezniku omogoča, da informacije primerja, prepozna morebitno pristranskost ali zavajanje, presodi koristi in tveganja različnih možnosti ter ugotovitve kritičnega razmisleka uporabi pri odločanju in delovanju za zdravje. Na skupnostni ravni se povezuje z opolnomočenjem, zagovorništvom, sodelovanjem pri oblikovanju zdravstvenih storitev in politik ter prizadevanji za spreminjanje razmer, ki povzročajo ali poglabljajo neenakosti v zdravju (Abel in Benkert, 2022; Nutbeam in Lloyd, 2021).

Opredelitev kritične zdravstvene pismenosti kot kompleksnejše razsežnosti je ustreznejša od njenega označevanja kot najvišje ravni. Izraz »raven« bi namreč lahko ustvaril vtis strogega linearnega in hierarhičnega razvoja, po katerem mora posameznik najprej v celoti obvladati funkcionalno, nato interaktivno in šele zatem kritično zdravstveno pismenost. Sodobno razumevanje bolj poudarja prepletanje, medsebojno dopolnjevanje in kontekstualno odvisnost posameznih kompetenc. Posameznik lahko na določenem zdravstvenem področju izkazuje dobro razvito kritično presojo, hkrati pa ima težave pri razumevanju specifičnih številskih podatkov, strokovnih izrazov ali digitalnih postopkov. Način izražanja posameznih razsežnosti je zato odvisen

od zahtevnosti naloge, zdravstvenega področja, življenjskih okoliščin, predhodnih izkušenj, razpoložljive socialne podpore in značilnosti informacijskega oziroma organizacijskega okolja (Urstad idr., 2022).

Nutbeamova razvrstitev ostaja pomembna, ker zdravstvene pismenosti ne obravnava zgolj kot individualnega dejavnika tveganja, povezanega s pomanjkljivim razumevanjem informacij, temveč tudi kot osebni in skupnostni razvojni vir. Funkcionalno usmerjeni pristopi zmanjšujejo neposredne ovire pri razumevanju informacij in izvajanju osnovnih zdravstvenih nalog. Interaktivni pristopi krepijo komunikacijske sposobnosti, samozavest, sodelovanje z zdravstvenimi delavci in uporabo informacij v različnih okoliščinah. Kritično usmerjeni pristopi pa podpirajo refleksijo o širših determinantah zdravja ter individualno in kolektivno delovanje za spreminjanje pogojev, ki vplivajo na zdravje (Abel in Benkert, 2022; Nutbeam in Lloyd, 2021). Zdravstvena pismenost je tako lahko hkrati dejavnik, ki vpliva na ranljivost posameznika, in razvojni vir, ki podpira njegovo avtonomijo, dejavno sodelovanje, opolnomočenje ter vključevanje v skupnost. Meje med funkcionalno, interaktivno in kritično zdravstveno pismenostjo niso povsem ostre. Posamezne kompetence se medsebojno dopolnjujejo in se lahko različno izražajo glede na področje zdravja ter okoliščine, v katerih posameznik išče, razume, presoja in uporablja zdravstvene informacije. Sistematični pregled sodobnih definicij in načinov merjenja zdravstvene pismenosti je pokazal, da empirične raziskave kljub širokim teoretičnim opredelitvam pogosto merijo predvsem dostopanje do informacij in njihovo razumevanje, precej redkeje pa kritično presojanje ter socialne in komunikacijske kompetence. Funkcionalne zdravstvene pismenosti zato ni mogoče enačiti s celovito zdravstveno pismenostjo, raziskovalni, izobraževalni in organizacijski pristopi pa morajo upoštevati vse tri medsebojno povezane razsežnosti (Urstad idr., 2022).

1.2.3 Razširjeni modeli zdravstvene pismenosti

Z razvojem področja so avtorji opozarjali, da zdravstvena pismenost vključuje več kot funkcionalno razumevanje zdravstvenih besedil. Zarcadoolas idr. (2005) so predlagali razširjeni model, ki povezuje temeljno pismenost, znanstveno pismenost, državljansko pismenost in kulturno pismenost. Temeljna pismenost omogoča razumevanje jezika in številskih informacij, znanstvena pismenost vključuje razumevanje osnovnih znanstvenih konceptov in negotovosti, državljanska pismenost omogoča razumevanje javnozdravstvenih vprašanj in sodelovanje pri družbenem odločanju, kulturna pismenost pa uporabo kulturnih prepričanj, običajev in socialnih identitet pri razumevanju zdravstvenih informacij. Takšen model je posebej pomemben v sodobnem informacijskem okolju. Razumevanje zdravstvenega sporočila ni odvisno samo od njegove jezikovne zahtevnosti. Posameznik mora razumeti tudi verjetnosti, tveganja, omejitve znanstvenih dokazov, razlike med vzročno povezanostjo in statistično povezavo ter interese različnih virov informacij. Hkrati informacije vedno interpretira znotraj svojega kulturnega, družinskega in socialnega okolja. Zdravstvena pismenost je zato umeščena v konkretne socialne prakse in ni nevtralna, povsem individualna sposobnost (Zarcadoolas idr., 2005).

Podobno sta Mårtensson in Hensing (2012) zdravstveno pismenost opisala kot heterogen pojav, ki se giblje med dvema povezanima razsežnostma: zdravstveno nepismenostjo kot stanjem večje ranljivosti in zdravstveno pismenostjo kot virom oziroma sposobnostjo. Njuno delo je opozorilo, da posameznika ni smiselno trajno uvrstiti med zdravstveno pismene ali nepismene. Njegove sposobnosti in potrebe se lahko spreminjajo glede na življenjsko obdobje, zdravstveno stanje, stres, značilnosti bolezni, izkušnje z zdravstvenim sistemom in podporo, ki jo prejema. Oseba je

lahko dobro zdravstveno pismena pri obvladovanju znane kronične bolezni, vendar ima večje težave ob novi diagnozi, v urgentnih okoliščinah ali pri odločanju o kompleksnem zdravljenju (Mårtensson in Hensing, 2012).

Za področje zdravstvene nege je posebej pomemben *Health Literacy Tapestry Model* oziroma model prepleta zdravstvene pismenosti, ki ga je razvila Terri Ann Parnell. Model temelji na celostnem razumevanju zdravstvene pismenosti in poudarja, da posameznikovega razumevanja zdravstvenih informacij ter njegovega ravnanja ni mogoče ločiti od komunikacije z zdravstvenimi delavci, predhodnih izkušenj, socialnega in kulturnega okolja ter značilnosti zdravstvenega sistema. Zdravstvena pismenost je predstavljena kot preplet različnih elementov, ki skupaj določajo posameznikovo sposobnost dostopanja do informacij in storitev, njihovega razumevanja ter uporabe pri odločanju in skrbi za zdravje (Parnell, 2015). Osrednja področja modela so ustna, pisna in okoljska komunikacija. Ustna komunikacija vključuje uporabo razumljivega jezika, aktivno poslušanje, prilagajanje pojasnil in preverjanje razumevanja. Pisna komunikacija se nanaša na razumljivost in uporabnost navodil, obrazcev ter izobraževalnih gradiv. Okoljska komunikacija pa vključuje dostopnost storitev, orientacijo v zdravstveni ustanovi, navigacijo po zdravstvenem sistemu ter uporabo razpoložljivih virov podpore. Ta razsežnost je posebej pomembna za organizacijsko zdravstveno pismenost, saj kaže, da težave uporabnikov niso odvisne samo od njihovih sposobnosti, temveč tudi od preglednosti in zahtevnosti zdravstvenega okolja (Barton idr., 2018; Parnell, 2015). Na posameznikovo zdravstveno pismenost vplivajo tudi demografske značilnosti, socialna podpora, mediji, predhodno zdravstveno znanje in izkušnje, trenutno zdravstveno stanje ter kulturni, socialni in duhovni dejavniki. Model zato zdravstvene pismenosti ne obravnava kot stabilne osebne značilnosti, temveč kot dinamičen pojav, ki se spreminja glede na okoliščine, zdravstveno stanje in razpoložljivo podporo (Parnell, 2015). Parnell idr. (2019) dodatno poudarjajo, da na komunikacijo vplivajo tudi napačne predstave in nezavedne pristranskosti uporabnikov ter zdravstvenih delavcev. Zdravstvena pismenost se zato oblikuje v odnosu med posameznikom, izvajalcem in zdravstvenim sistemom. Model podpira uporabo jasnega jezika, metode *teach-back*, vizualnih pripomočkov in načela univerzalnih previdnostnih ukrepov. Njegova vrednost je predvsem v povezovanju individualnih, komunikacijskih, socialnih in organizacijskih dejavnikov ter v prevajanju zdravstvene pismenosti v konkretno strokovno prakso. Tako predstavlja pomemben prehod od individualnega k relacijskemu in organizacijskemu razumevanju zdravstvene pismenosti (Barton idr., 2018; Parnell idr., 2019). Prelomni korak v evropskem prostoru predstavlja sistematični pregled Sørensen idr. (2012), v katerem so avtorji analizirali obstoječe definicije in modele ter oblikovali integrirano opredelitev zdravstvene pismenosti. V skladu z njo je zdravstvena pismenost povezana s pismenostjo in vključuje znanje, motivacijo ter kompetence ljudi za dostopanje do zdravstvenih informacij, njihovo razumevanje, presojanje in uporabo pri sprejemanju odločitev na področju zdravstvene obravnave, preprečevanja bolezni in promocije zdravja skozi celoten življenjski potek.

Model povezuje štiri procese obdelave informacij, ki jih prikazujemo v tabeli 1.

Tabela 1: Procesi obdelave podatkov po Sørensen idr. (2012)

Proces	Vsebinski pomen
Dostopanje	sposobnost poiskati, pridobiti in doseči ustrezne informacije ter storitve
Razumevanje	sposobnost razumeti pomen, vsebino in posledice informacij
Presojanje	sposobnost kritično oceniti kakovost, zanesljivost in ustreznost informacij
Uporaba	sposobnost informacije uporabiti pri odločanju in ravnanju

Navedeni procesi se uresničujejo na treh področjih: v zdravstveni obravnavi, pri preprečevanju bolezni in pri promociji zdravja. Njihova kombinacija oblikuje matriko dvanajstih razsežnosti, ki je postala podlaga evropskim in nacionalnim raziskavam zdravstvene pismenosti. Model je pomemben, ker združuje klinično in javnozdravstveno perspektivo. Posameznik zdravstvenih informacij ne potrebuje le, ko zboli, temveč tudi pri preprečevanju bolezni, ohranjanju zdravja in odločanju o dejavnikih, ki vplivajo na zdravje v vsakdanjem življenju (Sørensen idr., 2012).

Integrirani model vključuje dejavnike, ki vplivajo na zdravstveno pismenost, in posledice zdravstvene pismenosti. Med dejavnike sodijo individualne značilnosti, socialne in situacijske okoliščine ter širše družbene in okoljske determinante. Zdravstvena pismenost lahko nato vpliva na uporabo zdravstvenih storitev, vedenje, sodelovanje v obravnavi, zdravstvene izide, kakovost življenja, opolnomočenje in enakost v zdravju. Razmerja niso nujno enosmerna. Zdravstveno stanje in izkušnje z zdravstvenim sistemom lahko vplivajo na zdravstveno pismenost, ta pa lahko povratno vpliva na ravnanje in izide posameznika.

Sodobna opredelitev Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2021a) ta razvoj še jasneje izraža. Zdravstvena pismenost predstavlja osebno znanje in kompetence, ki se oblikujejo skozi vsakodnevne dejavnosti, socialne interakcije in medgeneracijski prenos. Osebno znanje in kompetence so posredovani z organizacijskimi strukturami ter razpoložljivostjo virov, ki ljudem omogočajo dostopanje do informacij in storitev, njihovo razumevanje, presojo in uporabo na načine, ki spodbujajo in ohranjajo zdravje ter dobro počutje njih samih in ljudi okoli njih. Ta opredelitev neposredno povezuje individualne kompetence z družbenimi in organizacijskimi pogoji ter poudarja, da se zdravstvena pismenost razvija skozi življenje in odnose z drugimi (WHO, 2021a; Nutbeam in Muscat, 2021).

1.3 Individualna zdravstvena pismenost

Individualna oziroma osebna zdravstvena pismenost se nanaša na znanje, motivacijo in kompetence posameznika, ki mu omogočajo dostopanje do zdravstvenih informacij in storitev, njihovo razumevanje, presojanje ter uporabo pri sprejemanju odločitev, povezanih z zdravjem (Sørensen idr., 2012; WHO, 2021a). Te kompetence posameznik uporablja na področjih zdravstvene obravnave, preprečevanja bolezni in promocije zdravja, med drugim pri skrbi za lastno zdravje, obvladovanju zdravstvenih težav, odločanju o zdravljenju, komunikaciji z zdravstvenimi delavci in orientiranju v zdravstvenem sistemu (Sørensen idr., 2012; Vrdelja idr., 2022). Čeprav literatura ne ponuja povsem enotne razvrstitve sestavin individualne zdravstvene pismenosti, je mogoče na podlagi sodobnih konceptualnih modelov razlikovati več medsebojno povezanih razsežnosti (Urstad idr., 2022). Kognitivna razsežnost zajema zdravstveno znanje, razumevanje pojmov ter sposobnost obdelovanja in povezovanja informacij. Funkcionalna razsežnost vključuje uporabo besedil, številskih podatkov, obrazcev in navodil, pri uporabi elektronskih virov in storitev pa se povezuje z digitalno zdravstveno pismenostjo. Komunikacijska razsežnost se izraža v sposobnosti postavljanja vprašanj, opisovanja zdravstvenih težav, izražanja potreb, vrednot in preferenc ter dejavnega sodelovanja v pogovoru z zdravstvenimi delavci. Kritična razsežnost vključuje presojanje kakovosti in verodostojnosti informacij, primerjanje različnih možnosti ter ocenjevanje njihovih koristi in tveganj. Motivacijska razsežnost pa se nanaša na pripravljenost posameznika, da zdravstvene informacije poišče, jih uporabi in na njihovi podlagi sprejme oziroma vzdržuje odločitve, povezane z zdravjem (Sørensen idr., 2012; Urstad idr., 2022; WHO, 2021b). Komunikacijska zdravstvena pismenost je pri tem tesno povezana z dejavnim sodelovanjem v dialogu, izražanjem potreb in postavljanjem pojasnjevalnih vprašanj (Finbråten

idr., 2022). Posameznik potrebuje različne kombinacije navedenih kompetenc glede na vrsto in zahtevnost naloge, s katero se srečuje. Razumevanje termina zdravstvenega pregleda na primer zahteva drugačne sposobnosti kot presojanje koristi in tveganj različnih možnosti zdravljenja. Iskanje ustrezne ambulante in sledenje poti obravnave zahtevata navigacijsko zdravstveno pismenost, uporaba portala zVEM pa poleg zdravstvene pismenosti vključuje tudi digitalne spretnosti, dostop do ustrezne tehnologije in sposobnost uporabe digitalne identitete. Portal zVEM namreč omogoča dostop do izvidov, receptov, napotnic, terminov in elektronskega naročanja na zdravstvene storitve (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2025). Pri obvladovanju kronične bolezni se zdravstvena pismenost izraža v razumevanju bolezni, simptomov in zdravljenja, pravilni uporabi zdravil, spremljanju zdravstvenega stanja, prilagajanju življenjskih navad ter ustreznem in pravočasnem iskanju strokovne pomoči. Novejši sistematični pregled in metaanaliza sta pokazala, da je višja zdravstvena pismenost povezana z ugodnejšimi oblikami samooskrbe, zlasti z doslednejšim jemanjem zdravil, spremljanjem bolezni in prilagajanjem življenjskega sloga (Magi idr., 2026). Individualne kompetence zato niso enako razvite na vseh zdravstvenih področjih in v vseh okoliščinah. Oseba ima lahko ustrezno splošno zdravstveno pismenost, vendar se srečuje s težavami pri navigaciji po zdravstvenem sistemu, komunikaciji z zdravstvenimi delavci, uporabi digitalnih storitev ali presojanju informacij o posameznih zdravstvenih temah. Razvoj konceptov komunikacijske, navigacijske, digitalne in tematsko specifične zdravstvene pismenosti odraža spoznanje, da posamezna področja pred ljudi postavljajo različne informacijske, komunikacijske in odločevalske zahteve ter da splošna ocena zdravstvene pismenosti ne zajame nujno vseh težav, s katerimi se lahko posameznik srečuje (Urstad idr., 2022; Vrdelja idr., 2022). Pomembno je tudi poudariti, da zdravstvena pismenost ni nespremenljiva osebna značilnost. Posameznikove zmožnosti uporabe zdravstvenih informacij se lahko razlikujejo glede na zdravstveno stanje, čustveno obremenitev, zahtevnost naloge, predhodne izkušnje, razpoložljivo socialno podporo ter jasnost in kompleksnost zdravstvenega okolja. Individualno zdravstveno pismenost je zato treba razumeti kot dinamičen in kontekstualno odvisen pojav, ne kot stalno lastnost posameznika (WHO, 2021a; Vrdelja idr., 2022). Slovenske raziskave in monografije zato poleg splošne, obravnavajo tudi komunikacijsko, navigacijsko, digitalno zdravstveno pismenost ter zdravstveno pismenost na posameznih zdravstvenih področjih (Vrdelja idr., 2022; Štemberger Kolnik idr., 2024, 2026). Individualna zdravstvena pismenost se razvija skozi formalno in neformalno izobraževanje, vsakodnevne izkušnje, stik z zdravstvenim sistemom, družinske in socialne odnose ter uporabo medijev. Nanjo vplivajo splošna pismenost, izobrazba, starost, jezik, kulturno okolje, socialno-ekonomski položaj, zdravstveno stanje, dostop do tehnologije, socialna podpora in pretekle izkušnje. Zdravstvena pismenost zato ni samo značilnost posameznika, ampak je povezana z možnostmi, viri in priložnostmi, ki so mu na voljo.

Pomembna je tudi situacijska in časovna spremenljivost zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost ni nespremenljiva osebna značilnost, temveč dinamičen, vsebinsko in kontekstualno odvisen konstrukt, ki se lahko razvija skozi izkušnje ter spreminja glede na življenjske dogodke, zdravstveno stanje, socialno podporo in značilnosti zdravstvenega okolja (McKenna idr., 2020; WHO, 2021a). Tudi osebe, ki v običajnih okoliščinah dobro razumejo in uporabljajo zdravstvene informacije, imajo lahko ob bolezni, utrujenosti, tesnobi ali občutku preobremenjenosti začasno več težav pri sprejemanju informacij, odločanju in izvajanju navodil (Brach, 2024). Na razumevanje lahko dodatno vplivajo stresnost zdravstvenega okolja, zahtevnost informacij ter čustvene in kognitivne obremenitve, povezane z zdravstveno obravnavo (Yeh in Ostini, 2020). Zato lahko tudi visoko izobražena oseba ob nepričakovani diagnozi težko razume kompleksne informacije. Nasprotno pa lahko dolgotrajne izkušnje z boleznijo prispevajo k razvoju specifičnega

znanja, samozavesti in sposobnosti samoobvladovanja zdravstvenega stanja (McKenna idr., 2020). Zdravstvene pismenosti zato ni mogoče enačiti s formalno izobrazbo ali splošno pismenostjo, čeprav so navedene značilnosti medsebojno povezane (Brach, 2024; WHO, 2021a). Raziskave pogosto ugotavljajo povezanost omejene zdravstvene pismenosti s slabšim razumevanjem bolezni in zdravljenja, težavami pri samooskrbi, komunikaciji in navigaciji po zdravstvenem sistemu ter z manj ustreznim izvajanjem zdravstvenih priporočil. Posebej dosledne so ugotovitve o težavah na področju zdravstvenega samoobvladovanja, znanja in adherence pri zdravljenju, medtem ko so povezave z nekaterimi drugimi vidiki samooskrbe manj enotne (van der Gaag idr., 2022). Omejena zdravstvena pismenost je povezana tudi z manjšo uporabo nekaterih preventivnih storitev, težavami pri razumevanju in uporabi zdravil, pogostejšo uporabo urgentnih in bolnišničnih storitev ter manj ugodnimi zdravstvenimi izidi (Coughlin idr., 2020; Urstad idr., 2022). Navedenih povezav pa ni primerno razlagati deterministično ali kot neposredno vzročno-posledično razmerje. Zdravstvena pismenost je le eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na ravnanje in zdravstvene izide. Pomembni so tudi socialno-ekonomski položaj, zdravstveno stanje, kompleksnost bolezni in zdravljenja, dostopnost zdravstvenih storitev, kakovost komunikacije, razpoložljiva socialna podpora ter organizacijska odzivnost zdravstvenega sistema (Nutbeam in Lloyd, 2021; WHO, 2021a). Sodobno relacijsko razumevanje zato odgovornosti za uspešno pridobivanje, razumevanje in uporabo informacij ne pripisuje samo posamezniku, temveč poudarja tudi odgovornost zdravstvenih delavcev, organizacij in sistema, da zmanjšujejo nepotrebno kompleksnost ter zagotavljajo razumljive, dostopne in uporabne informacije in storitve. Zdravstvena pismenost je v tem smislu vmesni dejavnik, prek katerega se lahko izražajo širše socialne determinante zdravja, ne more pa sama odpraviti neenake porazdelitve moči, dohodka, izobrazbe, bivanjskih pogojev in dostopa do zdravstvenega varstva (Nutbeam in Lloyd, 2021).

Pretežno individualni pogled lahko vodi v problematično označevanje ljudi kot zdravstveno nepismenih. Takšna oznaka lahko povzroči stigmatizacijo in prikrije odgovornost zdravstvenih delavcev, organizacij ter oblikovalcev politik. Posameznikove težave pri izpolnjevanju obrazca ali razumevanju navodil namreč niso nujno posledica njegovih pomanjkljivosti. Lahko so posledica nejasnega jezika, nepregledne organizacije, neusklajenih informacij, strokovnega žargona ali digitalnega postopka, ki ni prilagojen uporabnikom. Sodobni pristopi zato priporočajo, da se omejena zdravstvena pismenost ne obravnava kot osebna napaka, temveč kot signal za izboljšanje komunikacije in okolja.

1.4 Populacijska zdravstvena pismenost

1.4.1 Prehod v javnozdravstveno perspektivo

Populacijska zdravstvena pismenost predstavlja razširitev pogleda z individualnega pacienta na prebivalstvo, skupnosti in širše družbene sisteme. V empiričnih raziskavah se pogosto operacionalizira kot porazdelitev ravni zdravstvene pismenosti v določeni populaciji ter kot proučevanje razlik med starostnimi, izobrazbenimi, socialno-ekonomskimi, jezikovnimi, kulturnimi in drugimi skupinami prebivalstva (Sørensen idr., 2015; Vrdelja idr., 2022). Evropske in slovenske populacijske raziskave so pokazale, da zdravstvena pismenost ni enakomerno porazdeljena ter da se omejena zdravstvena pismenost pogosteje pojavlja pri starejših, osebah z nižjo izobrazbo, nižjim socialno-ekonomskim položajem in večjo finančno prikrajšanostjo, kar kaže na izrazit socialni gradient zdravstvene pismenosti (Sørensen idr., 2015; Vrdelja idr., 2022). Na populacijski ravni zato zdravstvene pismenosti ne proučujemo samo z namenom

prepoznavanja posameznikov z večjimi težavami, temveč tudi zaradi razumevanja vzorcev, neenakosti ter socialnih in okoljskih okoliščin, ki vplivajo na zdravje prebivalstva (Guzys idr., 2015; WHO, 2021b). Populacijske zdravstvene pismenosti pri tem ni mogoče razumeti zgolj kot seštevek oziroma povprečje individualnih rezultatov. Takšen pristop lahko spregleda dinamične odnose v družinah in skupnostih, pomen socialnih mrež, skupnih prepričanj, kulturnih norm, dostopnosti podpornih virov ter širših družbenih vplivov na zdravstveno znanje in vedenje. Celovita presoja mora zato poleg individualnih kompetenc vključevati tudi sposobnosti skupnosti, razpoložljive vire, družbene odnose in okoliščine, v katerih ljudje sprejemajo odločitve, povezane z zdravjem (Guzys idr., 2015). Širši javnozdravstveni pomen populacijske zdravstvene pismenosti vključuje sposobnost posameznikov in skupin, da pridobijo, obdelajo, razumejo in kritično presodijo informacije ter na njihovi podlagi ukrepajo pri vprašanjih, ki ne vplivajo le na zdravje posameznika, temveč tudi na zdravje skupnosti (Freedman idr., 2009; WHO, 2021b). Takšno razumevanje vključuje poznavanje javnozdravstvenih tveganj, razumevanje družbenih, okoljskih in političnih dejavnikov zdravja, presojo kolektivnih posledic odločitev ter sodelovanje pri dejavnostih za varovanje in krepitev zdravja prebivalstva. Zdravstvena pismenost tako podpira ne le informirano osebno odločanje, temveč tudi izražanje družbenih potreb, opolnomočenje skupnosti in kolektivno delovanje na determinantah zdravja (Freedman idr., 2009; Sørensen idr., 2012; WHO, 2021b). Odločitve o cepljenju, odgovorni uporabi antibiotikov in preprečevanju nalezljivih bolezni imajo poleg individualnih tudi širše skupnostne posledice, saj lahko vplivajo na prenos okužb, kolektivno zaščito prebivalstva in razvoj protimikrobne odpornosti (Castro-Sánchez idr., 2016; Lorini idr., 2018). Podobno razumevanje povezav med podnebnimi spremembami, ekstremnimi vremenskimi dogodki in zdravjem omogoča posameznikom ter skupnostim sprejemanje ustreznejših odločitev glede prilagajanja, zaščitnega vedenja in podpore javnozdravstvenim ukrepom (Limaye idr., 2020). Populacijska perspektiva zato osebno odločanje umešča v okvir skupne odgovornosti, kolektivnega delovanja in prizadevanj za ustvarjanje družbenih ter okoljskih pogojev, ki podpirajo zdravje celotnega prebivalstva. Guzys idr. (2015) opozarjajo, da populacijske zdravstvene pismenosti ni mogoče v celoti razumeti kot preprosto vsoto individualnih rezultatov. Ocene posameznikov sicer omogočajo ugotavljanje razširjenosti omejene zdravstvene pismenosti in prepoznavanje skupin z večjimi potrebami, vendar ne zajamejo nujno kolektivnih zmogljivosti skupnosti, socialnih mrež, dostopnosti podpornih virov, institucionalnega zaupanja in možnosti skupnega delovanja. Populacijsko zdravstveno pismenost je zato treba presojati skupaj z značilnostmi okolja, v katerem prebivalstvo živi in sprejema odločitve (Guzys idr., 2015). Javnozdravstvena perspektiva poudarja, da se odločitve, povezane z zdravjem, večinoma ne sprejemajo v zdravstveni ustanovi. Ljudje jih sprejemajo doma, v družini, šoli, delovnem okolju, lokalni skupnosti, trgovini, medijih in digitalnem prostoru. Zdravstvene informacije se izmenjujejo med družinskimi člani, prijatelji in sodelavci, interpretirajo pa se tudi glede na prevladujoče družbene vrednote in kulturna prepričanja. Krepitev populacijske zdravstvene pismenosti zato zahteva medsektorsko sodelovanje zdravstva, izobraževanja, socialnega varstva, lokalnih skupnosti, medijev, nevladnih organizacij in drugih področij.

1.4.2 Merjenje zdravstvene pismenosti prebivalstva

Razvoj populacijskih raziskav je omogočil premik od kliničnih testov branja in računanja k merjenju kompleksnejših nalog, s katerimi se ljudje srečujejo pri skrbi za zdravje. Evropski vprašalnik zdravstvene pismenosti HLS-EU-Q temelji na integriranem modelu Sørensen idr. (2012) ter meri zaznano zahtevnost dostopanja do informacij, njihovega razumevanja, presojanja in uporabe na področjih zdravstvene obravnave, preprečevanja bolezni in promocije zdravja. Njegov namen ni postavljanje klinične diagnoze posamezniku, temveč opis zdravstvene pismenosti

prebivalstva, primerjava med skupinami in državami ter podpora oblikovanju zdravstvenih politik (Sørensen idr., 2013). Takšno merjenje omogoča obravnavo zdravstvene pismenosti kot kontinuuma, saj se posameznikov rezultat izračuna na podlagi zaznane težavnosti različnih opravil in izrazi na lestvici, na kateri višja vrednost pomeni višjo stopnjo zdravstvene pismenosti. Posamezniki zato niso preprosto razdeljeni na zdravstveno pismene in nepismene, temveč izkazujejo različne stopnje kompetenc. Za potrebe interpretacije in prikaza populacijskih rezultatov se dosežki lahko naknadno razvrstijo v kategorije nezadostne, problematične, zadostne in odlične zdravstvene pismenosti (Sørensen idr., 2015; Vrdelja idr., 2022). Evropski vprašalnik HLS-EU-Q zdravstveno pismenost meri z ocenjevanjem težavnosti opravil, ki vključujejo dostopanje do informacij, njihovo razumevanje, presojanje in uporabo na področjih zdravstvene obravnave, preprečevanja bolezni in promocije zdravja. S tem upošteva, da se posamezniki srečujejo z vsebinsko in kognitivno različno zahtevnimi nalogami (Sørensen idr., 2013). Rezultati populacijskih raziskav zato poleg skupne ravni zdravstvene pismenosti omogočajo prepoznavanje posameznih področij, procesov obdelave informacij in konkretnih opravil, pri katerih imajo prebivalci največ težav. Takšna podrobnejša analiza je pomembna, saj lahko skupni oziroma povprečni dosežek prikrije izrazite težave pri posameznih nalogah. Rezultati slovenske raziskave HLS-SI19 so na primer pokazali, da so odrasli prebivalci Slovenije v povprečju uspešnejši pri pridobivanju in razumevanju zdravstvenih informacij, več težav pa imajo pri njihovem presojanju in uporabi (Vrdelja idr., 2022). Med zahtevnejšimi opravili so bili presojanje zanesljivosti zdravstvenih informacij v medijih, presojanje potrebnosti drugega zdravniškega mnenja ter primerjanje prednosti in slabosti različnih možnosti zdravljenja. Posebej zahtevno področje predstavlja tudi orientiranje v zdravstvenem sistemu, saj je imelo v slovenski raziskavi omejeno navigacijsko zdravstveno pismenost 61 % odraslih prebivalcev (Vrdelja idr., 2022). Navedene ugotovitve potrjujejo, da splošna ocena zdravstvene pismenosti ne zajame nujno vseh specifičnih informacijskih, odločevalskih in navigacijskih zahtev, s katerimi se posameznik srečuje v zdravstvenem sistemu.

Visok delež omejene navigacijske zdravstvene pismenosti je posebej pomemben za relacijsko razumevanje koncepta. Orientiranje v sistemu ni odvisno samo od znanja posameznika, temveč od preglednosti sistema, jasnosti vstopnih poti, dostopnosti informacij, urejenosti napotovanja, možnosti naročanja in usklajenosti med ravnmi zdravstvenega varstva. Kadar ima skoraj dve tretjini odraslih težave z navigacijskimi nalogami, ugotovitve ni mogoče razlagati samo kot primanjkljaj individualnih sposobnosti. Rezultat opozarja tudi na zahtevnost organizacijskih in sistemskih postopkov.

1.4.3 Populacijska zdravstvena pismenost in neenakosti v zdravju

Populacijske raziskave praviloma kažejo izrazit socialni gradient zdravstvene pismenosti. Omejena zdravstvena pismenost se pogosteje pojavlja pri osebah z nižjo stopnjo izobrazbe, finančno prikrajšanostjo, nižjim socialno-ekonomskim položajem, slabšim zdravstvenim stanjem in pri starejših prebivalcih (Sørensen idr., 2015; Vrdelja idr., 2022). Evropska raziskava zdravstvene pismenosti je pokazala, da je bila finančna prikrajšanost najmočnejši napovedni dejavnik omejene zdravstvene pismenosti, sledili pa so subjektivni socialni položaj, izobrazba in starost (Sørensen idr., 2015). Pomembno vlogo ima tudi socialna podpora, saj lahko družinski člani, prijatelji in drugi člani socialnega omrežja posamezniku pomagajo pri iskanju, razumevanju in uporabi zdravstvenih informacij (Klinger idr., 2023). V večje tveganje za težave pri dostopanju do informacij in zdravstvenih storitev so lahko postavljene tudi osebe, ki se srečujejo z jezikovnimi ovirami ali uporabljajo jezik, ki ni ustrezno zastopan v zdravstveni komunikaciji (Ausserhofer idr.,

2025). Zdravstvena pismenost je tako povezana s širšimi družbenimi determinantami, ki vplivajo na dostop do izobraževanja, znanja, zanesljivih informacij, digitalne tehnologije, socialne podpore, zdravstvenih storitev in možnosti za zdravo življenje (Nutbeam in Lloyd, 2021; WHO, 2021b). Pri interpretaciji teh povezav je pomembno preprečiti poenostavljeno sklepanje, da je mogoče neenakosti v zdravju odpraviti zgolj z izobraževanjem posameznikov oziroma krepitvijo njihovih zdravstveno-pismenostnih kompetenc. Zdravstvena pismenost lahko deluje kot spremenljiv dejavnik, prek katerega je mogoče ublažiti nekatere posledice socialne prikrajšanosti, povečati opolnomočenje in omogočiti učinkovitejšo uporabo razpoložljivih virov. Ne more pa nadomestiti socialnih, ekonomskih, izobraževalnih in zdravstvenih politik, usmerjenih v temeljne vzroke neenakosti (Nutbeam in Lloyd, 2021; Van den Broucke, 2014). Če zdravstvena storitev ni geografsko, finančno ali časovno dostopna oziroma ni prilagojena jezikovnim, kulturnim in funkcionalnim potrebam uporabnikov, tudi visoka raven osebne zdravstvene pismenosti ne zagotavlja pravočasne in ustrezne obravnave. Zdravstvena pismenost je zato pomemben, vendar ne zadosten pogoj za zmanjševanje neenakosti v zdravju; ukrepi za njeno krepitev morajo potekati sočasno z zmanjševanjem strukturnih in organizacijskih ovir (Nutbeam in Lloyd, 2021; WHO, 2025a). Ukrepi na populacijski ravni morajo povezovati univerzalne pristope z dodatno podporo skupinam z večjimi potrebami. Takšna usmeritev je skladna z načelom sorazmernega univerzalizma, po katerem morajo biti temeljni ukrepi dostopni celotnemu prebivalstvu, njihova intenzivnost, obseg in način izvajanja pa prilagojeni stopnji potreb in ovir posameznih skupin (Marmot, 2010; Nutbeam in Lloyd, 2021). Informacije in storitve morajo biti zato že v osnovi jasne, razumljive, uporabne in dostopne čim širšemu krogu ljudi, pri čemer ni smiselno predpostavljati, da bodo vsi uporabniki brez težav razumeli kompleksne informacije in postopke. Načelo univerzalnih previdnostnih ukrepov na področju zdravstvene pismenosti vključuje poenostavitev komunikacije, preverjanje razumevanja, izboljšanje navigacije po zdravstvenem sistemu ter podporo uporabnikom pri skrbi za zdravje (Brach, 2024). Hkrati je treba zagotoviti ciljno in intenzivnejšo podporo skupinam, ki se zaradi socialnih, jezikovnih, kulturnih, zdravstvenih, funkcionalnih ali digitalnih okoliščin srečujejo z večjimi ovirami. Krepitev populacijske zdravstvene pismenosti zato vključuje kakovostno zdravstveno vzgojo, razvoj prenosljivih sposobnosti za dostopanje do informacij, njihovo razumevanje, kritično presojanje in uporabo, jasno javnozdravstveno komuniciranje, krepitev digitalne in medijske zdravstvene pismenosti, podporo socialnim mrežam in skupnostim ter zmanjševanje komunikacijskih, organizacijskih in strukturnih ovir v zdravstvenem sistemu (Brach, 2024; Nutbeam in Lloyd, 2021; WHO, 2021a). Takšen pristop odgovornosti za zdravstveno pismenost ne nalaga samo posamezniku, temveč jo razume kot skupno odgovornost prebivalstva, zdravstvenih delavcev, organizacij, lokalnih skupnosti in oblikovalcev politik.

1.5 Relacijsko razumevanje zdravstvene pismenosti

1.5.1 Zdravstvena pismenost kot razmerje med sposobnostmi in zahtevami

Relacijsko razumevanje temelji na predpostavki, da zdravstvena pismenost ni zgolj nespremenljiva sposobnost, ki obstaja »v posamezniku«, temveč se izraža v odnosu med njegovim znanjem, kompetencami in razpoložljivimi viri ter zahtevami konkretnega zdravstvenega, informacijskega in družbenega okolja. Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da osebno znanje in kompetence posredujejo organizacijske strukture ter razpoložljivost virov, ki ljudem omogočajo dostopanje do informacij in storitev, njihovo razumevanje, presojanje in uporabo (WHO, 2021b). Težave se zato pojavijo predvsem takrat, ko zahtevnost informacij, komunikacije, postopkov ali storitev preseže sposobnosti, izkušnje in podporne vire, ki jih ima posameznik v

določenem položaju. Tudi oseba z dobro razvitimi zdravstveno-pismenostnimi kompetencami se lahko v nepoznanem okolju, kot je bolnišnica, ali v komunikacijsko zahtevnem odnosu z zdravstvenim strokovnjakom sreča z velikimi težavami (Nutbeam in Lloyd, 2021). Parker in Ratzan (2010) sta relacijsko razumevanje ponazorila kot potrebo po usklajevanju nalog in zahtev zdravstvenega sistema s sposobnostmi pacientov in drugih uporabnikov. Zdravstveno pismenost je zato mogoče izboljševati na obeh straneh razmerja: s krepitvijo znanja in kompetenc prebivalstva ter z zmanjševanjem nepotrebne kompleksnosti zdravstvenih informacij, komunikacijskih praks in organizacijskih postopkov. Nutbeam in Lloyd (2021) podobno poudarjata, da upoštevanje situacijskih zahtev preusmeri pozornost tudi na poenostavljanje komunikacije in zmanjševanje kompleksnosti sistemov, po katerih se morajo uporabniki orientirati. Takšen pristop odgovornosti za razumevanje ne pripisuje samo pacientu, temveč tudi zdravstvenim delavcem, organizacijam in sistemu, ki morajo informacije ter storitve oblikovati tako, da jih lahko ljudje poiščejo, razumejo in uporabijo (Brach idr., 2012). Relacijski pristop je mogoče ponazoriti s pisnimi navodili za zdravljenje. Razumevanje pisnih zdravstvenih navodil je povezano s posameznikovim jezikovnim znanjem, splošno pismenostjo, bralnimi in numeričnimi sposobnostmi ter predhodnim zdravstvenim oziroma konceptualnim znanjem (Institute of Medicine, 2004; Sørensen idr., 2012). Vendar razumljivost ni le značilnost posameznika, temveč je pomembno odvisna tudi od jezikovne, vsebinske in oblikovne zasnove gradiva. Orodje za presojo gradiv za izobraževanje pacientov Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020) ter indeks jasnega komuniciranja Centers for Disease Control and Prevention med ključne značilnosti razumljivih gradiv uvrščata uporabo vsakdanjih besed, omejevanje oziroma pojasnjevanje strokovnih izrazov, kratke in neposredne stavke, logično zaporedje informacij, informativne naslove ter razdelitev vsebine na krajše, vsebinsko povezane sklope (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; Shoemaker idr., 2014). Za razumljivost so pomembni tudi jasen prikaz in razlaga številskih podatkov, pregledna tipografska zasnova, ustrezna velikost in berljivost pisave ter premišljena uporaba poudarkov, naslovov, alinej in praznega prostora. Besedilo mora uporabniku omogočiti, da hitro prepozna ključna sporočila in razume njihov pomen, saj zgolj uporaba kratkih besed in stavkov še ne zagotavlja učinkovitega komuniciranja (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020; Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Kadar gradivo od uporabnika zahteva konkretno ravnanje, morajo biti priporočeni ukrepi predstavljeni neposredno, nedvoumno in razdeljeni na izvedljive korake; izogibati se je treba splošnim izrazom, kot so »redno«, »pogosto« ali »ustrezno«, če ni pojasnjeno, kaj naj posameznik dejansko naredi (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020; Shoemaker idr., 2014). Orodje PEMAT zato razumljivosti gradiva ne presoja samo glede na zahtevnost besed, temveč tudi glede na njegovo organizacijo, oblikovanje, uporabo vizualnih poudarkov in možnost, da uporabnik na podlagi informacij dejansko ukrepa (Shoemaker idr., 2014). Če je navodilo nejasno, dodatno izobraževanje posameznika ni edina niti vedno najprimernejša rešitev. Zdravstvena organizacija lahko gradivo preoblikuje v jasnejši jezik, zmanjša količino manj pomembnih informacij, vključi razumljive vizualne prikaze in ga preveri pri raznoliki skupini uporabnikov. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) priporoča, da organizacije pri pripravi gradiv vključujejo paciente, ocenjujejo razumljivost in uporabnost informacij ter preverjajo, ali so navodila dejansko izvedljiva. Vizualna podpora je lahko posebej koristna za osebe z omejeno pismenostjo, vendar mora jasno dopolnjevati sporočilo in ne sme povečevati njegove kompleksnosti (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024; Mbanda idr., 2021). Razumevanje ustno posredovanih navodil je poleg tega smiselno preveriti z metodo *teach-back*, pri kateri uporabnik s svojimi besedami pojasni, kaj mora vedeti ali storiti; s tem se ne preverja pacient, temveč uspešnost strokovnjakove razlage. Relacijsko razumevanje je pomembno tudi pri digitalnih zdravstvenih storitvah. Posameznik za njihovo uporabo potrebuje

dostop do naprave in internetne povezave, digitalne spretnosti, sposobnost razumevanja zdravstvenih informacij ter znanje o varovanju zasebnosti in osebnih podatkov. Vendar uspešna uporaba ni odvisna samo od uporabnika, temveč tudi od preglednosti vmesnika, jasnosti posameznih korakov, tehnične zanesljivosti, dostopnosti pomoči ter prilagojenosti uporabnikom z vidnimi, slušnimi, gibalnimi, kognitivnimi ali drugimi ovirami. Sistematični pregledi kažejo, da lahko nedostopna zasnova digitalnih rešitev ljudi izključuje iz zdravstvenih storitev ter da se standardi dostopnosti pri razvoju in vrednotenju e-zdravstvenih storitev še vedno uporabljajo nedosledno (Henni idr., 2022; Jonsson idr., 2023). WHO opozarja, da lahko digitalizacija izboljša dostopnost in učinkovitost zdravstvenega varstva, vendar lahko ob neupoštevanju razlik v dostopu, uporabi in vključevanju hkrati poglobi obstoječe neenakosti. Digitalne poti morajo biti zato zasnovane uporabniško, vključujoče in dostopno, organizacije pa morajo zagotoviti ustrezno pomoč ter po potrebi ohraniti tudi telefonske, osebne in papirne možnosti dostopa do informacij in storitev (WHO Regional Office for Europe, 2022; WHO in International Telecommunication Union, 2022). AHRQ prav tako opozarja, da papirnih gradiv ni primerno ukiniti, kadar jih uporabniki potrebujejo ali dajejo prednost nedigitalnim oblikam (AHRQ, 2024). Na tej podlagi je digitalno zdravstveno pismenost smiselno razumeti kot relacijski oziroma sociotehnični pojav: predstavlja rezultat srečanja posameznikovih kompetenc, dostopa in motivacije z značilnostmi digitalne rešitve ter organizacijsko podporo, ki je na voljo pri njeni uporabi.

