

En norsk pilotstudie av helsesøstres oppfatninger av pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse

Hanne Søberg Finbråten og Kjell Sverre Pettersen

Hanne Søberg Finbråten, Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, institutt for sykepleie og psykisk helse

Kjell Sverre Pettersen, Førsteamanuensis dr. scient, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for helse, ernæring og ledelse

Sammendrag

Bakgrunn Uttrykket “ansvar for egen helse” innebærer også evnen til kritisk evaluering av helseinformasjon. Slike kunnskaper og ferdigheter reflekterer health literacy (HL) – på norsk; helsefremmende allmenndannelse, som handler om å forstå, kunne skaffe seg tilgang på, kritisk vurdere og adekvat anvende helseinformasjon for ervervelse av god helse.

Hensikt Formålet var å kartlegge helsesøstres oppfatninger av brukeres tre hierarkiske nivåer av HL (Nutbeam 2000): functional HL (FHL), interactive HL (IHL) og critical HL (CHL).

Metode Et spørreskjema bestod av Likert-skalerte holdningsutsagn (fra 1 = sterkt uenig, til 5 = sterkt enig) som reflekterte FHL, IHL og CHL. Totalt N = 515 responderte. Faktor- og reliabilitetsanalyser etablerte konstrukter av utsagnsindikatorerne som gjenspeilte FHL, IHL og CHL. Konstruktcorene ble sammenlignet.

Resultater Score på CHL var lavere enn på FHL og IHL. Enkelte nøkkelindikatorer i de tre konstruktene oppnådde lave score.

Konklusjon Brukernes HL-nivå bør tas i betraktning under helsekommunikasjon med helsesøstre.

Referee *

Nøkkelord

Health literacy, helsefremmende allmenndannelse, helsesøstre, helsekommunikasjon

Bakgrunn

Helsesøstere har en sentral rolle som helsekommunikator overfor familier (Riley, Cloonan og Norton 2006). Helsesøstrene bør imidlertid være spesielt oppmerksomme på at enkelte målgrupper for helsekommunikasjonen kan ha vanskeligheter med å forstå og riktig anvende

den informasjonen som de mottar. Undersøkelser gjort i USA og England har vist at spesielt mange diabetes- og kreftpasienter har slike problemer (Betz 2007; Kumar et al. 2010; Riley et al. 2006; Shone, Conn, Sanders og Halterman 2009). Å kunne lese og forstå informasjonsmateriell om helse, og å ha innsikt i kroppslige prosesser som forutsetning for sykdomsforebygging, er store utfordringer for mange personer (American Medical Association 1999; Nutbeam 2000; Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman og Rudd 2005).

Helsefremmende allmenndannelse

For at en person skal kunne forstå, kritisk evaluere og anvende helseinformasjon på en adekvat måte i slike sammenhenger, kreves visse kunnskaper og ferdigheter, muligens best reflektert gjennom begrepet *helsefremmende allmenndannelse* (CSDH, 2008; Pettersen 2003), hvilket er en oversettelse av det engelske uttrykket *health literacy* (HL) (Nutbeam 2000). Helsefremmende allmenndannelse er et relativt nytt begrep i det internasjonale folkehelsearbeidet – og særlig i Norge (Finbråten og Pettersen 2009; Nutbeam 2000) og kan defineres som:

"personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (Finbråten og Pettersen 2009: 60)".

Helsefremmende allmenndannelse involverer, i følge Nutbeam (2000), kunnskaper og ferdigheter fordelt på tre hierarkiske nivåer: Første nivå: *Functional health literacy* (FHL) som omhandler lese- og skriveferdigheter, samt basal kroppskunnskap, som er nødvendig for å forstå og følge enkle helseråd. I norsk oversettelse kan FHL tilsvare *funksjonell helsefremmende allmenndannelse*. Personer med svake lese- og skriveferdigheter vil trolig ha store utfordringer med å forstå informasjon som blir gitt av helsepersonell, både muntlig og skriftlig.

Andre nivå: *Interactive* (eller *communicative*) *health literacy* (IHL) dreier seg om kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne ivareta egen helse i samråd med profesjonelle helsearbeidere (Nutbeam 2000). En norsk oversettelse av begrepet kan være *interaktiv helsefremmende allmenndannelse*. Interaktiv helsefremmende allmenndannelse inkluderer også at man kjenner til ulike instanser i helsevesenet og hvordan man kan anvende dem (Ratzan 2001). Slike utfordringer har trolig økt på grunn av at helsesystemet har blitt stadig mer komplekst, samtidig som det forventes at personer blir henstilt om å ta mer ansvar for egen helse (Finbråten og Pettersen 2009).

Tredje nivå: *Critical health literacy* (CHL) – eller på norsk; *kritisk helsefremmende allmenndannelse* – fordrer ferdigheter i kritisk tenkning og evne til kritisk evaluering av all helseinformasjon man mottar (Finbråten og Pettersen 2009; Nutbeam 2000).