1.5.2 Vpliv socialnega, kulturnega in zdravstvenega konteksta

Relacijski pogled vključuje tudi socialno razsežnost. Ljudje informacij praviloma ne razumejo in uporabljajo povsem samostojno. Pri iskanju in razlagi informacij jim pomagajo družinski člani, prijatelji, neformalni oskrbovalci, zdravstveni delavci in drugi člani skupnosti. Zdravstveno pismenost je zato mogoče razumeti kot deloma porazdeljeno sposobnost, ki se uresničuje v socialnih odnosih. Podpora druge osebe lahko nadomesti posamezne omejitve, vendar lahko napačne informacije ali neustrezna razmerja moči odločanje tudi otežijo.
Kulturne in jezikovne okoliščine vplivajo na pomen zdravstvenih sporočil, pričakovanja glede vlog pacienta in zdravstvenega delavca, izražanje simptomov ter sprejemljivost posameznih oblik zdravljenja. V transkulturnih okoljih težave v komunikaciji niso samo posledica pacientovega nepoznavanja jezika. Nastanejo lahko tudi zaradi pomanjkanja tolmačenja, kulturno neustreznih informacij, predsodkov ali organizacijskih postopkov, ki niso prilagojeni jezikovno raznolikim uporabnikom. Odgovornost je zato porazdeljena med posameznika, izvajalce in zdravstveni sistem (Baumeister idr., 2021).

Relacijski koncept prav tako upošteva spreminjanje sposobnosti glede na zdravstveno stanje. Kompleksna diagnoza, bolečina, akutna stiska ali strah povečujejo kognitivne in čustvene obremenitve. Zdravstvena organizacija mora zato izhajati iz predpostavke, da lahko vsak človek v določenem trenutku težko razume ali uporabi informacije. Takšno izhodišče podpira univerzalno uporabo jasnega jezika, preglednih postopkov, preverjanja razumevanja in možnosti dodatne razlage, ne glede na predhodno ocenjeno raven zdravstvene pismenosti posameznika.

1.5.3 Od relacijskega koncepta do organizacijske odgovornosti

Relacijski pogled vključuje tudi socialno razsežnost zdravstvene pismenosti. Ljudje zdravstvenih informacij praviloma ne iščejo, razumejo, presojajo in uporabljajo povsem samostojno, temveč se pri teh nalogah opirajo na družinske člane, prijatelje, neformalne oskrbovalce, zdravstvene delavce in druge člane svojih socialnih mrež. Edwards idr. (2015) so takšno delovanje opredelili

kot porazdeljeno zdravstveno pismenost, pri kateri so znanje, izkušnje in sposobnosti, potrebne za obvladovanje zdravstvenega stanja, komunikacijo z izvajalci in sprejemanje odločitev, razporejene med več osebami. Sistematični pregled Muscat idr. (2022) potrjuje, da lahko socialne mreže posamezniku pomagajo pri iskanju in razlagi informacij, pripravi na zdravstveno obravnavo, navigaciji po sistemu ter odločanju. Podpora druge osebe lahko tako delno nadomesti posamezne omejitve osebne zdravstvene pismenosti. Vendar njen vpliv ni nujno vedno pozitiven: socialna mreža lahko utrjuje netočne informacije, povečuje negotovost ali omejuje izražanje pacientovih potreb in preferenc, zlasti kadar vloge, odgovornost in avtoriteta pri odločanju niso jasno dogovorjene (Muscat idr., 2022; Young idr., 2017). Zdravstveno pismenost je zato smiselno razumeti kot deloma porazdeljeno in odnosno sposobnost, ki se oblikuje v komunikaciji ter sodelovanju med pacientom, njegovimi bližnjimi in zdravstvenimi delavci. Kulturne in jezikovne okoliščine vplivajo na razumevanje zdravstvenih sporočil, izražanje simptomov, pričakovanja glede vlog pacienta in zdravstvenega delavca ter na sprejemljivost predlaganih načinov zdravljenja. V transkulturnih okoljih komunikacijskih težav ni mogoče razlagati samo kot posledico pacientovega nepoznavanja večinskega jezika. Raziskava Baumeister idr. (2021) je pokazala, da zdravstveno pismenost v takšnih okoljih oblikuje preplet osebnih, situacijskih in sistemskih dejavnikov, med katere sodijo različna pričakovanja, nezaupanje, pomanjkanje časa, ekonomski pritiski ter nezadostno urejeno tolmačenje. Sistematični pregled evropskih zdravstvenih sistemov je dodatno pokazal, da dostop do tolmačev omejujejo pomanjkanje usposobljenih izvajalcev, nejasna pravila, stroški ter nezadostna seznanjenost pacientov in zaposlenih z možnostjo uporabe tolmačenja. Neobvladane jezikovne ovire lahko zmanjšajo kakovost in varnost obravnave, povzročajo občutek negotovosti ter odložijo stik z zdravstvenimi službami (Vange idr., 2024). Organizacije morajo zato zagotavljati dostop do profesionalnega tolmačenja, jezikovno in kulturno prilagojenih informacij ter komunikacijskih postopkov, ki so primerni za raznoliko populacijo. Odgovornost za uspešno sporazumevanje je tako porazdeljena med uporabnika, zdravstvene delavce, organizacijo in širši zdravstveni sistem (Baumeister idr., 2021; Vange idr., 2024). Relacijski koncept upošteva tudi situacijsko in časovno spremenljivost sposobnosti za razumevanje ter uporabo zdravstvenih informacij. Bolezen in z njo povezani simptomi, kot sta bolečina in utrujenost, ter stres, tesnoba, strah in občutek preobremenjenosti lahko povečajo kognitivno in čustveno obremenitev, zmanjšajo razpoložljivo zmogljivost delovnega spomina ter otežijo razumevanje kompleksnih zdravstvenih informacij in sprejemanje odločitev (Baxter idr., 2025; Brach, 2024; Khera in Rangasamy, 2021; Menzies idr., 2021; Shields idr., 2016). Zato ima lahko tudi oseba, ki v običajnih okoliščinah uspešno obvladuje zdravstvene informacije, v določenem trenutku težave pri njihovem sprejemanju, pomnjenju, presojanju ali pretvarjanju v konkretno ravnanje. Sistematični pregled Yeh in Ostini (2020) opozarja na povezanost med značilnostmi zdravstvenega okolja in pacientovim stresom, medtem ko AHRQ poudarja, da ni mogoče zanesljivo vnaprej prepoznati vseh oseb, ki bodo imele v posameznem trenutku težave z zdravstvenimi informacijami. Zato priporoča uporabo univerzalnih previdnostnih ukrepov na področju zdravstvene pismenosti, kar pomeni, da so informacije in storitve že v osnovi oblikovane tako, da jih lahko razume in uporabi čim širši krog ljudi. Takšen pristop vključuje dosledno uporabo jasnega jezika, pregledne postopke, omejevanje količine informacij, spodbujanje vprašanj, preverjanje razumevanja z metodo *teach-back* ter zagotavljanje dodatnih pojasnil ne glede na predhodno ocenjeno raven zdravstvene pismenosti posameznika (Brach, 2024).

Razvoj koncepta zdravstvene pismenosti kaže jasen premik od ozkega razumevanja osnovnih bralnih in numeričnih sposobnosti posameznika k večdimenzionalnemu, dinamičnemu in relacijskemu pojavu. Funkcionalna zdravstvena pismenost ostaja nujna podlaga za razumevanje navodil in izvajanje osnovnih zdravstvenih nalog, vendar sama ne zagotavlja dejavnega

sodelovanja, učinkovite komunikacije ali kritične presoje zdravstvenih informacij. Interaktivna in kritična zdravstvena pismenost koncept razširjata na sporazumevanje, odločanje, opolnomočenje ter individualno in kolektivno delovanje za zdravje. Zdravstvena pismenost ni stalna lastnost posameznika in je ni mogoče enačiti s formalno izobrazbo ali splošno pismenostjo. Spreminja se glede na zdravstveno stanje, zahtevnost naloge, čustveno obremenitev, predhodne izkušnje, razpoložljivo socialno podporo ter značilnosti informacijskega in zdravstvenega okolja. Posameznikove sposobnosti se uresničujejo v odnosih z družinskimi člani, neformalnimi oskrbovalci in zdravstvenimi delavci, zato je zdravstvena pismenost deloma tudi socialno porazdeljena sposobnost. Populacijska perspektiva dodatno opozarja, da zdravstvena pismenost ni enakomerno razporejena in je povezana s socialnimi, ekonomskimi, jezikovnimi, kulturnimi in digitalnimi neenakostmi. Njeno krepitev zato ni mogoče omejiti na izobraževanje posameznikov. Potrebno je sočasno zmanjševanje zahtevnosti informacij, komunikacije, digitalnih rešitev in organizacijskih postopkov. Relacijsko razumevanje tako predstavlja ključno izhodišče organizacijske zdravstvene pismenosti. Odgovornost za razumljive, dostopne in uporabne informacije ter storitve ni le na strani uporabnika, temveč tudi zdravstvenih delavcev, organizacij in zdravstvenega sistema. Zdravstveno pismena organizacija zato ne pričakuje, da se bo vsak posameznik prilagodil zahtevnemu sistemu, temveč sistem načrtno prilagaja raznolikim potrebam ljudi.

2 ORGANIZACIJSKA ZDRAVSTVENA PISMENOST

2.1 Premik od individualne k organizacijski odgovornosti

Organizacijska zdravstvena pismenost se je razvila kot odgovor na omejitve pretežno individualnega razumevanja zdravstvene pismenosti, ki je odgovornost za uspešno uporabo zdravstvenih informacij pogosto pripisovalo predvsem posameznikovim sposobnostim (Farmanova idr., 2018; Nutbeam in Lloyd, 2021). Čeprav so posameznikovo znanje, motivacija in kompetence pomembni za iskanje, razumevanje, presojanje in uporabo zdravstvenih informacij, se te sposobnosti vedno uresničujejo v konkretnem informacijskem, komunikacijskem, socialnem in organizacijskem okolju (Nutbeam in Lloyd, 2021). Zdravstvene organizacije s svojimi strukturami, postopki, prostorsko ureditvijo, komunikacijskimi praksami in digitalnimi rešitvami pomembno določajo, kako zahtevno bo za uporabnika dostopati do storitev, se orientirati v sistemu, razumeti prejete informacije in dejavno sodelovati pri zdravstveni obravnavi (Brach idr., 2012; Farmanova idr., 2018). Organizacijska zdravstvena pismenost zato preusmerja pozornost od ugotavljanja domnevnih pomanjkljivosti posameznika k presoji, kako zdravstvena organizacija s svojim delovanjem zmanjšuje ali povečuje informacijske, komunikacijske in navigacijske zahteve, ki jih postavlja pred paciente, njihove bližnje in zaposlene (Brach idr., 2012; Nutbeam in Lloyd, 2021).

Takšen premik temelji na relacijskem razumevanju zdravstvene pismenosti, po katerem se posameznikove sposobnosti vedno uresničujejo v odnosu do zahtev informacijskega, komunikacijskega in organizacijskega okolja (Parker in Ratzan, 2010; Nutbeam in Lloyd, 2021). Težave pri pridobivanju, razumevanju, presojanju in uporabi zdravstvenih informacij zato ne nastanejo zgolj zaradi omejenih sposobnosti posameznika, temveč tudi zaradi neskladja med njegovimi trenutnimi kompetencami, izkušnjami in razpoložljivimi viri ter kompleksnostjo informacij, storitev in postopkov zdravstvenega sistema (Parker in Ratzan, 2010; Trezona idr., 2017). Zdravstveni sistem je lahko za uporabnika zahteven zaradi uporabe strokovnega izrazja, nepreglednih poti naročanja in napotovanja, neusklajenih informacij, številnih vstopnih točk, zapletenih administrativnih postopkov, nejasne prostorske orientacije ali digitalnih rešitev, ki niso prilagojene raznolikim sposobnostim in potrebam uporabnikov (Brach idr., 2012; Farmanova idr., 2018; Trezona idr., 2017). Zmanjševanje informacijskih, komunikacijskih, navigacijskih in organizacijskih zahtev je zato enako pomembno kot krepitev osebne zdravstvene pismenosti prebivalstva (Parker in Ratzan, 2010; Nutbeam in Lloyd, 2021). Organizacijska perspektiva ne zanika posameznikove dejavne vloge in odgovornosti pri skrbi za zdravje, temveč jo umešča v širši okvir deljene odgovornosti med uporabniki, zdravstvenimi delavci, organizacijami in oblikovalci zdravstvene politike (Brach idr., 2012; Nutbeam in Lloyd, 2021). Posameznik potrebuje možnosti za razvoj znanja, motivacije in kompetenc, zdravstveni delavci pa morajo uporabljati razumljive, vključujoče in nestigmatizirajoče komunikacijske pristope ter preverjati, ali je uporabnik ključne informacije razumel (Brach idr., 2012). Zdravstvene organizacije morajo zagotavljati pregledne, dostopne, varne in uporabniku prilagojene storitve ter zdravstveno pismenost vključevati v svoje vodenje, organizacijsko kulturo, razvoj zaposlenih in sisteme zagotavljanja kakovosti (Farmanova idr., 2018; Pelizzari idr., 2025). Oblikovalci zdravstvene politike pa so odgovorni za vzpostavljanje sistemskih pogojev, standardov kakovosti, načinov financiranja in normativnih rešitev, ki organizacijam omogočajo trajnostno izvajanje zdravstveno pismenih praks (Trezona idr., 2017; Pelizzari idr., 2025). Organizacijska zdravstvena pismenost je zato povezana s kakovostjo in varnostjo zdravstvene obravnave, osredotočenostjo na človeka, pravičnostjo in zmanjševanjem

neenakosti v zdravju ter z organizacijskim učenjem in razvojem; ni je mogoče omejiti zgolj na pripravo razumljivih zdravstvenovzgojnih gradiv (Brach idr., 2012; Farmanova idr., 2018; Pelizzari idr., 2025).

2.2 Opredelitve organizacijske zdravstvene pismenosti

Ena najvplivnejših zgodnjih opredelitev zdravstveno pismene zdravstvene organizacije izhaja iz dela Brach idr. (2012). Avtorji so zdravstveno pismeno organizacijo opisali kot organizacijo, ki ljudem olajšuje navigacijo po zdravstvenem sistemu, razumevanje zdravstvenih informacij ter uporabo informacij in storitev pri skrbi za zdravje. Pomemben element te opredelitve je usmerjenost v konkretno uporabniško izkušnjo: organizacija ne ocenjuje samo, ali je informacije zagotovila, temveč ali jih lahko uporabnik dejansko najde, razume in uporabi. Organizacijska zdravstvena pismenost tako pomeni sposobnost organizacije, da kompleksne zdravstvene vsebine in postopke pretvori v dostopne, razumljive in izvedljive informacije ter storitve (Brach idr., 2012). V okviru ameriške pobude Healthy People 2030 je bila organizacijska zdravstvena pismenost opredeljena kot stopnja, do katere organizacije posameznikom omogočajo, da poiščejo, razumejo in uporabijo informacije ter storitve za sprejemanje odločitev in izvajanje dejavnosti, povezanih z zdravjem zase in za druge. Nova opredelitev je pomenila pomemben odmik od prejšnjih ameriških definicij, ki so zdravstveno pismenost obravnavale predvsem kot sposobnost posameznika. Z ločeno opredelitvijo osebne in organizacijske zdravstvene pismenosti je bila odgovornost za zdravstveno pismeno delovanje prvič izrazito razdeljena med ljudi in organizacije (Office of Disease Prevention and Health Promotion, n. d.; Santana idr., 2021). Delovna skupina M-POHL za organizacijsko zdravstveno pismenost na primarni ravni je opredelitev še razširila z načeloma pravičnosti in opolnomočenja. Organizacijska zdravstvena pismenost v primarnem zdravstvenem varstvu pomeni stopnjo, do katere organizacije s svojimi strukturami, politikami in procesi na pravičen način omogočajo in opolnomočijo ljudi, da poiščejo, razumejo, presodijo in uporabijo informacije ter storitve za sprejemanje odločitev in izvajanje dejavnosti, povezanih z zdravjem. Opredelitev poleg dostopa, razumevanja in uporabe vključuje tudi kritično presojanje informacij, kar je posebej pomembno v sodobnem informacijskem okolju, zaznamovanem z veliko količino medsebojno nasprotujočih si vsebin (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

Pojem organizacijske zdravstvene pismenosti je treba razlikovati od zdravstvene pismenosti zaposlenih. Zdravstveno pismena organizacija sicer sistematično razvija znanje, komunikacijske spretnosti in kompetence zaposlenih za odzivanje na različne potrebe uporabnikov, vendar organizacijske zdravstvene pismenosti ni mogoče razumeti zgolj kot vsoto individualnih sposobnosti zaposlenih (Farmanova idr., 2018). Organizacijsko raven poleg kompetenc zaposlenih oblikujejo tudi vodstvene usmeritve, organizacijska kultura, notranje politike, razporeditev odgovornosti, informacijski sistemi, prostorska ureditev, načini dostopa do storitev, postopki zagotavljanja kakovosti ter vključevanje uporabnikov v načrtovanje in vrednotenje storitev (Bremer idr., 2021; Farmanova idr., 2018). Organizacijo lahko zato sestavljajo strokovno in komunikacijsko dobro usposobljeni posamezniki, vendar kot celota ne deluje zdravstveno pismeno, če njihovega ravnanja ne podpirajo ustrezni organizacijski procesi, viri, standardi in vodstvene usmeritve (Bremer idr., 2021). Organizacijska zdravstvena pismenost tako predstavlja sistemsko lastnost in razvojno zmožnost organizacije, ne pa le individualno kompetenco njenih zaposlenih (Farmanova idr., 2018).
Poleg izraza *organizational health literacy* se v znanstveni literaturi uporablja tudi izraz *health literacy responsiveness*, ki ga je mogoče prevesti kot odzivnost na potrebe, povezane z

zdravstveno pismenostjo oziroma, kadar se nanaša na organizacijsko raven, kot organizacijska odzivnost na potrebe, povezane z zdravstveno pismenostjo (organizacijska zdravstvenopismenostna odzivnost). Beauchamp idr. (2015) so izraz uporabili za opis načinov, s katerimi zdravstvene organizacije, storitve in njihovi informacijski proizvodi, kot so usmerjevalne oznake, obrazci in navodila za uporabo zdravil, omogočajo dostop do zdravstvenih informacij in storitev ljudem z različnimi ravnmi zdravstvene pismenosti. Zdravstveno pismena odzivnost zato ne pomeni le zagotavljanja informacij, temveč tudi razumevanje prednosti, omejitev in potreb prebivalstva, ki mu organizacija zagotavlja storitve (Beauchamp idr., 2015). Trezona idr. (2017) so koncept organizacijske odzivnosti na potrebe, povezane z zdravstveno pismenostjo, nadalje empirično razvili in ga opredelili kot zagotavljanje storitev, programov in informacij na načine, ki omogočajo pravičen dostop in vključevanje, se odzivajo na raznolike potrebe in preference ljudi ter posameznikom in skupnostim omogočajo sodelovanje pri odločitvah o zdravju in dobrem počutju. Takšna odzivnost se uresničuje prek podporne organizacijske kulture in vodenja, ustreznih sistemov, politik in postopkov ter kompetentnih zaposlenih. Poudarek je torej na dejanskih organizacijskih zmogljivostih in ukrepih, s katerimi se organizacija odziva na raznolikost uporabnikov, ne zgolj na deklarativni zavezanosti zdravstveni pismenosti (Trezona idr., 2017).

Trezona idr. (2017) so organizacijsko odzivnost operacionalizirali v sedmih medsebojno povezanih področjih: zunanjem političnem in finančnem okolju; vodenju in organizacijski kulturi; sistemih, postopkih in politikah; dostopu do storitev in programov; vključevanju skupnosti in partnerstvih; komunikacijskih praksah in standardih ter zaposlenih. Okvir tako pokaže, da odzivnost ni omejena na razumljivo komunikacijo, temveč vključuje širše organizacijske in sistemske pogoje, ki vplivajo na pravičen dostop do informacij in storitev (Trezona idr., 2017). Koncept je bil nato preveden v praktično samoocenjevalno orodje Org-HLR, ki organizacijam omogoča sistematično presojo njihove odzivnosti, določanje razvojnih prioritet in načrtovanje ukrepov za izboljšanje. S tem se je izraz iz konceptualnega opisa razvil v uporaben okvir za organizacijsko samoocenjevanje, razvoj kakovosti in spremljanje sprememb (Trezona idr., 2018).

Izraz zdravstveno pismena organizacija praviloma označuje želeno oziroma razvojno stanje organizacije, medtem ko organizacijska zdravstvena pismenost označuje lastnosti, zmogljivosti in prakse, s katerimi se organizacija temu stanju približuje. Organizacijska odzivnost pa poudarja njeno sposobnost prilagajanja dejanskim potrebam uporabnikov in skupnosti. Pojmi se v literaturi pogosto prekrivajo in niso uporabljeni povsem enotno. Pregled Bremer idr. (2021) je ugotovil precejšnjo terminološko heterogenost ter odsotnost enotnega, konsenzualnega konceptualnega okvira, najnovejši sistematični pregled pa potrjuje, da se opredelitve še vedno razvijajo glede na vrsto organizacije in zdravstveni kontekst (Bremer idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Za potrebe te monografije je organizacijska zdravstvena pismenost razumljena kot celovita organizacijska zmožnost in razvojna usmeritev, s katero zdravstvena organizacija prek vodenja, kulture, struktur, procesov, kompetenc zaposlenih in sodelovanja z uporabniki zmanjšuje kompleksnost informacij in storitev ter pravično omogoča dostop, razumevanje, presojanje in uporabo zdravstvenih informacij in storitev. Takšna opredelitev združuje relacijsko, organizacijsko-razvojno in kakovostno perspektivo.

2.3 Razvoj koncepta organizacijske zdravstvene pismenosti

2.3.1 Začetki sistemskega pristopa

Temelji organizacijskega pristopa segajo v začetek 21. stoletja, ko so raziskovalci in oblikovalci politik začeli opozarjati, da kliničnih posledic omejene zdravstvene pismenosti ni mogoče učinkovito obravnavati zgolj s presejanjem pacientov in njihovim dodatnim izobraževanjem. Poročilo ameriškega Institute of Medicine Health Literacy: A Prescription to End Confusion (Institute of Medicine, 2004) poudarilo, da je zdravstvena pismenost rezultat medsebojnega delovanja sposobnosti posameznika ter zahtev zdravstvenega sistema, izobraževalnega sistema in družbenega okolja. Poročilo je organizacijam priporočilo zmanjševanje nepotrebne kompleksnosti, izboljševanje komunikacije in vključevanje zdravstvene pismenosti v kakovost zdravstvene obravnave (Trezona idr., 2017). Sistemska perspektiva se je nadalje razvijala skozi pristop univerzalnih previdnostnih ukrepov na področju zdravstvene pismenosti. Ta izhaja iz predpostavke, da zdravstveni delavci ne morejo zanesljivo prepoznati vseh ljudi, ki imajo težave pri razumevanju informacij, sposobnosti posameznika pa se lahko zmanjšajo zaradi bolezni, stresa ali kompleksnosti položaja (Brach idr., 2012). Organizacije naj zato informacije in postopke že v osnovi oblikujejo tako, da so razumljivi čim širšemu krogu ljudi. Pristop vključuje jasno ustno in pisno komunikacijo, preverjanje razumevanja, podporo samoobvladovanju ter izboljševanje administrativnih in navigacijskih postopkov (Brach, 2024).

Pomembno prelomnico predstavlja objava desetih značilnosti zdravstveno pismene zdravstvene organizacije, ki so jih oblikovali Brach idr. (2012). Okvir je organizacijsko zdravstveno pismenost prvič predstavil kot celovit organizacijski program, ki vključuje vodenje, strateško načrtovanje, kakovost, razvoj zaposlenih, sodelovanje uporabnikov, dostopnost, komunikacijo in varnost.
Zdravstveno pismena organizacija po tem modelu:

- zdravstveno pismenost vključuje v svoje poslanstvo, strukturo in delovanje;
- jo povezuje z načrtovanjem, vrednotenjem, varnostjo pacientov in izboljševanjem kakovosti;
- usposablja zaposlene ter spremlja njihove kompetence;
- vključuje uporabnike v oblikovanje in vrednotenje informacij ter storitev;
- se odziva na ljudi z različnimi ravnmi zdravstvene pismenosti brez stigmatizacije;
- uporablja jasne komunikacijske pristope in preverja razumevanje;
- omogoča enostaven dostop do storitev in podporo pri navigaciji;
- pripravlja razumljive in uporabne pisne, avdiovizualne ter digitalne vsebine;
- zdravstveno pismenost upošteva v okoliščinah povečanega tveganja, na primer pri zdravilih in prehodih med izvajalci;
- jasno pojasnjuje finančne obveznosti in kritje zdravstvenih storitev (Brach idr., 2012).

Model desetih značilnosti je bil prvotno oblikovan za ameriški zdravstveni sistem, zato vse njegove vsebine niso neposredno prenosljive v vsak nacionalni kontekst. Zlasti področje zdravstvenega zavarovanja in finančnih obveznosti je odvisno od načina financiranja sistema. Kljub temu je okvir pomemben, ker je organizacijsko zdravstveno pismenost umestil v temeljno dejavnost organizacije in poudaril, da posamezne komunikacijske intervencije brez podpore vodstva in integracije v sisteme kakovosti ne zagotavljajo trajne spremembe. Avtorji so značilnosti razumeli kot razvojno vizijo in ne kot dokončen ali univerzalno veljaven standard (Brach idr., 2012; Trezona idr., 2017).

2.3.2 Model zdravstveno pismene obravnave

Koh idr. (2013) so organizacijsko perspektivo povezali z modelom obravnave kroničnih bolezni in oblikovali Health Literate Care Model. Model predvideva, da zdravstveno pismena obravnava nastaja v produktivnem odnosu med informiranim in dejavnim pacientom oziroma družino ter pripravljenim, proaktivnim in zdravstveno pismenim zdravstvenim timom. Zdravstvena pismenost pri tem postane organizacijska vrednota, vključena v načrtovanje, izvajanje in vrednotenje storitev. Model poudarja univerzalne previdnostne ukrepe, jasno komunikacijo, preverjanje razumevanja, podporo samoobvladovanju, skupno odločanje in povezovanje pacientov z ustreznimi viri pomoči (Koh idr., 2013). Pomen modela je v povezovanju organizacijskih procesov z neposredno klinično interakcijo. Organizacijska zdravstvena pismenost se ne uresničuje samo v strateških dokumentih, ampak v vsakem stiku uporabnika z organizacijo: pri naročanju, sprejemu, triaži, pogovoru z zdravstvenim delavcem, prejemu navodil, izdaji zdravil, prehodu med ravnmi obravnave in uporabi digitalnega portala. Vsaka kontaktna točka lahko zmanjša ali poveča tveganje za nerazumevanje. Zdravstveno pismena organizacija mora zato zagotavljati usklajenost komunikacijskih praks med kliničnimi, administrativnimi, informacijskimi in vodstvenimi službami (Brach idr., 2012; Koh idr., 2013).

V evropskem prostoru se je koncept razvijal v povezavi s promocijo zdravja v zdravstvenih ustanovah, kakovostjo in konceptom zdravstveno pismenih bolnišnic. Dunajski model zdravstveno pismene organizacije je razširil ameriški okvir in ga prilagodil evropskim sistemom zdravstvenega varstva. Poudaril je integracijo zdravstvene pismenosti v organizacijske strukture, procese in kulturo, izboljšanje komunikacije s pacienti, razvoj kompetenc zaposlenih, podporo zdravju osebja ter prispevek organizacije k zdravstveni pismenosti prebivalstva. Na tej podlagi je bilo razvito obsežno samoocenjevalno orodje V-HLO, pozneje pa mednarodno samoocenjevalno orodje za bolnišnice SAT-OHL-Hos (Dietscher in Pelikan, 2017; International Working Group HPH in HLO, 2019/2023). Avstralski okvir Org-HLR je prispeval empirično utemeljeno razumevanje organizacijske odzivnosti. Trezona idr. (2017) so s participativnim postopkom vključili strokovnjake iz zdravstva, socialnega varstva, skupnosti in javne uprave ter pokazali, da organizacijska zdravstvena pismenost presega meje posamezne ustanove. Poleg vodenja, komunikacije, kadrov in dostopa je okvir vključil zunanje politično in finančno okolje, partnerstva ter sodelovanje s skupnostjo. Organizacija namreč ne deluje neodvisno od zakonodaje, financiranja, mreže izvajalcev, lokalnih virov in socialnih neenakosti. Organizacijsko zdravstveno pismenost je zato treba razvijati hkrati na ravni storitev, organizacij in zdravstvenega sistema (Trezona idr., 2017). Pregled Farmanova idr. (2018) je pokazal, da organizacijska zdravstvena pismenost pomeni celovito preoblikovanje organizacije in izvajanja storitev, s katerim postanejo zdravstvene informacije in storitve lažje dostopne, razumljive in uporabne. Avtorji so opozorili, da implementacija zahteva spremembe v vodenju, organizacijski kulturi, komunikaciji, oblikovanju storitev, sodelovanju uporabnikov, razvoju zaposlenih in spremljanju kakovosti. Organizacijska zdravstvena pismenost zato ni samostojen projekt z omejenim trajanjem, temveč proces organizacijskega razvoja, ki zahteva dolgoročno podporo in prilagajanje lokalnemu okolju (Farmanova idr., 2018).

2.3.3 Razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti na primarni ravni zdravstvenega varstva

Primarna raven zdravstvenega varstva je za razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti posebej pomembno, ker predstavlja prvo in pogosto najpogostejšo vstopno točko v zdravstveni sistem. Zanj so značilni dostopnost, kontinuiranost, celovitost in koordinacija obravnave posameznikov ter skupnosti. Uporabniki na primarni ravni vzpostavljajo prvi stik z zdravstvenim sistemom zaradi akutnih zdravstvenih težav in kroničnih zdravstvenih stanj, uporabljajo storitve promocije zdravja in preprečevanja bolezni, prejemajo zdravstvenovzgojno podporo pri samooskrbi in obvladovanju bolezni ter so po potrebi napoteni oziroma koordinirano povezani z drugimi izvajalci in ravnmi zdravstvenega varstva (WHO in United Nations Children's Fund, 2020; WHO, 2022). Zaradi raznolikosti nalog primarna raven zahteva pregledne kontaktne poti, jasno komunikacijo, učinkovito navigacijo in dobro koordinacijo med izvajalci (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). V Švici je bilo za ambulante splošne oziroma družinske medicine in izvajalce zdravstvene oskrbe na domu razvito orodje OHL Self-AsseT, ki je povezalo samooceno z navodili za oblikovanje ukrepov izboljšanja. Njegov razvoj je pokazal, da mora biti organizacijska zdravstvena pismenost v primarnem okolju prilagojena manjšim organizacijam, interdisciplinarnim timom, lokalnim skupnostim in vsakodnevnim delovnim procesom. Samoocenjevanje ni namenjeno samo merjenju, temveč predvsem skupinski refleksiji, prepoznavanju prednostnih področij in pripravi akcijskega načrta (De Gani idr., 2020; Beese idr., 2022). Mednarodno orodje OHL-PHC, ki ga je leta 2024 razvila delovna skupina M-POHL, združuje izkušnje bolnišničnega orodja SAT-OHL-Hos in švicarskega instrumenta OHL Self-AsseT. Orodje vsebuje sedem standardov, 15 podstandardov in 51 kazalnikov oziroma 70 elementov, če se upoštevajo tudi podkazalniki. Namenjeno je različnim izvajalcem primarnega zdravstvenega varstva, vključno z zdravstvenimi domovi, lekarnami in drugimi organizacijami, ki zagotavljajo prvi stik ter kontinuirano in koordinirano obravnavo za paciente (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). V slovenskem prostoru je bilo orodje OHL-PHC prevedeno in kulturno prilagojeno v okviru projekta Organizacijska zdravstvena pismenost v luči kakovosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. S tem je bil vzpostavljen okvir za sistematično samoocenjevanje struktur, procesov, komunikacijskih praks in razvojnih prioritet v zdravstvenih domovih. Slovenska prilagoditev ohranja sedem mednarodno opredeljenih standardov ter organizacijsko zdravstveno pismenost povezuje z enakostjo, opolnomočenjem, osredotočenostjo na pacienta, organizacijskim razvojem in kakovostjo zdravstvene obravnave (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026).

2.4 Značilnosti zdravstveno pismene organizacije

Zvezanost vodstva

Prva značilnost zdravstveno pismene organizacije je jasna in trajna zavezanost vodstva. Zdravstvena pismenost mora biti vključena v poslanstvo, vizijo, strateške cilje, organizacijske politike in redno poslovanje. Vodstvo določa pričakovane standarde komunikacije, razporeja odgovornosti, zagotavlja kadrovske in finančne vire ter spremlja doseganje ciljev. Če zdravstvena pismenost temelji predvsem na pobudah posameznih zaposlenih, so aktivnosti praviloma neenotne, odvisne od osebne zavzetosti in ranljive ob kadrovskih spremembah. Formalna umestitev v vodenje omogoča trajnost, odgovornost in vključitev v organizacijsko odločanje (Brach idr., 2012; Farmanova idr., 2018). Vodstvena zavezanost mora biti vidna v konkretnih ukrepih. Organizacija določi odgovorno osebo ali interdisciplinarno skupino, opredeli merljive cilje, zagotovi čas za izobraževanje in razvoj gradiv ter zdravstveno pismenost vključi v redna

poročila o kakovosti. Vodstvo mora ustvarjati kulturo, v kateri zaposleni lahko opozorijo na nejasne postopke in komunikacijska tveganja brez strahu pred negativnimi posledicami. Organizacijska kultura zdravstvene pismenosti vključuje prepričanje, da je razumljivost storitev temeljna sestavina strokovne kakovosti, ne dodatna prijaznost do uporabnika (Brach idr., 2012; Trezona idr., 2017).

Vključevanje v kakovost in varnost pacientov

Zdravstveno pismena organizacija zdravstveno pismenost vključuje v načrtovanje, notranje presoje, upravljanje tveganj, varnost pacientov in kontinuirano izboljševanje kakovosti. Nerazumevanje navodil, zamenjava zdravil, nepravilna priprava na preiskavo, nejasna odpustna dokumentacija ali neuspešen prehod med izvajalci niso samo težave posameznika, temveč možni kazalniki pomanjkljive organizacijske kakovosti. Organizacija mora zato spremljati, na katerih kontaktnih točkah prihaja do nesporazumov, ponovnih pojasnjevanj, neizvedenih postopkov ali neustrezne uporabe storitev (Brach idr., 2012; Pelizzari idr., 2025). Organizacijska presoja zdravstvene pismenosti naj ne temelji zgolj na ugotavljanju obstoja pravilnikov, gradiv, spletnih vsebin ali izvedenih izobraževanj, temveč mora vključevati tudi presojo njihovega dejanskega izvajanja in doseženih učinkov. Takšen pristop je skladen z Donabedianovim modelom vrednotenja kakovosti, ki razlikuje med strukturo, torej razpoložljivimi viri, ureditvami in formalnimi pogoji, procesom, ki se nanaša na dejansko izvajanje dejavnosti, ter izidi, ki kažejo njihove učinke na uporabnike, zaposlene in organizacijo (Donabedian, 1988). Spletna stran je lahko formalno vzpostavljena in vsebuje zahtevane informacije, vendar to še ne pomeni, da jih uporabniki lahko hitro najdejo, razumejo in uporabijo. Zato je treba poleg obstoja digitalnega vira presojati njegovo preglednost, dostopnost, razumljivost in uporabnost za različne skupine uporabnikov, po možnosti z njihovim neposrednim vključevanjem v vrednotenje in prenovo storitve (Bremer idr., 2021; Trezona idr., 2018). Podobno je lahko pisno navodilo jezikovno in strokovno pravilno, vendar za pacienta ostane neuporabno, če ne izraža jasno, kaj mora storiti. Presoja gradiv mora zato poleg razumljivosti vključevati tudi njihovo izvedljivost oziroma akcijsko uporabnost, torej stopnjo, do katere lahko uporabnik prepozna in izvede priporočeno ravnanje (Shoemaker idr., 2014). Tudi izvedba usposabljanja zaposlenih sama po sebi še ne dokazuje organizacijske spremembe. Poleg števila izvedenih izobraževanj in vključenih zaposlenih je treba spremljati, ali zaposleni pridobljeno znanje uporabljajo pri komunikaciji, pripravi informacij, preverjanju razumevanja in prilagajanju postopkov uporabnikom. Pregledi intervencij organizacijske zdravstvene pismenosti zato razlikujejo med učinki na ravni zaposlenih, uporabnikov in organizacije ter poudarjajo potrebo po spremljanju izvedbe, trajnosti in dejanskih rezultatov ukrepov (Kaper idr., 2021). Celovito vrednotenje organizacijske zdravstvene pismenosti tako zahteva kombinacijo strukturnih kazalnikov (na primer obstoj politike, odgovorne skupine ali usposabljanja), procesnih kazalnikov (doslednost izvajanja jasne komunikacije, vključevanja uporabnikov in preverjanja razumevanja) ter izidnih kazalnikov (razumevanje informacij, uspešnost navigacije, izkušnje uporabnikov in zmanjševanje komunikacijskih napak). Ker se potrebe uporabnikov, tehnologija in organizacijski postopki spreminjajo, mora biti vrednotenje ponavljajoče se ter vključevati uporabniško perspektivo, ne le samoocene zaposlenih in vodstva (Bremer idr., 2021; Kaper idr., 2021; Trezona idr., 2018).

Kompetentni in podprti zaposleni

Zaposleni so ključni nosilci organizacijske zdravstvene pismenosti, saj se organizacijske politike uresničujejo v njihovem vsakodnevnem delu. Usposabljanje mora vključevati uporabo jasnega

jezika, aktivno poslušanje, postavljanje odprtih vprašanj, preverjanje razumevanja, komunikacijo o tveganju, skupno odločanje, kulturno in jezikovno odzivnost ter uporabo profesionalnega tolmačenja. Pomembne so tudi sposobnosti prepoznavanja organizacijskih ovir in sodelovanja pri njihovem odpravljanju (Brach idr., 2012; Trezona idr., 2017). V organizacijski okvir morajo biti vključeni vsi zaposleni, ne le zdravniki in medicinske sestre. Uporabnik se srečuje z administrativnim osebjem, telefonisti, laboratorijskimi delavci, farmacevti, strokovnjaki različnih zdravstvenih poklicev, tehničnimi službami in vodstvom. Nejasna informacija na katerikoli kontaktni točki lahko vpliva na dostopnost in varnost nadaljnje obravnave. Izobraževanja morajo biti zato prilagojena delovnim nalogam posameznih skupin, pričakovane komunikacijske prakse pa morajo biti vključene v uvajanje novih zaposlenih, opis delovnih mest in stalno strokovno izpopolnjevanje (Brach idr., 2012; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Organizacijska zdravstvena pismenost vključuje tudi skrb za zdravje in zdravstveno pismenost zaposlenih. Preobremenjeni zaposleni, ki nimajo dovolj časa, informacij, podpore ali možnosti posvetovanja, težje izvajajo jasno in individualizirano komunikacijo. Zaposleni potrebujejo razumljive notranje postopke, dostop do preverjenih informacij, možnosti interdisciplinarnega sodelovanja in delovno okolje, ki podpira njihovo telesno ter duševno zdravje. OHL-PHC zato razvoj kadrov in zdravje zaposlenih obravnava kot sestavni del zdravstveno pismene primarne organizacije, ne le kot področje upravljanja človeških virov (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

Enostaven dostop in navigacija

Zdravstveno pismena organizacija zagotavlja, da uporabnik zlahka ugotovi, kam, kdaj in kako se lahko obrne po pomoč. Dostop vključuje fizične, telefonske, pisne, digitalne, jezikovne, časovne in organizacijske razsežnosti. Informacije o delovnem času, naročanju, lokaciji, nujnosti obravnave, potrebni dokumentaciji in nadaljnjih korakih morajo biti jasne, usklajene in dosegljive po več poteh. Organizacija mora pri tem upoštevati potrebe oseb z oviranostmi, starejših, ljudi z omejenim znanjem jezika, uporabnikov z nižjimi digitalnimi kompetencami ter oseb, ki nimajo dostopa do digitalne tehnologije (Brach idr., 2012; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Navigacija v zdravstvenem varstvu vključuje tako prostorsko orientacijo oziroma iskanje poti v zdravstveni ustanovi kot sistemsko in procesno orientiranje med storitvami, izvajalci ter ravnmi zdravstvenega varstva. Koncept navigacijske zdravstvene pismenosti zajema sposobnost posameznika, da dostopa do informacij, jih razume, presoja in uporablja pri orientiranju na sistemski, organizacijski in interakcijski ravni zdravstvenega sistema. Med navigacijske naloge sodijo na primer prepoznavanje ustrezne storitve, razumevanje postopka naročanja, presojanje primernosti posamezne storitve ter iskanje podpore za orientiranje po zdravstvenem sistemu (Griese idr., 2020, 2022). V fizičnem okolju zdravstvene ustanove navigacijo podpirajo jasna in dosledna signalizacija, razumljiva poimenovanja služb, pregledni zemljevidi in smerokazi, prepoznavne orientacijske točke ter možnost osebne pomoči. Raziskave zdravstvenih okolij kažejo, da je uspešno iskanje poti odvisno od povezanosti prostorske zasnove, informacijskih oznak in uporabnikovih sposobnosti, slabo zasnovani sistemi usmerjanja pa lahko povečujejo zmedenost, stres in zamude. Zdravstveno pismena organizacija mora zato sistem usmerjanja oblikovati z vidika raznolikih uporabnikov, vključno s starejšimi, osebami z vidnimi ali kognitivnimi ovirami ter uporabniki, ki ustanovo obiskujejo prvič (Brach idr., 2012; Devlin, 2014; Rodrigues idr., 2019). V procesnem smislu mora uporabnik razumeti, kdo je odgovoren za posamezen del obravnave, kakšen je naslednji korak, kdaj in na kakšen način bo prejel rezultate, na koga se lahko obrne ob spremembi zdravstvenega stanja ter kako bo potekal prehod k drugemu izvajalcu. Takšna preglednost je sestavni del

kontinuirane, koordinirane in na človeka osredotočene obravnave. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2018) poudarja, da morajo biti informacije, odgovornosti in načrti obravnave učinkovito usklajeni med pacientom, njegovimi bližnjimi in različnimi izvajalci, saj lahko nepovezana obravnava povzroča prekinitve, podvajanje postopkov, negotovost in tveganja za varnost. Navigacijska podpora je posebej pomembna pri kroničnih boleznih, večobolevnosti ter prehodih med primarnim, specialističnim, bolnišničnim, rehabilitacijskim in dolgotrajnim zdravstvenim varstvom. Ti uporabniki praviloma sodelujejo z več izvajalci, uporabljajo različne storitve ter morajo povezovati številne informacije, termine in priporočila. Kompleksnost in razdrobljenost poti zato povečujeta zahteve za navigacijsko zdravstveno pismenost, medtem ko jasna koordinacija, določene kontaktne osebe in razumljiv načrt nadaljnje obravnave zmanjšujejo breme, preneseno na pacienta in njegove bližnje (Griese idr., 2020, 2022; WHO, 2018).

Jasna in razumljiva komunikacija

Jasna komunikacija je ena najbolj prepoznavnih, vendar ne edina značilnost organizacijske zdravstvene pismenosti. Sodobni organizacijski pristopi jo obravnavajo kot del širše odgovornosti organizacije za dostopnost, razumljivost in uporabnost zdravstvenih informacij ter storitev (Brach, 2024; Pelizzari idr., 2025). Zdravstveno pismena organizacija spodbuja uporabo vsakdanjega jezika, omejevanje oziroma pojasnjevanje strokovnega izrazja, logično strukturiranje sporočil in posredovanje omejenega števila ključnih informacij, prilagojenih trenutnim potrebam uporabnika. Pri ustni komunikaciji zaposleni uporabljajo krajše vsebinske sklope, spodbujajo vprašanja, po potrebi vključujejo vizualne pripomočke ter sistematično preverjajo razumevanje (Brach, 2024). Metoda *teach-back* omogoča, da uporabnik s svojimi besedami pojasni, kaj mora vedeti ali storiti. Ne predstavlja preizkusa pacientovega spomina ali znanja, temveč preverjanje, ali je zdravstveni delavec informacije razložil dovolj jasno in razumljivo (Brach, 2024; Shersher idr., 2021). Pisne in avdiovizualne informacije morajo biti razumljive in akcijsko uporabne, kar pomeni, da uporabnik iz njih jasno prepozna, kaj mora storiti. Organizacija mora poleg jezikovne zahtevnosti presojati vsebino in strukturo gradiva, jasnost ključnega sporočila, uporabo številskih podatkov, preglednost oblikovanja, primernost vizualnih prikazov ter nedvoumnost priporočenega ravnanja (Brach, 2024; Shoemaker idr., 2014). Bhatt idr., (2024) kažejo, da so lahko zdravstvena gradiva kljub razmeroma visoki razumljivosti pomanjkljiva prav z vidika akcijske uporabnosti, ker uporabniku ne ponudijo dovolj jasnih in izvedljivih korakov. Gradiva je zato priporočljivo razvijati in preverjati skupaj z uporabniki, vključno s predstavniki skupin, ki se srečujejo z jezikovnimi, kulturnimi, senzornimi, kognitivnimi ali drugimi komunikacijskimi ovirami. Pregled raziskav o soustvarjanju gradiv poudarja zgodnje vključevanje pacientov, zastopanost raznolikih perspektiv in uporabo preverjenih orodij za vrednotenje končnega izdelka (McDonald idr., 2023). Pri gradivih, namenjenih kulturno in jezikovno raznolikim skupinam, zgolj dobesedni prevod ne zagotavlja njihove ustreznosti; preveriti je treba tudi razumljivost izrazov, kulturni pomen sporočil, sprejemljivost priporočil in skladnost z dejanskimi življenjskimi okoliščinami uporabnikov (Brach, 2024)

Aktivna vloga, opolnomočenje in vključevanje uporabnikov

Zdravstveno pismena organizacija uporabnika storitev ne obravnava samo kot prejemnika informacij, temveč kot partnerja pri obravnavi in razvoju storitev. Na individualni ravni to vključuje podporo pri postavljanju vprašanj, izražanju vrednot in preferenc, primerjanju možnosti zdravljenja, skupnem odločanju ter samoobvladovanju zdravstvenega stanja. Informacije morajo biti predstavljene tako, da uporabnik razume koristi, tveganja, negotovosti in možne alternative ter

lahko odločitev poveže s svojimi življenjskimi okoliščinami (Koh idr., 2013; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Na organizacijski ravni vključevanje uporabnikov pomeni njihovo dejavno sodelovanje v različnih fazah razvoja in izboljševanja zdravstvenih informacij, prostorov, digitalnih rešitev in storitev – od prepoznavanja problemov in določanja prednostnih potreb do oblikovanja, preizkušanja, uvajanja in vrednotenja rešitev. Pregled Cluley idr. (2022) je pokazal, da se pacienti in javnost pri razvoju zdravstvenih storitev vključujejo z različnimi pristopi, med katerimi so zemljevidi uporabniških poti, ankete, delavnice, uporabniški odbori, strokovni paneli pacientov in svojcev ter metode doseganja soglasja. Avtorji poudarjajo, da vključevanje ne bi smelo biti omejeno le na začetno ugotavljanje potreb, temveč bi moralo potekati skozi celoten razvojni in implementacijski proces. Pridobivanje uporabniške perspektive zato ne sme temeljiti samo na občasnih anketah o zadovoljstvu. Organizacije lahko uporabljajo individualne intervjuje, fokusne skupine, soustvarjalne delavnice, opazovanje uporabniške poti, testiranje razumljivosti gradiv in uporabnosti digitalnih rešitev ter stalno vključevanje predstavnikov pacientov v razvojne skupine. Pri tem je treba razlikovati med posvetovanjem in dejanskim soustvarjanjem. Izvedba intervjuja, ankete ali delavnice sama po sebi še ne pomeni soustvarjanja, če uporabniki nimajo možnosti vplivati na opredelitev problema, sprejemanje odločitev, oblikovanje prototipov in končno rešitev. Sodobni sistematični pregled zato soustvarjanje opredeljuje kot sodelovalen in vključujoč proces, v katerem imajo različni deležniki dejavno vlogo ter možnost vplivati na rezultate (Vargas idr., 2025). Takšno načelo je posebej pomembno pri razvoju digitalnih zdravstvenih rešitev. Kilfoy idr., (2024) so pokazali, da so v procese soustvarjanja digitalnih intervencij vključeni pacienti, neformalni oskrbovalci in zdravstveni delavci, vendar sta obseg in globina njihovega sodelovanja pogosto nezadostno opisana. Avtorji zato priporočajo bolj sistematično, transparentno in kontinuirano vključevanje končnih uporabnikov v razvoj ter vrednotenje digitalnih rešitev.

Posebno pozornost je treba nameniti skupinam, ki so v običajnih participativnih procesih pogosto premalo zastopane, na primer ljudem z jezikovnimi ovirami, socialno prikrajšanim skupinam, osebam z oviranostmi ter kulturno in spolno raznolikim skupnostim. Sheldon idr. (2024) so pokazali, da so za njihovo smiselno vključevanje pomembni sodelovanje z voditelji lokalnih skupnosti, namensko vključevanje raznolikih skupin, prilagodljiv način sodelovanja, vzpostavljanje zaupanja ter upoštevanje praktičnih ovir za sodelovanje. Vključevanje teh skupin skozi različne faze izboljševanja kakovosti je omogočilo oblikovanje sprememb, ki so bile bolje prilagojene njihovim potrebam, vrednotam in oviram pri dostopu do storitev. Sodelovanje uporabnikov lahko tako poveča kontekstualno ustreznost, razumljivost, uporabnost in sprejemljivost informacij ter storitev, ker v razvoj vključuje izkustveno znanje ljudi, ki bodo rešitve dejansko uporabljali. Vendar novejši pregledi opozarjajo, da so dokazi o dolgoročnih organizacijskih učinkih, stroškovni učinkovitosti in trajnosti vključevanja še vedno omejeni. Zato je treba poleg procesa sodelovanja sistematično vrednotiti tudi njegov vpliv na sprejete odločitve, spremembe storitev, uporabniško izkušnjo, dostopnost in zdravstvene izide (Santana idr., 2021).

Pravičnost, nestigmatizirajoč pristop ter kulturna in jezikovna odzivnost

Organizacijska zdravstvena pismenost temelji na načelu pravičnosti, kar pomeni, da organizacija ne zagotavlja zgolj formalno enakega dostopa, temveč ustvarja pogoje, v katerih lahko informacije in storitve dejansko uporabljajo ljudje z različnimi sposobnostmi, potrebami in življenjskimi okoliščinami. Sodobna ameriška opredelitev organizacijske zdravstvene pismenosti zato izrecno poudarja, da morajo organizacije ljudem na pravičen način omogočati iskanje, razumevanje in uporabo informacij ter storitev pri sprejemanju odločitev, povezanih z zdravjem (Santana idr.,

2021; Office of Disease Prevention and Health Promotion, n. d.). Enaka informacija ali enak način dostopa namreč ne zagotavljata nujno enakih možnosti za uporabo zdravstvenih storitev, saj nanje vplivajo socialno-ekonomski položaj, izobrazba, jezik, zdravstveno stanje, dostop do tehnologije, oviranost in drugi družbeni dejavniki (WHO, 2025a). Nekateri uporabniki zato potrebujejo dodatno razlago, prilagojen format gradiva, profesionalno tolmačenje, osebno navigacijsko podporo, pomoč pri uporabi digitalnih storitev ali več časa za razmislek in odločanje (Marmot, 2010). Zdravstveno pismena organizacija povezuje univerzalno razumljive in dostopne storitve z intenzivnejšo podporo skupinam, ki se srečujejo z večjimi ovirami. Takšno ravnanje je skladno z načelom sorazmernega univerzalizma: temeljne storitve so namenjene vsem, njihov obseg in način izvajanja pa se prilagajata stopnji potreb (WHO, 2025b). Organizacija pri tem ne čaka, da uporabnik razkrije ali dokaže »nizko« zdravstveno pismenost, temveč izhaja iz predpostavke, da ima lahko vsak človek v določenih okoliščinah težave z razumevanjem in uporabo informacij. S tem zmanjšuje tveganje stigmatizacije ter zdravstveno pismenost vključuje v običajne standarde kakovostne komunikacije in dostopa (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024a). Kulturna in jezikovna odzivnost vključuje zagotavljanje kakovostnega profesionalnega tolmačenja, dostop do informacij v jezikih pomembnih skupin uporabnikov ter prilagajanje komunikacije njihovim dejanskim jezikovnim in kulturnim potrebam. Sistematični pregled Heath idr. (2023) je pokazal, da je uporaba profesionalnih tolmačev povezana z boljšo kakovostjo komunikacije in večjim zadovoljstvom uporabnikov kot uporaba neusposobljenih oziroma priložnostnih tolmačev. Jezikovna dostopnost zato ni samo komunikacijska ugodnost, temveč pomemben pogoj kakovosti, varnosti in pravičnosti zdravstvene obravnave (Heath idr., 2023; Paul idr., 2023). Kulturno odzivna organizacija upošteva, da kulturne vrednote lahko vplivajo na razumevanje zdravja in bolezni, izražanje simptomov, vlogo družine, pričakovanja glede odnosa z zdravstvenimi delavci ter sprejemanje odločitev. Vendar kulturnega ozadja posameznika ne sme uporabljati kot podlago za vnaprejšnje predpostavke ali stereotipizacijo. Koncept kulturne ponižnosti poudarja stalno samorefleksijo zdravstvenih delavcev, prepoznavanje lastnih pristranskosti, obravnavanje neravnovesij moči in pripravljenost, da se potrebe, vrednote in preference preverijo neposredno pri posamezniku (So idr., 2024). Zdravstvena pismenost, jezikovna dostopnost, kulturna ponižnost in kulturna varnost so zato povezane razsežnosti na človeka osredotočene obravnave, ki spoštuje identiteto uporabnika ter zmanjšuje tveganje diskriminacije in izključevanja.

Zdravstvena pismenost v situacijah povečanega tveganja

Nerazumevanje ima lahko posebno resne posledice pri uporabi zdravil, odpustu iz bolnišnice, pripravi na diagnostični ali terapevtski poseg, obveščenem soglasju, nujni obravnavi in prehodih med izvajalci. Zdravstveno pismena organizacija zato opredeli situacije povečanega tveganja ter zanje vzpostavi standardizirane komunikacijske in koordinacijske postopke. Ključne informacije morajo biti jasno izpostavljene, ustno pojasnjene in preverjene, odgovornost za nadaljnje spremljanje pa nedvoumno določena (Brach idr., 2012). Pri prehodu med izvajalci mora organizacija zagotoviti, da uporabnik in naslednji izvajalec razumeta načrt obravnave, spremembe zdravljenja, opozorilne znake ter način nadaljnjega dostopa do pomoči. Organizacijska zdravstvena pismenost je zato tesno povezana s kontinuiteto in koordinacijo obravnave. OHL-PHC to področje vključuje med kontaktne točke obravnave, mreženje in nadaljnje dejavnosti organizacije, saj lahko nepovezanost med službami izniči učinke sicer kakovostne komunikacije znotraj posamezne ambulante (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

Digitalna zdravstvena pismenost in vključujoča digitalizacija

Digitalizacija zdravstvenega varstva je organizacijsko zdravstveno pismenost razširila na oblikovanje in uporabo portalov, aplikacij, telezdravstvenih storitev, elektronskega naročanja in digitalnih informacij. Zdravstveno pismena digitalna rešitev mora biti pregledna, jezikovno jasna, tehnično dostopna in prilagojena uporabnikom z različnimi senzornimi, kognitivnimi in motoričnimi sposobnostmi. Pomembni so razumljivo poimenovanje funkcij, predvidljiva navigacija, jasna navodila, zaščita zasebnosti in dostopna uporabniška pomoč (Brach idr., 2024; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

Digitalna zdravstvena pismenost ni samo lastnost uporabnika, ampak rezultat njegovega srečanja z digitalno rešitvijo in organizacijsko podporo. Izključno digitalni dostop lahko poveča ovire za starejše, socialno prikrajšane, osebe z oviranostmi in ljudi z omejenimi digitalnimi spretnostmi. Zdravstveno pismena organizacija zato spremlja, kdo digitalne storitve uporablja in kdo iz njih izpada, vključuje uporabnike v njihovo oblikovanje ter ohranja alternativne telefonske in osebne poti, kadar so potrebne. Digitalizacija mora zmanjševati kompleksnost in ne prenašati dodatnega administrativnega bremena na pacienta (Brach idr., 2024; Pelizzari idr., 2025).

Mreženje, sodelovanje s skupnostjo in širša odgovornost

Zdravstvena organizacija ne more sama odgovoriti na vse potrebe prebivalstva. Zdravstveno pismeno delovanje zahteva povezovanje z drugimi izvajalci zdravstvenega varstva, socialnimi službami, lokalnimi skupnostmi, izobraževalnimi ustanovami, nevladnimi organizacijami, knjižnicami in združenji pacientov. Takšna partnerstva izboljšujejo dostop do preverjenih informacij, podporo ranljivim skupinam, kontinuiteto obravnave in razumevanje potreb lokalnega prebivalstva (Trezona idr., 2017; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Organizacijska zdravstvena pismenost se tako ne konča na vratih zdravstvene ustanove. Zdravstveno pismena organizacija prispeva k zdravstveni pismenosti skupnosti, deli kakovostna gradiva, sodeluje pri javnozdravstvenem komuniciranju in podpira ljudi pri navigaciji med različnimi sistemi. Obenem prepoznava, da dostop do storitev oblikujejo socialni, ekonomski, digitalni in geografski dejavniki, na katere sama nima popolnega vpliva, lahko pa nanje opozarja, jih spremlja in skupaj z drugimi deležniki išče rešitve (Trezona idr., 2017; Nutbeam in Lloyd, 2021).

2.5 Organizacijska zdravstvena pismenost kot proces organizacijskega razvoja

Zdravstveno pismena organizacija ni stanje, ki ga je mogoče doseči z enim izobraževanjem ali enkratno prenovo gradiv. Gre za kontinuiran proces organizacijskega učenja, ki vključuje samooceno, določanje prioritet, načrtovanje ukrepov, izvajanje, spremljanje rezultatov in ponovno vrednotenje. Samoocenjevalna orodja organizaciji omogočajo, da prepozna področja, na katerih so prakse že dobro razvite, in področja, kjer obstajajo vrzeli. Njihov glavni namen ni razvrščanje organizacij ali podeljevanje oznake zdravstvene pismenosti, temveč spodbujanje interdisciplinarne razprave in načrtovanje izboljšav (De Gani idr., 2020; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Proces samoocene je posebej učinkovit, kadar vključuje predstavnike vodstva, zdravstvenih in nezdravstvenih poklicev, kakovosti, informacijske podpore ter uporabnikov. Razlike med ocenami niso nujno metodološka pomanjkljivost, ampak lahko razkrijejo različne izkušnje in neenotno izvajanje postopkov znotraj organizacije. Skupinska razprava omogoča povezovanje formalnih pravil z dejanskim delovanjem

in spodbuja skupno odgovornost za načrtovane spremembe (Beese idr., 2022; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Pregledi organizacijskih intervencij kažejo, da so med ključnimi pogoji uspešne implementacije podpora vodstva, jasno določena odgovornost, vključevanje zaposlenih, sodelovanje uporabnikov, ustrezni viri, povezava s sistemi kakovosti ter postopno uvajanje sprememb (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Pomembna sta tudi prilagajanje ukrepov lokalnemu kontekstu in spremljanje njihove izvedljivosti. Intervencije, ki ostanejo omejene na posamezen oddelek ali časovno omejen projekt, imajo manj možnosti za trajno institucionalizacijo (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Najpogostejše ovire so pomanjkanje časa, kadra in finančnih virov, nejasna odgovornost, konkurenčne organizacijske prioritete, omejeno razumevanje koncepta, odpor do sprememb ter pomanjkanje podatkov za spremljanje učinkov. Oviro lahko predstavlja tudi prepričanje, da je zdravstvena pismenost izključno naloga strokovnjakov za zdravstveno vzgojo ali komunikacijo. Takšen pogled zmanjšuje možnost, da bi se koncept vključil v vodenje, informacijske sisteme, sprejemne postopke, digitalizacijo, upravljanje tveganj in kadrovsko politiko (Charoghchian Khorasani idr., 2020; Pelizzari idr., 2025).

Empirični dokazi o učinkih organizacijske zdravstvene pismenosti se povečujejo, vendar ostajajo metodološko raznoliki. Raziskave poročajo o izboljšavah komunikacije, razumljivosti gradiv, usposobljenosti zaposlenih, vključevanja pacientov, organizacijskih postopkov in zadovoljstva uporabnikov. Dokazi o neposrednem vplivu na dolgoročne klinične izide in stroške so manj enotni, saj organizacijske intervencije pogosto vključujejo več sočasnih sprememb, njihovi učinki pa se pokažejo v daljšem obdobju. Organizacijske zdravstvene pismenosti zato ni smiselno predstavljati kot posamezno intervencijo z enostavnim vzročnim učinkom, temveč kot okvir za izboljševanje kakovosti, pravičnosti in osredotočenosti zdravstvenih storitev na človeka (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025).

Organizacijska zdravstvena pismenost predstavlja razvojni premik od vprašanja, ali imajo pacienti dovolj znanja in sposobnosti, k vprašanju, ali zdravstvene organizacije ljudem pravično omogočajo dostop do informacij in storitev, njihovo razumevanje, presojanje in uporabo. Koncept temelji na relacijskem razumevanju zdravstvene pismenosti in priznava, da težave nastajajo v neskladju med sposobnostmi posameznika ter zahtevami informacijskega, komunikacijskega in organizacijskega okolja. Razvoj koncepta je potekal od zgodnjih priporočil za zmanjševanje kompleksnosti zdravstvenih sistemov prek desetih značilnosti zdravstveno pismene organizacije in modela zdravstveno pismene obravnave do evropskih ter mednarodnih samoocenjevalnih okvirov. Sodobno razumevanje organizacijske zdravstvene pismenosti vključuje vodstveno odgovornost, organizacijsko kulturo, sisteme kakovosti, razvoj zaposlenih, dostop in navigacijo, jasno komunikacijo, vključevanje uporabnikov, pravičnost, kulturno in jezikovno odzivnost, varne prehode, digitalno vključevanje ter sodelovanje s skupnostjo. Zdravstveno pismena organizacija zato ni zgolj organizacija, ki pripravlja razumljive informacije. Je organizacija, ki sistematično presoja, kako njene strukture, politike in procesi vplivajo na sposobnost ljudi, da uporabljajo zdravstvene storitve ter dejavno sodelujejo pri skrbi za zdravje. Organizacijska zdravstvena pismenost je tako hkrati vrednota, organizacijska zmogljivost, način zagotavljanja kakovosti in kontinuiran proces organizacijskega razvoja.

3 ORGANIZACIJSKA ZDRAVSTVENA PISMENOST, KAKOVOST IN PRAVIČNOST

3.1 Organizacijska zdravstvena pismenost kot sestavina kakovosti zdravstvenega varstva

Kakovost zdravstvenega varstva je večdimenzionalen koncept, ki presega strokovno pravilnost posameznega diagnostičnega ali terapevtskega postopka. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2020, 2025) kakovost zdravstvenih storitev opredeljuje kot stopnjo, do katere zdravstvene storitve za posameznike in prebivalstvo povečujejo verjetnost želenih zdravstvenih izidov ter so skladne s strokovnim znanjem, podprtim z dokazi. Kakovostne zdravstvene storitve morajo biti učinkovite, varne, osredotočene na ljudi, pravočasne, pravične, povezane in učinkovito organizirane. Navedene razsežnosti kakovosti so medsebojno povezane. Zdravstvena storitev ne more biti ocenjena kot kakovostna, če je strokovno učinkovita, vendar uporabniku ni pravočasno dostopna, če povzroča preprečljivo škodo ali če pacient ne razume navodil, potrebnih za varno nadaljevanje zdravljenja. Prav tako ni dovolj, da organizacija zagotavlja enako storitev vsem, če je način dostopa ali komunikacije za nekatere skupine bistveno zahtevnejši. Kakovost zato vključuje klinične izide, izkušnje pacientov, varnost, pravičnost, kontinuiteto, uporabo virov in sposobnost sistema, da se odziva na raznolike potrebe prebivalstva (OECD, WHO, in World Bank, 2018). Slovenska Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu za obdobje 2023–2031 izhaja iz podobnega večdimenzionalnega razumevanja. Med temeljna načela kakovosti uvršča uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta oziroma državljana. Strategija poudarja, da je treba kakovost spremljati na ravni struktur, procesov in izidov ter jo izboljševati z usklajenim delovanjem zdravstvenega sistema, organizacij, strokovnjakov, pacientov in skupnosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023). V slovenski strategiji je izboljševanje zdravstvene pismenosti izrecno opredeljeno kot pomemben vzvod za opolnomočenje pacientov ter razvoj trajnostnega sistema kakovosti in varnosti. Strategija tako zdravstvene pismenosti ne umešča zgolj med zdravstvenovzgojne aktivnosti, temveč jo povezuje z upravljanjem kakovosti, sporazumevanjem, vključevanjem pacientov, digitalizacijo in odločanjem na podlagi podatkov (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023). Organizacijska zdravstvena pismenost zagotavlja operativni okvir, s katerim je mogoče ta načela uresničevati v vsakodnevnih stikih med uporabnikom in zdravstveno organizacijo. Vključuje načine, s katerimi organizacija zmanjšuje kompleksnost dostopa, informacij, komunikacije, odločanja in uporabe storitev. Sistematični pregled Pelizzari idr. (2025) organizacijsko zdravstveno pismenost prepoznava kot temeljno sestavino kakovostnega zdravstvenega varstva, zlasti zaradi njenega prispevka k dostopnosti, osredotočenosti na pacienta, pravičnosti in organizacijski odzivnosti. Organizacijska zdravstvena pismenost zato ne predstavlja ločenega dodatka sistemu kakovosti. Deluje kot horizontalni dejavnik kakovosti, ki vpliva na skoraj vse ključne procese zdravstvene organizacije: od prvega stika in naročanja do diagnostike, zdravljenja, uporabe zdravil, spremljanja kroničnih bolezni, prehajanja med izvajalci in uporabe digitalnih storitev. Bremer idr. (2021) so kriterije zdravstveno pismene organizacije združili v šest širših področij: komunikacijo z uporabniki, dostop in navigacijo, strateško vključevanje organizacijske zdravstvene pismenosti, organizacijsko ocenjevanje in razvoj, vključevanje uporabnikov ter usposobljenost zaposlenih. Vsako od teh področij se neposredno povezuje z eno ali več dimenzijami kakovosti. Povezave med dimenzijami kakovosti in organizacijsko zdravstveno pismenostjo je mogoče povzeti na način, ki ga predstavljamo v Tabeli 2.

Tabela 2: Povezovanje med dimenzijami kakovosti in organizacijsko zdravstveno pismenostjo

Dimenzija kakovosti	Prispevek organizacijske zdravstvene pismenosti
Učinkovitost obravnave	Razumljiva navodila, podpora samooskrbi, pravilna uporaba zdravil in sodelovanje pri zdravljenju
Varnost pacientov	Preverjanje razumevanja, varno komuniciranje o zdravilih, rezultatih in opozorilnih znakih
Osredotočenost na pacienta	Upoštevanje ciljev, vrednot, preferenc in življenjskih okoliščin pacienta
Pravočasnost	Jasne vstopne poti, razumljivi postopki naročanja, pravočasno obveščanje in navigacijska podpora
Pravičnost	Jezikovno, kulturno, digitalno in funkcionalno dostopne informacije ter sorazmerna podpora glede na potrebe
Povezanost obravnave	Jasna razdelitev odgovornosti, razumljivi prehodi in usklajene informacije med izvajalci
Učinkovita raba virov	Zmanjševanje podvajanja, napačne uporabe storitev, neizvedenih postopkov in komunikacijskih napak

Takšna umestitev pokaže, da organizacijska zdravstvena pismenost povezuje tehnično kakovost zdravstvene obravnave z načinom, kako uporabnik storitev dejansko doživi, razume in uporablja.

3.2 Poseben pomen na primarni ravni zdravstvenega varstva

Primarno zdravstveno varstvo je za organizacijsko zdravstveno pismenost posebej pomembno, ker predstavlja običajno prvo in najpogostejšo točko stika prebivalstva z zdravstvenim sistemom. Primarna raven zagotavlja storitve od promocije zdravja in preprečevanja bolezni do diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe ter naj bi potrebe ljudi obravnavala čim bliže njihovemu vsakdanjemu življenjskemu okolju (WHO in United Nations Children's Fund, 2022).

Kakovost primarnega zdravstvenega varstva temelji na petih osrednjih funkcijah: dostopnosti prvega stika, celovitosti, kontinuiranosti, koordinaciji in osredotočenosti na človeka. Te funkcije omogočajo pravočasen vstop v zdravstveni sistem, dolgoročen odnos z izvajalci, obravnavo različnih zdravstvenih potreb, povezovanje storitev ter dejavno sodelovanje posameznika pri skrbi za zdravje (WHO in United Nations Children's Fund, 2022; WHO, 2025b). Ker uporabniki na primarni ravni vstopajo v sistem z različnimi akutnimi in kroničnimi zdravstvenimi težavami, stopnjami nujnosti, socialnimi okoliščinami, funkcionalnimi zmožnostmi in predhodnimi izkušnjami z zdravstvenim sistemom, mora organizacija zagotavljati prilagodljive, pregledne in razumljive poti obravnave. Na ljudi osredotočena primarna zdravstvena oskrba zahteva, da so storitve organizirane okoli potreb posameznikov in skupnosti, informacije in odgovornosti med izvajalci pa morajo biti povezane tako, da zagotavljajo kontinuirano in koordinirano obravnavo (WHO in UNICEF, 2020; WHO, 2025b). Zahteve za zdravstveno pismenost so visoke že pred neposrednim kliničnim stikom. Uporabnik mora prepoznati, katero vrsto zdravstvene storitve potrebuje, presoditi ustreznost izbrane službe, razumeti način naročanja ter poiskati podporo, kadar se v sistemu ne more orientirati samostojno. Prav izbira ustrezne storitve, razumevanje postopkov za pridobitev termina in iskanje navigacijske podpore sodijo med ključne naloge navigacijske zdravstvene pismenosti (Griese idr., 2020, 2022). Organizacija mora zato jasno pojasniti dostopne poti, merila nujnosti, potrebne podatke in dokumentacijo ter nadaljnje korake

po prvem stiku. Pri kroničnih boleznih in večobolevnosti se informacijske, organizacijske in odločevalske zahteve še povečajo. Pacient mora povezovati informacije različnih strokovnjakov, uporabljati in usklajevati zdravila, spremljati simptome, prilagajati življenjske navade, obiskovati kontrolne preglede ter pravočasno prepoznati spremembe, ki zahtevajo strokovno pomoč. Pri večobolevnosti se tem nalogam pridružujejo usklajevanje več režimov zdravljenja, presojanje morebitno nasprotujočih si priporočil in stalno določanje prednosti med zdravstvenimi nalogami ter drugimi življenjskimi obveznostmi (Lee idr., 2024). Integrativni pregled Lee idr. (2024) je pokazal, da breme zdravljenja pri večobolevnosti vključuje dejavnosti samooskrbe, pridobivanje in presojanje informacij, administrativne naloge ter nenehno določanje prednostnih nalog. Slaba dostopnost, razdrobljena obravnava in neusklajene informacije to breme povečujejo, medtem ko ga kontinuirana, koordinirana in na pacienta osredotočena obravnava lahko zmanjšuje. Organizacijska zdravstvena pismenost je zato pomembna za poenostavljanje poti, usklajevanje priporočil in zmanjševanje obsega nalog, ki jih zdravstveni sistem prenese na pacienta in njegove bližnje. Raziskava OECD PaRIS je pokazala, da ima med uporabniki primarne ravni, starimi 45 lidr.i več let, približno 80 % vsaj eno kronično zdravstveno bolezen/stanje, polovica pa dve ali več kronične bolezni/stanja. Zaradi tega postajajo razumljiva komunikacija, podpora samoobvladovanju in koordinacija osrednji elementi kakovosti primarnega zdravstvenega varstva (OECD, 2025).

Mednarodno samoocenjevalno orodje OHL-PHC organizacijsko zdravstveno pismenost na primarni ravni operacionalizira s sedmimi standardi: dostopom in orientacijo, jasno komunikacijo, spodbujanjem zdravstvene pismenosti uporabnikov, razvojem zdravstvene pismenosti zaposlenih, vključevanjem zdravstvene pismenosti v upravljanje, nadaljnjimi dejavnostmi in mreženjem ter digitalno zdravstveno pismenostjo (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Ti standardi se vsebinsko prekrivajo z mednarodnimi in slovenskimi razsežnostmi kakovosti. Dostop in orientacija sta povezana s pravočasnostjo in pravičnostjo, komunikacija z varnostjo in učinkovitostjo, opolnomočenje z osredotočenostjo na pacienta, razvoj zaposlenih z organizacijsko zmogljivostjo, upravljanje z vzdržnostjo sistema kakovosti, mreženje s povezanostjo obravnave, digitalna zdravstvena pismenost pa z dostopnostjo, učinkovitostjo in preprečevanjem digitalnih neenakosti.

3.3 Dostopnost, pravočasnost in navigacija

Dostopnost ni omejena na formalno pravico do zdravstvene storitve ali geografsko prisotnost izvajalca. Uporabnik mora storitev tudi prepoznati, doseči, razumeti način vstopa in uspešno izvesti zahtevane korake. Zdravstvena storitev je lahko organizacijsko razpoložljiva, vendar za uporabnika dejansko nedostopna, če so navodila za naročanje nejasna, telefonski sistem nepregleden, spletni portal zahteven ali če ni zagotovljena pomoč osebam z jezikovnimi, senzornimi, kognitivnimi oziroma digitalnimi ovirami. Organizacijska zdravstvena pismenost dostopnost obravnava kot rezultat srečanja med uporabnikovimi sposobnostmi in značilnostmi organizacijskega okolja. Pelizzari idr. (2025) ugotavljajo, da so razumljivost informacij, navigacija, prilagajanje storitev ter vključevanje uporabnikov med najpomembnejšimi področji, prek katerih organizacijska zdravstvena pismenost podpira dostopno in na pacienta osredotočeno obravnavo. Na primarni ravni zdravstvenega varstva se dostop začne z jasnim odgovorom na vprašanja: katere storitve organizacija zagotavlja, kdaj se lahko uporabnik obrne nanjo, kateri kanal mora uporabiti, kako se obravnavajo nujna in nenujna stanja ter kaj mora storiti, če izbranega izvajalca ne more doseči. Informacije o dostopu do storitev, naročanju in nadaljnjih korakih morajo biti medsebojno usklajene na spletni strani, v telefonskih sporočilih, elektronskih sistemih, pisnih obvestilih in

pojasnilih zaposlenih. AHRQ priporoča uporabo vnaprej pripravljenih, razumljivih odgovorov na pogosta vprašanja, saj se tako uporabnikom po različnih komunikacijskih poteh zagotavljajo jasne in dosledne informacije (Brach, 2024). Neusklajene ali nepopolne informacije lahko povzročijo ponovne kontakte, podaljšajo pot do ustrezne storitve in povečajo možnost, da uporabnik posameznega koraka ne izvede pravočasno. Parsons idr., (2021) neudeležbe na pregledih v primarnem zdravstvenem varstvu med organizacijskimi razlogi navajajo težave s sistemom naročanja, neustrezno obveščanje o datumu ali času termina in odsotnost opomnikov. Pravočasnost obravnave je zato tesno povezana z razumljivostjo organizacijskih postopkov. Pacient lahko zamudi diagnostično preiskavo ali kontrolni pregled, kadar ne razume načina naročanja, časa in kraja izvedbe, potrebne priprave ali nadaljnjih korakov. Sistematični pregled razlogov za neudeležbo na pregledih je pokazal, da izostankov ni mogoče pripisovati samo ravnanju pacientov, saj nanje vplivajo tudi dostopnost terminov, načini naročanja, opomniki, komunikacija izvajalca ter druge organizacijske okoliščine (Parsons idr., 2021). Takšnih dogodkov zato ni primerno avtomatično razlagati kot pacientovo nesodelovanje. Z vidika organizacijske zdravstvene pismenosti predstavljajo kazalnik, da je treba preveriti jasnost posredovanih informacij, število zahtevanih korakov, dostopnost osebne pomoči ter zanesljivost obveščanja in spremljanja pacientov (Brach, 2024). Navigacijska zdravstvena pismenost se nanaša na zmožnost dostopanja do informacij, njihovega razumevanja, presoje in uporabe pri iskanju ustreznih storitev ter orientiranju po zdravstvenem sistemu (Griese idr., 2020, 2022). Jasna signalizacija, dosledno poimenovanje služb, pregledni zemljevidi, prepoznavne orientacijske točke in možnost osebne pomoči pomembno podpirajo uspešno iskanje poti v kompleksnem zdravstvenem okolju (Rodrigues idr., 2019). Procesna navigacija pa zahteva, da uporabnik razume, kdo je odgovoren za posamezni del obravnave, kateri korak sledi, kako in kdaj bo prejel rezultate ter na koga se lahko obrne ob težavah ali poslabšanju zdravstvenega stanja. Kontinuirana in koordinirana obravnava temelji na jasni razdelitvi odgovornosti, učinkovitem pretoku informacij ter preglednih prehodih med izvajalci in ravnmi zdravstvenega varstva (WHO, 2018). Navigacijska podpora je zato posebej pomembna pri kompleksnih poteh obravnave, saj lahko pacientom olajša dostop do storitev ter izboljša kontinuiranost in povezanost obravnave (Budde idr., 2022). Digitalizacija lahko dostop pospeši, vendar ga ne izboljša samodejno. Digitalne rešitve so kakovostne le, če so razumljive, dostopne osebam z oviranostmi, tehnično zanesljive in povezane z učinkovito podporo. OECD opozarja, da so koristi digitalnega zdravstva neenakomerno porazdeljene in da imajo starejši ter manj izobraženi uporabniki praviloma nižje ravni digitalne in zdravstvene pismenosti (OECD, 2025). Zdravstveno pismena organizacija zato ne uvaja digitalnih poti kot izključne možnosti. Ohraniti mora smiselne telefonske, osebne ali pisne načine dostopa za uporabnike, ki digitalnih poti ne morejo ali ne želijo uporabljati. Kakovost digitalizacije se ne presoja samo glede na delež elektronsko opravljenih postopkov, temveč tudi glede na to, kdo je v postopku uspešen, kdo potrebuje pomoč in kdo zaradi digitalizacije ostaja izključen. Za spremljanje dostopnosti bi bilo na primarni ravni smiselno poleg čakalnih dob meriti tudi uspešnost prvega kontakta, razumljivost navodil za naročanje, delež uporabnikov, ki brez dodatne pomoči najdejo ustrezno službo, razloge za neizvedene termine, uporabo alternativnih dostopnih poti ter izkušnje uporabnikov pri navigaciji. Takšen nabor kazalnikov bi formalno razpoložljivost storitve dopolnil z oceno njene dejanske uporabnosti.

3.4 Organizacijska zdravstvena pismenost in varnost pacientov

Varnost pacientov pomeni odsotnost preprečljive škode oziroma zmanjševanje tveganja nepotrebne škode na sprejemljivo raven. WHO (2021, 2023) poudarja, da varnost ne temelji samo na individualni previdnosti zdravstvenega delavca, temveč na organiziranih dejavnostih, kulturah, postopkih, tehnologijah in delovnih okoljih, ki sistematično zmanjšujejo tveganja. Med pogoste vire preprečljive škode sodijo napake pri zdravilih, diagnostične napake, okužbe, napačna identifikacija pacienta in neustrezna komunikacija med izvajalci. WHO (2023) ocenjuje, da je polovica preprečljive škode v zdravstveni obravnavi povezana z zdravili, zato je varna uporaba zdravil eno ključnih področij sistemov kakovosti in varnosti. Na primarni ravni se varnostna tveganja pogosto pojavljajo v daljšem časovnem obdobju in na več kontaktnih točkah. Vključujejo predpisovanje ter spremljanje zdravil, pravočasno prepoznavanje poslabšanja, diagnostično odločanje, obravnavo rezultatov preiskav, napotovanje in koordinacijo med različnimi izvajalci. Pri teh procesih je pacient pogosto dejavni nosilec informacij med službami, zato lahko nejasna razlaga ali pomanjkljiva navodila pomembno povečajo tveganje (WHO, 2022). Organizacijska zdravstvena pismenost zmanjšuje komunikacijska tveganja s standardizirano uporabo jasnega jezika, omejevanjem števila ključnih sporočil, preverjanjem razumevanja in zagotavljanjem pisne podpore. Metoda *teach-back* omogoča, da pacient s svojimi besedami pojasni, kako bo zdravilo uporabljal, na katere znake mora biti pozoren in kaj mora storiti ob težavah. Namen metode ni preverjanje pacientovega znanja, temveč ugotavljanje, ali je bila strokovna razlaga dovolj jasna (Brach, 2024). Varnostna komunikacija mora biti posebej natančna pri spremembah zdravljenja. Pacient mora ob uvedbi, ukinitvi ali spremembi zdravljenja vedeti, katero zdravilo je bilo spremenjeno, čemu je namenjeno, v kakšnem odmerku in ob katerem času ga uporablja ter na katere neželene učinke mora biti pozoren in kdaj mora poiskati strokovno pomoč. Jasne, popolne in usklajene informacije o zdravilih so posebej pomembne ob prehodih med izvajalci in ravnmi zdravstvenega varstva, ko se pogosto pojavljajo neskladja med predpisanimi in dejansko uporabljenimi zdravili (WHO, 2019). Navodila morajo biti konkretna in nedvoumna; zapis, kot je »vzemite dvakrat dnevno«, je lahko manj razumljiv od navodila, ki določa natančen odmerek in čas uporabe zdravila (Brach, 2024). Navodilo »jemljite po potrebi« zato ni dovolj varno, če ni pojasnjeno, ob katerem simptomu naj pacient zdravilo uporabi, kolikšen odmerek lahko vzame, kolikšen mora biti razmik med odmerkoma in kateri je največji dovoljeni dnevni odmerek. Podobno izrazi, kot so »ob poslabšanju«, »redno spremljajte« ali »čim prej se naročite«, niso dovolj nedvoumni, kadar pacient ne ve, kateri konkretni znaki pomenijo poslabšanje in v kakšnem časovnem okviru mora ukrepati. Razumevanje navodil je priporočljivo preveriti z metodo *teach-back*, pri kateri pacient s svojimi besedami pojasni, kako bo zdravilo uporabljal in kako bo ravnal ob težavah (Brach, 2024). Diagnostična varnost zahteva, da pacient razume namen preiskave, potrebno pripravo, način in predvideni čas prejema rezultatov ter odgovornost za nadaljnje ukrepanje. Pravočasno in zanesljivo sporočanje rezultatov je bistveni del kakovostnega in varnega diagnostičnega procesa, pri čemer mora biti jasno določeno, kdo rezultat pregleda, kdo ga sporoči pacientu in kdo zagotovi nadaljnjo obravnavo (Bradford idr., 2024; Nankervis idr., 2025). Organizacija mora zato vzpostaviti sistem zaprte povratne zanke, v katerem rezultat ni obravnavan kot varno sporočen zgolj zato, ker je objavljen v elektronskem informacijskem sistemu ali pacientovem portalu. Preveriti je treba, ali je bil pacient o rezultatu dejansko obveščen, ali razume njegov pomen, ali pozna naslednji korak in ali je določena odgovornost za nadaljnje spremljanje. Sistematični pregled komunikacije laboratorijskih rezultatov v primarnem zdravstvenem varstvu je pokazal, da pacienti poleg samega rezultata potrebujejo predvsem razlago njegovega pomena in jasen odgovor na vprašanje, kaj sledi (Nankervis idr., 2025). Elektronska dostopnost izvida sama po sebi zato še ne zagotavlja varne komunikacije. Neposredna objava rezultatov lahko izboljša

pravočasnost in zmanjša možnost, da bi bil rezultat spregledan, vendar lahko brez razumljive razlage pri pacientu povzroči negotovost, zmedenost ali stisko, zlasti pri nepričakovanih, nenormalnih ali občutljivih ugotovitvah (Bradford idr., 2024). Pacienti elektronskega portala praviloma ne razumejo kot popolnega nadomestila za pogovor z zdravstvenim delavcem, temveč pričakujejo možnost dodatne razlage in pojasnilo nadaljnjega ukrepanja (Bradford idr., 2024). Digitalno sporočanje rezultatov mora biti zato vključeno v organizacijski proces, ki zagotavlja razumljivo interpretacijo, možnost postavljanja vprašanj in zanesljivo nadaljevanje obravnave. Pomemben element diagnostične varnosti je tudi varnostno mreženje oziroma *safety-netting* (Friedemann Smith idr., 2022). Gre za strukturirano komunikacijo ob zaključku obravnave, s katero pacient dobi jasna navodila o pričakovanem poteku bolezni, možnem času izboljšanja, opozorilnih znakih, načinu spremljanja simptomov ter o tem, kdaj, kako in pri kom mora ponovno poiskati pomoč (Friedemann Smith idr., 2022). Navodilo za ponovni stik mora biti konkretno: namesto splošnega opozorila »vrnite se, če se stanje poslabša« je treba opisati, katere spremembe ali simptomi zahtevajo ukrepanje, kako hitro mora pacient ukrepati in katero službo naj kontaktira. Učinkovito varnostno mreženje vključuje tudi pojasnilo diagnostične negotovosti, dogovor o načinu spremljanja ter preverjanje, ali je pacient navodila razumel in jih glede na svoje življenjske okoliščine lahko izvede (Friedemann Smith idr., 2022). Avtorji še dodajajo, da je varnostno mreženje posebej pomembno v primarnem zdravstvenem varstvu, kjer se številna zdravstvena stanja ob prvem stiku kažejo z nespecifičnimi simptomi, diagnoze pa ni vedno mogoče dokončno potrditi takoj. V takšnih okoliščinah jasna navodila za spremljanje in ponovni dostop do pomoči zmanjšujejo tveganje, da bi pacient nevarno poslabšanje pripisal pričakovanemu poteku bolezni ali predolgo odlašal s ponovnim iskanjem zdravstvene pomoči (Friedemann Smith idr., 2022). WHO (2021) v Globalnem akcijskem načrtu za varnost pacientov 2021–2030 vključevanje pacientov in družin v obravnavo, opredeljuje kot pomemben strateški cilj. Pacienti lahko opozorijo na neskladja v zdravilih, nerazumljiva navodila, napačne podatke ali prekinjene poti obravnave, vendar lahko to vlogo prevzamejo le, če organizacija spodbuja vprašanja, zagotavlja razumljive informacije in ustvarja okolje, v katerem je opozarjanje na težave varno in sprejeto (WHO, 2021a).