Personer med lav helsefremmende allmenndannelse på alle tre nivåene har trolig begrenset kunnskap og evne til å kunne ta sunne valg og tilpasse seg en helsefremmende livsstil (Kickbusch 2004). Internasjonale undersøkelser har vist at lav helsefremmende allmenndannelse forekommer ofte hos personer som blir gjentagende ganger hospitalisert for typiske livsstilssykdommer, som for eksempel diabetes type 2, hvilket indikerer at det kan være utfordrende for mange å vite hva de faktisk bør gjøre for å forsøke å forebygge denne

sykdommen i hverdagen (Ishikawa, Takeuchi og Yano 2008; Kim, Love, Quistberg og Shea 2004; Safeer og Keenan 2005; Sarkar, Fisher og Schillinger 2006; Schillinger, D, Grumbach, K, Piette, J, Wang, F, Osmond, D, og Daher, C et al. 2002; Tang, Pang, Chan, Yeung og Yeung 2008). I Norge er det nylig vist at kvinner med pakistansk innvandrerbakgrunn kan ha vanskeligheter med å forstå helsepersonells informasjon om hva som utgjør et diabetesforebyggende kosthold (Hjellset 2010).

Hensikten med denne studien var å kartlegge helsesøstres oppfatninger av deres brukeres helsefremmende allmenndannelse – en studie som det etter inngående litteratursøk, trolig ikke er gjennomført i Norge tidligere. Et tilleggsaspekt ved denne kartleggingen var å finne ut om helsesøstrene vurderte nivået av helsefremmende allmenndannelse hos brukere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som forskjellig fra sine øvrige brukere, siden dette er vist i studier i flere andre land (for eksempel: Choté, Koopmans, Redekop, de Groot, Hoefman, Jaddoe, Hofman, Steegers, Mackenbach, Trappenburg og Foets 2010; Pavlish, Noor og Brandt 2010).

Metode

Helsesøstres oppfatninger av brukeres helsefremmende allmenndannelse, fordelt på de tre nivåene; funksjonell helsefremmende allmenndannelse, interaktiv helsefremmende allmenndannelse og kritisk helsefremmende allmenndannelse, ble kartlagt ved hjelp av et selvutviklet spørreskjema.

Utvikling av spørreskjema

Utviklingen av spørreskjemaet var inspirert av tidligere gjennomførte internasjonale studier (som for eksempel Chew, Bradley og Boyko 2004; Parker, Baker, Williams og Nurss 1995), der pasienters helsefremmende allmenndannelse var forsøkt målt, men hovedsakelig deres leseferdigheter, som må anses å være en viktig dimensjon i funksjonell helsefremmende allmenndannelse. En vesentlig tilpasning av vårt spørreskjema var å få helsesøstrene til å *assosiere* sine brukererfaringer til de anvendte utsagnsindikatorerne for alle tre hierarkiske dimensjoner av helsefremmende allmenndannelse. I motsetning til tidligere utviklete spørreskjemaer som fokuserer på funksjonell helsefremmende allmenndannelse (Chew et al. 2004; Parker et al. 1995), inneholdt vårt spørreskjema også indikatorer for helsesøstrenes vurdering av pasienters mulige grad av interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse. Det er etterlyst tilnærminger som kan måle disse to dimensjonene hos personer involvert i forebyggende virksomheter (Kickbusch 2001).

Utsagnene hadde Likertskalerte, faste svaralternativer (1 = ”sterkt uenig”, 2 = ”uenig”, 3 = ”ubestemt”, 4 = ”enig” og 5 = ”sterkt enig”). Det ble gjort forsøk på å etablere tre holdningskonstrukturer (kalt *FHL*, *IHL*, og *CHL*) av utsagnene. I tillegg skulle helsesøstrene angi hvilken prosentandel (0-20; 21-40; 41-60; 61-80, eller 81-100) av brukerne som de mente kunne ha høy funksjonell, interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse, operasjonalisert ved lignende utsagn som for holdningskonstruktene. Tilsvarende fem prosentvise kategorier ble brukt for å kartlegge helsesøstrenes andel ikke-vestlige innvandrere blant sine brukere. For å måle graden av *høy* helsefremmende allmenndannelse på alle tre nivåene, var det nødvendig å snu Likertskala for enkelte negativt ladde utsagn.

Funksjonell helsefremmende allmenndannelse ble målt med utsagn som reflekterte helsesøstrenes oppfatninger av brukeres lese- og skriveferdigheter og om de har grunnleggende kunnskaper om menneskekroppen. I tillegg ble det brukt utsagn om hvorvidt helsesøstrene hadde erfart at brukerne forholder seg punktlig til timeavtaler (American Medical Association 1999; Gazmararian, Williams, Peel og Baker 2003; Nutbeam 2000; Pleasant og Kuruvilla 2008).