Organizacijska zdravstvena pismenost se s kulturo varnosti tesno povezuje tudi na ravni zaposlenih. Jasna, individualizirana in na razumevanje uporabnika usmerjena komunikacija ni odvisna zgolj od znanja in osebne zavzetosti posameznega zdravstvenega delavca, temveč tudi od tega, ali organizacija zagotavlja ustrezne pogoje za njeno izvajanje (Pelizzari idr., 2025). Med pomembne organizacijske pogoje sodijo podpora vodstva, razpoložljivi čas, ustrezna kadrovska zasedba, dostop do zanesljivih informacij, usklajeni delovni postopki ter izobraževanje in praktična podpora zaposlenim. Pelizzari idr., (2025) s sistematičnim pregledom organizacijske zdravstvene pismenosti med ključnimi dejavniki uspešnega uvajanja zdravstveno pismenih praks izpostavlja podporne organizacijske politike, ustrezne vire, vključevanje vodstva in prilagajanje organizacijskih struktur, med ovire pa uvršča pomanjkanje časa, virov in sistemske podpore. Zdravstveni delavec težko dosledno uporablja vsakdanji jezik, preverja razumevanje in komunikacijo prilagaja posamezniku, kadar so postopki nepregledni, podatki razpršeni med nepovezanimi informacijskimi sistemi, odgovornosti nejasne ali je čas za obravnavo izrazito omejen. Slaba komunikacija pri tem ni zgolj vprašanje uporabniške izkušnje, temveč tudi pomembno varnostno tveganje. Sistematični pregled 46 raziskav je pokazal, da je bila pomanjkljiva komunikacija edini prepoznani vzrok pri mediani 13,2 % varnostnih incidentov, skupaj z drugimi dejavniki pa je prispevala k mediani 24,0 % incidentov (Keshtkar idr., 2025). Rezultati potrjujejo, da komunikacijske varnosti ni mogoče zagotavljati le z opozarjanjem posameznikov, naj komunicirajo bolj skrbno, temveč zahteva tudi izboljševanje postopkov

prenosa informacij, dokumentiranja, timskega sodelovanja in komunikacije s pacienti. Povezanost delovnih pogojev in varnosti je posebej pomembna na primarni ravni zdravstvenega varstva. Model AHRQ (2024a) za presojo kulture varnosti v ambulantnih oziroma primarnih okoljih poleg komunikacijske odprtosti in sporazumevanja o napakah vključuje standardizacijo delovnih procesov, organizacijsko učenje, podporo vodstva, usposabljanje zaposlenih, timsko delo, spremljanje pacientov ter delovni pritisk in hitrost dela. S tem je poudarjeno, da varnost ni le posledica strokovne usposobljenosti zaposlenih, ampak tudi lastnost organizacije dela in pogojev, v katerih zaposleni izvajajo obravnavo (Agency for Healthcare Research and Quality, 2024b). Podatki iz ambulantnih okolij kažejo, da sta zadostna kadrovska zasedba ter obvladovanje delovnega pritiska in hitrosti dela med zahtevnejšimi področji kulture varnosti, kar potrjuje potrebo po vključevanju teh dejavnikov v organizacijske presoje kakovosti (AHRQ, 2024c). Pomemben povezovalni element organizacijske zdravstvene pismenosti in kulture varnosti je psihološka varnost zaposlenih. Ta označuje delovno okolje, v katerem lahko zaposleni izrazijo dvom, opozorijo na nejasno navodilo, zaprosijo za pomoč, priznajo napako ali predlagajo spremembo brez neutemeljenega strahu pred ponižanjem oziroma povračilnimi ukrepi. Sistematični pregled O'Donovan in McAuliffe (2020) je med dejavniki, ki podpirajo psihološko varnost zdravstvenih timov, prepoznal jasno prednostno obravnavo varnosti pacientov, usmerjenost v učenje in izboljševanje, podporne odnose, vključujoče vodenje ter zmanjševanje ovir, povezanih s hierarhijo. Novejši pregled sicer opozarja, da je neposredno povezavo med psihološko varnostjo in objektivnimi kazalniki varnosti zaradi raznolikosti raziskav težko enoznačno dokazati, vendar potrjuje njen pomen za odprto komunikacijo, poročanje o incidentih in učenje iz napak (Montgomery idr., 2025). Kultura varnosti mora zato temeljiti na učenju in pravični obravnavi dogodkov. Svetovna zdravstvena organizacija (2021) med njene ključne sestavine uvršča zavezanost vodstva, preglednost, odprto komunikacijo, učenje iz napak in dobrih praks ter ustrezno ravnovesje med neobtožujočim pristopom in odgovornostjo (WHO, 2021a). Pravična kultura ne pomeni, da za ravnanja nihče ne odgovarja, temveč da organizacija razlikuje med nenamerno človeško napako, tveganim ravnanjem, sistemsko pomanjkljivostjo in zavestnim neupoštevanjem varnostnih pravil. Namen analize incidenta je zato najprej ugotoviti, kateri organizacijski, komunikacijski, tehnološki in delovni dejavniki so omogočili nastanek napake, ter na tej podlagi izboljšati proces in preprečiti ponovitev (WHO, 2021a). Organizacijsko zdravstveno pismena in varna organizacija zaposlenim torej ne nalaga zgolj zahteve, naj komunicirajo razumljivo in brez napak. Zagotavlja jim jasne standarde komunikacije, usklajene informacije, dostopna orodja, dovolj časa, možnosti usposabljanja, podporo vodstva in varne poti za opozarjanje na težave. Komunikacijske napake, ponavljajoča se vprašanja pacientov, napačno razumljena navodila in prekinitve v pretoku informacij obravnava kot podatke o kakovosti organizacijskega procesa, ne le kot pomanjkljivost posameznega zaposlenega. Takšen pristop povezuje zdravstveno pismenost, varnost pacientov, varnost zaposlenih in stalno izboljševanje kakovosti v enoten sistem organizacijskega učenja (AHRQ, 2024a; WHO, 2021a).

3.5 Osredotočenost na pacienta, partnerstvo in opolnomočenje

Osredotočenost na pacienta pomeni, da se zdravstvena obravnava ne načrtuje zgolj glede na diagnozo in organizacijske možnosti izvajalca, temveč tudi glede na pacientove potrebe, cilje, vrednote, preference in življenjske okoliščine. WHO pri integrirani, na ljudi osredotočeni obravnavi poudarja premik od sistemov, oblikovanih predvsem okoli bolezni in ustanov, k storitvam, oblikovanim okoli ljudi in skupnosti (WHO, 2016). Organizacijska zdravstvena pismenost je pomemben pogoj za dejansko osredotočenost na pacienta, saj mora organizacija uporabniku omogočiti, da informacije razume, postavlja vprašanja in sodeluje pri odločitvah. Pacient ne more

enakovredno presojati možnosti obravnave, če ne razume svojega zdravstvenega stanja, pričakovanih koristi, tveganj, alternativ in negotovosti ali če komunikacija poteka pretežno enosmerno (National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Brach, 2024). Skupno odločanje zato ni zgolj predstavitev več možnosti zdravljenja, temveč sodelovalen proces izmenjave informacij, strokovne razlage dokazov ter pogovora o pacientovih ciljih, vrednotah, preferencah in življenjskih okoliščinah (National Institute for Health and Care Excellence, 2021). Organizacijsko zdravstveno pismena praksa zagotavlja uporabo razumljivega jezika, pojasnjevanje strokovnih izrazov ter jasne številčne in vizualne prikaze koristi in tveganj. Hkrati omogoča dovolj časa za vprašanja, uporabo pripomočkov za odločanje in preverjanje razumevanja, na primer z metodo *teach-back* (Brach, 2024). Na primarni ravni je osredotočenost na pacienta posebej pomembna pri dolgotrajnem obvladovanju kroničnih bolezni. Posredovanje informacij samo po sebi še ne zagotavlja uspešne samooskrbe. Pacient potrebuje individualiziran načrt, realistične cilje, podporo pri reševanju težav ter možnost ponovnega stika. Priporočila morajo upoštevati njegove funkcionalne zmožnosti, finančne možnosti, družinske in delovne obveznosti ter razpoložljivo podporo. Rezultati raziskave PaRIS kažejo, da je intenzivnejša podpora samoobvladovanju povezana z večjo samozavestjo pacientov pri obvladovanju zdravja (OECD, 2025). OECD PaRIS zato predstavlja pomemben razvoj pri merjenju kakovosti primarne zdravstvene obravnave, ker poleg kliničnih in administrativnih podatkov vključuje izide ter izkušnje, o katerih poročajo pacienti. Program meri telesno in duševno zdravje, dobro počutje, socialno delovanje, zaupanje, samozavest pri samoobvladovanju, koordinacijo, osredotočenost obravnave in zaznano kakovost (OECD, 2025). Rezultati za Slovenijo kažejo, da je 89 % vključenih oseb s kroničnimi boleznimi/stanji poročalo o dobri kakovosti obravnave, 84 % pa o visoki osredotočenosti obravnave na pacienta. Hkrati jih je samo 57 % poročalo o dobri koordinaciji, 61 % pa o dobri samozavesti pri obvladovanju lastnega zdravja. Podatki kažejo, da dobra splošna izkušnja ne izključuje razvojnih vrzeli pri koordinaciji, samoobvladovanju in povezovanju storitev (OECD, 2025). Merjenje izkušenj pacientov s standardiziranimi PREM-instrumenti omogoča vpogled v to, ali so bile informacije razumljive, ali je pacient sodeloval pri odločanju, ali je vedel, na koga se obrniti, in ali so bili izvajalci med seboj usklajeni. PROM-instrumenti pa pokažejo, kako pacient ocenjuje svoje zdravje, delovanje in kakovost življenja. WHO je leta 2025 objavila posebna navodila in referenčno orodje za merjenje izkušenj pacientov na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar potrjuje, da uporabniška perspektiva postaja standardni sestavni del vrednotenja kakovosti (WHO, 2025d). Organizacijska zdravstvena pismenost zahteva tudi vključevanje uporabnikov v razvoj informacij in storitev. Pacienti lahko sodelujejo pri presoji spletnih strani, navodil, prostorov, načinov naročanja in digitalnih rešitev. Njihove izkušnje pogosto razkrijejo ovire, ki zaposlenim zaradi poznavanja notranjih postopkov niso vidne. Organizacija mora pri vključevanju namenoma iskati tudi perspektive ljudi, ki so zaradi jezika, socialnega položaja, oviranosti ali omejenih digitalnih kompetenc v običajnih participativnih procesih slabše zastopani.

3.6 Pravičnost in zmanjševanje zdravstvenih neenakosti

Pravičnost v kakovosti zdravstvenega varstva pomeni, da kakovost obravnave ne sme biti odvisna od socialno-ekonomskega položaja, kraja bivanja, jezika, starosti, spola, kulturnega ozadja, oviranosti ali drugih osebnih in družbenih okoliščin. Slovenska Nacionalna strategija kakovosti in varnosti zahteva enako kakovostno obravnavo ne glede na značilnosti pacienta in pravičnost umešča med temeljna načela kakovosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023). Pri tem je treba razlikovati med formalno enakostjo in pravičnostjo. Enak način komuniciranja ali dostopa za vse uporabnike ne zagotavlja nujno enakih možnosti za uspešno uporabo storitev, saj

pravičnost zahteva prepoznavanje in odpravljanje preprečljivih razlik, povezanih s socialnimi, ekonomskimi, geografskimi, jezikovnimi in funkcionalnimi okoliščinami posameznika (WHO, 2022). Oseba, ki ne razume jezika obravnave, potrebuje dostop do profesionalnega tolmačenja, saj je ustrezna jezikovna podpora povezana z boljšo kakovostjo komunikacije, varnostjo in zdravstvenimi izidi (Heath idr., 2023). Oseba z okvaro vida potrebuje informacije v dostopnem formatu in prilagojene načine komunikacije, ker nedostopne informacije in storitve predstavljajo pomemben vir neenakosti za osebe z oviranostmi (WHO, 2022). Uporabniku brez ustreznih digitalnih kompetenc je treba omogočiti podporo ali nedigitalno dostopno pot. Raziskave v evropskem prostoru namreč kažejo, da je uporaba digitalnih zdravstvenih rešitev nižja med starejšimi, manj izobraženimi, ekonomsko prikrajšanimi uporabniki ter osebami z jezikovnimi ovirami (WHO Regional Office for Europe, 2022). Oseba s kompleksno diagnozo ali več zdravstvenimi težavami pa lahko potrebuje več časa, dodatno razlago in navigacijsko podporo, da lahko informacije smiselno poveže in uporabi. Zdravstvena pismenost je socialno neenakomerno porazdeljena. Nacionalne populacijske raziskave dosledno kažejo socialni gradient, pri katerem se več težav pojavlja pri ljudeh z nižjo izobrazbo, manj ugodnim socialno-ekonomskim položajem, slabšim zdravstvenim stanjem in omejenim dostopom do podpornih virov (Nutbeam in Lloyd, 2021). Hkrati opozarjata, da zdravstvena pismenost ne more sama odpraviti neenakosti, ki izvirajo iz neenake porazdelitve možnosti, dohodka, izobrazbe in dostopa do storitev. Organizacijska zdravstvena pismenost lahko zmanjša del neenakosti, ki nastajajo zaradi kompleksnosti zdravstvenih storitev. To dosega z univerzalno uporabo jasnega jezika, preglednih postopkov in preverjanja razumevanja, hkrati pa zagotavlja dodatno podporo glede na potrebe. Takšen pristop ne zahteva, da uporabnik najprej dokaže »nizko zdravstveno pismenost«, saj lahko vsak človek v določenih okoliščinah težko razume informacije. Univerzalni previdnostni ukrepi tako zmanjšujejo stigmatizacijo in nevarnost, da bi pomoč prejeli samo posamezniki, pri katerih zaposleni pravilno prepoznajo težave (Brach, 2024). Pravičnost zahteva jezikovno in kulturno odzivnost. Profesionalno tolmačenje je pomembno za natančno pridobivanje anamneze, razumevanje navodil, varno uporabo zdravil in informirano sodelovanje pacienta pri odločanju. Sistematični pregledi kažejo, da profesionalni tolmači praviloma zagotavljajo kakovostnejšo komunikacijo in ugodnejše izide kot neformalni tolmači ali druga sredstva za premagovanje jezikovnih ovir (Heath idr., 2023; van Lent idr., 2025). Družinski člani lahko pacientu zagotavljajo pomembno čustveno in praktično podporo, vendar ne smejo samodejno nadomestiti usposobljenega tolmača, zlasti pri občutljivih vsebinah, kompleksnih odločitvah ali informacijah, pri katerih bi napačen oziroma nepopoln prenos lahko ogrozil varnost. Novejši pregled ugotavlja, da so neformalni tolmači primerljivi s profesionalnimi le v posameznih preprostih in jasno omejenih situacijah (van Lent idr., 2025). Kulturna odzivnost ne pomeni oblikovanja stereotipnih predpostavk o pacientovih potrebah na podlagi njegove pripadnosti določeni kulturni ali družbeni skupini. Koncept kulturne ponižnosti poudarja samorefleksijo zdravstvenega delavca, prepoznavanje lastnih predpostavk in pripravljenost, da se o pacientovih izkušnjah, vrednotah in življenjskem okolju uči neposredno od njega (Lekas idr., 2020). Kulturno odzivna obravnava zato vključuje preverjanje, kako posameznik razume zdravje in bolezen, kdo naj sodeluje pri odločanju, katere vrednote so zanj pomembne ter katere ovire doživlja pri dostopu do storitev. Sistematični pregled perspektiv pacientov potrjuje, da morajo biti raznolikosti prilagojene storitve utemeljene na individualizirani in na pacienta osredotočeni obravnavi, ne na posploševanju značilnosti posameznih skupin (Lauwers idr., 2024). Organizacijski postopki morajo zato omogočati prilagajanje komunikacije, vključevanja svojcev in načrta obravnave potrebam konkretnega posameznika. Digitalizacija je pomembno področje pravičnosti v zdravstvenem varstvu. Digitalni portali lahko povečajo učinkovitost in olajšajo dostop do informacij ter storitev, vendar lahko osredotočanje na digitalne načine dostopa hkrati poglobi obstoječe neenakosti, če niso upoštevane razlike v razpoložljivosti naprav, internetne

povezave, digitalnih spretnostih, jeziku in dostopnosti tehnologije (WHO Regional Office for Europe, 2022). V evropskem prostoru je nižja uporaba digitalnih zdravstvenih rešitev pogostejša med starejšimi, manj izobraženimi osebami, prebivalci z nižjim socialno-ekonomskim položajem, nekaterimi jezikovnimi in etničnimi skupinami ter osebami z oviranostmi ali kompleksnimi potrebami (Woolley idr., 2023). Presoja pravičnosti mora zato poleg skupnega števila uporabnikov spremljati tudi dostop, uporabo, uspešnost izvedbe postopkov in potrebo po podpori glede na pomembne socialne in demografske značilnosti. Organizacija mora obenem ohranjati alternativne osebne, telefonske ali pisne poti za uporabnike, ki digitalnih rešitev ne morejo učinkovito uporabljati. Podatki OECD PaRIS za Slovenijo kažejo, da osebe z višjim dohodkom zdravstvenemu sistemu zaupajo pogosteje kot osebe z nižjim dohodkom; deleža sta znašala 71 % in 61 %. Takšne razlike kažejo, da morajo biti uporabniške izkušnje in izidi analizirani tudi glede na socialne značilnosti, saj lahko skupna povprečja prikrijejo neenakosti med skupinami (OECD, 2025).

Kazalnike kakovosti je zato smiselno razčlenjevati najmanj po spolu, starosti, socialno-ekonomskem položaju, geografskem območju in po možnosti jeziku oziroma drugih značilnostih, pomembnih za lokalno populacijo. Pri tem cilj ni označevanje skupin kot problematičnih, temveč ugotavljanje, ali organizacijski postopki ustvarjajo neenake možnosti dostopa, razumevanja in sodelovanja.

3.7 Učinkovitost obravnave in doseganje želenih izidov

Učinkovita zdravstvena obravnava temelji na strokovnem znanju in dokazih ter povečuje verjetnost doseganja želenih zdravstvenih izidov, kar predstavlja eno temeljnih razsežnosti kakovosti zdravstvenih storitev (WHO, 2020). Vendar strokovno ustrezna intervencija ne doseže nujno polnega učinka, če pacient ne razume njenega namena, navodil ne more pravilno izvesti ali priporočenega ravnanja ne more vključiti v svoje vsakdanje življenje. Sistematični pregled Walters idr., (2020) je pokazal, da lahko intervencije za izboljšanje zdravstvene pismenosti poleg razumevanja informacij izboljšajo tudi vedenja, povezana z zdravjem, vendar so učinki odvisni od značilnosti intervencije in okoliščin njenega izvajanja. Organizacijska zdravstvena pismenost zato povezuje strokovno učinkovitost s praktično razumljivostjo, dostopnostjo in izvedljivostjo priporočil. Organizacija mora poleg priprave jasnih informacij zagotoviti ustrezne komunikacijske postopke, podporo zaposlenih, preverjanje razumevanja ter prilagajanje storitev potrebam uporabnikov, saj so prav organizacijski pogoji pomembni za uspešno izvajanje in učinke zdravstveno pismenih praks (Kaper idr., 2021). Razumljiva komunikacija podpira pravilno uporabo zdravil, pripravo na preiskave, izvajanje preventivnih priporočil in spremljanje kroničnih bolezni. Sistematični pregled Walters idr. (2020) je pokazal, da so intervencije zdravstvene pismenosti v večini vključenih raziskav izboljšale vsaj nekatere vidike zdravstvene pismenosti, v raziskavah, ki so merile vedenjske izide, pa so bili pogosto ugotovljeni tudi ugodni vedenjski učinki. Avtorji hkrati opozarjajo na metodološko heterogenost in potrebo po kakovostnejšem vrednotenju kompleksnih intervencij. Na primarni ravni se učinkovitost kaže tudi v uspešnem preprečevanju zapletov kroničnih bolezni, pravočasnem odkrivanju bolezni in podpori samooskrbi. OECD spremlja kakovost primarne ravni zdravstvenega varstva med drugim z deleži hospitalizacij zaradi stanj, ki jih je mogoče ob kakovostni ambulantni obravnavi pogosto preprečiti, ter s kazalniki varnega predpisovanja, koordinacije in izkušenj pacientov. Takšni kazalniki kažejo, da kakovost primarne ravni zdravstvenega varstva ni mogoče vrednotiti samo s številom opravljenih pregledov (OECD, 2025).

Organizacijsko zdravstveno pismena obravnava mora biti prilagojena kompleksnosti pacientovega zdravstvenega stanja, obsegu nalog, povezanih z zdravljenjem, ter njegovim zmožnostim in razpoložljivim virom podpore. Pri večobolevnosti se povečujejo število zdravil, pregledov, administrativnih nalog in odločitev, posamezna bolezensko usmerjena priporočila pa so lahko med seboj neusklajena ali težko združljiva z vsakdanjim življenjem pacienta (Lee idr., 2024). Integrativni pregled Lee idr., (2024) je pokazal, da razdrobljena obravnava, osredotočena na posamezne bolezni, povečuje breme zdravljenja, medtem ko ga kontinuirana, koordinirana in na pacienta osredotočena obravnava lahko zmanjšuje. Potrebni so zato skupno določanje prednostnih ciljev, poenostavitev načrta obravnave, presoja izvedljivosti priporočil ter njihovo usklajevanje med člani zdravstvenega tima. Učinkovitost zdravstvenovzgojnih dejavnosti zahteva preverjanje, ali so uporabniki informacije razumeli in jih lahko uporabijo pri dejanskem ravnanju. Število razdeljenih gradiv, izvedenih delavnic ali vključenih udeležencev kaže predvsem obseg izvedbe, ne pa nujno doseženih učinkov. Vrednotenje organizacijskih intervencij zdravstvene pismenosti mora zato vključevati rezultate na ravni uporabnikov, zaposlenih in organizacije, ne le podatkov o izvedenih dejavnostih (Kaper idr., 2021). Spremljati je smiselno razumevanje in uporabnost informacij, samozavest pri samoobvladovanju, spremembe vedenja ter, kadar je mogoče, zdravstvene izide. OECD PaRIS samozavest pri samoobvladovanju, izkušnje pacientov in zdravstvene izide uvršča med pomembne kazalnike kakovosti primarnega zdravstvenega varstva (OECD, 2025).

3.8 Učinkovita raba virov in vrednost zdravstvene obravnave

Učinkovitost v organizacijskem smislu pomeni doseganje želenih zdravstvenih izidov ob smotrni uporabi časa, kadrovskih zmogljivosti, finančnih sredstev in drugih razpoložljivih virov. Svetovna zdravstvena organizacija učinkovito rabo virov uvršča med temeljne razsežnosti kakovostnih zdravstvenih storitev, vendar jo obravnava skupaj z varnostjo, pravočasnostjo, pravičnostjo in osredotočenostjo na človeka (WHO, 2020). Učinkovitost zato ne pomeni zgolj skrajševanja pogovorov ali prenašanja čim večjega obsega nalog in odgovornosti na pacienta, saj lahko takšno ravnanje zmanjša razumljivost, varnost in izvedljivost obravnave. Slabo razumljena ali nepopolna navodila lahko prispevajo k ponovnim telefonskim stikom, odpovedanim oziroma neizvedenim pregledom, nepravilni uporabi zdravil in neustreznemu iskanju zdravstvene pomoči. AHRQ navaja, da sistematično preverjanje razumevanja z metodo *teach-back* izboljšuje razumevanje in sodelovanje pacientov ter lahko zmanjša število ponovnih klicev in odpovedanih terminov (Brach, 2024). Raziskave obenem povezujejo omejeno zdravstveno pismenost z manj ustrezno uporabo zdravil, večjo uporabo urgentnih storitev in manj učinkovito uporabo zdravstvenih virov, čeprav so učinki posameznih intervencij odvisni od njihove zasnove in konteksta izvajanja (O'Cathain idr., 2022; Galmarini idr., 2024). Čas, namenjen jasni razlagi, praktičnemu prikazu in preverjanju razumevanja, je zato smiselno obravnavati kot naložbo v kakovost in varnost, ki lahko prepreči poznejša nesporazumevanja, dodatne kontakte in zaplete (Brach, 2024). Slovenska Nacionalna strategija kakovosti in varnosti zdravstveno vrednost opredeljuje kot izboljšanje pacientovega zdravstvenega izida glede na stroške, potrebne za dosego tega izida. Strategija zato spodbuja premik od spremljanja količine storitev k spremljanju procesov, izidov in vrednosti obravnave (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023). Organizacijska zdravstvena pismenost lahko k učinkoviti rabi virov prispeva z usmerjanjem uporabnika k ustrezni storitvi, podporo pri samooskrbi manjših zdravstvenih težav, preprečevanjem napačne uporabe storitev in zmanjševanjem komunikacijskih napak. Sistematični pregled O'Cathain idr. (2022) je pokazal, da imajo intervencije zdravstvene pismenosti potencial za zmanjševanje uporabe primarnih in urgentnih storitev zaradi manjših zdravstvenih težav. Vendar so bile vključene raziskave

heterogene, ekonomske analize redke, zato ni mogoče domnevati, da je vsaka izobraževalna ali navigacijska intervencija samodejno stroškovno učinkovita. Enaka previdnost je potrebna pri presoji neposrednih ekonomskih učinkov organizacijske zdravstvene pismenosti. Sistematični pregled Pelizzari idr. (2025) kaže, da organizacijska zdravstvena pismenost podpira dostopnost, osredotočenost in potencialno učinkovitost zdravstvenih storitev, vendar ostajajo dokazi o dolgoročnih kliničnih ter ekonomskih izidih neenotni. Razlog je tudi v tem, da organizacijske intervencije pogosto vključujejo več hkratnih sprememb in se njihovi učinki pojavijo šele po daljšem obdobju. Organizacije morajo zato spremljati celoten niz možnih učinkov. Poleg finančnih stroškov so pomembni število ponovnih pojasnjevanj, neizvedeni termini, napake pri pripravi na preiskave, podvajanje postopkov, čas zaposlenih, izkušnje uporabnikov in klinični izidi. Ukrep, ki zahteva začetno vlaganje v prenovo gradiv ali usposabljanje, je lahko dolgoročno učinkovit, če zmanjša število napak in nepotrebnih kontaktov.

3.9 Povezanost, kontinuiranost in koordinacija obravnave

Povezanost oziroma integriranost zdravstvene obravnave pomeni, da storitve različnih izvajalcev, strok in ravni zdravstvenega varstva tvorijo smiselno in usklajeno celoto, organizirano okoli potreb posameznika, ne pa okoli meja posameznih služb ali ustanov (WHO, 2018; WHO in United Nations Children's Fund, 2020). Kontinuiranost vključuje povezanost informacij, odnosa z izvajalci in načrta obravnave skozi čas, koordinacija pa zavestno usklajevanje nalog, odgovornosti in pretoka informacij med vsemi sodelujočimi izvajalci ter pacientom (WHO, 2018). V sodobnih okvirih vrednotenja primarnega zdravstvenega varstva se kontinuiranost in koordinacija obravnavata kot ločeni, vendar tesno povezani razsežnosti kakovosti in pacientove izkušnje (OECD, 2025). WHO poudarja, da sta kontinuiranost in koordinacija ključni za varno, kakovostno in na človeka osredotočeno obravnavo, zlasti pri kroničnih boleznih in kompleksnih potrebah (WHO, 2018). Organizacijska zdravstvena pismenost je za koordinacijo pomembna, ker mora pacient v razdrobljenem zdravstvenem sistemu pogosto sam povezovati informacije različnih izvajalcev. Prejema izvide, navodila, termine, sezname zdravil in priporočila različnih strokovnjakov ter mora razumeti njihova medsebojna razmerja in določiti prednostne naloge. Pregled raziskav pri osebah z večobolevnostjo je pokazal, da pridobivanje in povezovanje informacij, urejanje administrativnih obveznosti ter usklajevanje različnih zahtev zdravljenja predstavljajo pomemben del bremena obravnave (Lee idr., 2024). Kadar sistem ne zagotovi jasne koordinacije, se odgovornost za pretok informacij in usklajevanje postopkov prenese na pacienta in njegove bližnje, kar lahko poveča breme zdravljenja in obremenitev neformalnih oskrbovalcev (Lee idr., 2024). Organizirana koordinacija, načrti obravnave in pregledi zdravil pa prispevajo k bolj povezani in varni obravnavi ljudi s kroničnimi boleznimi (OECD, 2025). Zdravstveno pismena pot obravnave mora zato jasno opredeliti naslednji korak, odgovornega izvajalca, časovni okvir, način spremljanja in ravnanje ob težavah. AHRQ priporoča, da organizacija za vsak korak nadaljnje obravnave določi odgovorno osebo, čas izvedbe in sistem spremljanja, vključno s spremljanjem rezultatov, zdravil, napotitev in izpuščenih terminov (Brach, 2024). Pacient mora vedeti, ali bo termin uredil izvajalec ali ga mora urediti sam, kdo bo pregledal in pojasnil izvide, kdo usklajuje zdravila ter kdaj in kam se lahko ponovno obrne ob spremembi zdravstvenega stanja. Takšna preglednost zmanjšuje negotovost in preprečuje, da bi odgovornost za koordinacijo ostala nejasno razdeljena med pacienta, svojce in izvajalce. Podatki PaRIS kažejo pomembne razvojne izzive na tem področju. V Sloveniji je 57 % oseb s kroničnimi stanji poročalo o dobri koordinaciji, le 20 % pacientov pa se je obravnavalo v praksah, ki so se ocenile kot dobro pripravljene za koordinacijo oskrbe. Samo 5 % pacientov je bilo obravnavanih v praksah, ki so lahko elektronsko izmenjevale zdravstvene zapise, kar je bilo bistveno pod povprečjem vključenih držav (OECD, 2025). Ti podatki ne merijo neposredno

organizacijske zdravstvene pismenosti, vendar kažejo področja, na katerih so njena načela posebej pomembna: usklajenost informacij, preglednost odgovornosti, vključevanje pacienta v načrt obravnave in razumljivi prehodi med izvajalci.

3.10 Vključevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v standarde in kazalnike kakovosti

Organizacijsko zdravstveno pismenost je treba vključiti v obstoječi sistem upravljanja kakovosti, ne pa vzpostavljati kot vzporeden, nepovezan program. Slovenska Nacionalna strategija kakovosti in varnosti predvideva spremljanje kakovosti s kombinacijo strukturnih, procesnih in izidnih kazalnikov ter poudarja stalno izboljševanje na podlagi podatkov in povratnih zank (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023). Kazalnike organizacijske zdravstvene pismenosti je smiselno povezati z običajnimi pristopi k merjenju kakovosti zdravstvenega varstva ter jih razvrstiti na strukturne, procesne in izidne kazalnike. Takšna kombinacija omogoča presojo, ali ima organizacija vzpostavljene potrebne pogoje, ali se dogovorjeni ukrepi dejansko izvajajo in ali vodijo do sprememb pri uporabnikih, zaposlenih in organizaciji (World Health Organization, 2020; WHO in United Nations Children's Fund, 2022).

Na področju organizacijske zdravstvene pismenosti bi med **strukturne kazalnike** lahko sodili:

- vključitev zdravstvene pismenosti v strateški načrt, politiko kakovosti in sistem upravljanja organizacije (Bremer idr., 2021; Pelizzari idr., 2025);
- imenovanje odgovorne osebe ali interdisciplinarne skupine z jasno opredeljenimi nalogami in pristojnostmi (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025);
- zagotovljena dostopnost profesionalnega tolmačenja in drugih oblik komunikacijske podpore (Brach, 2024);
- obstoj organizacijskih standardov za pripravo, pregledovanje in posodabljanje pisnih, avdiovizualnih in digitalnih informacij (Brach, 2024; Bremer idr., 2021);
- zagotavljanje več načinov dostopa do storitev, na primer osebnega, telefonskega in digitalnega, ter podpore pri navigaciji (Brach, 2024);
- vključitev zdravstvene pismenosti, jasne komunikacije in preverjanja razumevanja v izobraževanje zaposlenih (Brach, 2024; Kaper idr., 2021);
- dostopnost digitalnih informacij in storitev za osebe z različnimi senzornimi, kognitivnimi, jezikovnimi in digitalnimi zmožnostmi (Bremer idr., 2021; Pelizzari idr., 2025).

Navedena področja se ujemajo tudi s standardi orodja OHL-PHC, ki vključujejo dostop in orientacijo, jasno komunikacijo, krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov in zaposlenih, vključevanje zdravstvene pismenosti v upravljanje, mreženje ter digitalno zdravstveno pismenost (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026). Strukturni kazalniki kažejo, ali je organizacija vzpostavila osnovne pogoje za zdravstveno pismeno delovanje, vendar sami še ne dokazujejo, da se ukrepi izvajajo dosledno in dosegajo predvidene učinke (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025).

Procesni kazalniki morajo zato spremljati dejansko izvajanje zdravstveno pismenih praks. Med možne kazalnike sodijo delež obravnav, pri katerih je bilo preverjeno razumevanje ključnih navodil, pogostost uporabe metode *teach-back*, sistematično preverjanje gradiv z uporabniki ter vključevanje pacientov v razvoj informacij in storitev (Brach, 2024; Pelizzari idr., 2025). Metoda *teach-back* je namenjena preverjanju, ali je zdravstveni delavec informacije pojasnil dovolj jasno, in ne ocenjevanju pacientovega znanja (Brach, 2024). Procesno je mogoče spremljati tudi pravočasnost obveščanja o rezultatih, dejansko uporabo profesionalnega tolmačenja, jasnost

nadaljnjih korakov, izvedbo varnostnega mreženja ter usklajevanje zdravil in informacij ob prehodih med izvajalci.

Izidni kazalniki lahko vključujejo pacientovo razumevanje ključnih navodil, uspešnost navigacije, zmožnost izvedbe priporočenih ukrepov, samozavest pri samoobvladovanju, zaznano osredotočenost obravnave ter izkušnje z dostopnostjo in komunikacijo. Spremljati je mogoče tudi neizvedene termine zaradi nerazumevanja postopkov, komunikacijske varnostne dogodke, nepravilno uporabo zdravil ter razlike v izkušnjah in izidih med skupinami uporabnikov. Pregledi organizacijskih intervencij poudarjajo, da je rezultate treba presojati na ravni pacientov, zaposlenih in organizacije, saj posamezen kazalnik ne more zajeti vseh učinkov organizacijskih sprememb (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Samoocena z orodjem OHL-PHC lahko predstavlja pomemben strukturni in razvojni element sistema kakovosti. Omogoča interdisciplinarno presojo sedmih standardov, razpravo med zaposlenimi ter prepoznavanje močnih področij in razvojnih vrzeli (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026). Ker temelji predvsem na notranji presoji organizacije, pa ne more nadomestiti spremljanja procesov, izidov, varnostnih dogodkov in neposrednih izkušenj pacientov. Smiselno jo je zato dopolniti z rutinskimi kazalniki kakovosti, podatki PREM in PROM, analizami pritožb in incidentov, opazovanjem uporabniških poti ter kvalitativnimi metodami vključevanja uporabnikov (Bremer idr., 2021; Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). OECD poudarja, da tradicionalni administrativni in klinični podatki ne pokažejo dovolj, kako pacienti doživljajo obravnavo in ali ta izboljšuje njihovo vsakdanje življenje. PaRIS zato združuje podatke pacientov in izvajalcev ter jih uporablja kot podlago za izboljševanje kakovosti in osredotočenosti primarnega zdravstvenega varstva (OECD, 2025, 2026).

Pomembno je tudi, da se kazalniki ne uporabljajo samo za razvrščanje ali sankcioniranje organizacij. Slovenska strategija poudarja, da morajo podatki in povratne zanke razvijati kulturo odgovornosti ter podpirati izboljšave. Organizacija mora rezultate razumeti kot izhodišče za učenje, določanje prioritet in spremljanje napredka, ne le kot administrativno obveznost (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023).

Organizacijska zdravstvena pismenost in kakovost zdravstvenega varstva sta vsebinsko neločljivo povezani. Kakovostne storitve niso samo strokovno pravilne, temveč morajo biti varne, pravočasne, razumljive, povezane, pravične in prilagojene ljudem, ki jih uporabljajo. Organizacijska zdravstvena pismenost omogoča, da se navedena načela pretvorijo v konkretne strukture, postopke in komunikacijske prakse. Na primarni ravni zdravstvenega varstva je njen pomen posebej izrazit, ker ta raven zagotavlja prvi stik, dolgoročno obravnavo kroničnih bolezni, preventivo, koordinacijo in usmerjanje med izvajalci. Nejasne kontaktne poti, nepregledni postopki, neusklajene informacije in izključno digitalni dostop lahko zmanjšajo kakovost tudi sicer strokovno ustrezne storitve. Nasprotno pa jasna komunikacija, preverjanje razumevanja, navigacijska podpora, vključevanje pacientov in usklajeni prehodi prispevajo k varnosti, učinkovitejši obravnavi in boljšim uporabniškim izkušnjam. Organizacijska zdravstvena pismenost ima tudi izrazito dimenzijo pravičnosti. Organizacija mora zagotavljati univerzalno razumljive storitve, obenem pa ljudem z večjimi jezikovnimi, socialnimi, funkcionalnimi ali digitalnimi ovirami omogočiti sorazmerno intenzivnejšo podporo. S tem se odgovornost za uspešno uporabo zdravstvenih informacij in storitev pravičneje porazdeli med uporabnika, zdravstvene delavce, organizacijo in zdravstveni sistem. Njeno spremljanje mora biti vključeno v celovit sistem kakovosti ter povezovati strukturne, procesne in izidne kazalnike, samoocenjevanje, podatke o varnosti in izkušnje pacientov. Organizacijska zdravstvena pismenost tako ni samo komunikacijski standard, temveč razvojna usmeritev, s katero primarno

zdravstveno varstvo krepi dostopnost, varnost, osredotočenost na pacienta, pravičnost in vrednost zdravstvene obravnave.