Interaktiv helsefremmende allmenndannelse ble målt med utsagn om hvorvidt helsesøstrene hadde erfart at brukerne er aktive deltakere under helsesamtalen og om de kan uttrykke seg adekvat og relativt presist om sine helseanliggender (Chew et al. 2004; Ishikawa et al. 2008; Nutbeam 2000). Med bakgrunn i at helsesystemet i moderne land sannsynligvis har blitt mer komplekst (Ratzan 2001), ble det inkludert utsagn som omfattet hvorvidt helsesøstrene hadde erfart at brukerne kan navigere seg fram til rett hjelpeinstans i det varierte norske helsesystemet. Påstandene som skulle måle kritisk helsefremmende allmenndannelse dreide seg om hvorvidt helsesøstrene hadde opplevd at brukerne forholder seg kritisk og evaluerende til helseråd som de trolig ofte eksponeres for fra kilder med høyst ulik vitenskapelig troverdighet, om brukerne kjenner til innholdskriterier for vitenskapelig baserte helsepåstander, og om brukerne handler i tråd med helseråd som de får fra helsesøstrene (Ishikawa et al. 2008, Nutbeam 2000, Steckelberg, Hüfenhaus, Kasper, Rost og Mühlhauser 2007).

Etter peer review av spørreskjemaet, som ble utført av tre sykepleiere, to helsesøstere og en jordmor, ble det sendt ut som vedlegg i e-post (Questback 2000) til alle fylkeslederne for *Faggruppen av helsesøstere i Norsk Sykepleierforbund*. Disse fikk så i oppgave å videresende denne e-posten med spørreskjemavedlegget til alle de enkelte medlemmene. Til sammen 515 helsesøstre besvarte spørreskjemaet anonymt (23 % svarrespons).

Mindre enn 5 % "missing" (manglende svar) forekom på alle konstruktindikatorerne, så *missing value analysis* ble foretatt etter standard regresjonsmetode (Hair, Black, Babin, Anderson og Tatham 2006). SPSS versjon 16.0 og 17.0 for Windows, ble benyttet under alle statistiske analyser i denne studien.

Dataanalyse

Gjennom eksplorerende faktoranalyse (Pallant 2007) ble laveste faktorladningsverdi for utsagn i faktorer satt til 0,300 (Hair et al. 2006). De påfølgende reliabilitetsanalysene for måling av indre konsistens mellom utsagnene i hver faktor formet konstrukt bestående av utsagn som kunne reflektere målgruppens vurdering av brukeres funksjonelle, interaktive og kritiske helsefremmende allmenndannelse. Nedre grenseverdi for Coefficient Cronbach Alpha (CCA) for et konstrukt ble satt 0,60, som gjelder for eksplorerende studier av denne art (Hair et al. 2006). For å vurdere korrelasjon mellom to konstrukt på samme nivå av helsefremmende allmenndannelse, ble det enten målt Pearsons r eller Spearman ρ .

Siden hovedhensikten med studien *ikke* var å utvikle og validere et nytt måleinstrument for helsefremmende allmenndannelse som helsesøstre kunne bruke for å måle dette nivået hos deres brukere, men *kun påpeke* et mulig behov for en slik kartlegging som forutsetning for vellykket helsekommunikasjon mellom partene i helsestasjonskontekst, ble det også fokusert på hvilken score enkelte nøkkellindikatorer i hvert av de tre konstruktene oppnådde. Tungtveiende konstruktvalideringsprosedyrer for vårt spørreskjema om helsefremmende

allmenndannelse, som Rasch-analyse og test-re-test, ble ansett som metodologisk irrelevant i denne pilotpregete undersøkelsessettingen.

På grunn av lav svarprosent er det viktig å påminne om at uttrykket ”statistisk signifikant” brukt om analyseresultater i denne artikkelen, mer er anvendt for å vise ”styrken” i sammenhengen mellom to variabler, enn for å ville generalisere slike funn til populasjonen. For å styrkeberegne forskjeller i konstruktvariablers gjennomsnittscore ble det derfor målt *effect size*, uttrykt med koeffisient Cohens *d* og tilhørende tabellavlesning av prosent ”non-overlap” mellom variablenes gjennomsnittscore \pm S.D. (Cohen 1988).

Studien var forskningsetisk godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.

Resultater

Totalt 80 % av helsesøstrene i studien hadde mer enn seks års ansiennitet, mens 99 % hadde videreutdanning i faget. Alle landsdeler i Norge var representert med respondenter. I tabells form følger en oversikt over utsagnene som inngikk i faktor- og reliabilitetsanalysene for å etablere konstrukter for de tre nivåene av helsefremmende allmenndannelse. Konstruktene basert på Likertskalerte holdningsutsagn ble kalt *FHL1*, *IHL1* og *CHL1*, mens de tilsvarende konstruktene for prosentvise mengdeanslag ble kalt *FHL2*, *IHL2* og *CHL2*.

Tabell 1. Konstruktene *FHLI*, *IHLI* og *CHLI* med inkluderte holdningsutsagn med tilhørende frekvenser av responsene gitt til Likertskalaverdiene 4+5 (%), samt utsagnenes og konstruktets gjennomsnittsscore (Mean \pm S.D.). Konstruktens indre konsistens (CCA) er også oppgitt.