4 ORGANIZACIJSKA ZDRAVSTVENA PISMENOST V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU

4.1 Posebnosti primarnega zdravstvenega varstva

Primarno zdravstveno varstvo predstavlja osrednji stik med zdravstvenim sistemom, posameznikom, družino in lokalno skupnostjo. Svetovna zdravstvena organizacija (2025) ga opredeljuje kot celovit družbeni pristop, usmerjen v zagotavljanje najvišje mogoče ravni zdravja in pravične porazdelitve zdravja, pri čemer se potrebe ljudi obravnavajo čim bolj zgodaj in čim bližje njihovemu vsakdanjemu okolju. Dejavnosti segajo od promocije zdravja in preprečevanja bolezni do diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe (World Health Organization, 2025). Obravnava na primarni ravni zdravstvenega varstva kot temeljni izvajalski del primarnega zdravstvenega varstva temelji na dostopnosti prvega stika, celovitosti, kontinuiranosti, koordinaciji in osredotočenosti na človeka. Dostopnost prvega stika omogoča pravočasen in pravičen vstop v zdravstveni sistem, kontinuiranost podpira dolgoročen odnos in zaupanje, koordinacija povezuje storitve različnih izvajalcev, celovitost pa zagotavlja obravnavo širokega spektra zdravstvenih potreb skozi življenjski potek (WHO, 2025). Zaradi širokega obsega nalog in funkcij je primarna raven za razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti posebej zahtevno okolje. Primarno zdravstveno varstvo namreč obsega celoten kontinuum storitev, od promocije zdravja in preprečevanja bolezni do diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe, pri čemer vključuje tudi področja duševnega ter spolnega in reproduktivnega zdravja (World Health Organization in United Nations Children's Fund 2020, 2022). Uporabniki zato v primarno zdravstveno varstvo vstopajo zaradi akutnih zdravstvenih težav, spremljanja kroničnih bolezni, preventivnih pregledov, duševnih stisk, potreb na področju reproduktivnega zdravja, rehabilitacije, zdravstvene nege in drugih zdravstvenih potreb skozi celotno življenjsko obdobje (WHO in UNICEF, 2022). Uporabniki se med seboj razlikujejo glede na starost, zdravstveno in funkcionalno stanje, število kroničnih bolezni, jezikovne in socialne okoliščine, zdravstvene ter digitalne kompetence in predhodne izkušnje z zdravstvenim sistemom. Okvir raziskave PaRIS zato pri vrednotenju primarne zdravstvene oskrbe poleg zdravstvenih izidov in izkušenj upošteva tudi sociodemografske značilnosti, zdravstvene zmožnosti ter digitalno zdravstveno pismenost uporabnikov (OECD, 2025). Organizacija mora zato zagotavljati poti obravnave, ki so dovolj standardizirane za varno, zanesljivo in usklajeno izvajanje storitev, hkrati pa dovolj prilagodljive, da se odzivajo na različne potrebe, zmožnosti in življenjske okoliščine posameznikov ter skupnosti (WHO in UNICEF, 2020, 2022). Takšna kombinacija organizacijske zanesljivosti in individualnega prilagajanja je eden izmed pogojev za pravično, na človeka osredotočeno in zdravstveno pismeno primarno zdravstveno varstvo. Organizacijska zdravstvena pismenost na primarni ravni zdravstvenega varstva pomeni, da zdravstvena organizacija s svojimi strukturami, procesi, komunikacijo in okoljem zmanjšuje nepotrebno kompleksnost ter uporabnikom omogoča dostop do storitev, razumevanje informacij, sodelovanje pri odločitvah in izvedbo nadaljnjih korakov (De Gani idr., 2020). Primarna zdravstvena organizacija mora poleg individualnih komunikacijskih spretnosti zaposlenih obravnavati tudi razumljivost naročanja, orientacijo, dostop do rezultatov, napotovanje, podporo samooskrbi, povezovanje z drugimi izvajalci in sodelovanje s skupnostjo (Beese idr., 2022). Mednarodno samoocenjevalno orodje OHL-PHC navedene zahteve združuje v sedem standardov: preprost dostop in orientacijo, jasno komunikacijo, spodbujanje zdravstvene pismenosti uporabnikov, razvoj zdravstvene pismenosti zaposlenih, vključevanje zdravstvene pismenosti v upravljanje, nadaljnje dejavnosti in mreženje ter digitalno zdravstveno pismenost. Orodje je bilo razvito posebej za organizacije primarnega zdravstvenega varstva in temelji na

predhodnih organizacijskih modelih zdravstvene pismenosti (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

4.2 Zdravstveni dom kot organizacijsko vozlišče

Posebnost slovenskega primarnega zdravstvenega varstva je organiziranost pomembnega dela storitev v zdravstvenih domovih. Osnovna zdravstvena dejavnost vključuje spremljanje zdravstvenega stanja prebivalstva, varovanje in krepitev zdravja, preprečevanje in odkrivanje bolezni, zdravljenje, rehabilitacijo, zdravstveno vzgojo, patronažno zdravstveno varstvo ter druge zdravstvene dejavnosti, opredeljene z zakonodajo (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2026). Zdravstveni dom lahko pod skupnim organizacijskim okvirom povezuje družinsko medicino, zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov, reproduktivno zdravstveno varstvo, patronažno dejavnost, zobozdravstvo, fizioterapijo, diagnostične službe, centre za duševno zdravje ter centre za krepitev zdravja. Takšna interdisciplinarna in večdejavnostna struktura ustvarja pomembne možnosti za celovito obravnavo, hkrati pa lahko zaradi številnih služb, lokacij, kontaktnih poti in različnih pravil dostopa povečuje organizacijsko kompleksnost za uporabnika (Pribaković Brinovec, 2026). Z vidika uporabnika je zdravstveni dom lahko organizacijsko zahtevno okolje, saj združuje več dejavnosti, strokovnih profilov, lokacij in načinov dostopa, ki uporabniku niso nujno vidni kot medsebojno povezana celota. Organizacijska zdravstvena pismenost na primarni ravni zato vključuje enostaven dostop in orientacijo, jasno komunikacijo, podporo zdravstveni pismenosti uporabnikov in zaposlenih ter usklajeno delovanje na stikih med službami in izvajalci (De Gani idr., 2020; Beese idr., 2022). Pacient lahko na primer dobro pozna ambulanto izbranega osebnega zdravnika, ne pozna pa vloge diplomirane medicinske sestre, centra za krepitev zdravja, patronažne službe, fizioterapije ali centra za duševno zdravje. Zdravstveno pismen zdravstveni dom mora zato jasno predstaviti, katere storitve zagotavlja, komu so namenjene, kakšni so pogoji za vključitev, kako je mogoče do njih dostopati in kako se povezujejo z drugimi dejavnostmi znotraj organizacije in zunaj nje. Takšna preglednost podpira na človeka osredotočeno, celovito in koordinirano primarno zdravstveno obravnavo ((WHO in UNICEF, 2020). Organizacijska struktura mora biti razumljiva tudi zaposlenim. Če zaposleni ne poznajo vključitvenih meril, kontaktnih poti, pristojnosti in obsega storitev drugih enot, uporabnika težko ustrezno usmerijo ter zagotovijo kontinuirano nadaljevanje obravnave. Jasno opredeljeni paketi storitev, postopki napotovanja, odgovornosti in komunikacijske poti med izvajalci so pomembni pogoji učinkovite koordinacije primarne zdravstvene oskrbe (WHO in UNICEF, 2020). Praktični podporni ukrepi lahko vključujejo notranje imenike služb, posodobljene kontaktne podatke, jasna merila za napotovanje, standardizirane obrazce ter možnost neposrednega posvetovanja med strokovnjaki. AHRQ posebej poudarja, da mora organizacija pacientu pojasniti celoten postopek napotitve, spremljati njeno izvedbo in zagotoviti pretok informacij med izvajalci (Brach, 2024). Organizacijska zdravstvena pismenost je tako povezana z zmožnostmi uporabnikov in zaposlenih ter z informacijskim in organizacijskim okoljem, v katerem delujejo. Orodje OHL-PHC zato ne presoja le komunikacije s pacienti, temveč tudi strukture, procese, dostopnost, notranje podporne mehanizme in zdravstveno pismenost zaposlenih (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026).

4.3 Prvi stik in dostop do zdravstvenega doma

Prvi stik z zdravstvenim domom se pogosto začne pred srečanjem z zdravstvenim delavcem. Uporabnik mora prepoznati, katero službo potrebuje, poiskati kontakt, izbrati način naročanja, opisati razlog za obravnavo in razumeti nadaljnja navodila. Dostopnost zato ne pomeni samo fizične prisotnosti zdravstvene službe ali formalne pravice do obravnave, temveč tudi

uporabnikovo možnost, da uspešno izvede vse korake, potrebne za pridobitev storitve (WHO, 2025). Zdravstveno pismen prvi stik mora biti organiziran po načelu »brez napačnih vrat«. Uporabnik, ki se obrne na organizacijo, ne bi smel ostati brez usmeritve samo zato, ker je izbral napačno telefonsko številko, elektronski naslov ali vhod. Zaposleni potrebujejo jasne postopke, kako uporabnika preusmeriti, katere informacije pridobiti in kdaj zagotoviti neposredno povezavo z ustrezno službo. Dostopnost prvega stika je ena ključnih funkcij kakovostne primarne zdravstvene oskrbe, saj omogoča pravočasen in pravičen vstop v sistem (WHO, 2025). Zdravstveni domovi praviloma omogočajo več komunikacijskih poti, kot so osebni prihod, telefon, elektronska pošta, spletni obrazci in pacientovi portali. Večkanalni dostop lahko poveča prilagodljivost ter uporabniku omogoči izbiro poti, ki najbolj ustreza njegovim potrebam in zmožnostim. AHRQ med značilnosti zdravstveno pismene primarne zdravstvene organizacije uvršča uporabniku prijazne telefonske in elektronske sisteme, razumljiva avtomatska sporočila ter dostopne možnosti naročanja in pridobivanja informacij (Brach, 2024). Večkanalni dostop je učinkovit le, če so informacije med posameznimi kanali vsebinsko usklajene. Uporabnik mora ne glede na izbrano pot prejeti enake in nedvoumne informacije o delovnem času, načinu naročanja, obravnavi nujnih stanj, pričakovanem času odgovora in nadaljnjih korakih. Nasprotujoče si ali nepopolne informacije lahko povečujejo število ponovnih kontaktov, negotovost in zamude pri dostopu ter tveganje, da uporabnik postopka ne dokonča. Sistematični pregled razlogov za neizvedene obiske v splošni oziroma družinski medicini potrjuje, da na udeležbo poleg osebnih okoliščin vplivajo tudi značilnosti naročanja, obveščanja, opominjanja in organizacije dostopa (Parsons idr., 2021). Digitalne poti ne smejo samodejno postati edini način dostopa do zdravstvenih storitev. Digitalizacija lahko poenostavi naročanje, pridobivanje receptov, dostop do izvidov in komunikacijo z zdravstvenim timom, vendar so koristi digitalnih rešitev med prebivalstvom neenakomerno porazdeljene (OECD, 2025). Raziskave v evropskem prostoru kažejo, da digitalne zdravstvene storitve manj pogosto uporabljajo starejši, manj izobraženi in socialno-ekonomsko prikrajšani ljudje, osebe z jezikovnimi ovirami, nekateri pripadniki manjšinskih skupin ter osebe z oviranostmi ali slabšim zdravstvenim stanjem (World Health Organization Regional Office for Europe, 2022). Organizacijska pravičnost zato zahteva ohranjanje smiselnih osebnih in telefonskih poti, dostopne digitalne rešitve ter pomoč uporabnikom, ki digitalnih storitev ne morejo uporabljati samostojno. Na ravni zdravstvenega doma je treba spremljati več kot zgolj čakalno dobo. Med smiselne kazalnike sodijo dosegljivost po posameznih komunikacijskih kanalih, čas do prvega odgovora, delež uspešno zaključenih postopkov naročanja, število ponovnih kontaktov, razlogi za neizvedene termine in izkušnje uporabnikov pri prvem stiku. Okvir WHO za spremljanje primarnega zdravstvenega varstva poudarja pravičen in na potrebe ljudi usmerjen dostop, novejša orodja PREM pa uporabniško izkušnjo umeščajo med temeljne vire za vrednotenje in izboljševanje kakovosti primarne zdravstvene oskrbe (WHO in United Nations Children's Fund, 2022; WHO, 2025c). Tudi raziskava PaRIS dostop obravnava kot večdimenzionalno izkušnjo uporabnika in ga povezuje z značilnostmi organizacije primarne zdravstvene oskrbe (OECD, 2025). Takšni podatki omogočajo razlikovanje med formalno razpoložljivostjo storitve in njeno dejansko dostopnostjo ter uspešno uporabo.

4.4 Navigacija znotraj zdravstvenega doma in med njegovimi dejavnostmi

V zdravstvenem domu se navigacija nanaša predvsem na uporabnikovo sposobnost, da med številnimi organizacijskimi enotami prepozna ustrezno službo, jo doseže in razume njeno vlogo v nadaljnji obravnavi. Organizacijska zahtevnost lahko izhaja iz različnih lokacij, vhodov, načinov naročanja, delovnih časov in pravil dostopa do ambulant družinske medicine, laboratorija, fizioterapije, patronažne službe, centrov za krepitev zdravja, centrov za duševno zdravje in drugih

dejavnosti. Zdravstveno pismen zdravstveni dom mora zato svoje storitve predstavljati kot povezano celoto, ne kot niz ločenih organizacijskih enot (De Gani idr., 2020; Beese idr., 2022). Fizično orientacijo podpirajo vidne in dosledne oznake, razumljiva poimenovanja služb, pregledni zemljevidi ter možnost osebne pomoči. Poimenovanja na spletni strani, telefonskih sporočilih, informacijskih tablah in vratih ambulant morajo biti medsebojno usklajena. Organizacijske kratice ali strokovna poimenovanja, ki so zaposlenim dobro poznana, uporabniku pogosto ne pojasnijo, katero storitev bo prejel in zakaj je bil vanjo usmerjen. Presoja orientacije mora zato vključevati tudi izkušnjo uporabnika, ki zdravstveni dom obišče prvič ali ima senzorne, kognitivne, jezikovne oziroma funkcionalne ovire (Brach, 2024).

Pomembna je tudi navigacija med dejavnostmi zdravstvenega doma. Pacient, ki ga ambulanta družinske medicine usmeri v laboratorij, fizioterapijo, center za krepitev zdravja ali drugo enoto, mora prejeti konkretne informacije o lokaciji, načinu naročanja, potrebni dokumentaciji, časovnem okviru in nadaljnjih korakih. Izročitev telefonske številke ali splošno navodilo, naj se obrne na drugo službo, še ne zagotavlja uspešnega prehoda. Navigacijsko zdravstveno pismena organizacija zmanjša število korakov, poenoti informacije in jasno opredeli, katere aktivnosti opravi zaposleni ter katere mora izvesti pacient (Griese idr., 2020, 2022). Zaposleni na vstopnih točkah morajo poznati obseg storitev, vključitvena merila in kontaktne poti drugih enot. Zdravstveni dom lahko to podpre s posodobljenim notranjim imenikom, kratkimi opisi dejavnosti, standardiziranimi postopki usmerjanja in možnostjo neposrednega posvetovanja med zaposlenimi. Uporabnik, ki se obrne na neustrezno enoto, ne bi smel ostati brez nadaljnje usmeritve, ampak bi moral prejeti jasno pojasnilo in pomoč pri vzpostavitvi stika z ustrezno službo. Pri pacientih z večobolevnostjo, duševnimi težavami, funkcionalnimi omejitvami ali kombiniranimi zdravstvenimi in socialnimi potrebami je lahko potrebno intenzivnejše navigacijsko spremljanje. Pri kompleksnejših poteh je smiselno določiti kontaktno osebo ali člana tima, ki uporabniku pojasnjuje povezave med storitvami, spremlja izvedbo dogovorjenih korakov in pomaga ob prekinitvah poti. Programi sistemske navigacije lahko izboljšajo povezovanje primarne zdravstvene obravnave s skupnostnimi zdravstvenimi in socialnimi storitvami, vendar morajo biti vloge navigatorjev, merila vključevanja in načini spremljanja rezultatov jasno opredeljeni (Teggart idr., 2023). Uspešnosti navigacije ni mogoče ocenjevati samo na podlagi obstoja signalizacije ali imenika služb. Zdravstveni dom mora spremljati, ali uporabniki najdejo ustrezno enoto, ali razumejo postopek vključitve, koliko dodatnih kontaktov potrebujejo in na katerih mestih se njihova pot najpogosteje prekine. Takšna presoja omogoča, da se organizacijske ovire obravnavajo kot vprašanje kakovosti storitve, ne kot pomanjkljivost posameznega uporabnika.

4.5 Kontinuiranost in koordinacija obravnave

Kontinuiranost obravnave v zdravstvenem domu se uresničuje v dolgotrajnem odnosu pacienta z izbranim zdravstvenim timom, povezanosti informacij med organizacijskimi enotami in usklajenem izvajanju načrta obravnave. Odnosna kontinuiranost omogoča, da tim sčasoma bolje pozna pacientove zdravstvene potrebe, komunikacijske značilnosti, funkcionalne zmožnosti in socialne okoliščine. Informacijska kontinuiranost pomeni, da imajo sodelujoči izvajalci dostop do ustreznih in posodobljenih podatkov, upravljavska kontinuiranost pa zagotavlja, da se posamezni postopki izvajajo kot deli skupnega načrta (WHO, 2018). V večdejavnostnem zdravstvenem domu je koordinacija posebej pomembna na prehodih med ambulanto družinske medicine, diplomirano medicinsko sestro, laboratorijem, patronažnim varstvom, fizioterapijo, centrom za krepitev zdravja, centrom za duševno zdravje in drugimi službami. Vsak prehod mora vključevati jasno opredelitev razloga za vključitev, odgovornega izvajalca, pričakovanega časovnega okvira in

načina posredovanja povratnih informacij. Pacient mora vedeti, ali bo naslednji stik uredil zdravstveni tim ali ga mora urediti sam ter kdo bo spremljal, ali je bila storitev izvedena. Koordinacija ne sme biti odvisna od pacientove sposobnosti, da sam prenaša izvide in povezuje priporočila različnih strokovnjakov. Kadar mora pacient večkrat ponavljati svojo zdravstveno zgodovino, usklajevati nasprotujoča si navodila ali ugotavljati, kdo je odgovoren za nadaljnje ukrepanje, organizacijsko breme prehaja nanj in njegove bližnje. To je posebej problematično pri večobolevnosti, ko se povečujejo število zdravil, pregledov, zdravstvenih nalog in sodelujočih izvajalcev (Lee idr., 2024; OECD, 2025). Zdravstveni dom mora vzpostaviti dogovorjene in sledljive postopke za notranje napotovanje, spremljanje rezultatov, usklajevanje zdravil ter obravnavo neizvedenih pregledov, preiskav in napotitev. Pri napotovanju morajo biti jasno opredeljeni namen napotitve, informacije, ki se posredujejo drugi službi, odgovornost za naročanje ter način preverjanja, ali je bila storitev izvedena in ali je zdravstveni dom prejel povratne informacije (Brach, 2024). AHRQ posebej priporoča, da organizacija določi odgovorne osebe, spremlja napotitve in rezultate ter se ne zanaša na pacienta kot glavnega prenašalca informacij med izvajalci. Pri laboratorijskih in drugih diagnostičnih rezultatih mora biti vnaprej določeno, kdo rezultat pregleda, kdo pacienta obvesti, v kakšnem roku se to izvede in kdo je odgovoren za nadaljnje ukrepanje. Sistematični pregled komunikacije krvnih izvidov v primarnem zdravstvenem varstvu poudarja, da komunikacijski proces vključuje več kot samo posredovanje rezultata: pacient potrebuje informacijo o pričakovanem času prejema, razlago pomena rezultata in jasna navodila o naslednjih korakih (Nankervis idr., 2025). Pri uvedbi, ukinitvi ali spremembi zdravljenja mora pacient prejeti posodobljen in usklajen seznam zdravil ter razumljivo pojasnilo, katera zdravila so bila spremenjena, zakaj in kako jih mora uporabljati. WHO med ključne ukrepe za varnost zdravil ob prehodih uvršča strukturirano usklajevanje zdravil, kakovostno izmenjavo informacij, jasno razdelitev odgovornosti ter vključevanje pacientov in njihovih bližnjih (WHO, 2019). Pri vključevanju patronažne službe ali drugih terenskih izvajalcev mora biti določeno, katere klinične in socialne informacije prejme izvajalec pred obiskom ter katere ugotovitve, spremembe stanja in izvedeni ukrepi se posredujejo nazaj ambulantnemu timu. Raziskave informacijskih prehodov med zdravstveno oskrbo na domu in primarno ravnjo opozarjajo, da standardizirana dvosmerna izmenjava podatkov zmanjšuje možnost izgubljenih informacij in neizvedenih nadaljnjih ukrepov (Sockolow idr., 2022). Digitalni informacijski sistemi lahko podprejo pretok podatkov, sledljivost in pravočasnost ukrepanja, vendar sami ne zagotavljajo kontinuiranosti. Podatek je za koordinacijo uporaben le, če je pravočasno pregledan, pravilno interpretiran in povezan z jasno odgovornostjo za nadaljnje ravnanje (WHO, 2018). Objavljen laboratorijski rezultat ali specialistični izvid zato ne predstavlja zaključenega komunikacijskega procesa, če pacient ne razume njegovega pomena, ne pozna naslednjega koraka ali nima določene kontaktne osebe za dodatna pojasnila. Raziskave elektronskega sporočanja rezultatov kažejo, da pacienti potrebujejo razumljive razlage, jasna navodila za nadaljnje ukrepanje in možnost stika z zdravstvenim delavcem; pacientov portal ne nadomesti strokovne komunikacije (Bradford idr., 2024). Razumevanje ključnih informacij je treba po potrebi preveriti z metodo *teach-back*, varnostna navodila pa morajo konkretno opredeliti pričakovani potek, opozorilne znake ter čas in način ponovnega dostopa do zdravstvene pomoči (Brach, 2024; Friedemann Smith idr., 2022). Takšen pristop povezuje dejavnosti zdravstvenega doma v razumljivo in sledljivo pot obravnave ter zmanjšuje tveganje, da bi pacient zaradi nejasnih odgovornosti, neusklajenih informacij ali prekinjenega spremljanja ostal brez potrebne podpore.

4.6 Preventiva in krepitev zdravja

Primarna raven ima poleg diagnostične in terapevtske tudi izrazito preventivno ter javnozdravstveno vlogo. WHO primarno zdravstveno varstvo razume kot kontinuum, ki se začne s promocijo zdravja in preprečevanjem bolezni ter se nadaljuje z zdravljenjem, rehabilitacijo in paliativno oskrbo. Primarno zdravstveno varstvo obenem vključuje ukrepanje na širše dejavnike zdravja ter opolnomočenje posameznikov, družin in skupnosti (WHO, 2025c). V slovenskih zdravstvenih domovih preventivno dejavnost izvajajo ambulante družinske medicine, zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov, reproduktivno zdravstveno varstvo, zobozdravstvo, patronažna služba ter centri za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojni centri. Programi vključujejo preventivne preglede, kratko svetovanje, individualne posvete, skupinske obravnave, podporo pri spremembi življenjskega sloga in dejavnosti v lokalni skupnosti (Pribaković Brinovec, 2026). Organizacijska zdravstvena pismenost je pomembna že pri doseganju ciljnih skupin. Povabilo na preventivni pregled mora jasno pojasniti namen pregleda, komu je namenjen, ali je udeležba brezplačna, kako se posameznik naroči in kako se pripravi. Splošno sporočilo o pomenu preventive ni dovolj, če uporabnik ne razume konkretnega postopka vključitve. Posebno pozornost je treba nameniti ljudem, ki se preventivnih programov redkeje udeležujejo. Pasivno objavljanje informacij na spletni strani praviloma doseže predvsem ljudi, ki storitve že poznajo in jih znajo poiskati. Zdravstveno pismen pristop vključuje ciljano obveščanje, osebno povabilo, sodelovanje patronažne službe, lokalnih organizacij in drugih zaupanja vrednih posrednikov ter prilagajanje kraja in časa izvedbe potrebam skupnosti. Centri za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojni centri odraslim zagotavljajo individualna svetovanja in skupinske preventivne obravnave ter sodelujejo pri preventivnih programih za otroke, mladostnike in odrasle. Dejavnosti se lahko izvajajo v zdravstvenem domu ali v drugih prostorih lokalne skupnosti, izvajalci pa se povezujejo z vzgojno-izobraževalnimi ustanovami, drugimi zdravstvenimi službami in lokalnimi organizacijami (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2025). Zdravstvenovzgojna dejavnost ne sme temeljiti samo na posredovanju informacij. Uporabnik mora razumeti pomen priporočila, ga povezati s svojimi cilji in oblikovati izvedljiv načrt. Organizacija mora zato poleg števila delavnic in udeležencev spremljati razumljivost vsebin, uporabnost pridobljenega znanja, samozavest pri spremembi vedenja in dostopnost nadaljnje podpore.

4.7 Kronične bolezni, večobolevnost in podpora samooskrbi

Obvladovanje kronične bolezni zahteva številne ponavljajoče se dejavnosti zunaj zdravstvene organizacije. Pacient uporablja zdravila, spremlja simptome in meritve, prilagaja prehrano in telesno dejavnost, se udeležuje kontrolnih pregledov ter presoja, kdaj sprememba stanja zahteva strokovno pomoč. Zdravstvena pismenost je zato povezana z različnimi kognitivnimi, vedenjskimi in komunikacijskimi vidiki samooskrbe (van der Gaag idr., 2022). Organizacijsko zdravstveno pismena obravnava ne predpostavlja, da je enkratna razlaga zadostna, saj razumevanje informacij in njihova uporaba pri samooskrbi zahtevata ponavljanje, prilagajanje ter povezovanje novega znanja s pacientovimi izkušnjami in zmožnostmi (van der Gaag idr., 2022). Informacije je treba razporediti v krajše, obvladljive vsebinske sklope, izpostaviti eno do tri ključna sporočila ter razumevanje preveriti z metodo *teach-back* (Brach, 2024). Pacient mora skupaj z zdravstvenim delavcem oblikovati izvedljiv individualni načrt, v katerem so določeni prednostni cilji, konkretni koraki, način spremljanja napredka in možnost ponovnega stika z zdravstvenim timom (Brach, 2024). Pri večobolevnosti se lahko bolezensko specifična navodila med seboj dopolnjujejo, prekrivajo ali si celo nasprotujejo. Pacienti so lahko obremenjeni z velikim številom zdravil, pregledov, meritev, postopkov samooskrbe, administrativnih obveznosti in priporočil, ki jih morajo

usklajevati z družinskim, poklicnim in socialnim življenjem (Lee idr., 2024). Večje breme zdravljenja je povezano z nesodelovanjem pri zdravljenju, slabšim zdravstvenim stanjem in nižjo kakovostjo življenja, nanj pa pomembno vplivajo tudi razdrobljenost obravnave, neusklajeni režimi ter razpoložljivi osebni in socialni viri (Lee idr., 2024). Učinkovita obravnava zato zahteva skupno določanje ciljev glede na pacientove vrednote in prioritete, pregled koristi in bremen posameznih postopkov, poenostavitev režima ter usklajevanje priporočil med sodelujočimi strokovnjaki (National Institute for Health and Care Excellence, 2016, 2017). Pri načrtovanju je treba presoditi tudi, koliko zdravstvenih nalog lahko pacient glede na svoje funkcionalne zmožnosti, podporo in življenjske okoliščine realno izvede. OECD poudarja, da modeli integrirane obravnave kroničnih bolezni potrebujejo multidisciplinarne time, ustrezno upravljanje, nove koordinacijske vloge, povezane informacijske sisteme in načine financiranja, ki podpirajo sodelovanje namesto ločenega izvajanja storitev. Ovire nastajajo predvsem zaradi organizacijskih in profesionalnih razmejitev ter razdrobljenosti zdravstvenega in socialnega varstva (OECD, 2023). Podpora samooskrbi mora vključevati tudi pacientove socialne, finančne, funkcionalne in družinske okoliščine. Priporočilo je lahko strokovno ustrezno, vendar neizvedljivo, če pacient nima prevoza, ustrezne prehrane, podpore bližnjih, varnega bivalnega okolja ali sredstev za predlagano dejavnost. Zdravstveno pismen zdravstveni dom te ovire prepoznava, o njih omogoča odprt pogovor in uporabnika po potrebi poveže z drugimi zdravstvenimi, socialnimi in skupnostnimi viri.

4.8 Sodelovanje z lokalno skupnostjo

Primarno zdravstveno varstvo ni omejeno na dejavnosti znotraj zdravstvene ustanove. Njegova širša naloga je povezovanje zdravstvenih storitev z življenjskim okoljem prebivalstva ter sodelovanje pri obravnavi socialnih in drugih determinant zdravja. WHO (2025) med sestavine primarnega zdravstvenega varstva uvršča vključevanje in opolnomočenje posameznikov, družin in skupnosti ter medsektorsko delovanje. Sodelovanje s skupnostjo vključuje občine, socialnovarstvene zavode, centre za socialno delo, šole in vrtce, delovne organizacije, društva pacientov, humanitarne organizacije, nevladne organizacije in druge lokalne deležnike. Ti partnerji lahko zdravstvenemu domu pomagajo pri prepoznavanju ranljivih skupin, širjenju razumljivih informacij, organizaciji dejavnosti v dostopnih lokalnih okoljih in zagotavljanju podpore, ki presega pristojnosti zdravstvene službe. Organizacijska zdravstvena pismenost zahteva, da sodelovanje ni omejeno na enosmerno obveščanje skupnosti. Predstavniki prebivalstva in pacientov morajo imeti možnost sodelovati pri ugotavljanju potreb, določanju prioritet, načrtovanju storitev in njihovem vrednotenju. WHO poudarja, da kakovostno sodelovanje temelji na zaupanju, odnosih in soustvarjanju ter vključuje izkustveno znanje ljudi kot pomemben vir podatkov za izboljševanje zdravstvenih storitev (WHO, 2024a). Sodelovanje s skupnostjo je pomembno tudi za navigacijo med zdravstvenimi in socialnimi storitvami. Programi, ki iz primarne zdravstvene oskrbe uporabnike povezujejo s skupnostnimi viri, lahko zmanjšujejo ovire ter izboljšujejo izkušnje obravnave, vendar morajo imeti jasno določene vloge, merila vključevanja in načine spremljanja rezultatov (Teggart idr., 2023).

4.9 Organizacijske prednostne naloge zdravstvenega doma

Razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti v zdravstvenem domu mora biti povezan z obstoječim sistemom kakovosti. Posamezne komunikacijske pobude, prenova gradiv ali izvedba izobraževanja zaposlenih so pomembne, vendar brez podpore vodstva, opredeljenih odgovornosti in spremljanja učinkov težko postanejo trajna organizacijska praksa. Raziskave uporabe samoocenjevalnih orodij na primarni ravni kažejo, da lahko interdisciplinarna samoocena spodbuja razpravo, organizacijsko učenje in oblikovanje konkretnih izboljšav (De Gani idr., 2020; Beese idr., 2022).

Med ključne razvojne naloge zdravstvenega doma sodijo:

- poenotenje informacij o dostopu, delovnem času, načinih naročanja in razpoložljivih storitvah na spletnih straneh, telefonskih sistemih, pacientovih portalih in pri zaposlenih (Brach, 2024; Bremer idr., 2021);
- zmanjšanje števila nepotrebnih korakov pri naročanju, notranjem usmerjanju in napotovanju, saj kompleksni postopki povečujejo navigacijske zahteve ter možnost prekinitve poti obravnave (Griese idr., 2020, 2022; WHO in United Nations Children's Fund, 2022);
- vzpostavitev jasnih standardov ustne, pisne, avdiovizualne in digitalne komunikacije, vključno z uporabo razumljivega jezika in izvedljivih navodil (Brach, 2024; Bremer idr., 2021);
- sistematično preverjanje razumevanja ključnih informacij in navodil, na primer z metodo *teach-back* (Brach, 2024);
- jasna določitev odgovornosti pri spremljanju diagnostičnih rezultatov, napotitev, zdravil in prehodov med izvajalci, vključno z zagotavljanjem povratne informacije pacientu (WHO, 2018; Bradford idr., 2024; Nankervis idr., 2025);
- vključevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v uvajanje, izobraževanje in stalni strokovni razvoj zaposlenih ter zagotavljanje podpore za prenos znanja v vsakodnevno prakso (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025);
- zagotavljanje navigacijske, jezikovne in druge komunikacijske podpore, prilagojene potrebam uporabnikov, vključno z dostopom do profesionalnega tolmačenja (Griese idr., 2022; Heath idr., 2023);
- vključevanje uporabnikov, predstavnikov pacientov in lokalne skupnosti v načrtovanje, preizkušanje in vrednotenje informacij ter storitev (Cluley idr., 2022; Santana idr., 2021);
- spremljanje razlik v dostopu, izkušnjah, uporabi storitev in izidih med skupinami prebivalstva, da skupna povprečja ne bi prikrila jezikovnih, socialnih, funkcionalnih ali digitalnih neenakosti (WHO Regional Office for Europe, 2022; OECD, 2025; Pelizzari idr., 2025).

Samoocenjevanje z orodjem OHL-PHC lahko služi kot izhodišče za določanje prednostnih področij, ne more pa nadomestiti podatkov o dejanskih procesih in izidih. Rezultate je treba povezati z izkušnjami pacientov, pritožbami, varnostnimi dogodki, podatki o dosegljivosti, neizvedenimi termini, uporabo preventivnih programov in kazalniki kronične obravnave. S tem organizacijska zdravstvena pismenost postane del ponavljajočega se cikla presoje, načrtovanja, izvedbe in vrednotenja izboljšav.

Primarno zdravstveno varstvo je ključno okolje za razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti, saj združuje prvi stik, preventivo, zdravljenje akutnih težav, dolgotrajno obravnavo kroničnih

bolezni, koordinacijo in sodelovanje s skupnostjo. Zdravstveni dom mora uporabniku omogočiti, da ne le doseže posamezno storitev, temveč tudi razume njeno vlogo, uspešno opravi zahtevane korake in ve, kako se obravnava nadaljuje. Organizacijska zdravstvena pismenost se na primarni ravni uresničuje z jasnimi in večkanalnimi potmi dostopa, razumljivo signalizacijo, usklajenimi informacijami, podporo pri navigaciji, kontinuiranostjo odnosa, jasno koordinacijo ter prilagojeno podporo samooskrbi. Pri preventivi zahteva dejavno doseganje različnih skupin prebivalstva, pri kroničnih boleznih pa uskladitev informacij in zmanjševanje bremena zdravljenja. Posebna vrednost zdravstvenega doma je njegova umeščenost v lokalno skupnost in možnost povezovanja različnih strokovnjakov ter programov. Ta prednost se uresniči le, če organizacijska struktura za uporabnika in zaposlene tvori razumljivo ter povezano celoto. Organizacijska zdravstvena pismenost tako predstavlja razvojni okvir, s katerim lahko zdravstveni dom krepi dostopnost, pravičnost, varnost, kontinuiranost in osredotočenost obravnave na človeka.

5 MERJENJE ORGANIZACIJSKE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI IN SLOVENSKA PILOTNA RAZISKAVA

5.1 Pristopi k merjenju organizacijske zdravstvene pismenosti

Merjenje organizacijske zdravstvene pismenosti je zahtevnejše od merjenja zdravstvene pismenosti posameznika, saj predmet presoje niso osebne sposobnosti, temveč organizacijske strukture, politike, postopki, komunikacijske prakse, dostopnost storitev in odzivnost organizacije na raznolike potrebe uporabnikov. Merjenje mora zato zajeti več vsebinskih področij, med katerimi so najpogosteje komunikacija, dostop in navigacija, vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje, razvoj zaposlenih, sodelovanje uporabnikov ter organizacijsko spremljanje in izboljševanje (Bremer idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Pregled Bremer idr. (2021) je identificiral 17 različnih instrumentov in orodij, vendar so bila le nekatera preverjena z vidika veljavnosti ali izvedljivosti. V praksi prevladujejo samoocenjevalni instrumenti, vprašalniki in kontrolni seznami, ki jih izpolnjujejo zaposleni, vodstvo ali interdisciplinarne skupine. Sistematični pregled 16 instrumentov organizacijske odzivnosti na zdravstveno pismenost je pokazal, da je večina temeljila na samooceni. Prednost takšnega pristopa je spodbujanje refleksije, razprave in organizacijskega učenja, omejitev pa možnost subjektivne, pretirano pozitivne ali kritične presoje stanja (Chu idr., 2024). Samooceno je zato smiselno dopolnjevati s pregledom organizacijskih dokumentov, opazovanjem uporabniških poti, testiranjem razumljivosti gradiv in digitalnih rešitev, intervjuji z uporabniki in zaposlenimi ter podatki o dostopu, pritožbah, varnostnih dogodkih in izkušnjah pacientov. Intervencije organizacijske zdravstvene pismenosti praviloma vključujejo najprej oceno problemov z vidika uporabnikov, zaposlenih in organizacije, nato pa načrtovanje ter izvajanje izboljšav, s katerimi se zmanjšujejo zahteve zdravstvenega okolja (Kaper idr., 2021). Merjenje organizacijske zdravstvene pismenosti zato ni namenjeno zgolj razvrščanju organizacij ali izračunu skupnega rezultata. Njegova osrednja funkcija je prepoznavanje močnih področij, razvojnih vrzeli in prednostnih ukrepov. Presojo je treba ponavljati, jo povezovati s cikli izboljševanja kakovosti in spremljati, ali izvedeni ukrepi povzročajo spremembe v organizacijskih procesih in izkušnjah uporabnikov.

5.2 Nastanek in namen orodja OHL-PHC

Mednarodno orodje za samoocenjevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v storitvah primarnega zdravstvenega varstva – *International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy in Primary Health Care Services* (OHL-PHC) – je razvila delovna skupina mreže M-POHL. Končna prva različica je bila objavljena julija 2024. Orodje temelji na Mednarodnem samoocenjevalnem orodju organizacijske zdravstvene pismenosti bolnišnic OHL-Hos ter švicarskem orodju OHL Self-AsseT, ki je bilo razvito posebej za ambulante splošne medicine in skupnostne službe (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024; De Gani idr., 2020). OHL Self-AsseT je bil zasnovan kot praktičen komplet, ki je obsegal priročnik, kontrolni seznam za samoocenjevanje in zbirko predlogov za izboljšave. Razvit je bil na podlagi pregleda literature ter sodelovanja strokovnjakov in izvajalcev primarnega zdravstvenega varstva, njegov namen pa je bil povezati ocenjevanje trenutnega stanja z oblikovanjem in izvajanjem konkretnega akcijskega načrta (De Gani idr., 2020).

OHL-PHC organizacijsko zdravstveno pismenost opredeljuje kot stopnjo, do katere organizacije primarnega zdravstvenega varstva s svojimi strukturami, politikami in procesi na pravičen način

ljudem omogočajo in jih opolnomočijo, da poiščejo, razumejo, presodijo in uporabijo informacije ter storitve pri sprejemanju odločitev in izvajanju dejavnosti, povezanih z zdravjem. Instrument je namenjen ugotavljanju trenutnega stanja, prepoznavanju organizacijskih ovir in izbiri ukrepov za razvoj zdravstveno pismene organizacije. Uporablja se lahko za celotno organizacijo ali posamezno organizacijsko enoto (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). V tabeli 3 je predstavljenih sedem standardov, ki pa jih dopolnjuje 15 podstandardov in 51 kazalnikov, ki skupaj s podkazalniki tvorijo 70 ocenjevalnih elementov (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

Tabela 3: Standardi, ki jih opredeljuje merski instrument Tool for Organizational Health Literacy in Primary Health Care Services (OHL-PHC)

Standard	Osrednje področje presoje
1	Preprost dostop do storitev in orientacija
2	Jasna in razumljiva komunikacija
3	Spodbujanje zdravstvene pismenosti uporabnikov
4	Spodbujanje zdravstvene pismenosti zaposlenih
5	Vključevanje zdravstvene pismenosti v upravljanje in organizacijsko strukturo
6	Nadaljnje dejavnosti, prehodi med izvajalci in mreženje
7	Digitalna zdravstvena pismenost

Standardi vključujejo neposredno uporabniško usmerjene prakse, kot so dostop, orientacija in komunikacija, ter strateške in razvojne sestavine, kot so odgovornost vodstva, organizacijska kultura, razvoj zaposlenih, vključevanje uporabnikov in spremljanje napredka (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

Postopek uporabe orodja

Samoocenjevanje se začne s podporo vodstva, določitvijo obsega presoje in imenovanjem koordinatorja. Oblikuje se interdisciplinarna in medhierarhična skupina, v kateri naj sodeluje od pet do deset predstavnikov različnih organizacijskih področij. Člani najprej izvedejo individualno ocenjevanje, nato pa na skupnem srečanju primerjajo ocene, razpravljajo predvsem o kazalnikih z večjimi razlikami in oblikujejo konsenzualno organizacijsko oceno (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).
Izpolnjenost kazalnikov se ocenjuje na štiristopenjski lestvici:

- 3 – izpolnjeno v zelo velikem obsegu, od 76 do 100 %;
- 2 – izpolnjeno v velikem obsegu, od 51 do 75 %;
- 1 – izpolnjeno v določenem obsegu, od 26 do 50 %;
- 0 – izpolnjeno v majhnem obsegu ali ni izpolnjeno, od 0 do 25 %;
- N/A – kazalnik za organizacijo ni uporaben oziroma ga ocenjevalec ne more oceniti.

Individualna samoocena traja približno 30 minut, skupinska razprava pa lahko traja do tri ure. Po končani presoji skupina opredeli razvojne prednostne naloge, odgovorne osebe, časovne okvire in pričakovane rezultate. Orodje tako presega funkcijo klasičnega vprašalnika in deluje kot pripomoček za organizacijsko diagnozo, načrtovanje ukrepov in spremljanje napredka (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024; M-POHL OHL Consortium, 2025).

5.3 Slovenska pilotna raziskava

5.3.1 Namen in raziskovalna vprašanja

Namen slovenske pilotne raziskave je bil proučiti, kako zaposleni v izbranih zdravstvenih domovih ocenjujejo posamezne standarde organizacijske zdravstvene pismenosti, primerjati neposredno uporabniško usmerjena in organizacijsko-strateška področja ter prepoznati organizacijske prednosti in razvojne vrzeli. Dodatni namen je bil opisno primerjati agregirane ocene sodelujočih zdravstvenih domov in pridobiti začetne izkušnje z uporabo slovenske različice orodja OHL-PHC. Oblikovana so bila naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako zaposleni v sodelujočih zdravstvenih domovih ocenjujejo posamezne standarde organizacijske zdravstvene pismenosti?
2. Kateri standardi OHL-PHC so glede na individualne ocene zaposlenih ocenjeni najvišje in kateri najnižje?
3. Kako se razlikujejo ocene neposredno uporabniško usmerjene in organizacijsko-strateške dimenzije organizacijske zdravstvene pismenosti?
4. Kako se agregirane povprečne ocene standardov organizacijske zdravstvene pismenosti opisno razlikujejo med sodelujočimi zdravstvenimi domovi?
5. Katere možnosti in omejitve uporabe orodja OHL-PHC za organizacijsko samoocenjevanje in načrtovanje izboljšav je mogoče prepoznati na podlagi pilotne izvedbe v slovenskih zdravstvenih domovih?

5.3.2 Vzorec

V raziskavo je bilo vključenih 12 zdravstvenih domov oziroma samostojno obravnavanih organizacijskih enot. Pri izboru so bili upoštevani geografska razpršenost, velikost organizacij, kompleksnost njihove notranje strukture in pripravljenost vodstva za sodelovanje. Namen vzorčenja ni bil doseči statistično reprezentativnost, temveč vključiti raznolike organizacijske kontekste in pridobiti prvi sistematični razvojni vpogled v organizacijsko zdravstveno pismenost slovenskih zdravstvenih domov (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026). V vsakem zdravstvenem domu je sodelovalo najmanj osem zaposlenih iz različnih profesionalnih in organizacijskih skupin. V skupine so bili vključeni predstavniki vodstva, zdravniki, diplomirane in srednje medicinske sestre, drugi zdravstveni strokovnjaki, laboratorijsko osebje ter zaposleni v administraciji. Interdisciplinarna sestava je omogočila presojo organizacije z različnih strokovnih, uporabniških in upravljavskih vidikov (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026).

V 12 sodelujočih zdravstvenih domovih oziroma samostojno obravnavanih organizacijskih enotah je sodeloval 151 zaposlenih. Vzorec je bil glede na starost, delovno dobo, poklicno pripadnost in področje dela heterogen, kar je omogočilo vključitev pogledov različnih skupin zaposlenih v zdravstveni organizaciji.

Povprečna starost sodelujočih je bila 41,65 leta (SO = 10,78), mediana starosti pa 39 let. Najmlajši sodelujoči je bil star 22 let, najstarejši pa 67 let. Največ sodelujočih je bilo starih od 31 do 40 let (n = 61; 40,4 %), sledili so zaposleni, stari od 41 do 50 let (n = 37; 24,5 %). V starostni skupini od 51 do 60 let je bilo 24 sodelujočih (15,9 %), 19 sodelujočih (12,6 %) je bilo starih do 30 let, deset sodelujočih (6,6 %) pa je bilo starih 61 let ali več. Sodelujoči so imeli v povprečju 18,09 leta delovne dobe (SO = 11,39). Mediana delovne dobe je znašala 15 let, razpon pa od enega do 42 let. Največ sodelujočih je imelo od 11 do 20 let delovne dobe (n = 46; 30,5 %). Do deset let delovne

dobe je imelo 50 sodelujočih (33,1 %), več kot 20 let pa 55 sodelujočih (36,4 %). Rezultati v tabeli 4 kažejo, da so bili v raziskavo vključeni tako zaposleni na začetku poklicne poti kot tudi zaposleni z dolgoletnimi delovnimi izkušnjami.

Tabela 4: Starost, delovna doba in velikost organizacije oziroma organizacijske enote

Značilnost	n	M	SO	Me	Q1–Q3	Min–maks.
Starost v letih	151	41,65	10,78	39	33–49	22–67
Delovna doba v letih	151	18,09	11,39	15	9,5–25	1–42
Število zaposlenih v organizaciji oziroma enoti	124	109,45	40,48	97	87,5–130,5	55–320

Opomba: M – aritmetična sredina; SO – standardni odklon; Me – mediana; Q1–Q3 – prvi in tretji kvartil.

Podatek o številu zaposlenih v organizaciji oziroma organizacijski enoti je navedlo 124 sodelujočih (82,1 %), medtem ko za 27 sodelujočih (17,9 %) ta podatek ni bil na voljo. Razpon števila zaposlenih je znašal od 55 do 320. Velik razpon kaže, da so bili v raziskavo vključeni zaposleni iz različno velikih zdravstvenih domov, pa tudi iz posameznih organizacijskih enot, ki delujejo razmeroma samostojno, vendar so organizacijsko vključene v večje zdravstvene domove. Pri analizi so bile te enote obravnavane kot samostojne ocenjevalne enote, čeprav so bile organizacijsko vključene v večje zdravstvene domove.

Odgovori na vprašanje o poklicu so bili zaradi prostega vnosa zapisani zelo različno. Vsebinsko primerljivi odgovori, kot so »dipl. m. s.«, »dipl. m. s./magistra«, »srednja medicinska sestra«, »SMS« in »tehnik zdravstvene nege«, so bili zato združeni v širše poklicne skupine (tabela 5).

Tabela 5: Poklicna struktura sodelujočih

Poklicna skupina	n	%
Zdravstvena nega in babištvo	69	45,7
Zdravniki in zobozdravniki	28	18,5
Administrativni, ekonomski, pravni in drugi nezdravstveni poklici	20	13,2
Druge zdravstvene stroke	17	11,3
Laboratorijska diagnostika, biokemija in biologija	13	8,6
Neopredeljeno oziroma odgovora ni bilo mogoče razvrstiti	4	2,6
Skupaj	**151**	**100,0**

V skupino drugih zdravstvenih strok so bili vključeni fizioterapevti, delovni terapevti, dietetiki, farmacevti, psihologi in drugi sorodni strokovnjaki. Največji delež vzorca so predstavljali zaposleni na področju zdravstvene nege in babištva (45,7 %). Zdravniki in zobozdravniki so predstavljali 18,5 % vzorca, zaposleni iz drugih zdravstvenih strok in laboratorijske dejavnosti pa skupaj 19,9 %. V raziskavi so sodelovali tudi zaposleni v administrativnih, ekonomskih, pravnih in drugih podpornih poklicih, ki so predstavljali 13,2 % vzorca. Takšna sestava vzorca je pomembna, saj organizacijska zdravstvena pismenost ni odvisna samo od zdravstvenih delavcev, temveč tudi od zaposlenih, ki sodelujejo pri naročanju, usmerjanju, informiranju, upravljanju in organizaciji zdravstvenih storitev.

Tudi navedbe delovnega mesta so bile zapisane neenotno. Odgovori so bili zato glede na organizacijsko področje dela združeni v devet širših skupin, ki jih prikazuje tabela 6.

Tabela 6: Področje dela sodelujočih

Področje dela	**n**	**%**
Družinska medicina in referenčne ambulante	38	25,2
Vodenje, uprava in podporne službe	31	20,5
Druge ambulantne in specialistične dejavnosti	21	13,9
Preventivna dejavnost in centri za krepitev zdravja	14	9,3
Laboratorijska diagnostika	13	8,6
Nujna medicinska pomoč in reševalna dejavnost	12	7,9
Patronažno varstvo	10	6,6
Rehabilitacijske dejavnosti	6	4,0
Drugo oziroma neopredeljeno področje dela	6	4,0
Skupaj	**151**	**100,0**

Največ sodelujočih je delovalo na področju družinske medicine in v referenčnih ambulantah (25,2 %). Petina sodelujočih je opravljala vodstvena, upravna ali podporna dela (20,5 %), 13,9 % pa jih je bilo zaposlenih v drugih ambulantnih in specialističnih dejavnostih. V vzorcu so bili zastopani tudi zaposleni iz preventivne dejavnosti in centrov za krepitev zdravja, laboratorijske diagnostike, nujne medicinske pomoči, patronažnega varstva ter rehabilitacijskih dejavnosti. Struktura vzorca tako odraža interdisciplinarnost in organizacijsko raznolikost primarnega zdravstvenega varstva. Vključitev kliničnih, vodstvenih, administrativnih in podpornih skupin zaposlenih je omogočila širše vrednotenje organizacijske zdravstvene pismenosti, saj zaposleni v posameznih poklicnih in organizacijskih vlogah različno sodelujejo pri zagotavljanju dostopa do storitev, usmerjanju uporabnikov, posredovanju informacij, komunikaciji ter koordinaciji zdravstvene obravnave.

5.3.3 Prevod in kulturna prilagoditev instrumenta

Prilagoditev orodja slovenskemu okolju je potekala večstopenjsko. Prvo različico je pripravila zunanja strokovna prevajalska organizacija, drugo pa strokovnjaki na Ministrstvu za zdravje. Pri terminološko nejasnih delih je bilo izvedeno delno povratno prevajanje, različici pa sta bili nato pregledani in usklajeni v konsenznem postopku s strokovnjaki, ki so sodelovali pri dejavnostih zdravstvene pismenosti. Posebne težave so se pojavile pri prevodu nekaterih kazalnikov, za katere v slovenskem strokovnem jeziku ni bilo neposredno primerljivih izrazov (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026). Sledili so terminološka in vsebinska uskladitev v raziskovalni skupini, strokovni pregled konceptualne ustreznosti ter pilotno preverjanje razumljivosti postavk. Na podlagi preverjanja so bile izvedene manjše terminološke in slogovne spremembe. Pri prilagoditvi je bila pozornost namenjena ohranjanju pomena izvirnih kazalnikov ter njihovi uporabnosti v organizacijskem in strokovnem okolju slovenskih zdravstvenih domov (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026).

5.3.4 Zbiranje in analiza podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo v dveh zaporednih fazah v zimskem obdobju 2025/2026. V prvi fazi so člani ocenjevalnih skupin opravili individualno samooceno kazalnikov OHL-PHC na lestvici od 0 do 3, pri čemer je bil za kazalnike, ki za organizacijo niso bili relevantni oziroma jih posamezni

udeleženec ni mogel oceniti, omogočen odgovor N/A. V drugi fazi je sledila moderirana skupinska razprava, v kateri so udeleženci primerjali individualne presoje, pojasnjevali razloge za razlike ter oblikovali skupno razumevanje organizacijskih prednosti in razvojnih potreb. Skupinska razprava je bila namenjena organizacijski refleksiji in načrtovanju izboljšav, medtem ko so bile v kvantitativno analizo vključene individualne ocene 151 zaposlenih (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026).

Primarna enota kvantitativne analize je bil posamezni zaposleni, ki je izvedel individualno samooceno organizacije. Ocene posameznih zdravstvenih domov so bile izračunane kot agregirana povprečja individualnih ocen zaposlenih znotraj posamezne organizacije. Zdravstveni dom je bil tako uporabljen kot raven agregiranja in enota opisne primerjave, ne pa kot neodvisna enota inferenčnega statističnega testiranja. Odgovori N/A so bili obravnavani kot manjkajoče vrednosti in niso bili vključeni v izračune. Za kazalnike, podstandarde in standarde so bile izračunane aritmetične sredine, standardni odkloni ter najnižje in najvišje vrednosti. Notranja konsistentnost instrumenta je bila preverjena s Cronbachovim koeficientom α. Za celotno 70-postavčno lestvico OHL-PHC je bila ugotovljena zelo visoka notranja konsistentnost (α = 0,969). Koeficienti posameznih standardov so se gibali med 0,736 in 0,926, kar kaže na zadovoljivo do odlično notranjo konsistentnost posameznih vsebinskih področij instrumenta. Preverjena je bila tudi notranja konsistentnost obeh sestavljenih dimenzij. Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija, ki je vključevala postavke standardov 1, 2 in 3, je izkazala odlično notranjo konsistentnost (α = 0,924), prav tako organizacijsko-strateška dimenzija, sestavljena iz postavk standardov 4, 5 in 6 (α = 0,960). Za celotno 70-postavčno lestvico OHL-PHC je bila ugotovljena zelo visoka notranja konsistentnost. Ugotovljene vrednosti kažejo ustrezno notranjo konsistentnost instrumenta v proučevanem vzorcu, ne zagotavljajo pa same po sebi dokazov o njegovi vsebinski in konstruktni veljavnosti. Te merske lastnosti bo treba preveriti v nadaljnjih raziskavah na večjem in bolj raznolikem vzorcu.

Za primerjavo vsebinskih usmeritev so bili standardi OHL-PHC glede na svojo prevladujočo vsebino razvrščeni v dve širši dimenziji. Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija je vključevala standard 1 (dostop do storitev in navigacija), standard 2 (jasna in razumljiva komunikacija) ter standard 3 (krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov). Organizacijsko-strateška dimenzija je vključevala standard 4 (krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih), standard 5 (vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo) ter standard 6 (nadaljnje dejavnosti organizacije, prehodi med izvajalci in mreženje). Standard 7 (digitalna zdravstvena pismenost) je bil zaradi prepletanja uporabniških, tehnoloških in upravljavskih vidikov obravnavan kot samostojno presečno področje ter ni bil vključen v izračun obeh sestavljenih dimenzij.

Za vsakega sodelujočega je bilo izračunano sestavljeno povprečje standardov, vključenih v posamezno dimenzijo, nato pa so bile na ravni celotnega vzorca izračunane aritmetične sredine in standardni odkloni obeh dimenzij. Razlika med neposredno uporabniško usmerjeno in organizacijsko-strateško dimenzijo je bila zaradi pilotnega značaja raziskave, majhnega števila organizacij in gnezdenja zaposlenih znotraj zdravstvenih domov analizirana opisno. Tudi primerjave med zdravstvenimi domovi so temeljile na agregiranih povprečjih individualnih ocen in so bile izključno opisne. Ugotovljene razlike zato ne pomenijo statistično potrjenih razlik med organizacijami, temveč kažejo njihove relativne prednosti in razvojne vrzeli. Inferenčna statistika ni bila uporabljena.

5.3.5 Etični vidiki in metodološki domet

Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli raziskovalne etike, varstva osebnih podatkov in prostovoljnega sodelovanja. Izvedbo raziskave je odobrila Komisija za etiko v raziskavah, ki vključujejo delo z ljudmi Univerze v Novem mestu (soglasje št. 62/2025). Pred začetkom zbiranja podatkov so bila pridobljena tudi soglasja sodelujočih zdravstvenih domov.
Sodelujoči so bili pred vključitvijo seznanjeni z namenom raziskave, postopkom zbiranja podatkov, predvideno uporabo rezultatov, načinom varovanja podatkov ter prostovoljnostjo sodelovanja. Obveščeni so bili, da lahko sodelovanje zavrnejo ali ga kadar koli prekinejo brez navedbe razloga in brez posledic. V raziskavo so bili vključeni po podaji elektronskega informiranega soglasja.

Pri zbiranju in obdelavi podatkov niso bili uporabljeni neposredni identifikacijski podatki sodelujočih. Posameznim zdravstvenim domovom so bile dodeljene šifrirane oznake od ZD 1 do ZD 12. Podatki so bili analizirani in predstavljeni na agregirani ravni, tako da identifikacija posameznih zaposlenih ali sodelujočih zdravstvenih domov ni mogoča (Erjavec in Štemberger Kolnik, 2026). Dostop do neobdelanih podatkov so imeli samo pooblaščeni člani raziskovalne skupine. Psevdonimizirani podatki so bili shranjeni v geselno zaščitenem elektronskem okolju na institucionalnem strežniku nosilne raziskovalne organizacije. Dostop do podatkov je bil omejen na pooblaščene člane raziskovalne skupine. Morebitni dokumenti, ki omogočajo povezavo med šiframi in sodelujočimi organizacijami, so bili shranjeni ločeno od raziskovalne zbirke. Podatki se hranijo skladno z raziskovalnim načrtom, institucionalnimi pravili in veljavnimi predpisi o varstvu osebnih podatkov.

Pri interpretaciji ugotovitev je treba upoštevati namenski izbor organizacij, pilotno naravo raziskave in samoocenjevalni pristop. V raziskavo so bili vključeni zdravstveni domovi, katerih vodstva so bila pripravljena sodelovati, zato vzorec ni reprezentativen za vse slovenske zdravstvene domove. Rezultatov posledično ni mogoče neposredno posploševati na celotno slovensko primarno zdravstveno varstvo.

Dodatna omejitev izhaja iz dejstva, da je kvantitativna analiza temeljila na individualnih presojah zaposlenih. Agregirana povprečja posameznih zdravstvenih domov zato predstavljajo zaznave sodelujočih zaposlenih in jih ni mogoče enačiti z objektivno oceno dejanskega organizacijskega delovanja. Na ocene so lahko vplivali poklicna in organizacijska vloga sodelujočih, različno poznavanje procesov, socialno zaželeno odgovarjanje ter različno število sodelujočih po zdravstvenih domovih. Ker so bili zaposleni gnezdeni znotraj 12 zdravstvenih domov, njihove ocene niso bile popolnoma neodvisne, zato so bile primerjave med organizacijami izključno opisne.

Samoocena lahko vključuje razkorak med zaznanim in dejanskim stanjem, zato jo je pri nadaljnjih meritvah smiselno dopolniti z uporabniško perspektivo, opazovanjem uporabniških poti in organizacijskih procesov, analizo dokumentacije, presojo informacijskih gradiv in digitalnih rešitev ter objektivnimi kazalniki dostopnosti, varnosti in kakovosti. Kljub navedenim omejitvam je raziskava zagotovila prvi strukturirani vpogled v uporabo OHL-PHC v slovenskem primarnem zdravstvenem varstvu ter predstavlja izhodišče za nadaljnje preverjanje instrumenta, ponavljajoče se merjenje in načrtovanje organizacijskih izboljšav.

Raziskava je bila izvedena v okviru ciljnega raziskovalnega projekta V3-24039 *Merjenje organizacijske zdravstvene pismenosti na primarnem nivoju zdravstvenega varstva*, ki ga financirata Ministrstvo za zdravje in Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost RS. Financerja nista sodelovala pri zasnovi raziskave, zbiranju in analizi podatkov, interpretaciji rezultatov ali pripravi monografije. Avtorici izjavljata, da v zvezi z izvedbo raziskave in pripravo monografije nimata nasprotja interesov.

6 REZULTATI OCENE ORGANIZACIJSKE ZDRAVSTVENE PISMENOSTI

6.1 Način prikaza rezultatov

Rezultati so prikazani kot aritmetične sredine individualnih ocen na lestvici od 0 do 3, pri čemer višja vrednost pomeni višjo zaznano stopnjo izpolnjenosti posameznega kazalnika oziroma standarda. Opisne kategorije izvirnega instrumenta se nanašajo na ocenjevanje posameznih kazalnikov in jih ni mogoče neposredno prenesti na aritmetične sredine, izračunane za standarde, sestavljene dimenzije ali zdravstvene domove. Povprečne vrednosti so bile zato obravnavane kot kontinuirani rezultati in interpretirane primerjalno: glede na njihov položaj na lestvici, razlike med standardi ter relativne prednosti in razvojne vrzeli. Rezultati niso bili uporabljeni za določanje formalnih pragov uspešnosti ali za razvrščanje zdravstvenih domov v kategorije organizacijske zdravstvene pismenosti. Vrednosti, ki so se približevale zgornjemu delu lestvice, kažejo višjo zaznano izpolnjenost, vrednosti, ki so se približevale spodnjemu delu lestvice, pa nižjo zaznano izpolnjenost. Zaradi opisnega značaja analize razlike med povprečnimi vrednostmi ne pomenijo statistično potrjenih razlik.

Tabela 7: Število sodelujočih po zdravstvenih domovih oziroma enotah

Zdravstveni dom	n	Zdravstveni dom	N
ZD 1	12	ZD 7	10
ZD 2	10	ZD 8	12
ZD 3	8	ZD 9	9
ZD 4	10	ZD 10	11
ZD 5	22	ZD 11	9
ZD 6	12	ZD 12	26

Opomba: Skupaj n = 151.

6.2 Skupni pregled rezultatov po standardih

Skupno povprečje sedmih standardov je znašalo 2,23. Pet od sedmih standardov je doseglo povprečno oceno nad 2,00. Najvišje povprečne vrednosti so bile ugotovljene pri standardih 1, 2 in 3, nižje pa pri standardih 5 in 6, kar kaže na relativno slabšo razvitost strateških in medorganizacijskih področij v primerjavi z neposredno uporabniško usmerjenimi praksami.

Tabela 8: Skupni rezultati po sedmih standardih organizacijske zdravstvene pismenosti

Standard	M	Najnižji rezultat	M	Najvišji rezultat	M	Razpon
Standard 1: Dostop do storitev in navigacija	2,66	ZD 4	2,19	ZD 6	2,88	0,69
Standard 2: Jasna in razumljiva komunikacija	2,31	ZD 4	1,93	ZD 2	2,61	0,68

Standard	M	Najnižji rezultat	M	Najvišji rezultat	M	Razpon
Standard 3: Krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov	2,49	ZD 4	2,15	ZD 8	2,77	0,61
Standard 4: Krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih	2,21	ZD 4	1,80	ZD 6	2,55	0,74
Standard 5: Vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo	1,86	ZD 4	1,41	ZD 6	2,45	1,03
Standard 6: Nadaljnje dejavnosti organizacije na področju zdravstvene pismenosti	1,89	ZD 4	1,50	ZD 6	2,43	0,93
Standard 7: Digitalna zdravstvena pismenost	2,17	ZD 4	1,70	ZD 6	2,67	0,97

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Rezultati, prikazani v tabeli 8, kažejo, da je bil najvišje ocenjen standard 1, ki se nanaša na dostop do storitev in navigacijo (M = 2,66). Sledila sta standard 3 – krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov (M = 2,49) in standard 2 – jasna in razumljiva komunikacija (M = 2,31). Najnižji povprečni vrednosti sta bili ugotovljeni pri standardu 5 – vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo (M = 1,86) ter pri standardu 6 – nadaljnje dejavnosti organizacije na področju zdravstvene pismenosti (M = 1,89). Najmanjši razpon med zdravstvenimi domovi je bil ugotovljen pri standardu 3 (0,61), največji pa pri standardu 5 (1,03). Rezultati kažejo, da so bile razlike med organizacijami manj izrazite pri dejavnostih, usmerjenih neposredno k uporabnikom, izrazitejše pa pri strateškem umeščanju zdravstvene pismenosti, organizacijskem razvoju in sodelovanju z okoljem.

Tabela 9: Primerjava povprečnih rezultatov zdravstvenih domov po standardih

ZD	n	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Skupaj
ZD 1	12	2,77	2,37	2,48	2,14	1,88	1,76	2,06	2,21
ZD 2	10	2,79	2,61	2,62	2,54	2,18	1,98	2,27	2,43
ZD 3	8	2,76	2,44	2,62	2,49	2,37	2,15	2,62	2,49
ZD 4	10	2,19	1,93	2,15	1,80	1,41	1,50	1,70	1,81
ZD 5	22	2,67	2,18	2,47	2,21	1,75	1,96	2,09	2,19
ZD 6	12	2,88	2,57	2,71	2,55	2,45	2,43	2,67	2,61
ZD 7	10	2,71	2,36	2,32	2,08	2,02	1,85	2,33	2,24

ZD	n	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	Skupaj
ZD 8	12	2,83	2,45	2,77	2,23	1,90	1,98	2,23	2,34
ZD 9	9	2,53	2,30	2,31	2,26	1,93	2,06	1,97	2,19
ZD 10	11	2,75	2,34	2,46	2,18	1,76	1,65	2,02	2,17
ZD 11	9	2,62	2,25	2,65	2,24	1,55	1,91	2,45	2,24
ZD 12	26	2,54	2,18	2,40	2,06	1,57	1,69	2,01	2,06

Opomba: S1 – dostop do storitev in navigacija; S2 – jasna in razumljiva komunikacija; S3 – krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov; S4 – krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih; S5 – vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo; S6 – nadaljnje dejavnosti organizacije; S7 – digitalna zdravstvena pismenost; Skupaj – povprečje sedmih standardov.

Tabela 9 prikazuje primerjavo povprečnih ocen sedmih standardov organizacijske zdravstvene pismenosti med 12 zdravstvenimi domovi oziroma njihovimi organizacijskimi enotami. Povprečje vseh standardov se je gibalo med 1,81 in 2,61. Najvišje skupno povprečje je dosegel ZD 6 (M = 2,61), sledila sta ZD 3 (M = 2,49) in ZD 2 (M = 2,43). Najnižja skupna povprečna vrednost je bila ugotovljena pri ZD 4 (M = 1,81). Preostali zdravstveni domovi so dosegli skupna povprečja med 2,06 in 2,34. Z izjemo ZD 4 so tako vsi zdravstveni domovi dosegli skupno povprečje, višje od 2,00. Pri večini zdravstvenih domov je bil najvišje ocenjen standard 1, ki se nanaša na dostop do storitev in navigacijo. Njegove povprečne vrednosti so se gibale med 2,19 pri ZD 4 in 2,88 pri ZD 6. Razmeroma visoke ocene so bile ugotovljene tudi pri standardu 3, ki obravnava krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov. Pri tem standardu je najvišjo vrednost dosegel ZD 8 (M = 2,77), najnižjo pa ZD 4 (M = 2,15). Standard 2, ki se nanaša na jasno in razumljivo komunikacijo, je bil najvišje ocenjen pri ZD 2 (M = 2,61), medtem ko je najvišje rezultate pri standardih 1, 4, 5, 6 in 7 dosegel ZD 6. Najnižje vrednosti so bile pri večini zdravstvenih domov ugotovljene pri standardu 5, ki vključuje zdravstveno pismenost v vodenje in organizacijsko strukturo, ter pri standardu 6, ki zajema nadaljnje dejavnosti organizacije na področju zdravstvene pismenosti. Pri standardu 5 so se povprečja gibala med 1,41 pri ZD 4 in 2,45 pri ZD 6, pri standardu 6 pa med 1,50 pri ZD 4 in 2,43 pri ZD 6. Pri standardu 5 je le nekaj zdravstvenih domov doseglo agregirano povprečje nad 2,00. V primerjavi z drugimi standardi so bile njegove vrednosti nižje, kar kaže, da zaposleni strateško vključevanje zdravstvene pismenosti ocenjujejo manj ugodno kot neposredno uporabniške prakse.

Rezultati kažejo, da so med sodelujočimi zdravstvenimi domovi prisotne razlike v stopnji razvitosti organizacijske zdravstvene pismenosti. Bolje so bila ocenjena področja, neposredno povezana z dostopom, navigacijo, komunikacijo in podporo uporabnikom, medtem ko so bili nižje ocenjeni strateški, vodstveni in medorganizacijski vidiki. Primerjave so opisne, zato razlik med zdravstvenimi domovi ni mogoče razlagati kot statistično značilnih.

6.3 Primerjava neposredno uporabniško usmerjene in organizacijsko-strateške dimenzije organizacijske zdravstvene pismenosti

Na podlagi vsebinske usmerjenosti standardov sta bili oblikovani dve sestavljeni dimenziji organizacijske zdravstvene pismenosti. »Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija« je bila izračunana kot povprečje rezultatov standardov 1, 2 in 3, ki zajemajo dostop do zdravstvenih storitev in navigacijo, jasno in razumljivo komunikacijo ter krepitev zdravstvene pismenosti

uporabnikov. »Organizacijsko-strateška dimenzija« je bila izračunana kot povprečje rezultatov standardov 4, 5 in 6, ki vključujejo krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih, vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo ter nadaljnje organizacijske dejavnosti na področju zdravstvene pismenosti. Standard 7, ki obravnava digitalno zdravstveno pismenost, zaradi svoje prečne vsebinske narave ni bil vključen v nobeno od obeh sestavljenih dimenzij in je bil analiziran samostojno. Odgovori N/A tudi pri izračunu sestavljenih dimenzij niso bili vključeni v izračun aritmetičnih sredin. Rezultati so prikazani v Tabeli 10.

Tabela 10: Primerjava neposredno uporabniško usmerjene in organizacijsko-strateške dimenzije po zdravstvenih domovih

Zdravstveni dom	n	Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija M	Organizacijsko-strateška dimenzija M	Razlika
ZD 1	12	2,54	1,93	0,61
ZD 2	10	2,67	2,23	0,44
ZD 3	8	2,61	2,34	0,27
ZD 4	10	2,09	1,57	0,52
ZD 5	22	2,45	1,97	0,48
ZD 6	12	2,72	2,47	0,25
ZD 7	10	2,46	1,98	0,48
ZD 8	12	2,68	2,06	0,62
ZD 9	9	2,38	2,08	0,30
ZD 10	11	2,52	1,86	0,66
ZD 11	9	2,51	1,90	0,62
ZD 12	26	2,37	1,78	0,59
Skupaj	151	2,49	1,99	0,50

Opomba: M – aritmetična sredina; razlika – razlika med povprečno oceno neposredno uporabniško usmerjene in organizacijsko-strateške dimenzije. Višja vrednost pomeni večjo stopnjo izpolnjenosti.

Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija organizacijske zdravstvene pismenosti je na ravni celotnega vzorca dosegla povprečno vrednost 2,49 (SO = 0,36), medtem ko je bila organizacijsko-strateška dimenzija ocenjena nižje, s povprečno vrednostjo 1,99 (SO = 0,60) (tabela 11). Povprečna razlika med dimenzijama je tako znašala 0,50 točke na lestvici od 0 do 3. Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija je dosegla višjo povprečno vrednost (M = 2,49; SO = 0,36) kot organizacijsko-strateška dimenzija (M = 1,99; SO = 0,60). Razlika 0,50 točke kaže, da so zaposleni neposredno uporabniško usmerjene vidike organizacijske zdravstvene pismenosti ocenjevali ugodneje. Povprečne vrednosti so obravnavane kot kontinuirani rezultati, zato jih ni mogoče neposredno razvrščati v opisne kategorije, namenjene ocenjevanju posameznih kazalnikov.

Tabela 11: Primerjava sestavljenih dimenzij organizacijske zdravstvene pismenosti

Dimenzija	Vključeni standardi	n	M	SO
Neposredno uporabniško usmerjena	S1, S2, S3	151	2,49	0,36
Organizacijsko-strateška	S4, S5, S6	151	1,99	0,60
Digitalna zdravstvena pismenost	S7	151	2,17	0,78

Opomba: M – aritmetična sredina; SO – standardni odklon. Višja vrednost pomeni višjo stopnjo izpolnjenosti organizacijske zdravstvene pismenosti.

6.4 Standard 1: Dostop do storitev in navigacija

Standard 1 je bil na ravni celotnega vzorca ocenjen najvišje (M = 2,66). Podstandard navigacije znotraj zdravstvenega doma oziroma enote je dosegel nekoliko višjo vrednost (M = 2,71) kot podstandard kontakta (M = 2,62). Oba podstandarda sta bila izpolnjena v veliki oziroma zelo veliki meri. Najvišji rezultat pri standardu 1 je dosegel ZD 6 (M = 2,88), sledila sta ZD 8 (M = 2,83) in ZD 2 (M = 2,79). Najnižji rezultat je dosegel ZD 4 (M = 2,19), vendar je bila tudi ta vrednost višja od 2,00. V vseh sodelujočih zdravstvenih domovih je bil zato standard dostopa in navigacije ocenjen kot izpolnjen v veliki oziroma zelo veliki meri.

Tabela 12: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 1

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
1.1	Kontakt	2,62	ZD 4 (2,23)	ZD 2 (2,83)	0,60
1.2	Navigacija znotraj zdravstvenega doma oziroma enote	2,71	ZD 4 (2,15)	ZD 6 (2,96)	0,81

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 12 prikazuje rezultate dveh podstandardov, ki sestavljata standard 1 – dostop do storitev in navigacija. Oba podstandarda sta bila na ravni celotnega vzorca ocenjena nad vrednostjo 2,00, kar pomeni, da sta bila po ocenah sodelujočih izpolnjena v veliki oziroma zelo veliki meri.

Višjo povprečno vrednost je dosegel podstandard navigacije znotraj zdravstvenega doma oziroma njegove organizacijske enote (M = 2,71), medtem ko je podstandard kontakta dosegel nekoliko nižjo, vendar še vedno visoko povprečno vrednost (M = 2,62). Rezultati kažejo, da so zaposleni nekoliko bolje ocenili podporo uporabnikom pri orientaciji in usmerjanju znotraj zdravstvenega doma kot možnosti vzpostavitve začetnega stika z organizacijo. Pri podstandardu kontakta so se povprečne vrednosti posameznih zdravstvenih domov gibale med 2,23 in 2,83. Najvišjo vrednost je dosegel ZD 2 (M = 2,83), najnižjo pa ZD 4 (M = 2,23). Razpon med najvišjo in najnižjo vrednostjo je znašal 0,60, kar kaže na razmeroma majhne razlike med sodelujočimi zdravstvenimi domovi.

Pri navigaciji znotraj zdravstvenega doma oziroma enote je najvišji rezultat dosegel ZD 6 (M = 2,96), najnižjega pa ZD 4 (M = 2,15). Razpon je znašal 0,81 in je bil večji kot pri podstandardu kontakta. To kaže, da so bile med zdravstvenimi domovi nekoliko izrazitejše razlike pri zagotavljanju razumljivih oznak, usmerjanju uporabnikov in podpori pri iskanju ustreznih prostorov oziroma storitev. Kljub ugotovljenim razlikam so vse najnižje in najvišje vrednosti presegale 2,00. Rezultati

zato kažejo, da je bilo zagotavljanje dostopnega kontakta in podpore pri navigaciji v vseh sodelujočih zdravstvenih domovih razmeroma dobro razvito

6.5 Standard 2: Jasna in razumljiva komunikacija

Standard 2 je dosegel skupno povprečno vrednost 2,31. Pisna komunikacija je bila ocenjena nekoliko višje (M = 2,38) kot ustna komunikacija (M = 2,24). Razlika med podstandardoma je bila majhna, oba pa sta bila na ravni celotnega vzorca izpolnjena v veliki oziroma zelo veliki meri. Najvišji rezultat je dosegel ZD 2 (M = 2,61), sledila sta ZD 6 (M = 2,57) in ZD 8 (M = 2,45). Najnižja vrednost je bila ugotovljena pri ZD 4 (M = 1,93), ki je bil edini zdravstveni dom z rezultatom pod 2,00. Razpon med najvišjo in najnižjo vrednostjo je znašal 0,68.

Tabela 13: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 2

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
2.1	Ustna komunikacija	2,24	ZD 4 (1,87)	ZD 2 (2,56)	0,69
2.2	Pisna komunikacija	2,38	ZD 4 (1,99)	ZD 6 (2,68)	0,70

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 13 prikazuje rezultate dveh podstandardov standarda 2, ki se nanaša na jasno in razumljivo komunikacijo. Oba podstandarda sta na ravni celotnega vzorca dosegla povprečni vrednosti nad 2,00 in sta bila v primerjavi z drugimi proučevanimi področji ocenjena razmeroma visoko. Višjo povprečno vrednost je dosegla pisna komunikacija (M = 2,38), medtem ko je bila ustna komunikacija ocenjena nekoliko nižje (M = 2,24). Rezultati kažejo, da so zaposleni nekoliko bolje ocenili razumljivost pisnih informacij, navodil in gradiv kot prilagajanje ustne komunikacije potrebam uporabnikov. Pri ustni komunikaciji so se povprečne vrednosti zdravstvenih domov gibale med 1,87 in 2,56. Najvišjo vrednost je dosegel ZD 2 (M = 2,56), najnižjo pa ZD 4 (M = 1,87). Razpon med najvišjo in najnižjo vrednostjo je znašal 0,69. Pri pisni komunikaciji je bil najvišje ocenjen ZD 6 (M = 2,68), najnižje pa ZD 4 (M = 1,99), pri čemer je razpon znašal 0,70. Primerljiva razpona pri obeh podstandardih kažeta, da so bile razlike med zdravstvenimi domovi podobno izrazite pri ustni in pisni komunikaciji. Najnižji vrednosti pri ZD 4 nakazujeta potrebo po dodatnem sistematičnem prilagajanju ustnih pojasnil ter pisnih gradiv različnim ravnem zdravstvene pismenosti uporabnikov.

6.6 Standard 3: Krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov

Standard 3 je bil s skupno povprečno vrednostjo 2,49 drugi najvišje ocenjeni standard. Spodbujanje aktivne vloge in samoobvladovanja uporabnikov je doseglo povprečje 2,52, opolnomočenje uporabnikov za uporabo zdravstvenih informacij pa 2,46. Oba podstandarda sta bila ocenjena v veliki oziroma zelo veliki meri. Najvišji rezultat je dosegel ZD 8 (M = 2,77), sledila sta ZD 6 (M = 2,72) in ZD 11 (M = 2,65). Najnižji rezultat je dosegel ZD 4 (M = 2,15). Razpon 0,61 je bil najmanjši med vsemi sedmimi standardi, kar kaže na razmeroma enotno oceno dejavnosti, usmerjenih v krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov.

Tabela 14: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 3

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
3.1	Opolnomočenje uporabnikov za uporabo zdravstvenih informacij	2,46	ZD 4 (1,98)	ZD 3 (2,74)	0,77
3.2	Spodbujanje aktivne vloge in samoobvladovanja uporabnikov	2,52	ZD 9 (2,28)	ZD 8 (2,85)	0,57

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 14 prikazuje rezultate podstandardov standarda 3, ki obravnava krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov. Oba podstandarda sta dosegla povprečni vrednosti nad 2,00 in sta bila zato ocenjena kot izpolnjena v veliki oziroma zelo veliki meri. Nekoliko višje je bilo ocenjeno spodbujanje aktivne vloge in samoobvladovanja uporabnikov (M = 2,52) kot opolnomočenje uporabnikov za uporabo zdravstvenih informacij (M = 2,46). Rezultati kažejo, da so zaposleni dejavnosti spodbujanja sodelovanja uporabnikov ocenili razmeroma visoko. Pri opolnomočenju uporabnikov za uporabo zdravstvenih informacij je najvišjo vrednost dosegel ZD 3 (M = 2,74), najnižjo pa ZD 4 (M = 1,98). Razpon med zdravstvenimi domovi je znašal 0,77. Pri spodbujanju aktivne vloge in samoobvladovanja je bil najvišje ocenjen ZD 8 (M = 2,85), najnižje pa ZD 9 (M = 2,28). Razpon je znašal 0,57. Manjši razpon pri spodbujanju aktivne vloge uporabnikov kaže, da so bile ocene tega področja med zdravstvenimi domovi razmeroma enotne. Nekoliko večje razlike so bile prisotne pri podpori uporabnikom pri iskanju, razumevanju, presojanju in uporabi zdravstvenih informacij.

6.7 Standard 4: Krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih

Standard 4 je dosegel povprečno vrednost 2,21. Najvišje je bil ocenjen podstandard znanja in strokovnih kompetenc zaposlenih (M = 2,45). Nižji in medsebojno primerljivi vrednosti sta dosegla razvoj zaposlenih (M = 2,09) in zdravje zaposlenih (M = 2,10). Najvišji rezultat je dosegel ZD 6 (M = 2,55), zelo podobni vrednosti pa sta dosegla ZD 2 (M = 2,54) in ZD 3 (M = 2,49). Najnižji rezultat je bil ugotovljen pri ZD 4 (M = 1,80). Rezultati kažejo višjo oceno obstoječega znanja in kompetenc zaposlenih kot sistematičnih dejavnosti njihovega razvoja in podpore njihovemu zdravju.

Tabela 15: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 4

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
4.1	Znanje in strokovne kompetence	2,45	ZD 4 (2,13)	ZD 2 (2,73)	0,60
4.2	Razvoj zaposlenih	2,09	ZD 4 (1,58)	ZD 6 (2,44)	0,87
4.3	Zdravje zaposlenih	2,10	ZD 4 (1,70)	ZD 6 (2,50)	0,80

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 15 prikazuje rezultate treh podstandardov standarda 4, ki se nanaša na krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih. Vsi trije podstandardi so na ravni celotnega vzorca dosegli povprečje nad 2,00. Najvišje so bili ocenjeni znanje in strokovne kompetence zaposlenih (M =

2,45). Nižji in medsebojno podobni vrednosti sta dosegla podstandarda razvoja zaposlenih (M = 2,09) in zdravja zaposlenih (M = 2,10). Rezultati kažejo, da so zaposleni svoje znanje in kompetence za zdravstveno pismeno delovanje ocenili bolje kot sistematično organizacijsko podporo strokovnemu razvoju in skrbi za njihovo zdravje. Pri znanju in strokovnih kompetencah je najvišjo vrednost dosegel ZD 2 (M = 2,73), najnižjo pa ZD 4 (M = 2,13). Razpon je znašal 0,60. Pri razvoju zaposlenih je bil najvišje ocenjen ZD 6 (M = 2,44), najnižje pa ZD 4 (M = 1,58), razpon pa je znašal 0,87. Tudi pri zdravju zaposlenih je najvišjo vrednost dosegel ZD 6 (M = 2,50), najnižjo pa ZD 4 (M = 1,70), pri čemer je razpon znašal 0,80. Večja razpona pri razvoju in zdravju zaposlenih kažeta na izrazitejše razlike med organizacijami pri zagotavljanju izobraževanj, podpornih programov, ustreznih delovnih pogojev in ukrepov za ohranjanje zdravja zaposlenih.

6.8 Standard 5: Vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo

Standard 5 je bil s povprečno vrednostjo 1,86 najnižje ocenjeni standard. Zdravstvena pismenost kot organizacijska odgovornost (M = 1,65) in kot razvojni cilj (M = 1,67) sta bili ocenjeni nižje kot organizacijska kultura (M = 2,03) ter vključevanje uporabnikov in pridobivanje povratnih informacij (M = 2,07). Najvišji rezultat je dosegel ZD 6 (M = 2,45), sledila sta ZD 3 (M = 2,37) in ZD 2 (M = 2,18). Najnižje vrednosti so bile ugotovljene pri ZD 4 (M = 1,41), ZD 11 (M = 1,55) in ZD 12 (M = 1,57). Razpon 1,03 je bil največji med vsemi standardi. Le štirje zdravstveni domovi so dosegli vrednost nad 2,00, kar kaže na izrazite razlike v stopnji formalnega in strateškega vključevanja zdravstvene pismenosti v vodenje ter organizacijsko strukturo.

Tabela 16: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 5

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
5.1	Zdravstvena pismenost kot organizacijska odgovornost	1,65	ZD 4 (1,10)	ZD 6 (2,33)	1,23
5.2	Zdravstvena pismenost kot razvojni cilj	1,67	ZD 11 (1,13)	ZD 6 (2,50)	1,38
5.3	Organizacijska kultura	2,03	ZD 4 (1,78)	ZD 3 (2,54)	0,76
5.4	Vključevanje uporabnikov in povratne informacije	2,08	ZD 11 (1,54)	ZD 6 (2,58)	1,04

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 16 prikazuje rezultate štirih podstandardov standarda 5, ki obravnava vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo. Rezultati tega standarda so bili nižji kot pri večini drugih standardov. Najnižje sta bila ocenjena zdravstvena pismenost kot organizacijska odgovornost (M = 1,65) in zdravstvena pismenost kot razvojni cilj (M = 1,67). Nekoliko višje sta bili ocenjeni organizacijska kultura (M = 2,03) ter vključevanje uporabnikov in pridobivanje povratnih informacij (M = 2,07). Rezultati kažejo, da so posamezne aktivnosti in vrednote zdravstvene pismenosti v organizacijah prisotne, vendar so manj pogosto formalno vključene v strateške dokumente, razvojne cilje, odgovornosti vodstva in organizacijske strukture. Pri zdravstveni pismenosti kot organizacijski odgovornosti se je rezultat gibal med 1,10 pri ZD 4 in 2,33 pri ZD 6, razpon pa je znašal 1,23. Pri zdravstveni pismenosti kot razvojnem cilju je bila

najnižja vrednost ugotovljena pri ZD 11 (M = 1,13), najvišja pa pri ZD 6 (M = 2,50). Razpon 1,38 je bil največji med podstandardi standarda 5. Pri organizacijski kulturi je najvišjo vrednost dosegel ZD 3 (M = 2,54), najnižjo pa ZD 4 (M = 1,78). Pri vključevanju uporabnikov in pridobivanju povratnih informacij je bil najvišje ocenjen ZD 6 (M = 2,58), najnižje pa ZD 11 (M = 1,54). Veliki razponi kažejo na izrazite razlike med zdravstvenimi domovi. Nekatere organizacije so zdravstveno pismenost že formalno vključile v vodenje in razvoj, medtem ko je v drugih ta še vedno predvsem del posameznih dejavnosti in ni sistematično umeščena v organizacijske procese.

6.9 Standard 6: Nadaljnje dejavnosti organizacije na področju zdravstvene pismenosti

Standard 6 je dosegel povprečno vrednost 1,89 in je bil izpolnjen do določene mere. Prehodi med izvajalci so bili ocenjeni višje (M = 2,08) kot mreženje in nadaljnje dejavnosti organizacije (M = 1,69). Nižja vrednost drugega podstandarda je pomembno prispevala k nižji skupni oceni standarda. Najvišje je bil ocenjen ZD 6 (M = 2,43), sledila sta ZD 3 (M = 2,15) in ZD 9 (M = 2,06). Najnižji rezultati so bili ugotovljeni pri ZD 4 (M = 1,50), ZD 10 (M = 1,65) in ZD 12 (M = 1,69). Samo trije zdravstveni domovi so pri tem standardu presegli vrednost 2,00. Razpon med organizacijami je znašal 0,93.