Holdningskonstruktene med tilhørende utsagn	%	Mean \pm S.D.
<i>Functional health literacy (FHLI) (CCA = 0,50)</i>	63 \pm 24	3,68 \pm 0,80
- Mange av mine brukere leser ikke det brosjyremateriellet jeg gir dem (skala snudd)	41	3,26 \pm 0,84
- Mange av mine brukere vegrer seg for å lese informasjonsmateriell sammen med meg (skala snudd)	86	4,08 \pm 0,68
- Mange av mine brukere mangler kunnskap om de kroppslige prosessene (anatomi og fysiologi) som er grunnlaget for å forstå og forholde seg relevant til sin/barnets helsetilstand (skala snudd)	36	3,12 \pm 0,90
- Hovedgrunnen til at enkelte brukere ikke møter til avtalt tid hos meg, skyldes at de ikke forstår innholdet i innkallingsbrevet som de får av meg (skala snudd)	88	4,25 \pm 0,78
<i>Interactive health literacy (IHLI) (CCA=0,56)</i>	78 \pm 15	3,85 \pm 0,41
- De færreste av mine brukere kan uttrykke seg presist (anatomisk og fysiologisk) om sin/barnets helsetilstand (skala snudd)	74	3,68 \pm 0,85
- Mange av mine brukere vet ikke hvilken instans innen helsevesenet som de bør henvende seg til for å kunne få den foreslåtte behandlingen (skala snudd)	47	3,19 \pm 0,99
- Få av mine brukere ser ut til å "våge" og stille oppklarende spørsmål under helsesamtalen med meg (skala snudd)	87	3,99 \pm 0,77
- De færreste av mine brukere er interessert i å skaffe seg mer fagkunnskap om sin/barnets helse (skala snudd)	84	3,96 \pm 0,78
- Mange av mine brukere diskuterer med meg den helseinformasjonen de har lest	75	3,72 \pm 0,77
- De fleste av mine brukere sier i fra til meg om noe av innholdet i den informasjonen jeg gir dem er vanskelig å forstå	68	3,60 \pm 0,89
- De fleste av mine brukere har et ordforråd som gjør det mulig å kommunisere sin helsetilstand med meg	92	4,27 \pm 0,77
- Mange av mine brukere tar opp situasjoner med meg som de opplever som vanskelig i forbindelse med sin/barnets helsetilstand	96	4,41 \pm 0,75
<i>Critical Health literacy (ikke et konstrukt CHLI)</i>		
- Mange av mine brukere lar seg lett påvirke av helseinformasjon i media (skala snudd)	8	2,36 \pm 0,77

Tabell 1 viser hvilke fire av fem holdningsutsagn som inngikk i et konstrukt for funksjonell helsefremmende allmenndannelse (*FHLI*). *FHLI* måler helsesøstrenes oppfatninger av brukeres lese- og skriveferdigheter, og om de har grunnleggende kunnskaper om menneskekroppen. Konstruktet oppnådde noe lav CCA-verdi. Gjennomsnittsscore for *FHLI*-

konstruktet indikerer at et flertall av de deltagende helsesøstre mener at deres brukere kan ha forholdsvis høy funksjonell helsefremmende allmenndannelse. Score på enkeltindikatorer i *FHLI*-konstruktet antyder imidlertid at kun rundt en tredjedel av helsesøstre mener at brukerne deres kan ha grunnleggende kunnskaper om kroppslige mekanismer, og at litt under halvparten av brukerne muligens leser utdelt brosjyremateriell.

Neste nivå, interaktiv helsefremmende allmenndannelse omhandler helsesøstrenes oppfatninger av brukeres kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter vedrørende egen helsetilstand. Alle de åtte opprinnelige holdningsutsagnene som var ment å reflektere interaktiv helsefremmende allmenndannelse, inngikk i et konstrukt (tabell 1). Konstruktet oppnådde imidlertid litt lav CCA-verdi. Gjennomsnittsscore for *IHLI*-konstruktet indikerer at vel tre fjerdedeler av helsesøstre mener at deres brukere kan ha forholdsvis høy interaktiv helsefremmende allmenndannelse. Score på enkeltindikatorer viste at rundt to tredjedeler av helsesøstre oppga at brukerne sier i fra til dem dersom helseinformasjon de mottar er vanskelig å forstå, samtidig som rundt halvparten av helsesøstre mener at brukerne vet hvilken instans innen helsevesenet de skal henvende seg til når de eventuelt trenger hjelp for sine helseproblemer.

Kritisk helsefremmende allmenndannelse omhandler spesielt evnen til kritisk tenkning og kritisk evaluering av helseinformasjon som man mottar fra ulike kilder i samfunnet (Finbråten og Pettersen 2009; Nutbeam 2000). Med de fire opprinnelige holdningsutsagnene for kritisk helsefremmende allmenndannelse, var det imidlertid ikke grunnlag for å etablere et *CHLI*-konstrukt på grunn av utsagnenes lave faktorladninger og konstruktets lave CCA-verdi (0,42). Utsagnet i tabell 1: "*Mange av mine brukere lar seg lett påvirke av helseinformasjon i media*" ble i denne pilotstudien indikator for helsesøstrenes oppfatning av brukernes kritisk helsefremmende allmenndannelse.