Tabela 17: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 6

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
6.1	Prehodi med izvajalci	2,08	ZD 4 (1,75)	ZD 6 (2,46)	0,71
6.2	Mreženje in nadaljnje dejavnosti	1,69	ZD 4 (1,25)	ZD 6 (2,40)	1,15

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 17 prikazuje rezultate podstandardov standarda 6, ki se nanaša na prehode med izvajalci, mreženje in nadaljnje dejavnosti organizacije na področju zdravstvene pismenosti. Podstandard prehodov med izvajalci je dosegel višjo povprečno vrednost (M = 2,08) kot mreženje in nadaljnje dejavnosti organizacije (M = 1,69). Rezultati kažejo, da zdravstveni domovi bolje zagotavljajo podporo uporabnikom pri konkretnih prehodih med izvajalci kot sistematično sodelovanje z drugimi organizacijami, lokalnim okoljem in zainteresiranimi skupinami. Pri prehodih med izvajalci je najvišjo vrednost dosegel ZD 6 (M = 2,46), najnižjo pa ZD 4 (M = 1,75). Razpon je znašal 0,71. Pri mreženju in nadaljnjih dejavnostih je bil prav tako najvišje ocenjen ZD 6 (M = 2,40), najnižje pa ZD 4 (M = 1,25). Razpon je znašal 1,15. Večji razpon pri mreženju kaže, da se zdravstveni domovi precej razlikujejo v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi, socialnimi, izobraževalnimi in lokalnimi organizacijami. To področje predstavlja eno pomembnejših možnosti za nadaljnji razvoj organizacijske zdravstvene pismenosti.

6.10 Standard 7: Digitalna zdravstvena pismenost

Standard 7 je dosegel povprečno vrednost 2,17. Najvišje je bilo ocenjeno zagotavljanje navodil za uporabo storitev in dokumentov eZdravja (M = 2,25), sledila sta omogočanje stalnega spremljanja zdravja izbranih skupin pacientov (M = 2,18) in spodbujanje uporabe preverjenih digitalnih zdravstvenih aplikacij (M = 2,17). Najnižjo, vendar še vedno nad 2,00, je dosegla dostopnost in razumljivost digitalne zdravstvene dokumentacije in orodij (M = 2,08). Najvišji rezultat je dosegel

ZD 6 (M = 2,67), sledila sta ZD 3 (M = 2,63) in ZD 11 (M = 2,45). Najnižji vrednosti sta bili ugotovljeni pri ZD 4 (M = 1,70) in ZD 9 (M = 1,97). Največja razlika med zdravstvenimi domovi je bila pri omogočanju stalnega spremljanja zdravja izbranih skupin pacientov, kjer je razpon znašal 1,42.

Tabela 18: Rezultati podstandardov oziroma kazalnikov standarda 7

Koda	Podstandard oziroma kazalnik	M	Najnižji rezultat	Najvišji rezultat	Razpon
7.1	Dostopnost in razumljivost digitalne zdravstvene dokumentacije in orodij	2,08	ZD 1 (1,67)	ZD 11 (2,75)	1,08
7.2	Navodila za uporabo storitev in dokumentov eZdravja	2,25	ZD 4 (1,80)	ZD 3 (2,75)	0,95
7.3	Spodbujanje uporabe preverjenih digitalnih zdravstvenih aplikacij	2,17	ZD 4 (1,70)	ZD 3 (2,75)	1,05
7.4	Omogočanje stalnega spremljanja zdravja izbranih skupin pacientov	2,18	ZD 4 (1,50)	ZD 6 (2,92)	1,42

Opomba: M – aritmetična sredina; razpon – razlika med najvišjo in najnižjo povprečno vrednostjo zdravstvenega doma.

Tabela 18 prikazuje rezultate štirih kazalnikov standarda 7, ki se nanaša na digitalno zdravstveno pismenost. Vsi štirje kazalniki so na ravni celotnega vzorca dosegli povprečne vrednosti nad 2,00. Najvišje je bilo ocenjeno zagotavljanje navodil za uporabo storitev in dokumentov eZdravja (M = 2,25). Sledila sta omogočanje stalnega spremljanja zdravja izbranih skupin pacientov (M = 2,18) in spodbujanje uporabe preverjenih digitalnih zdravstvenih aplikacij (M = 2,17). Najnižjo, vendar še vedno pozitivno vrednost je dosegla dostopnost in razumljivost digitalne zdravstvene dokumentacije in orodij (M = 2,08). Pri dostopnosti in razumljivosti digitalne dokumentacije in orodij je bila najnižja vrednost ugotovljena pri ZD 1 (M = 1,67), najvišja pa pri ZD 11 (M = 2,75). Razpon je znašal 1,08. Pri zagotavljanju navodil za uporabo storitev in dokumentov eZdravja je bil najvišje ocenjen ZD 3 (M = 2,75), najnižje pa ZD 4 (M = 1,80). Tudi pri spodbujanju uporabe preverjenih digitalnih aplikacij je najvišjo vrednost dosegel ZD 3 (M = 2,75), najnižjo pa ZD 4 (M = 1,70). Največja razlika med zdravstvenimi domovi je bila ugotovljena pri omogočanju stalnega spremljanja zdravja izbranih skupin pacientov. Najnižjo vrednost je dosegel ZD 4 (M = 1,50), najvišjo pa ZD 6 (M = 2,92), razpon pa je znašal 1,42. Rezultati samoocene kažejo, da je digitalna zdravstvena pismenost v sodelujočih organizacijah razmeroma dobro razvita, vendar obstajajo velike razlike v uporabi digitalnih rešitev za spremljanje zdravja, zagotavljanju razumljivih digitalnih vsebin in podpori uporabnikom pri uporabi storitev eZdravja.

6.11 Skupna opisna primerjava zdravstvenih domov

Na podlagi povprečja vseh sedmih standardov je najvišji skupni rezultat dosegel ZD 6 (M = 2,61), sledila sta ZD 3 (M = 2,49) in ZD 2 (M = 2,43). Najnižji skupni rezultat je dosegel ZD 4 (M = 1,81), sledila sta ZD 12 (M = 2,06) in ZD 10 (M = 2,17). Vsi zdravstveni domovi razen ZD 4 so dosegli agregirano povprečje nad 2,00, vendar ta vrednost ne predstavlja vnaprej določenega praga ustreznosti ali uspešnosti. Najvišje agregirano povprečje ocen zaposlenih je bilo ugotovljeno v ZD 6 pri petih standardih, in sicer pri standardih 1, 4, 5, 6 in 7. Pri standardu 2 je bil najvišje ocenjen ZD 2, pri standardu 3 pa ZD 8. Najnižje agregirane povprečne vrednosti so bile ugotovljene v ZD 4.

Razvrstitev je treba interpretirati previdno, saj gre za opisno primerjavo organizacij z različnim številom sodelujočih.

Tabela 19: Opisna razvrstitev zdravstvenih domov glede na povprečje sedmih standardov

Rang	Zdravstveni dom	n	Povprečje sedmih standardov
1	ZD 6	12	2.61
2	ZD 3	8	2.49
3	ZD 2	10	2.43
4	ZD 8	12	2.34
5	ZD 11	9	2.24
6	ZD 7	10	2.24
7	ZD 1	12	2.21
8	ZD 9	9	2.19
9	ZD 5	22	2.19
10	ZD 10	11	2.17
11	ZD 12	26	2.06
12	ZD 4	10	1.81

Tabela 19 prikazuje opisno razvrstitev zdravstvenih domov glede na povprečno vrednost vseh sedmih standardov organizacijske zdravstvene pismenosti. Skupna povprečja so se gibala med 1,81 in 2,61. Najvišje skupno povprečje je dosegel ZD 6 (M = 2,61), sledila sta ZD 3 (M = 2,49) in ZD 2 (M = 2,43). Ti zdravstveni domovi so dosegli razmeroma visoke rezultate pri večini standardov, predvsem pri dostopu in navigaciji, komunikaciji, krepitvi zdravstvene pismenosti uporabnikov in zaposlenih ter digitalni zdravstveni pismenosti. V srednjem delu razvrstitve so bili ZD 8 (M = 2,34), ZD 11 in ZD 7 (oba M = 2,24), ZD 1 (M = 2,21), ZD 9 in ZD 5 (oba M = 2,19) ter ZD 10 (M = 2,17). Njihova skupna povprečja so bila nad 2,00, vendar so bili pri posameznih standardih, zlasti pri vključevanju zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo ter pri nadaljnjih dejavnostih organizacije, ugotovljeni nižji rezultati. Nižje skupno povprečje je dosegel ZD 12 (M = 2,06), najnižje pa ZD 4 (M = 1,81). ZD 4 je bil edini zdravstveni dom, pri katerem je bilo skupno povprečje nižje od 2,00, in je dosegel najnižje rezultate pri vseh sedmih standardih. Razvrstitev kaže na razlike v stopnji razvitosti organizacijske zdravstvene pismenosti med sodelujočimi zdravstvenimi domovi. Rezultate je treba razlagati previdno, saj gre za opisno primerjavo zdravstvenih domov z različnim številom sodelujočih. Razvrstitev zato ne dokazuje statistično značilnih razlik in je namenjena predvsem prepoznavanju relativnih prednosti ter področij, na katerih so potrebne nadaljnje izboljšave.

Rezultati kažejo, da so bili v sodelujočih zdravstvenih domovih najvišje ocenjeni vidiki organizacijske zdravstvene pismenosti, ki so neposredno povezani z uporabniki: dostop do storitev in navigacija, krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov ter jasna in razumljiva komunikacija. Relativno visoko sta bila ocenjena tudi znanje in strokovne kompetence zaposlenih ter digitalna zdravstvena pismenost. Nižje ocene so bile ugotovljene pri formalnem umeščanju zdravstvene pismenosti v vodenje, strategijo in organizacijsko odgovornost ter pri mreženju in nadaljnjih dejavnostih organizacije. Prav pri teh področjih so bile razlike med zdravstvenimi domovi največje. Skupni vzorec rezultatov tako kaže, da so operativne dejavnosti, usmerjene v

neposreden stik z uporabniki, praviloma bolje razvite kot strateški, vodstveni in medorganizacijski vidiki organizacijske zdravstvene pismenosti.

7 RAZPRAVA

Namen slovenske pilotne raziskave je bil proučiti, kako zaposleni v izbranih zdravstvenih domovih ocenjujejo posamezne standarde organizacijske zdravstvene pismenosti, primerjati neposredno uporabniško usmerjeno in organizacijsko-strateško dimenzijo ter opisno primerjati agregirane ocene sodelujočih zdravstvenih domov. Rezultati kažejo razmeroma ugodno skupno oceno organizacijske zdravstvene pismenosti, saj je povprečje sedmih standardov znašalo 2,23 na lestvici od 0 do 3. Ugotovitve pa hkrati razkrivajo pomemben razkorak med neposredno uporabniško usmerjenimi praksami in njihovo formalno vključenostjo v vodenje, organizacijsko strukturo in sistematično izboljševanje kakovosti. Rezultati zato ne kažejo samo stopnje razvitosti posameznih praks, temveč predvsem področja, na katerih je treba obstoječe dejavnosti nadgraditi v celovit in dolgoročno vzdržen organizacijski pristop.

7.1 Raven organizacijske zdravstvene pismenosti in razlike med standardi

V povezavi s prvim raziskovalnim vprašanjem rezultati kažejo, da so zaposleni organizacijsko zdravstveno pismenost v sodelujočih zdravstvenih domovih v povprečju ocenili razmeroma ugodno. Pet od sedmih standardov je doseglo povprečno vrednost nad 2,00, medtem ko sta bila standarda, povezana z vključevanjem zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo ter nadaljnjimi dejavnostmi organizacije, ocenjena nižje. Skupnega povprečja kljub temu ni primerno razlagati kot celovitega dokaza, da sodelujoči zdravstveni domovi že delujejo kot zdravstveno pismene organizacije. Visoka povprečna vrednost lahko namreč prikrije slabše razvite posamezne standarde, podstandarde ali kazalnike, ki so pomembni za trajnostno in sistematično zagotavljanje organizacijske zdravstvene pismenosti. Glede na drugo raziskovalno vprašanje so bili najvišje ocenjeni standardi, neposredno povezani z uporabniki, zlasti dostop do storitev in navigacija, krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov ter jasna in razumljiva komunikacija. Rezultati kažejo, da sodelujoči zdravstveni domovi največ pozornosti namenjajo področjem, ki so tesno povezana z njihovimi temeljnimi operativnimi nalogami in vsakodnevnim stikom z uporabniki. Relativno ugodno sta bila ocenjena tudi krepitev zdravstvene pismenosti zaposlenih in področje digitalne zdravstvene pismenosti. Nižje ocene standardov 5 in 6 pa kažejo, da zdravstvena pismenost še ni povsod sistematično vključena v strateške dokumente, jasno določene odgovornosti, razvoj zaposlenih, organizacijsko spremljanje, sodelovanje z drugimi izvajalci in načrtovanje nadaljnjih izboljšav. Takšen vzorec je skladen z mednarodnimi ugotovitvami, da zdravstvene organizacije pogosto višje ocenjujejo konkretne uporabniške in komunikacijske prakse, nižje pa strateško vodenje, sistematično spremljanje ter vključevanje zdravstvene pismenosti v organizacijske strukture in kulturo (Beese idr., 2022; Bremer idr., 2021). Pregledi instrumentov in intervencij na področju organizacijske zdravstvene pismenosti prav tako kažejo, da so ukrepi pogosto usmerjeni v izboljšanje posameznih gradiv, komunikacijskih sposobnosti zaposlenih ali uporabniških poti, redkeje pa vključujejo celovite spremembe vodenja, financiranja, odgovornosti in spremljanja organizacijskih rezultatov (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Rezultati slovenske pilotne raziskave zato odražajo širši mednarodni izziv prehoda od posameznih dobrih praks k celovitemu organizacijskemu pristopu.

7.2 Razkorak med uporabniškimi in upravljavsko-strateškimi razsežnostmi

Tretje raziskovalno vprašanje se je nanašalo na razlike med uporabniško usmerjenimi in upravljavsko-strateškimi dimenzijami. Rezultati kažejo, da so bile neposredno uporabniške

razsežnosti ocenjene višje od razsežnosti, povezanih z vodenjem, organizacijsko strukturo in nadaljnjimi dejavnostmi. Razliko je mogoče pojasniti z več medsebojno povezanimi dejavniki. Dostop, naročanje, navigacija, neposredna komunikacija in podpora uporabnikom so vidni ter vsakodnevni deli dela zdravstvenih domov. Zaposleni se z njimi srečujejo neposredno, zato jih lažje prepoznajo, ocenjujejo in izboljšujejo. Številne prakse so lahko razvite v okviru posameznih ambulant, služb ali strokovnih skupin, ne da bi bile formalno opredeljene kot dejavnosti organizacijske zdravstvene pismenosti. Zaposleni lahko tako izvajajo prilagojeno komunikacijo, dodatno pojasnjujejo navodila ali pomagajo uporabnikom pri orientaciji, čeprav organizacija nima sprejete strategije, formalnih standardov ali jasno določenih odgovornosti na tem področju. Nasprotno upravljavsko-strateške razsežnosti zahtevajo podporo vodstva, formalno vključitev v strateške in organizacijske dokumente, jasno določene nosilce, razpoložljive vire, usposabljanje zaposlenih, sodelovanje uporabnikov ter redno spremljanje kazalnikov. Takšne spremembe so zahtevnejše, saj presegajo ravnanje posameznega zaposlenega in posegajo v organizacijsko kulturo, razdelitev odgovornosti ter načine načrtovanja in vrednotenja kakovosti. Mednarodni modeli zdravstveno pismenih organizacij zato poudarjajo, da posamezne dobre komunikacijske prakse brez podpore vodstva in vključitve v organizacijske sisteme praviloma ostajajo fragmentirane, odvisne od zavzetosti posameznikov in ranljive ob kadrovskih ali vodstvenih spremembah (Brach idr., 2012; De Gani idr., 2020). Višje ocene uporabniških razsežnosti je treba kljub temu razlagati previdno. Ker so ocene podali zaposleni, lahko izražajo njihovo zaznavo kakovosti komunikacije in dostopnosti, ki se ne ujema nujno z izkušnjami pacientov. Zaposleni lahko določeno informacijo ali postopek ocenijo kot jasen, medtem ko se uporabniki, zlasti tisti z jezikovnimi, digitalnimi, kognitivnimi ali funkcionalnimi ovirami, pri njegovi uporabi srečujejo s težavami. Uporabniško usmerjenost organizacije je zato treba preverjati tudi s podatki o pacientovih izkušnjah, opazovanjem uporabniških poti, presojanjem razumljivosti gradiv in digitalnih rešitev ter neposrednim vključevanjem uporabnikov.

7.3 Razvojne vrzeli in razlike med zdravstvenimi domovi

Četrto raziskovalno vprašanje se je nanašalo na opisne razlike v agregiranih povprečnih ocenah med sodelujočimi zdravstvenimi domovi. Te se kažejo predvsem pri formalnem vključevanju zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo, sistematičnem načrtovanju nadaljnjih dejavnosti, spremljanju napredka ter povezovanju z drugimi izvajalci in lokalnim okoljem. Ugotovitve kažejo, da organizacijska zdravstvena pismenost v sodelujočih zdravstvenih domovih še ni povsod vzpostavljena kot horizontalno načelo, ki bi povezovalo vodenje, upravljanje kakovosti, razvoj zaposlenih, digitalizacijo, varnost pacientov in sodelovanje z uporabniki. Med sodelujočimi zdravstvenimi domovi so bile ugotovljene tudi opazne opisne razlike. Skupna povprečja so se gibala med 1,81 in 2,61. ZD 6 je dosegel najvišje skupno povprečje in najvišje rezultate pri petih standardih, medtem ko je ZD 4 pri vseh sedmih standardih dosegel najnižje vrednosti. Relativno dosleden položaj posameznih zdravstvenih domov pri različnih standardih lahko kaže, da na organizacijsko zdravstveno pismenost ne vplivajo le posamezne komunikacijske prakse, temveč širše značilnosti vodenja, organizacijske kulture, notranjega sodelovanja in razvojne usmerjenosti. Razlik ni mogoče pojasniti samo na podlagi zbranih podatkov. Povezane so lahko z velikostjo in kompleksnostjo zdravstvenega doma, načinom vodenja, razpoložljivostjo kadrovskih in finančnih virov, predhodnimi dejavnostmi na področju kakovosti, digitalno infrastrukturo, organizacijsko kulturo ter značilnostmi okolja in uporabnikov. Na rezultate je lahko vplivala tudi sestava ocenjevalnih skupin. Skupine z večjim deležem vodstvenih ali administrativnih delavcev lahko organizacijske strukture ocenjujejo drugače kot skupine, v katerih prevladujejo zaposleni, ki so v neposrednem stiku s pacienti. Zaradi različnega števila sodelujočih

in pilotne narave raziskave ugotovljenih razlik ni mogoče obravnavati kot statistično potrjeno razvrstitev zdravstvenih domov. Primerjava je primerna predvsem za prepoznavanje različnih razvojnih profilov in ne za oblikovanje lestvice uspešnosti organizacij. Za pojasnitev razlik bi bilo v nadaljnjih raziskavah smiselno povezati rezultate OHL-PHC z organizacijskimi značilnostmi, kot so velikost, kadrovska struktura, način vodenja, obstoj strategije kakovosti, predhodna usposabljanja, kazalniki dostopnosti ter izkušnje pacientov. Koristna bi bila tudi kvalitativna analiza procesov v zdravstvenih domovih z najvišjimi in najnižjimi ocenami, saj bi omogočila prepoznavanje organizacijskih dejavnikov in dobrih praks, ki jih s kvantitativnim samoocenjevanjem ni mogoče zajeti.

7.4 Možnosti in omejitve uporabe orodja OHL-PHC v slovenskem okolju

Peto raziskovalno vprašanje je bilo usmerjeno v možnosti in omejitve uporabe orodja OHL-PHC, prepoznane med pilotno izvedbo. OHL-PHC je bilo razvito kot samoocenjevalno orodje, ki organizacijam primarnega zdravstvenega varstva omogoča sistematično prepoznavanje močnih področij, pomanjkljivosti in možnosti za izboljšanje organizacijske zdravstvene pismenosti (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Orodje je zasnovano predvsem kot podpora organizacijskemu razvoju in načrtovanju izboljšav, ne zgolj kot merski instrument za pridobivanje skupnega rezultata. Ugotovitve naše raziskave temeljijo na izvedbi individualnega ocenjevanja in skupinske razprave ter na sposobnosti instrumenta, da razlikuje med posameznimi področji organizacijskega delovanja. Ker razumljivost, sprejemljivost, časovna zahtevnost in izkušnje udeležencev niso bile sistematično merjene, ugotovitev ni mogoče razlagati kot celovito presojo uporabnosti oziroma izvedljivosti instrumenta. Pri presoji izvedljivosti je namreč smiselno ločeno obravnavati več vidikov, med drugim sprejemljivost, praktičnost, izvedbo in potrebne organizacijske vire (Bowen idr., 2009). Tudi evropska pilotna raziskava sorodnega instrumenta OHL-Hos je pokazala, da je treba pri presoji izvedljivosti poleg vsebinskih rezultatov sistematično spremljati sprejemljivost, način izvedbe, praktičnost ter časovno in organizacijsko zahtevnost samoocenjevalnega procesa (Straßmayr idr., 2025). Pilotna izvedba je pokazala, da orodje omogoča strukturirano samooceno različnih področij organizacijske zdravstvene pismenosti in prepoznavanje razvojnih vrzeli, ki jih splošni kazalniki kakovosti pogosto ne zajamejo. Takšna uporaba je skladna z osnovnim namenom samoocenjevalnih instrumentov organizacijske zdravstvene pismenosti, ki organizacijam omogočajo diagnosticiranje trenutnega stanja, določanje prednostnih področij ter načrtovanje in spremljanje izboljšav (Klockmann idr., 2023; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Pomembna prednost OHL-PHC je njegova celovitost, saj ocenjevanja ne omejuje na komunikacijo med posameznim zdravstvenim delavcem in pacientom, temveč vključuje tudi dostop in navigacijo, jasno in razumljivo komunikacijo, krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov in zaposlenih, vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo, nadaljnje organizacijske dejavnosti ter digitalno zdravstveno pismenost. OHL-PHC tako vključuje sedem standardov, ki zdravstveno pismenost obravnavajo kot značilnost celotnega organizacijskega okolja in ne zgolj kot individualno kompetenco zdravstvenega delavca ali uporabnika (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Posebno razvojno vrednost ima skupinska razprava, v kateri zaposleni iz različnih poklicnih in organizacijskih skupin primerjajo individualne presoje ter pojasnjujejo razloge za razlike. Tudi pri mednarodni pilotni uporabi OHL-Hos se je pokazalo, da interdisciplinarna in medhierarhična sestava ocenjevalnega tima omogoča vključevanje različnih pogledov na delovanje organizacije, skupna razprava pa spodbuja refleksijo, oblikovanje konsenza ter prepoznavanje področij za izboljšanje (Straßmayr idr., 2025). Razhajanja med

individualnimi ocenami zato niso nujno zgolj metodološka pomanjkljivost, temveč lahko predstavljajo pomemben rezultat samoocenjevalnega procesa. Opozarjajo lahko na neenotne prakse, različno poznavanje organizacijskih postopkov, neenak dostop do informacij ali odsotnost skupnega razumevanja posameznih organizacijskih procesov. Straßmayr idr. (2025) so podobno ugotovili, da se lahko ocene razlikujejo glede na poklicno in organizacijsko perspektivo sodelujočih ter da skupna razprava omogoča pojasnjevanje pomena postavk, izmenjavo dodatnih informacij in oblikovanje skupne presoje. Orodje je zato primerno predvsem kot podlaga za organizacijsko refleksijo, prepoznavanje prednostnih področij in načrtovanje izboljšav, manj pa za neposredno rangiranje zdravstvenih domov. Namen samoocenjevanja organizacijske zdravstvene pismenosti je namreč predvsem podpiranje organizacijskega učenja in razvoja ter prepoznavanje področij, na katerih je mogoče načrtovati konkretne spremembe (Klockmann idr., 2023; Straßmayr idr., 2025). Primerjava rezultatov med organizacijami je sicer lahko informativna, vendar mora upoštevati razlike v organizacijskem kontekstu, sestavi ocenjevalnih timov in poznavanju posameznih procesov.

Omejitev naše pilotne uporabe je, da niso bili sistematično zbrani procesni podatki o času izpolnjevanja, razumljivosti posameznih postavk, sprejemljivosti instrumenta in izkušnjah sodelujočih. To je pomembno tudi glede na ugotovitve mednarodnega pilotiranja OHL-Hos, kjer sta bili dolžina in časovna zahtevnost instrumenta prepoznani kot pomembni omejitvi njegove praktične izvedljivosti, skupinska razprava pa je bila kljub temu ocenjena kot posebej koristna za organizacijsko učenje in refleksijo (Straßmayr idr., 2025). Prav tako v naši raziskavi ni bila preverjena občutljivost instrumenta za zaznavanje sprememb skozi čas. Pri nadaljnji uporabi bi bilo zato smiselno izvesti strukturirano procesno evalvacijo ter dodatno preveriti vsebinsko veljavnost, razumljivost, zanesljivost in odzivnost slovenske različice instrumenta. Odzivnost predstavlja sposobnost merskega instrumenta, da zazna spremembo v merjenem konstruktu skozi čas, zato je pomembna lastnost instrumentov, ki se uporabljajo za spremljanje učinkov organizacijskih sprememb (Mokkink idr., 2010). Ponavljajoče se merjenje bi tako omogočilo presojo, ali se rezultati OHL-PHC spreminjajo skladno z izvedenimi organizacijskimi izboljšavami in ali zaznane spremembe spremljajo ugodnejše izkušnje uporabnikov ter izboljšanje drugih kazalnikov kakovosti. Takšen longitudinalni pristop bi OHL-PHC dodatno utrdil kot razvojno in evalvacijsko orodje za sistematično spremljanje organizacijske zdravstvene pismenosti.

7.5 Praktični in sistemski pomen ugotovitev

Rezultati imajo pomembne praktične posledice za zdravstvene domove. Kažejo, da izboljševanje organizacijske zdravstvene pismenosti ne zahteva le dodatnega izobraževanja zaposlenih ali priprave razumljivejših gradiv, temveč predvsem njeno sistematično vključevanje v vodenje, organizacijske procese in upravljanje kakovosti. Takšno razumevanje je skladno s sodobnimi koncepti zdravstveno pismene organizacije, ki poudarjajo, da mora biti zdravstvena pismenost vključena v poslanstvo, strukturo in delovanje organizacije, načrtovanje, vrednotenje, varnost pacientov ter procese izboljševanja kakovosti (Brach, 2024; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Vodstvo mora zato opredeliti odgovornosti, razvojne cilje, merljive kazalnike in način rednega spremljanja napredka. Organizacijska zdravstvena pismenost mora biti vključena v strateške dokumente, načrte strokovnega izpopolnjevanja, razvoj digitalnih storitev, obravnavo pritožb in varnostnih dogodkov ter vrednotenje pacientovih izkušenj. Takšen sistemski pristop omogoča prehod od posameznih, nepovezanih aktivnosti k trajnejšemu organizacijskemu razvoju (Klockmann idr., 2023; Straßmayr idr., 2025). Na ravni posameznega zdravstvenega doma rezultati omogočajo izbiro omejenega

števila prednostnih ukrepov, ki izhajajo iz najnižje ocenjenih standardov in kazalnikov. Samoocenjevanje organizacijske zdravstvene pismenosti je namreč namenjeno prav prepoznavanju močnih področij, razvojnih vrzeli in potencialov za izboljšave ter izbiri in vrednotenju ukrepov, prilagojenih konkretnemu organizacijskemu okolju (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024; Straßmayr idr., 2025). Ukrepi lahko vključujejo pregled uporabniških poti, poenostavitev postopkov naročanja, standardizacijo jasnega komuniciranja, uporabo metode teach-back, preverjanje razumljivosti gradiv, izboljšanje označevanja prostorov, podporo pri uporabi digitalnih storitev in vključevanje uporabnikov v načrtovanje organizacijskih izboljšav. Podobne ukrepe za primarno zdravstveno varstvo priporoča tudi AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, ki med ključne strategije uvršča jasno komunikacijo, preverjanje razumevanja z metodo teach-back, izboljšanje navigacije, pripravo razumljivih pisnih gradiv in sistematično pridobivanje povratnih informacij uporabnikov (Brach, 2024). Ključno je, da so za vsak ukrep določeni odgovorna oseba, časovni okvir, potrebni viri ter kazalniki izvedbe in učinka. AHRQ pri pripravi načrta izboljšav posebej priporoča določitev konkretnih in merljivih ciljev, nosilcev aktivnosti, kazalnikov spremljanja ter zbiranje podatkov pred izvedbo sprememb in po njej (Brach, 2024). Na sistemski ravni ugotovitve podpirajo vključevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v nacionalne standarde in kazalnike kakovosti primarnega zdravstvenega varstva. Organizacijska zdravstvena pismenost je vse bolj razumljena kot sestavni del kakovosti zdravstvene obravnave, saj vključuje ne le komunikacijo, temveč tudi vodenje, organizacijske strukture, dostopnost, navigacijo, vključevanje uporabnikov ter spremljanje in razvoj organizacijskih praks (Brach, 2024; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024). Razvoj posebnih kazalnikov organizacijske zdravstvene pismenosti je pomemben tudi zato, ker omogoča vključevanje tega področja v širše procese zagotavljanja in izboljševanja kakovosti (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020). Samooceno bi bilo smiselno povezati s podatki o dostopnosti, varnosti pacientov, pritožbah, izkušnjah in izidih pacientov ter razlikah med skupinami uporabnikov. Takšno povezovanje različnih virov podatkov omogoča celovitejšo presojo, ali spremembe v organizacijski zdravstveni pismenosti spremljajo tudi izboljšave drugih vidikov kakovosti in uporabniške izkušnje. Pri načrtovanju izboljšav AHRQ priporoča vključevanje že obstoječih kazalnikov, kot so izkušnje pacientov in zadovoljstvo zaposlenih, ter specifičnih kazalnikov zdravstvene pismenosti in povratnih informacij uporabnikov (Brach, 2024). Ponavljajoče se merjenje bi omogočilo spremljanje sprememb skozi čas, primerjavo rezultatov z izhodiščnim stanjem ter ugotavljanje, ali izvedene intervencije dejansko izboljšujejo dostopnost, razumljivost in uporabnost storitev. AHRQ zato priporoča ponovno samoocenjevanje organizacijske zdravstvene pismenosti v rednih časovnih intervalih in spremljanje izbranih kazalnikov tudi po doseganju prvotno zastavljenih ciljev (Brach, 2024). Podobno je namen mednarodnih samoocenjevalnih orodij OHL tudi podpora načrtovanju, izvajanju in vrednotenju ukrepov za izboljšanje organizacijske odzivnosti na potrebe uporabnikov (M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024; Straßmayr idr., 2025).

Primerjava med zdravstvenimi domovi pa bi morala biti predvsem razvojno usmerjena ter podpirati prepoznavanje uspešnih praks, organizacijsko učenje in izmenjavo izkušenj, ne pa tekmovalno razvrščanje organizacij. Samoocenjevalna orodja organizacijske zdravstvene pismenosti so namreč prvenstveno zasnovana kot podpora organizacijskemu razvoju, prepoznavanju področij za izboljšave in načrtovanju intervencij v konkretnem organizacijskem kontekstu (Klockmann idr., 2023; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

7.6 Omejitve raziskave in samoocenjevalnega pristopa

Rezultate je treba presojati ob upoštevanju več omejitev. V raziskavo je bilo namensko vključenih 12 zdravstvenih domov, ki so bili pripravljeni sodelovati, zato vzorec ni reprezentativen za vse slovenske zdravstvene domove. Pripravljenost vodstva za sodelovanje lahko pomeni, da so bile vključene organizacije bolj odprte za razvoj kakovosti in zdravstvene pismenosti, kar bi lahko vplivalo na ugodnejše rezultate. Temeljna omejitev je samoocenjevalna narava instrumenta. Ocene izražajo zaznave zaposlenih in ne pomenijo nujno objektivnega dokaza, da so posamezni postopki dosledno izvedeni ali da jih uporabniki doživljajo kot dostopne in razumljive. Na odgovore lahko vplivajo socialna zaželenost, različno poznavanje organizacijskih procesov, poklicna vloga, kritičnost posameznika ter želja po ugodnejši predstavitvi lastne organizacije. Mogoč je tudi nasproten učinek: bolj refleksivne in razvojno usmerjene organizacije lahko svoje delovanje ocenjujejo strožje kot organizacije, v katerih je zavedanje o organizacijski zdravstveni pismenosti manj razvito. Pomembna metodološka omejitev je tudi sestava ocenjevalnih skupin in različno število sodelujočih po zdravstvenih domovih. Ker so zaposleni gnezdeni znotraj posameznih organizacij, njihovih ocen ni mogoče obravnavati kot popolnoma neodvisnih. Poleg tega je treba jasno razlikovati med individualnimi ocenami zaposlenih in konsenzualno organizacijsko oceno, ki nastane v skupinski razpravi. Posamezni pristop meri razpršenost zaznav znotraj organizacije, konsenzualni pristop pa skupno organizacijsko presojo; zato imata pristopa različen analitični pomen. Samooceno je treba v prihodnje dopolniti s pregledom organizacijskih dokumentov, neposrednim opazovanjem uporabniških poti, presojo gradiv in digitalnih rešitev, intervjuji ali fokusnimi skupinami z uporabniki ter objektivnimi kazalniki dostopnosti, varnosti in kakovosti. Posebno pomembno je vključiti uporabnike, ki se srečujejo z jezikovnimi, digitalnimi, socialnimi, kognitivnimi ali funkcionalnimi ovirami, saj njihove izkušnje v ocenah zaposlenih morda niso dovolj zastopane. Longitudinalna uporaba instrumenta pa bi omogočila presojo njegove občutljivosti za spremembe in ugotavljanje, ali izboljšanje samoocene spremljajo tudi boljše izkušnje in izidi uporabnikov.

Kljub navedenim omejitvam raziskava zagotavlja prvi strukturirani vpogled v organizacijsko zdravstveno pismenost slovenskih zdravstvenih domov. Njena vrednost ni predvsem v oblikovanju dokončne ocene ali razvrstitve organizacij, temveč v prepoznavanju skupnega razvojnega vzorca: neposredno uporabniške prakse so razmeroma dobro razvite, njihova strateška, vodstvena in sistemska podpora pa ostaja manj utrjena. Prav prehod od posameznih dobrih praks k sistematično vodeni, merjeni in trajnostni organizacijski odgovornosti predstavlja osrednjo razvojno nalogo organizacijske zdravstvene pismenosti v slovenskem primarnem zdravstvenem varstvu.

8 SKLEP IN PRIPOROČILA

Organizacijska zdravstvena pismenost pomeni premik od pretežno individualnega razumevanja zdravstvene pismenosti k deljeni odgovornosti posameznika, zdravstvenih delavcev, organizacije in zdravstvenega sistema. Zdravstveno pismena organizacija zato ne pričakuje, da se bo uporabnik sam prilagodil kompleksnim informacijam, postopkom in digitalnim potem, temveč sistematično zmanjšuje nepotrebno kompleksnost ter omogoča dostopno, razumljivo, varno, povezano in pravično zdravstveno obravnavo. Takšen pristop je skladen z relacijskim razumevanjem zdravstvene pismenosti in sodobnimi okviri kakovosti, ki poudarjajo osredotočenost na človeka, varnost, pravičnost, kontinuiranost in izboljševanje na podlagi podatkov (Brach, 2024; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024; WHO, 2020). Pilotna uporaba OHL-PHC v 12 slovenskih zdravstvenih domovih je pokazala razmeroma ugoden skupni razvojni profil, vendar tudi jasno notranjo neuravnoteženost. Najvišje so bili ocenjeni dostop do storitev in navigacija (M = 2,66), krepitev zdravstvene pismenosti uporabnikov (M = 2,49) ter jasna in razumljiva komunikacija (M = 2,31). Nižje sta bila ocenjena vključevanje zdravstvene pismenosti v vodenje in organizacijsko strukturo (M = 1,86) ter nadaljnje dejavnosti organizacije (M = 1,89). Sestavljena neposredno uporabniško usmerjena dimenzija je dosegla M = 2,49 (SO = 0,36), organizacijsko-strateška pa M = 1,99 (SO = 0,60). Pri 86,1 % sodelujočih je bila neposredno uporabniška dimenzija ocenjena višje od organizacijsko-strateške. Ugotovitve kažejo, da so prakse, vidne v neposrednem stiku z uporabnikom, praviloma bolje razvite kot organizacijski mehanizmi, ki bi te prakse trajno vgradili v vodenje, razvoj zaposlenih, sisteme kakovosti, mreženje in spremljanje učinkov.

Osrednja razvojna naloga slovenskih zdravstvenih domov zato ni predvsem povečevanje števila posameznih aktivnosti, temveč njihova institucionalizacija. Zdravstvena pismenost mora postati sestavni del strateškega odločanja, upravljanja kakovosti, varnosti pacientov, kadrovske politike, digitalizacije, koordinacije obravnave in vključevanja uporabnikov. Pregledi organizacijskih intervencij kažejo, da so za trajnejše spremembe pomembni podpora vodstva, jasno določena odgovornost, vključevanje zaposlenih in uporabnikov, ustrezni viri, prilagajanje lokalnemu kontekstu ter povezava z obstoječimi sistemi kakovosti (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Neposredno uporabniško usmerjena dimenzija je najvišje ocenjena, digitalna zdravstvena pismenost zavzema vmesni položaj, organizacijsko-strateška dimenzija pa ostaja najšibkejša. S temi rezultati nismo želeli določati prag uspešnosti posamezne organizacije ali primarne ravni zdravstvenega varstva, temveč prikazati relativni razvojni razkoraka, ki usmerja prednostne naloge: ohraniti in standardizirati dobro razvite uporabniške prakse ter okrepiti njihove vodstvene, kadrovske, organizacijske in medorganizacijske temelje.

8.1 Predlagani model razvoja zdravstveno pismene organizacije

Na podlagi ugotovitev pilotne raziskave, zasnove OHL-PHC ter literature o implementaciji organizacijske zdravstvene pismenosti je predlagan ciklični model razvoja zdravstveno pismene organizacije. Model ni nov merski instrument in ni empirično validiran kot samostojen implementacijski model; predstavlja avtorsko sintezo, namenjeno prenosu ugotovitev monografije v izvedljive razvojne korake. Temelji na načelu, da samoocena nima razvojne vrednosti, če ni povezana z izbiro prioritet, odgovornostmi, ukrepi, spremljanjem in ponovnim

vrednotenjem (De Gani idr., 2020; Klockmann idr., 2023; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024; Straßmayr idr., 2025).



Slika 1: Predlagani ciklični model razvoja zdravstveno pismene organizacije

Slika 1 prikazuje šest medsebojno povezanih korakov. Cikel se začne z vodstvenim mandatom in jasno odgovornostjo, nadaljuje z izhodiščno presojo stanja ter soustvarjanjem prednostnih izboljšav, nato pa z izvedbo, spremljanjem in vrednotenjem. Po vrednotenju se uspešne rešitve vključijo v redne organizacijske procese, nerešena področja pa se prenesejo v nov cikel izboljševanja. V središču modela ostajajo uporabnik, pravičnost, kakovost in varnost, saj organizacijska zdravstvena pismenost ni cilj sama po sebi, temveč način zmanjševanja zahtev zdravstvenega okolja in izboljševanja sposobnosti ljudi, da storitve uspešno uporabljajo.

Tabela 20: Koraki implementacije predlaganega modela, odgovornosti in pričakovani dokazi napredka

Korak	Ključne aktivnosti	Primarna odgovornost	Primeri dokazov/kazalnikov	Predlagani ritem
1. Mandat in vodenje	Formalna vključitev OZP v strategijo kakovosti; imenovanje nosilca in interdisciplinarne skupine; zagotovitev virov.	Direktor/vodstvo; svet zavoda; vodja kakovosti.	OZP v strateškem načrtu; imenovan nosilec; potrjen akcijski okvir; razpoložljivi viri.	Ob začetku in letni pregled.
2. Izhodiščna presoja	OHL-PHC; pregled PREM/PROM, pritožb, varnostnih dogodkov, dostopnosti, uporabniških poti, gradiv in digitalnih rešitev.	Koordinator OZP; kakovost; vodje enot; predstavniki uporabnikov.	Izhodiščni profil standardov; identificirane ovire; razlike med skupinami uporabnikov.	Celovito na 12–24 mesecev; izbrane podatke stalno.
3. Prioritete in soustvarjanje	Izbor 2–4 razvojnih prioritet glede na nizke ocene, tveganje, pravičnost, izvedljivost in pomen za uporabnike.	Vodstvo in interdisciplinarna skupina skupaj z uporabniki.	Dogovorjene prioritete; SMART cilji; odgovorne osebe; roki in viri.	Po vsaki celoviti presoji.
4. Izvedba ukrepov	Poenostavitev poti; jasna komunikacija; teach-back; prenova gradiv; navigacijska in digitalna podpora; izboljšanje prehodov.	Vodje procesov/enot; strokovni nosilci; IT; izobraževanje; kakovost.	Izvedeni ukrepi; delež usposobljenih; posodobljeni procesi in gradiva; dokumentirane spremembe.	Kontinuirano v 6–12-mesečnih akcijskih ciklih.
5. Spremljanje kazalnikov	Spremljanje strukturnih, procesnih, izidnih in pravičnostnih kazalnikov; pregled odstopanj in povratnih informacij.	Kakovost; koordinator OZP; analitika/IT; vodje procesov.	Nadzorna plošča; trendi; odstopanja; analize po skupinah; poročila vodstvu.	Mesečno/četrtletno za procesne; polletno za širši pregled.
6. Vrednotenje in institucionalizacija	Presoja doseganja ciljev; ponovna samoocena; odločitev o standardizaciji, prilagoditvi ali opustitvi ukrepov; izmenjava dobrih praks.	Vodstvo; kakovost; interdisciplinarna skupina; uporabniki.	Sprememba OHL-PHC; PREM/PROM; kazalniki varnosti in dostopa; vključitev uspešnih rešitev v redne standarde.	Letno vrednotenje; celovita ponovna presoja na 12–24 mesecev.

Časovni ritem v tabeli je predlog za organizacijsko uporabo in ga je treba prilagoditi velikosti zdravstvenega doma, obsegu sprememb ter razpoložljivim podatkom. Ključno načelo ni pogostost merjenja sama po sebi, temveč sklenjena povratna zanka med podatki, odločanjem in izboljševanjem. AHRQ priporoča, da organizacije pri načrtovanju izboljšav določijo merljive cilje, nosilce, kazalnike in spremljanje pred ter po spremembi, OHL-PHC pa samooceno opredeljuje kot osnovo za izbiro in izvedbo ukrepov (Brach, 2024; M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services, 2024).