Følgende konstrukter; *FHL2*, *IHL2* og *CHL2* for henholdsvis funksjonell, interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse, basert på utsagn om prosentvise mengdeangivelser, utviklet seg ved faktor- og reliabilitetsanalyse når svarfrekvensene for de tre laveste (0-20 %, 21-40 %, 41-60 %) og de to høyeste kategoriene (61-80 % og 81-100 %) ble slått sammen og dikotomisk rekodet (tabell 2). De to høyeste, sammenslåtte kategoriene representerer uttrykket "majoriteten av deres pasienter" i de respektive tabellene for denne typen måling.

Tabell 2. Frekvens (%) helsesøstere som foreslo at majoriteten av deres brukere kan ha følgende kunnskaper og ferdigheter relatert til helsefremmende allmenndannelse. Utsagnene danner henholdsvis konstruktene *FHL2*, *IHL2* og *CHL2* som måler helsesøstrenes oppfatning av høy funksjonell, interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse hos deres brukere. Konstruktens indre konsistens CCA er også oppgitt.

Prosentandelskonstruktene med tilhørende utsagn	% helsesøstere som oppgir at dette kan gjelde for majoriteten av deres brukere
<i>Functional health literacy (FHL2) (CCA= 0,68)</i>	78 ± 18
Jeg vil anslå at følgende prosentandel (%) av mine brukere:	
- har gode kunnskaper om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse	61
- har gode kunnskaper om sammenhengen mellom kosthold og helse	59
- ikke forstår innholdet i det utdelte brosjyremateriellet som jeg gir dem (skala snudd)	96
- ikke kan lese den norske teksten i informasjonsmateriellet som jeg gir dem (skala snudd)	96
<i>Interactive health literacy (IHL2) (CCA= 0,68)</i>	53 ± 17
Jeg vil anslå at følgende prosentandel (%) av mine brukere:	
- kjenner til sine rettigheter som pasient	42
- vet hvor de skal henvende seg innen helsevesenet dersom de får helseproblemer	65
- deltar aktivt (både informerende og aksepterende) i dialogen (helsesamtalen) med meg	81
- søker tilleggsinformasjon om sin helsetilstand fra andre faglig relevante kilder enn meg	38
- fremmer ønsker overfor meg om hvordan videre oppfølging av deres/barnets helsetilstand bør foregå	38
<i>Critical health literacy (CHL2) (CCA= 0,82)</i>	32 ± 28
Jeg vil anslå at følgende prosentandel (%) av mine brukere:	
- har forutsetninger for å være kritisk og sorterende overfor helseinformasjon vedrørende deres helsetilstand som de mottar fra ulike kilder	21
- kjenner til kriteriene for vitenskaplig kunnskapsbasert helseinformasjon	3
- kan kritisk kvalitetssortere helseinformasjonen som de mottar via media	24
- har satt seg grundig inn i sin/barnets helsetilstand gjennom vitenskapelig anerkjent faglitteratur	7
- har en realistisk oppfatning av egen/barnets helse	83
- handler i tråd med de helserådene jeg gir dem	51

Tabell 2 viser hvilke fire av i alt syv prosentandelsutsagn for funksjonell helsefremmende allmenndannelse som inngikk i konstruktet *FHL2*. Konstruktet har tilfredsstillende høy CCA-verdi. Tabellen indikerer at vel halvparten av helsesøstrene mener at majoriteten av deres brukere kan ha gode kunnskaper om sammenhenger mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse. Dessuten har så å si alle erfart at brukerne har tilstrekkelige leseferdigheter. Målt korrelasjonskoeffisient (Spearman rho) mellom konstruktene *FHL1* i tabell 1 og *FHL2* i tabell II var 0,41 og statistisk signifikant ($p < 0,05$), hvilket antyder validitetsgraden til disse to operasjonaliseringene av funksjonell helsefremmende allmenndannelse.

Alle fem opprinnelige prosentandelsutsagn inngikk i ett *IHL2*-konstrukt med tilfredsstillende høy CCA-verdi (tabell 2). Utsagnene i *IHL2* reflekterer omtrent de samme ferdighetene som var inkludert i holdningskonstruktet *IHL1* vist i tabell 1. Fire femtedeler av helsesøstrene hadde opplevd at flertallet av brukerne er aktivt deltakende i helsesamtalen, mens omtrent en tredjedel oppga at majoriteten av brukerne søker tilleggsinformasjon om deres helsestatus eller fremmer ønsker om hvordan videre oppfølging av barnets helsetilstand bør foregå. I underkant av halvparten av helsesøstrene oppga at brukerne kjenner til sine pasientrettigheter. Målt korrelasjonskoeffisient (Spearman rho) mellom konstruktene *IHL1* i tabell 1 og *IHL2* i tabell 2 var 0,49 og statistisk signifikant ($p < 0,05$), hvilket antyder validitetsgraden til disse operasjonaliseringene av interaktiv helsefremmende allmenndannelse.