8.2 Upravljanje odgovornosti: od vodstva do uporabnika

Trajnost organizacijske zdravstvene pismenosti zahteva porazdeljeno, vendar jasno odgovornost. Najvišje vodstvo zagotavlja mandat, vire in vključitev ciljev v sistem kakovosti; brez tega se dejavnosti pogosto ohranijo kot časovno omejeni projekti ali pobude posameznikov. Vodja kakovosti oziroma imenovani koordinator organizacijske zdravstvene pismenosti skrbi za povezovanje samoocene, akcijskega načrta, kazalnikov in poročanja. Vodje enot in procesov so odgovorni, da se dogovorjene prakse izvajajo v vsakodnevnem delu, strokovni nosilci in izobraževalci pa za razvoj kompetenc ter standardov komunikacije. Informacijska podpora mora biti vključena v presojo digitalne dostopnosti in uporabnosti, področje kakovosti in varnosti pa mora ugotovitve povezovati s pritožbami, incidenti, PREM/PROM ter drugimi kazalniki. Takšna razdelitev odgovornosti je skladna z dokazi, da so jasen mandat, podpora vodstva in povezava s sistemi kakovosti ključni pogoji implementacije (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025).
Uporabniki niso le prejemniki zdravstveno pismenih storitev, temveč partnerji pri njihovem oblikovanju. Smiselno jih je vključevati pri testiranju naročanja, spletnih strani, navodil, signalizacije in uporabniških poti ter pri presoji predlaganih izboljšav. Posebno pomembno je namensko vključevanje skupin, ki se srečujejo z jezikovnimi, socialnimi, funkcionalnimi, kognitivnimi ali digitalnimi ovirami. Sodelovanje uporabnikov lahko razkrije organizacijske ovire, ki jih zaposleni zaradi poznavanja notranjih postopkov ne zaznajo (Cluley idr., 2022; WHO, 2024b).

8.3 Kazalniki in sistem spremljanja

Organizacijske zdravstvene pismenosti ni smiselno spremljati z enim agregiranim rezultatom. Samoocena OHL-PHC predstavlja razvojno diagnozo, ki jo je treba povezati s strukturnimi, procesnimi, izidnimi in pravičnostnimi kazalniki. Strukturni kazalniki pokažejo, ali so vzpostavljeni pogoji za zdravstveno pismeno delovanje; procesni, ali se dogovorjene prakse dejansko izvajajo; izidni, ali spremembe izboljšujejo izkušnje, razumevanje, navigacijo, varnost in uporabo storitev; pravičnostni pa, ali se izboljšanje dosega tudi pri skupinah z več ovirami. Tak pristop je skladen z večdimenzionalnim spremljanjem kakovosti in s priporočili, da se samoocena dopolni z neposredno uporabniško perspektivo in rutinskimi podatki organizacije (Brach, 2024; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023; Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025).

Tabela 21: Predlagani jedrni kazalniki spremljanja organizacijske zdravstvene pismenosti

Raven	Jedrni kazalnik	Vir podatkov	Interpretacija	Spremljanje
Struktura	OZP vključena v strateške/letne cilje in sistem kakovosti	Strategija, letni načrt, sklepi vodstva	Formalna institucionalizacija	Letno
	Imenovan nosilec in interdisciplinarna skupina	Organigram/sklep	Jasnost odgovornosti	Letno
	Standardi jasne pisne, ustne in digitalne komunikacije	Interni standardi/protokoli	Organizacijska podpora doslednim praksam	Letno
Proces	Delež ključnih procesov/gradiv, pregledanih z vidika zdravstvene pismenosti	Register procesov in gradiv	Obseg dejanske implementacije	Polletno
	Uporaba preverjanja razumevanja pri izbranih visoko tveganih stikih	Revizija dokumentacije/opazovanje	Doslednost jasne komunikacije	Četrtletno vzorčenje
	Jasno opredeljen naslednji korak pri napotitvah, rezultatih in prehodih	Revizija poti/primerov	Kontinuiranost in koordinacija	Četrtletno
	Vključevanje uporabnikov v razvoj informacij, storitev in digitalnih rešitev	Zapisniki, testiranja, fokusne skupine	Soustvarjanje in uporabnost	Polletno
Izid	PREM: razumljivost informacij, dostop, navigacija, sodelovanje in koordinacija	Standardizirano merjenje izkušenj	Uporabniška perspektiva kakovosti	Letno
	Pritožbe in varnostni dogodki s komunikacijsko/navigacijsko komponento	Sistem kakovosti in varnosti	Prepoznavanje škode in ponavljajočih se ovir	Četrtletno
	Neizvedeni termini ali ponovni kontakti, povezani z nerazumevanjem postopkov	Administrativni podatki	Možni učinek kompleksnosti procesov	Četrtletno
Pravičnost	Razlike v dostopu, PREM in uporabi digitalnih storitev med skupinami	Rutinski podatki + PREM	Prepoznavanje neenakosti	Letno
Razvoj	Sprememba OHL-PHC po standardih in prioritetah	Ponovna samoocena	Napredek in nove razvojne vrzeli	Na 12–24 mesecev

V tabeli 21 prikazani kazalniki morajo ostati dovolj omejeni, da jih organizacija dejansko uporablja. Priporočljivo je izbrati manjše jedro obveznih kazalnikov in dodatne kazalnike vezati na trenutno razvojno prioriteto. Pomembna je analiza trendov in razlaganje rezultatov skupaj z uporabniki in

zaposlenimi, ne zgolj zbiranje podatkov. Pri digitalnih storitvah je treba spremljati tudi, kdo storitev ne uporablja oziroma pri uporabi potrebuje pomoč, saj lahko izključno digitalni dostop poveča neenakosti. Pri kakovosti prehodov pa je treba spremljati jasnost odgovornosti, pravočasnost povratnih informacij in sposobnost uporabnika, da razume naslednji korak.

8.4 Priporočila za zdravstvene domove in vodstva

Priporočila za zdravstvene domove izhajajo neposredno iz razvojnega profila pilotne raziskave. Ker so bili dostop, navigacija in uporabniško usmerjene prakse ocenjeni ugodneje kot strateško-organizacijska področja, je smiselno obstoječe dobre prakse najprej standardizirati in nato njihovo izvajanje povezati z vodstveno odgovornostjo ter sistemom kakovosti. Prednost naj imajo spremembe, ki zmanjšujejo kompleksnost za veliko število uporabnikov in hkrati povečujejo varnost ali pravičnost:

- Vključiti organizacijsko zdravstveno pismenost v strateški in letni načrt, politiko kakovosti ter redni vodstveni pregled.
- Imenovati odgovornega nosilca oziroma interdisciplinarno skupino ter jasno določiti pristojnosti, vire in poročanje.
- Na podlagi OHL-PHC izbrati največ nekaj prednostnih izboljšav na cikel in jih opredeliti z merljivim ciljem, rokom, nosilcem ter kazalnikom učinka.
- Poenotiti informacije o dostopu, naročanju in storitvah ter zmanjševati nepotrebne korake v uporabniških poteh.
- Uvesti organizacijske standarde jasnega jezika, razumljivih gradiv in preverjanja razumevanja, zlasti pri visoko tveganih navodilih in prehodih.
- Okrepiti razvoj zaposlenih: zdravstvena pismenost naj bo vključena v uvajanje novih zaposlenih, stalno strokovno izpopolnjevanje in presojo kakovosti komunikacije.
- Digitalne rešitve razvijati po načelu vključujoče digitalizacije: z uporabniškim testiranjem, pomočjo pri uporabi in ohranjanjem alternativnih poti, kadar so potrebne.
- Samooceno povezati s PREM/PROM, pritožbami, varnostnimi dogodki, podatki o dostopu in neizvedenih terminih ter rezultate analizirati tudi z vidika pravičnosti.
- Vzpostaviti standard jasnega zaključka obravnave: kaj je bilo ugotovljeno, kaj mora storiti pacient, kaj bo storil tim, kdo je odgovoren za naslednji korak, v kakšnem roku in kam se obrniti ob težavah.
- Rezultate uporabljati za organizacijsko učenje in izmenjavo dobrih praks, ne za poenostavljeno notranje ali zunanje rangiranje enot.

Za vodstvo je posebej pomemben premik od podpore posameznim projektom k upravljanju organizacijske zdravstvene pismenosti kot stalne zmožnosti organizacije. To vključuje redno obravnavo kazalnikov na vodstvenih sestankih, zagotavljanje časa zaposlenih za izboljševanje procesov, povezavo z upravljanjem tveganj in kadrovskim razvojem ter zahtevo, da novi postopki, gradiva in digitalne rešitve pred uvedbo upoštevajo načela dostopnosti in razumljivosti. Vodstvo mora hkrati ustvarjati kulturo, v kateri razhajanje med ocenami zaposlenih ni razumljeno kot neuspeh, temveč kot informacija o neenotnem izvajanju ali različni dostopnosti organizacijskega znanja.

8.5 Priporočila za zdravstveno politiko

Pilotna raziskava ni reprezentativna za vse slovenske zdravstvene domove, zato iz nje ni mogoče neposredno določiti nacionalnih pragov uspešnosti. Ugotovljeni skupni vzorec pa utemeljuje nadaljnji sistemski razvoj področja. Nacionalna politika lahko pomembno zmanjša razlike med organizacijami, če zagotovi enotna pričakovanja, podporna orodja, usposabljanja in podatkovne infrastrukture. Slovenska Nacionalna strategija kakovosti in varnosti že zagotavlja ustrezen okvir, saj poudarja kakovost, varnost, osredotočenost na pacienta, pravičnost in odločanje na podlagi podatkov (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2023). Organizacijsko zdravstveno pismenost je zato smiselno razvijati znotraj obstoječega sistema kakovosti, ne kot vzporeden program. Nekaj usmeritev:

- Opredeliti organizacijsko zdravstveno pismenost kot eno od horizontalnih področij nacionalnega sistema kakovosti primarnega zdravstvenega varstva.
- Razviti omejen nacionalni nabor strukturnih, procesnih, izidnih in pravičnostnih kazalnikov, usklajenih z OHL-PHC ter obstoječimi podatki kakovosti.
- Vzpostaviti nacionalno podporo za periodično samoocenjevanje OHL-PHC, metodološko svetovanje in učenje med zdravstvenimi domovi.
- Vključiti zdravstveno pismenost, jasno komunikacijo, navigacijo, koordinacijo in digitalno vključevanje v kompetenčne okvire ter programe stalnega strokovnega izpopolnjevanja.
- Pri nacionalnih digitalnih rešitvah zahtevati uporabniško testiranje, standarde dostopnosti, razumljiv jezik in podporne alternativne poti za uporabnike z omejenimi digitalnimi zmožnostmi.
- Sistematično povezovati podatke OHL z nacionalnim merjenjem pacientovih izkušenj, varnostjo, dostopnostjo, neenakostmi in kazalniki koordinacije obravnave.
- Primerjavo organizacij razvijati kot razvojni benchmarking: anonimno oziroma kontekstualizirano izmenjavo dobrih praks, ne kot enostavno lestvico uspešnosti.
- Podpreti longitudinalne raziskave slovenske različice OHL-PHC, vključno z vsebinsko veljavnostjo, izvedljivostjo, odzivnostjo na spremembe in povezavami z uporabniškimi ter kliničnimi izidi.

Za nacionalno raven je posebej pomembno povezovanje organizacijske zdravstvene pismenosti s pacientovimi izkušnjami in pravičnostjo. OECD-jevi pristopi PaRIS ter aktualni WHO-jevi okviri za merjenje izkušenj na primarni ravni kažejo, da administrativni in klinični podatki sami ne zadoščajo za presojo kakovosti. Sistem mora vedeti tudi, ali so ljudje razumeli informacije, sodelovali pri odločanju, vedeli, kam se obrniti, ter doživeli usklajeno obravnavo (OECD, 2025; WHO, 2025c). V prihodnje je zato smiselno povezovati samooceno organizacije, pacientovo perspektivo in objektivne kazalnike v skupen sistem učenja.

8.6 Usmeritve za nadaljnje raziskovanje

Nadaljnje raziskovanje naj preseže enkratno samooceno. Potrebna je uporaba OHL-PHC v večjem in bolj raznolikem vzorcu organizacij ter preverjanje stabilnosti in merskih lastnosti slovenske različice. Posebno pomembno je longitudinalno spremljanje, saj šele ponovljene meritve omogočajo presojo odzivnosti instrumenta in povezovanje sprememb v samooceni s spremembami organizacijskih procesov, pacientovih izkušenj ter drugih kazalnikov kakovosti. Odzivnost je ključna lastnost instrumentov, namenjenih spremljanju sprememb skozi čas (Mokkink idr., 2010). Smiselne so tudi raziskave, ki primerjajo samooceno zaposlenih s presojo uporabnikov, opazovanjem poti, revizijo dokumentov in digitalnih rešitev.

Posebno raziskovalno vprašanje predstavlja razmerje med organizacijsko zdravstveno pismenostjo in izidi. Sistematični pregledi kažejo obetavne učinke na komunikacijo, uporabniško usmerjenost in organizacijske procese, dokazi o dolgoročnih kliničnih in ekonomskih učinkih pa ostajajo heterogeni (Kaper idr., 2021; Pelizzari idr., 2025). Zato so potrebne študije, ki jasno opredelijo intervencijo, kontekst, procesne mehanizme ter izide na ravni pacientov, zaposlenih in organizacije.

Monografija potrjuje, da organizacijske zdravstvene pismenosti ni mogoče razvijati zgolj z izobraževanjem pacientov ali zaposlenih. Ključni razvojni premik je zmanjševanje zahtev in kompleksnosti sistema ter vključevanje zdravstvene pismenosti v način, kako zdravstveni dom načrtuje dostop, komunicira, koordinira obravnavo, razvija zaposlene, uvaja digitalne rešitve, sodeluje z uporabniki in vrednoti kakovost. Rezultati pilotne raziskave kažejo, da so temelji za tak razvoj v sodelujočih zdravstvenih domovih že prisotni, vendar je neposredno uporabniško usmerjene dobre prakse treba sistematičneje podpreti z organizacijsko-strateškimi mehanizmi. Zdravstveno pismen zdravstveni dom je zato organizacija, ki odgovornost za dostopno, razumljivo, varno in pravično obravnavo prevzema na vseh ravneh: v posameznem stiku, pri oblikovanju uporabniške poti, v organizaciji dela, v vodenju in v odnosu do lokalne skupnosti. Njegov razvoj ni enkraten projekt, temveč ponavljajoč se proces samoocene, soustvarjanja, izvedbe, merjenja in učenja. Predlagani model ponuja okvir, kako ta proces povezati z obstoječimi sistemi kakovosti in ga postopno pretvoriti v trajno organizacijsko zmožnost. Njegova vrednost bo v prihodnje odvisna od tega, ali bo preizkušen v širšem naboru slovenskih organizacij, dopolnjen z neposredno uporabniško perspektivo in povezan z nacionalnimi mehanizmi kakovosti ter pravičnosti.

9 LITERATURA

Abel, T., in Benkert, R. (2022). Critical health literacy: Reflection and action for health. *Health Promotion International, 37*(4), Article daac114. https://doi.org/10.1093/heapro/daac114

Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). *The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and user's guide*. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pemat_guide.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024a). *Health literacy universal precautions toolkit* (3rd ed.). U.S. Department of Health and Human Services. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/health-literacy/3rd-edition-toolkit/health-literacy-toolkit-third-edition.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024b). *What is patient safety culture?* U.S. Department of Health and Human Services. https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024c). *Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) Medical Office Survey: 2024 user database report*. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.ahrq.gov/sops/databases/medical-office/index.html

Ausserhofer, D., Barbieri, V., Lombardo, S., Gärtner, T., Eisendle, K., Piccoliori, G., Engl, A., in Wiedermann, C. J. (2025). Health literacy gaps across language groups: A population-based assessment in Alto Adige/South Tyrol, Italy. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 15(8), Article 153. https://doi.org/10.3390/ejihpe15080153

Barton, A. J., Allen, P. E., Boyle, D. K., Loan, L. A., Stichler, J. F., in Parnell, T. A. (2018). Health literacy: Essential for a culture of health. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 49*(2), 73–78. https://doi.org/10.3928/00220124-20180116-06

Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A., Seven, Ü. S., Skoetz, N., Kalbe, E., in Woopen, C. (2021). "The system has to be health literate, too": Perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC Health Services Research, 21*, 716. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x

Baxter, K. A., Sachdeva, N., in Baker, S. (2025). The application of cognitive load theory to the design of health and behavior change programs: Principles and recommendations. *Health Education in Behavior, 52*(4), 469–477. https://doi.org/10.1177/10901981251327185

Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C., Sparkes, L., Hawkins, M., in Osborne, R. H. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health, 15*, Article 678. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z

Beese, A.-S., Nicca, D., Jaks, R., Stuermer, N., in De Gani, S. M. (2022). How do primary care organizations rate their level of organizational health literacy? Results of a Swiss pilot-study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(23), Article 16139. https://doi.org/10.3390/ijerph192316139

Bergholtz, J., Wolf, A., Crine, V., Cleeve, H., Santana, M.-J., in Björkman, I. (2024). Patient and public involvement in healthcare: A systematic mapping review of systematic reviews—Identification of current research and possible directions for future research. *BMJ Open, 14*(9), Article e083215. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083215

Berkman, N. D., Davis, T. C., in McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication, 15*(Suppl. 2), 9–19. https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985

Bhatt, C., Lin, E., Ferreira-Legere, L. E., Jackevicius, C. A., Ko, D. T., Lee, D. S., Schade, K., Johnston, S., Anderson, T. J., in Udell, J. A. (2024). Evaluating readability, understandability, and

actionability of online printable patient education materials for cholesterol management: A systematic review. *Journal of the American Heart Association, 13*(8), e030140. https://doi.org/10.1161/JAHA.123.030140

Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 452–457. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002

Brach, C. (Ed.). (2024). AHRQ health literacy universal precautions toolkit (3rd ed.; AHRQ Publication No. 23-0075). Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/health-literacy/3rd-edition-toolkit/health-literacy-toolkit-third-edition.pdf

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., in Schillinger, D. (2012). *Ten attributes of health literate health care organizations*. *NAM Perspectives*. https://doi.org/10.31478/201206a

Bradford, A., Ehsan, S., Shahid, U., Blackall, L., in Singh, H. (2024). *Electronic test result communication in the era of the 21st Century Cures Act* (AHRQ Publication No. 24-0010-3-EF). Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/diagnostic-safety-issue-brief-test-result-communication.pdf

Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., in Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research, 21*, Article 664. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z

Budde, H., Williams, G. A., Scarpetti, G., Kroezen, M., in Maier, C. B. (2022). *What are patient navigators and how can they improve integration of care?* European Observatory on Health Systems and Policies. ISSN: 1997-8073

Castro-Sánchez, E., Chang, P. W. S., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A., in Holmes, A. H. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International Journal of Infectious Diseases, 43*, 103–110. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *CDC Clear Communication Index: A tool for developing and assessing CDC public communication products—User guide*. U.S. Department of Health and Human Services. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21459

Charoghchian Khorasani, E., Tavakoly Sany, S. B., Tehrani, H., Doosti, H., in 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), Article 7544. https://doi.org/10.3390/ijerph17207544

Chu, T. C.-C., Kelly, R. K., Hu, Y.-J., Elmer, S., in Nash, R. (2024). A systematic scoping review and content analysis of organizational health literacy responsiveness assessment tools. *Health Promotion International, 39*(3), Article daae064. https://doi.org/10.1093/heapro/daae064

Cluley, V., Ziemann, A., Feeley, C., Olander, E. K., Shamah, S., in Stavropoulou, C. (2022). Mapping the role of patient and public involvement during the different stages of healthcare innovation: A scoping review. *Health Expectations, 25*(3), 840–855. https://doi.org/10.1111/hex.13437

Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C., in George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Science, 6*(1), Article 3061. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7889072/pdf/nihms-1668987.pdf

Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., in Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Family Medicine, 25*(6), 391–395. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8349060/

De Gani, S. M., Nowak-Flück, D., Nicca, D., in Vogt, D. (2020). Self-assessment tool to promote organizational health literacy in primary care settings in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), Article 9497. https://doi.org/10.3390/ijerph17249497

Devlin, A. S. (2014). Wayfinding in healthcare facilities: Contributions from environmental psychology. *Behavioral Sciences, 4*(4), 423–436. https://doi.org/10.3390/bs4040423

Dietscher, C., in Pelikan, J. M. (2017). Health-literate hospitals and healthcare organizations: Results from an Austrian feasibility study on the self-assessment of organizational health literacy in hospitals. In D. Schaeffer and J. M. Pelikan (Eds.), *Health literacy: Forschungsstand und Perspektiven* (pp. 303–313). Hogrefe.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Edwards, M., Wood, F., Davies, M., in Edwards, A. (2015). "Distributed health literacy": Longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations, 18*(5), 1180–1193. https://doi.org/10.1111/hex.12093

Erjavec, K., in Štemberger Kolnik, T. (2026). *Merjenje organizacijske zdravstvene pismenosti na primarni ravni zdravstvenega varstva (V3-24039): Razvoj priporočil in intervencij*. Fakulteta za zdravstvene vede Celje in Univerza v Novem mestu.

Farmanova, E., Bonneville, L., in 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*, 1–17. https://doi.org/10.1177/0046958018757848

Finbråten, H. S., Nowak, P., Griebler, R., Bíró, É., Vrdelja, M., Charafeddine, R., Griese, L., Bøggild, H., Schaeffer, D., Link, T., Kucera, Z., Mancini, J., in Pelikan, J. M. (2022). The HLS19-COM-P, a new instrument for measuring communicative health literacy in interaction with physicians: Development and validation in nine European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18), Article 11592. https://doi.org/10.3390/ijerph191811592

Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., in Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(5), 446–451. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001

Friedemann Smith, C., Lunn, H., Wong, G., in Nicholson, B. D. (2022). Optimising GPs' communication of advice to facilitate patients' self-care and prompt follow-up when the diagnosis is uncertain: A realist review of "safety-netting" in primary care. *BMJ Quality in Safety, 31*(7), 541–554. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014529

Galmarini, E., Marciano, L., in Schulz, P. J. (2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research, 24*, Article 718. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11138-1

Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., in Schaeffer, D. (2020). Challenges in navigating the health care system: Development of an instrument measuring navigation health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(16), Article 5731. https://doi.org/10.3390/ijerph17165731

Griese, L., Finbråten, H. S., Francisco, R., De Gani, S. M., Griebler, R., Guttersrud, Ø., Jaks, R., Le, C., Link, T., Silva da Costa, A., Telo de Arriaga, M., Touzani, R., Vrdelja, M., Pelikan, J. M., in

Schaeffer, D. (2022). HLS19-NAV—Validation of a new instrument measuring navigational health literacy in eight European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(21), Article 13863. https://doi.org/10.3390/ijerph192113863

Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., in Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health, 15*, 215. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6

Heath, M., Hvass, A. M. F., in Wejse, C. M. (2023). Interpreter services and effect on healthcare: A systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. *Journal of Migration and Health, 7*, Article 100162. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100162

Henni, S. H., Maurud, S., Fuglerud, K. S., in Moen, A. (2022). The experiences, needs and barriers of people with impairments related to usability and accessibility of digital health solutions, levels of involvement in the design process and strategies for participatory and universal design: A scoping review. *BMC Public Health, 22*, Article 35. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12393-1

Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10883

International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Health Care Organizations. (2019/2023). *International self-assessment tool organizational health literacy for hospitals: SAT-OHL-Hos, Version 1.3*. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2023/12/SAT-OHL-Hos-v1.3-EN-international_update-20230717.pdf

Jaensson, M., Stenberg, E., Liang, Y., Nilsson, U., in Dahlberg, K. (2021). Validity and reliability of the Swedish Functional Health Literacy scale and the Swedish Communicative and Critical Health Literacy scale in patients undergoing bariatric surgery in Sweden: A prospective psychometric evaluation study. *BMJ Open, 11*(11), Article e056592. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056592

Jonsson, M., Johansson, S., Hussain, D., Gulliksen, J., in Gustavsson, C. (2023). Development and evaluation of eHealth services regarding accessibility: Scoping literature review. *Journal of Medical Internet Research, 25*, Article e45118. https://doi.org/10.2196/45118

Kaper, M. S., Sixsmith, J., Reijneveld, S. A., in 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), Article 11906. https://doi.org/10.3390/ijerph182211906

Keshtkar, L., Bennett-Weston, A., Khan, A. S., Mohan, S., Jones, M., Nockels, K., Gunn, S., Armstrong, N., Bostock, J., in Howick, J. (2025). Impacts of communication type and quality on patient safety incidents: A systematic review. *Annals of Internal Medicine, 178*(5), 687–700. https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-02904

Khera, T., in Rangasamy, V. (2021). Cognition and pain: A review. *Frontiers in Psychology, 12*, Article 673962. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.673962

Kilfoy, A., Hsu, T.-C. C., Stockton-Powdrell, C., Whelan, P., Chu, C. H., in Jibb, L. (2024). An umbrella review on how digital health intervention co-design is conducted and described. *npj Digital Medicine, 7*, Article 374. https://doi.org/10.1038/s41746-024-01385-1

Klinger, J., Berens, E.-M., in Schaeffer, D. (2023). Health literacy and the role of social support in different age groups: Results of a German cross-sectional survey. BMC Public Health, 23, Article 2259. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17145-x

Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., Lüdecke, D., & Heeg, J. (2023). Multi-staged development and pilot testing of a self-assessment tool for organizational health

literacy. *BMC Health Services Research, 23*, 1407. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10448-0

Koh, H. K., Brach, C., Harris, L. M., in Parchman, M. L. (2013). A proposed "health literate care model" would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Affairs, 32*(2), 357–367. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1205 Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., in Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health, 23*, Article 117. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1

Kwan, M., Jeemi, Z., Norman, R., & Dantas J. A. R., (2023). Professional interpreter services and the impact on hospital care outcomes: An integrative review of literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(6), Article 5165. https://doi.org/10.3390/ijerph20065165

Lee, J. E., Lee, J., Shin, R., Oh, O., in Lee, K. S. (2024). Treatment burden in multimorbidity: An integrative review. *BMC Primary Care, 25*, Article 396. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02586-z

Lekas, H.-M., Pahl, K., in Fuller Lewis, C. (2020). Rethinking cultural competence: Shifting to cultural humility. *Health Services Insights, 13*, Article 1178632920970580. https://doi.org/10.1177/1178632920970580

Limaye, V. S., Grabow, M. L., Stull, V. J., in Patz, J. A. (2020). Developing a definition of climate and health literacy. *Health Affairs, 39*(12), 2182–2188. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01116

Lorini, C., Santomauro, F., Donzellini, M., Capecchi, L., Bechini, A., Boccalini, S., Bonanni, P., in Bonaccorsi, G. (2018). Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human Vaccines in Immunotherapeutics, 14*(2), 478–488. https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1392423

Magi, C. E., El Aoufy, K., Amato, C., Longobucco, Y., Bambi, S., Vellone, E., Bonaccorsi, G., Lorini, C., Rasero, L., in Iovino, P. (2026). The association between self-care and health literacy in patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 35*(7), 3011–3029. https://doi.org/10.1111/jocn.70291

Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: The Marmot review—Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review. https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf

Mårtensson, L., in Hensing, G. (2012). Health literacy: A heterogeneous phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(1), 151–160. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x

Mbanda, N., Dada, S., Bastable, K., Gimbler Berglund, I., in Schlosser, R. W. (2021). A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels. *Patient Education and Counseling, 104*(5), 998–1017. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.034

McDonald, I. R., Blocker, E. S., Weyman, E. A., Smith, N., in Dwyer, A. A. (2023). What are the best practices for co-creating patient-facing educational materials? A scoping review of the literature. *Healthcare, 11*(19), Article 2615. https://doi.org/10.3390/healthcare11192615

McKenna, V. B., Sixsmith, J., in Barry, M. M. (2020). Facilitators and barriers to the development of health literacy capacities over time for self-management. *Health Literacy Research and Practice, 4*(2), e104–e118. https://doi.org/10.3928/24748307-20200221-01

Menzies, V., Kelly, D. L., Yang, G. S., Starkweather, A., in Lyon, D. E. (2021). A systematic review of the association between fatigue and cognition in chronic noncommunicable diseases. *Chronic Illness, 17*(2), 129–150. https://doi.org/10.1177/1742395319836472

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2023). *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu za obdobje 2023–2031*.

Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research, 19*(4), 539–549. https://doi.org/ https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8

Montgomery, A., Chalili, V., Lainidi, O., Mouratidis, C., Maliousis, I., Paitaridou, K., in Leary, A. (2025). Psychological safety and patient safety: A systematic and narrative review. *PLOS ONE, 20*(4), Article e0322215. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322215

M-POHL OHL Consortium. (2025). *Organizational health literacy in primary health care services: Factsheet*. M-POHL. https://m-pohl.net/OHLResults

M-POHL Working Group on Organizational Health Literacy in Primary Care Services. (2024). *International self-assessment tool for organizational health literacy in primary health care services (OHL-PHC)*. M-POHL.

Muscat, D. M., Gessler, D., Ayre, J., Norgaard, O., Heuck, I. R., Haar, S., in Maindal, H. T. (2022). Seeking a deeper understanding of "distributed health literacy": A systematic review. *Health Expectations, 25*(3), 856–868. https://doi.org/10.1111/hex.13450

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025). *Preventiva je ključ do zdravja – izkoristite brezplačne programe v centrih za krepitev zdravja*. https://nijz.si/nenalezljive-bolezni/preventiva-je-kljuc-do-zdravja-izkoristite-brezplacne-programe-v-centrih-za-krepitev-zdravja/

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025, 18. februar). *Portal in mobilna aplikacija zVEM – vaše zdravje na dosegu roke*. https://nijz.si/informatika-v-zdravstvu/portal-in-mobilna-aplikacija-zvem-vase-zdravje-na-dosegu-roke/

Nankervis, H., Huntley, A. L., Whiting, P. F., Hamilton, W. T., Singh, H., Dawson, S., O'Donnell, R., Sprackman, J., Ferguson Montague, A., in Watson, J. C. (2025). Communicating blood test results in primary care: A mixed-methods systematic review. *British Journal of General Practice, 75*(753), e222–e231. https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0338

National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Multimorbidity: Clinical assessment and management* (NICE Guideline NG56). https://www.nice.org.uk/guidance/ng56

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Multimorbidity* (NICE Quality Standard QS153). https://www.nice.org.uk/guidance/qs153

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Shared decision making* (NICE guideline NG197). https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science in Medicine, 67*(12), 2072–2078. https://doi.org/ https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Nutbeam, D., in Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health, 42*, 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Nutbeam, D., in Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health Promotion International, 36*(6), 1578–1598. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157

O'Cathain, A., Foster, A., Carroll, C., Preston, L., Ogden, M., Clowes, M., in Protheroe, J. (2022). Health literacy interventions for reducing the use of primary and emergency services for

minor health problems: A systematic review. *Health and Social Care Delivery Research, 10*(38). https://doi.org/10.3310/IVQJ9044

O'Donovan, R., in McAuliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International Journal for Quality in Health Care, 32*(4), 240–250. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025

OECD, WHO, in World Bank Group. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. World Health Organization. https://doi.org/10.1787/9789264300309-en

OECD. (2023). *Integrating care to prevent and manage chronic diseases: Best practices in public health*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9acc1b1d-en

OECD. (2025). *Does healthcare deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en

OECD. (2026). *Improving quality of care through the OECD Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2026/06/improving-quality-of-care-through-the-oecd-patient-reported-indicator-surveys-paris_e44373d2/2a9d5b13-en.pdf

Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n. d.). *Health literacy in Healthy People 2030*. U.S. Department of Health and Human Services. https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., in Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine, 10*(10), 537–541. https://doi.org/ https://doi.org/10.1007/bf02640361

Parker, R. M., in Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication, 15*(Suppl. 2), 20–33. https://doi.org/10.1080/10810730.2010.501094

Parnell, T. A. (2015). *Health literacy in nursing: Providing person-centered care*. Springer Publishing Company.

Parnell, T. A., Stichler, J. F., Barton, A. J., Loan, L. A., Boyle, D. K., in Allen, P. E. (2019). A concept analysis of health literacy. *Nursing Forum, 54*(3), 315–327. https://doi.org/10.1111/nuf.12331

Parsons, J., Bryce, C., in Atherton, H. (2021). Which patients miss appointments with general practice and the reasons why: A systematic review. *British Journal of General Practice, 71*(707), e406–e412. https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1017

Pelizzari, N., Covolo, L., Ceretti, E., Fiammenghi, C., in Gelatti, U. (2025). Defining, assessing, and implementing organizational health literacy: Barriers, facilitators, and tools—A systematic review. *BMC Health Services Research, 25*, Article 599. https://doi.org/10.1186/s12913-025-12775-w

Pleasant, A., in Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International, 23*(2), 152–159. https://doi.org/ https://doi.org/10.1093/heapro/dan001

Pribaković Brinovec, R. (2026). *Primarno zdravstveno varstvo, preventiva in aktivnosti za spremembo življenjskega sloga*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/wp-content/uploads/2026/05/Primarno-zdravstveno-varstvo-preventiva-in-aktivnosti-za-spremembo-zivljenjskega-sloga-Rade-Pribakovic-Brinovec-dr.med_.spec_.pdf

Ratzan, S. C., in Parker, R. M. (2000). Introduction. In C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, and R. M. Parker (Eds.), *National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy* (NLM Publication No. CBM 2000-1). National Institutes of Health.

Rodrigues, R., Coelho, R., in Tavares, J. M. R. S. (2019). Healthcare signage design: A review on recommendations for effective signing systems. *HERD: Health Environments Research in Design Journal, 12*(3), 45–65. https://doi.org/10.1177/1937586718814822

Santana, S., Brach, C., Harris, L. M., Ochiai, E., Blakey, C., Bevington, F., Kleinman, D., in Pronk, N. (2021). Updating health literacy for Healthy People 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *Journal of Public Health Management and Practice, 27*(Suppl. 6), S258–S264. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001324

Sheldon, E., Ezaydi, N., Ditmore, M., Fuseini, O., Ainley, R., Robinson, K., Hind, D., in Lobo, A. J. (2024). Patient and public involvement in the development of health services: Engagement of underserved populations in a quality improvement programme for inflammatory bowel disease using a community-based participatory approach. *Health Expectations, 27*(2), Article e14004. https://doi.org/10.1111/hex.14004

Shersher, V., Haines, T. P., Sturgiss, L., Weller, C., in Williams, C. (2021). Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Education and Counseling, 104*(1), 118–129. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.026

Shields, G. S., Sazma, M. A., in Yonelinas, A. P. (2016). The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neuroscience in Biobehavioral Reviews, 68*, 651–668. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.038

Shoemaker, S. J., Wolf, M. S., in Brach, C. (2013). *The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and user's guide: An instrument to assess the understandability and actionability of print and audiovisual patient education materials* (AHRQ Publication No. 14-0002-EF). Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pemat_guide.pdf

Shoemaker, S. J., Wolf, M. S., in Brach, C. (2014). Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): A new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Education and Counseling, 96*(3), 395–403. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.027

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs, 2*(1 Suppl.), 1–10. doi:10.1177/10901981740020S102

So, N., Price, K., O'Mara, P., in Rodrigues, M. A. (2024). The importance of cultural humility and cultural safety in health care. *Medical Journal of Australia, 220*(1), 12–13. https://doi.org/10.5694/mja2.52182

Sockolow, P., Chou, E. Y., in Park, S. (2022). Addressing the gap in data communication from home health care to primary care during care transitions: Completeness of an interoperability data standard. *Healthcare, 10*(7), Article 1295. https://doi.org/10.3390/healthcare10071295

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., in Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey. *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., in Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, Article 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., in Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey

Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13*, Article 948. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Straßmayr, C., Finbråten, H. S., Bitzer, E. M., Bonaccorsi, G., Cacciuttolo, M. G., Dudra, J., Guttersrud, Ø., Islertas, Z., Jeitani, C., Krajnović, D., idr.. (2025). Assessing organizational health literacy in hospitals by using the International Self-Assessment Tool for Organizational Health Literacy of Hospitals – a feasibility study in six European countries. *BMC Health Services Research, 25*, 1265. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13367-4

Štemberger Kolnik, T., Berzelak, J., & Ljubič, A. (2026). Navigacijska zdravstvena pismenost. V M. Vrdelja, S. Vrbovšek, & J. Berzelak (ur.), *Zdravstvena pismenost v Sloveniji skozi prizmo treh nacionalnih raziskav* (str. 46–56). Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Štemberger Kolnik, T., Hrovat Bukovšek, A., Čuk, V., & Erjavec, K. (2024). *Navigacijska zdravstvena pismenost in izbor petih kroničnih bolezni/stanj*. Fakulteta za zdravstvene vede Celje

Štemberger Kolnik, T., Košir, U., & Ljubič, A. (2026). Zdravstvena pismenost – razvoj koncepta in javnozdravstveni pomen. V M. Vrdelja, S. Vrbovšek in N. Berzelak (ur.), *Zdravstvena pismenost v Sloveniji skozi prizmo treh nacionalnih raziskav* (str. 5–16). Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Teggart, K., Neil-Sztramko, S. E., Nadarajah, A., Wang, A., Moore, C., Carter, N., Adams, J., Jain, K., Petrie, P., Alshaikhahmed, A., Yugendranag, S., idr. (2023). Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: A systematic review. *BMC Health Services Research, 23*, Article 450. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09424-5

Trezona, A., Dodson, S., in Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research, 17*, Article 513. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z

Trezona, A., Dodson, S., in Osborne, R. H. (2018). Development of the Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) self-assessment tool and process. *BMC Health Services Research, 18*, Article 694. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3499-6

Urstad, K. H., Andersen, M. H., Larsen, M. H., Borge, C. R., Helseth, S., in Wahl, A. K. (2022). Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: A systematic review. *BMJ Open, 12*(2), Article e056294. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056294

Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: A critical concept for public health. Archives of Public Health, 72, Article 10. https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10
van der Gaag, M., Heijmans, M., Spoiala, C., in Rademakers, J. (2022). The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illness, 18*(2), 234–254. https://doi.org/10.1177/17423953211035472

van Lent, L. G. G., Yilmaz, N. G., Goosen, S., Burgers, J., Giani, S., Schouten, B. C., in Langendam, M. W. (2025). Effectiveness of interpreters and other strategies for mitigating language barriers: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 136*, Article 108767. https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108767

Vange, S. S. P., Nielsen, M. R., Michaëlis, C., in Jervelund, S. S. (2024). Interpreter services for immigrants in European healthcare systems: A systematic review of access barriers and facilitators. *Scandinavian Journal of Public Health, 52*(7), 893–906. https://doi.org/10.1177/14034948231179279

Vargas, C., Zorbas, C., Longworth, G. R., Ugalde, A., Needham, C., Sunil, A., Venegas Hargous, C., Bennett, R., Forrester-Bowling, T., Cardoso Richter, A. P., in Allender, S. (2025). Exploring co-design: A systematic review of concepts, processes, models, and frameworks used in public

health research. *Journal of Public Health, 47*(4), e616–e639. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf084

Vrdelja, M., Vrbovšek, S., in Berzelak, N. (2022). *Zdravstvena pismenost odraslih v Sloveniji: Rezultati Nacionalne raziskave zdravstvene pismenosti v Sloveniji (HLS-SI19)*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Walters, R., Leslie, S. J., Polson, R., Cusack, T., in Gorely, T. (2020). Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: A systematic review. *BMC Public Health, 20*, Article 1040. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0

Williams, M. V., Parker, R. M., Baker, D. W., Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., in Nurss, J. R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA, 274*(21), 1677–1682.

Woolley, K. E., Bright, D., Ayres, T., Morgan, F., Little, K., in Davies, A. R. (2023). Mapping inequities in digital health technology within the World Health Organization's European Region using PROGRESS PLUS: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research, 25*, Article e44181. https://doi.org/ https://doi.org/10.2196/44181

World Health Organization Regional Office for Europe. (2022). *Equity within digital health technology within the WHO European Region: A scoping review*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0b312f6-4877-4d2a-aa66-769e84625226/content

World Health Organization, in International Telecommunication Union. (2022). *WHO–ITU global standard for accessibility of telehealth services*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5c212450-b17a-4f2b-85c6-d7bd541bf279/content

World Health Organization, in United Nations Children's Fund. (2020). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7b1dddf5-199f-4167-8667-98c1e6eaf50f/content

World Health Organization, in United Nations Children's Fund. (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/01195433-c326-4d03-ba77-a64e5462a8ef/content

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary* (WHO/HPR/HEP/98.1). https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/402acba9-d79c-4dad-89ae-5085cb528400/content

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf

World Health Organization. (2018). *Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO framework on integrated people-centred health services*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7c938c63-5570-4c0e-95f2-d310bb647704/content

World Health Organization. (2019). *Medication safety in transitions of care*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ea908758-6760-4309-b884-bb55215c71da/content

World Health Organization. (2020). *Quality health services: A planning guide*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/475743ef-8c37-4f5b-bbe9-dcfd386ade08/content

World Health Organization. (2021a). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content

World Health Organization. (2021b). *Health promotion glossary of terms 2021*. https://iris.who.int/handle/10665/350161

World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600

World Health Organization. (2022). *Patient safety assessment manual for primary care*. World Health Organization. https://applications.emro.who.int/docs/9789292740177-eng.pdf

World Health Organization. (2023). *Patient safety*. World Health Organization. World Health Organization. (2024a). *Community engagement for quality, people-centred health services*.https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/qoc/ihs_ceq_brochure_final.pdf?sfvrsn=8475f1b6_1&download=true

World Health Organization. (2024b). *Implementing the primary health care approach: A primer*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2eca13bd-7458-426c-8c51-dd88aa1d2f78/content

World Health Organization. (2025a). *Patient-reported experiences in primary care: Metrics and assessment tool, reference version*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6d245c25-d5a2-4a95-91bf-89e32d0a0153/content

World Health Organization. (2025b). *Primary health care*. https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

World Health Organization. (2025c). *Quality health services*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services

World Health Organization. (2025d). World report on social determinants of health equity. World Health Organization. https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity

Wu, Y., Li, Y., Liu, L., Huang, Q., Feng, Y., Wang, J., Zhou, Y., Yao, L., Xia, J., Xu, H., Yang, M., Gu, L., Qiu, W., in Tong, Y. (2025). Conceptual framework of health-literate nursing system: A proceduralized grounded theory approach. *Journal of Nursing Management, 2025*, Article 1496009. https://doi.org/10.1155/jonm/1496009

Yeh, J., in Ostini, R. (2020). The impact of health literacy environment on patient stress: A systematic review. *BMC Public Health, 20*, Article 749. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08649-x

Young, A. J., Stephens, E., in Goldsmith, J. V. (2017). Family caregiver communication in the ICU: Toward a relational view of health literacy. *Journal of Family Communication, 17*(2), 137–152. https://doi.org/10.1080/15267431.2016.1247845

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). (2026). *Pravno-informacijski sistem Republike Slovenije*.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International, 20*(2), 195–203. doi:10.1093/heapro/dah609.