Seks av ti opprinnelige prosentandelsutsagn for måling av kritisk helsefremmende allmenndannelse inngikk i konstruktet *CHL2* (tabell 2). Konstruktet oppnådde forholdsvis høy CCA-verdi, og handler hovedsakelig om hvorvidt helsesøstrene hadde erfart at brukerne forholder seg kritiske til helseinformasjon som de mottar fra ulike kilder i samfunnet. Få helsesøstere oppga at majoriteten av deres brukere trolig kjenner til innholdskriterier for vitenskapelig basert helseinformasjon. Også få mente at flesteparten av brukerne setter seg inn i sin eller barnets helsetilstand ved å lese vitenskapelig anerkjent faglitteratur. Kun en femtedel mente at de fleste av brukerne muligens kan kritisk vurdere og kvalitetssortere helseinformasjon som de trolig "bombarderes med" fra ulike kilder i samfunnet, mens vel halvparten av helsesøstrene mente at brukerne fulgte de helserådene som de gav dem. Det var ingen signifikant korrelasjon mellom *CHL2*-konstruktet og enkeltutsagnet "*Mange av mine brukere lar seg lett påvirke av helseinformasjon i media*" (Likertskala snudd) i tabell 1.

Måling av Cohens *d* med påfølgende avlest "% non-overlap" (en variant av effect size) mellom gjennomsnittsscore \pm S.D. for de Likertskalerte konstruktene *IHL1* og *FHL1*; *FHL1* og enkeltutsagnet "*Mange av mine brukere lar seg lett påvirke av helseinformasjon i media*", samt mellom *IHL1* og det samme enkeltutsagnet, gav følgende grad av "% non-overlap" (tabell 3):

Tabell 3. Målte forskjeller mellom gjennomsnittsscore \pm S.D. på alle konstruktene for nivåene av helsefremmende allmenndannelse vist med *effect size*-målet Cohens *d* og tilhørende “% non-overlap”. Kritisk helsefremmende allmenndannelse er kun representert med enkeltutsagnet: “*Mange av mine brukere lar seg lett påvirke av helseinformasjon i media*”, forkortet til “*påvirkning av media*”.

Konstrukter	Mean \pm S.D.	Cohens <i>d</i>	% non-overlap
<i>FHL1/IHL1</i>	3,68 \pm 0,80/3,85 \pm 0,41	- 0,267	8
<i>FHL1/påvirkning av media</i>	3,68 \pm 0,80/2,36 \pm 0,77	1,681	38
<i>IHL1/påvirkning av media</i>	3,85 \pm 0,41/2,36 \pm 0,77	2,416	47
<i>FHL2/IHL2</i>	78 \pm 18/53 \pm 17	1,428	38
<i>FHL2/CHL2</i>	78 \pm 18/32 \pm 28	1,954	43
<i>IHL2/CHL2</i>	53 \pm 17/32 \pm 28	0,907	27

“Prosent non-overlap” mellom *FHL1/påvirkning av media* og *IHL1/påvirkning av media* indikerer store forskjeller i gjennomscore (tabell 3), mens for *FHL1/IHL1* er forskjellen liten (Cohen 1988). Tabellens nedre halvdel inkluderer også beregning av Cohens *d* og “% non-overlap” mellom de tilsvarende konstruktene basert på prosentvise mengdeanslag. Verdiene for “% non-overlap” mellom både *FHL2/IHL2* og *FHL2/CHL2* viser store forskjeller, mens forskjellen mellom *IHL2/CHL2* er medium stor (ibid). Alt i alt, viser tabell 3 at de fleste helsesøstrene trolig mener at majoriteten av brukerne deres kan ha lavere kritisk helsefremmende allmenndannelse enn både den interaktive og den funksjonelle.

Tabell 4. Sammenligning av gjennomsnittsscore på alle konstruktene for helsesøstre som oppgir å ha henholdsvis 0-20 % og 21-100 % ikke-vestlige innvandrere som brukere.

Konstrukter	Mean \pm S.D.		Cohens <i>d</i>	% non-overlap
	0-20 % andel ikke-vestlige innvandrere (n =398)	21-100 % andel ikke-vestlige innvandrere (n =110)		
<i>FHL1</i>	3,84 \pm 0,47	3,44 \pm 0,56	0,773	47
<i>IHL1</i>	3,90 \pm 0,38	3,68 \pm 0,46	0,521	33
<i>Påvirkning av media</i>	2,34 \pm 0,75	2,45 \pm 0,83	- 0,139	8
<i>FHL2</i>	93 \pm 21	74 \pm 17	0,994	55
<i>IHL2</i>	58 \pm 16	52 \pm 17	0,363	21
<i>CHL2</i>	33 \pm 29	32 \pm 28	0,035	0

Tabell 4 viser at helsesøstre som har mange ikke-vestlige innvandrere som brukere, oppgir forholdsvis lavere funksjonell og interaktiv helsefremmende allmenndannelse hos denne gruppen versus øvrige brukergrupper.

Diskusjon

Hensikten med denne undersøkelsen var primært å kartlegge helsesøstres oppfatninger av deres brukeres helsefremmende allmenndannelse, operasjonalisert med holdningsutsagn som reflekter teori for dette begrepet (Nutbeam 2008). Helsestasjonen bør være en helsefremmende og forebyggende arena, og helsefremmende allmenndannelse er etterlyst målt hos brukere som benytter slike tilbud (Baker 2006; Kickbusch 2001; Nutbeam 2008). I de fleste internasjonale studiene for å måle helsefremmende allmenndannelse er det brukt rene kunnskapstester, hvilket avgrensner målingene til kun å gjelde det laveste nivået; funksjonell helsefremmende allmenndannelse (Kondilis, Kiriaze, Athanasoulia og Falagas 2008). Uansett, er trolig ikke helsefremmende allmenndannelse målt direkte hos noen målgrupper i Norge. Hovedfunnene i studien viste at helsesøstrene oppfatter brukernes kritiske helsefremmende allmenndannelse som lavere enn både deres interaktive og funksjonelle, samt at brukere som kan karakteriseres som ikke-vestlige innvandrere, trolig har relativt lavere funksjonell og interaktiv helsefremmende allmenndannelse enn øvrige brukergrupper.

Metodediskusjon

Likevel knyttes det en rekke metodiske usikkerheter til disse resultatene. På tross av at hele 515 helsesøstre deltok i studien, hvilket etter "sample size"-kalkulasjon (Creative Research System 2008) lå over minimumsnivået på $N = 327$ respondenter som trengtes for å kunne ha rimelig grunn til å statistisk generalisere funn til den respektive teoretiske populasjonen av registrerte helsesøstermedlemmer i Norsk Sykepleierforbund (ca. 2200 anno 2009), var det relativt få deltakende helsesøstre fra de folketallrike Østlandsfylkene. Det e-post- og web-baserte spørreskjemaet ble distribuert til alle fylkeslederne for helsesøstre i Norge. De skulle så videresende skjemaet som web-link i e-post til den enkelte helsesøster. Muligens er det kun de temainteresserte lederne som har befordret skjemaene videre – og tilsvarende; de mest temamotiverte helsesøstrene som har besvart og returnert dem. Utvalgsstatistikk ble derfor i liten grad anvendt. Imidlertid hadde majoriteten av respondentene både lang ansiennitet og videreutdanning, noe som indikerer erfaring og kompetanse – og muligens representativitet – hos deltakerne i denne pilotpregete studien.

Å tilby helsesøstre kategoriserte prosentandeler som svaralternativer til utsagn for å vurdere hvor stor fraksjon brukere de mente kunne ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger relatert til funksjonell, interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse, var også et usikkert målekriterium. I tilknytning til dette, er det også sannsynlig at mange helsesøstre under utfyllingsfasen av spørreskjemaet ikke hadde kjennskap til selve begrepet, slik at indikatorene i begrenset grad kan ha gitt respondentene de ønskelige kognitive assosiasjoner til brukernes varierende nivåer av helsefremmende allmenndannelse. På den annen side, ble det satt nokså strenge krav til grenseverdiene for både faktor- og reliabilitetsanalysen i studien for å sikre at de inkluderte indikatorene for henholdsvis funksjonell, interaktiv og kritisk helsefremmende allmenndannelse gav høyest mulig konsistens i de respektive konstruktene.

Resultatdiskusjon

Majoriteten av de responderende helsesøstrene mente at brukerne hadde forholdsvis høy funksjonell helsefremmende allmenndannelse. Imidlertid hadde begge konstruktene, *FHL1* og *FHL2*, nokså lave CCA-verdier, noe som svekker reliabiliteten og validiteten for disse målingene. Dog var korrelasjonen mellom dem positiv og medium sterk. I denne pilottestpregete studien valgte vi å akseptere og presentere konstruktene som hadde noe lave CCA-verdier, hovedsakelig for å ville vise *hvilke* indikatorer som ble brukt for å reflektere hvert av de tre nivåene av helsefremmende allmenndannelse. Således er det diskutabelt hvorvidt disse indikatorene faktisk gjør dette eller ei, i følge teori (Nutbeam 2008). På den annen side, er omtrent tilsvarende ordlyd som i konstruktindikatorene for *FHL1* og *FHL2* benyttet tidligere i internasjonale kartleggingsstudier av funksjonell helsefremmende allmenndannelse (Baker 2006; Chew et al. 2004; Ishikawa et al. 2008). Indikatorene i våre *FHL*-konstrukt fokuserer på personers leseferdigheter og kroppslig kunnskap, noe som også gjøres i anerkjente måleinstrumenter for helsefremmende allmenndannelse (f. eks. TOFHLA og REALM; Baker 2006; Parker et al. 1995).

Obligatorisk 10-årig skolegang for alle i Norge tilsier at man muligens kan forvente høy funksjonell helsefremmende allmenndannelse hos befolkningen. Gabrielsen og Ritland (2000) antydte, imidlertid, at tre av ti undersøkte nordmenn trolig hadde for svake leseferdigheter til å kunne fungere optimalt i arbeids- og samfunnslivet. At helsesøstre som har mange brukere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn oppgav relativt lavere score på *FHL*-konstruktet enn helsesøstre som hadde få brukere med slik bakgrunn, antyder at personer spesielt i denne brukergruppen kan ha mangelfulle kroppskunnskaper og leseferdigheter. Det er imidlertid nylig beskrevet stor variasjon i funksjonell helsefremmende allmenndannelse blant personer i den etnisk varierte innvandrerbefolkningen i Norge (Fagerlund et al. 2010).

Helsesøstrene oppgav forholdsvis høy interaktiv helsefremmende allmenndannelse hos brukerne. På tross av litt lave CCA-verdier også for konstruktene *IHL1* og *IHL2*, indikerer positiv og medium sterk korrelasjon mellom disse to trolig brukbar validitet for vår operasjonalisering av denne begrepsdimensjonen. Høy interaktiv helsefremmende allmenndannelse karakteriseres blant annet av evne til å kommunisere sin helsetilstand på en adekvat måte i lag med helsepersonell (Nutbeam 2000). Slik kommunikasjon innebærer i følge Nutbeam, bruk av treffsikre, faglige begreper og uttrykk som beskriver ens helseanliggende. Heldal og Steinsbekk (2009) hevder i sin norske undersøkelse at pasienters mulighet til aktiv dialog om sin helsetilstand avhenger av deres kunnskapsnivå om kropp og helse. Ikke-vestlige innvandreres mulige begrensninger i slike kommunikasjonsferdigheter antyder en mulig grunn til lav score på *IHL*-konstruktet fra helsesøstre som hadde oppgitt å ha stor andel av slike brukere. En studie utført ved amerikanske "health care centers", viste at mange personer med etnisk minoritetsbakgrunn hadde lav interaktiv helsefremmende allmenndannelse, målt med omtrent tilsvarende indikatorer som i vår undersøkelse (Schlichting et al. 2007).

På tross av vanskelighetene med å etablere to solide konstrukt for kritisk helsefremmende allmenndannelse, viste score på enkeltindikatorer at mange av helsesøstrenes brukere kan ha vanskeligheter med å kunne kritisk evaluere helsepåstander som de mottar fra ulike kilder i samfunnet. Dette er også vist for diabetespasienter i en japansk studie (Ishikawa et al. 2008) og også i en nylig, foreløpig upublisert norsk undersøkelse av Finbråten og Pettersen (2012).

Konklusjon

Selv om nødvendige analytiske restriksjoner både førte til ”sanering” av *CHLI*-konstruktet og eksklusjon av flere utsagn i de andre konstruktene, så foreslås følgende konklusjoner og implikasjoner for vår studie: (a) Brukeres varierende helsefremmende allmenndannelse ser ut til å være et utfordrende anliggende for helsesøstre (b) helsesøstres helsekommunikasjon bør tilpasses målgruppers kartlagte nivå av helsefremmende allmenndannelse, (c) det bør fokuseres sterkere på temaet helsefremmende allmenndannelse i sykepleier- og helsesøsterutdanning, og (d) i det norske samfunn, hvor ”ansvar for egen helse” og empowerment-strategier vektlegges, kan personer med lav helsefremmende allmenndannelse oppleve utfordringer når det gjelder å kunne ta helsefremmende og sykdomsforebyggende valg. I en helsestasjonskontekst kan lav helsefremmende allmenndannelse hos foreldre få uheldige konsekvenser for deres barns helse. Å kartlegge helsefremmende allmenndannelse ved hjelp av spørreskjema til, eller strukturerte intervjuer av, brukere som besøker helsestasjoner og andre helsetater, bør således være et relevant tema for videre forskning.

Litteratur

- American Medical Association (1999) Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of the American Medical Association* 281: 552-57
- Baker, DW (2006) The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21: 878-83
- Betz, CL (2007) Health Literacy: The Missing Link in the Provision of Health Care for Children and Their Families. *Journal of Pediatric Nursing* 22:257-60
- Chew, LD, Bradley, KA, og Boyko, EJ (2004) Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Family Medicine* 36: 588-94
- Choté, A, Koopmans, GT, Redekop, W K, de Groot, CJMR, Hoefman, J, Jaddoe, VWV, Hofman, A, Steegers, EAP, Mackenbach, JP, Trappenburg, M, og Foets, M (2010) Explaining Ethnic Differences in Late Antenatal Care Entry by Predisposing, Enabling and Need Factors in the Netherlands. The Generation R Study. *Maternal and Child Health Journal* 15: 689-699
- Cohen, J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Creative Research System (2008) Sample Size Calculator. <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm#one> (14.10.2008)
- CSDH (2008). *Utjevne helseforskjellene i løpet av en generasjon: Helseforskjellene kan utjevnes ved å endre de sosiale helsedeterminantene*. Endelig rapport fra Kommissjonen for sosiale helsedeterminanter (Norsk utgave). Genève: Verdens helseorganisasjon
- Dalane, JØ (2011) *Nutrition literacy hos sykepleierstudenter*. [master thesis]. Lillestrøm (Norway): Høgskolen i Akershus; 2011. 132 s
- Fagerlund, B, Pettersen, S, Terragni, L, Garnweider, Barrikmo, I, & Mosdøl, A (2010) Health literacy of ethnic minority women in Norway: a concern and challenge to public health nurses when conducting nutrition counseling. Konferanseposter ved: 2nd World Congress of Public Health Nutrition, Porto, Portugal, 23.-25. September 2010
- Finbråten HS, og Pettersen, S (2009) Kunnskap er egenmakt. *Tidsskriftet Sykepleien* 97: 60-63

- Gabrielsen, E, og Ritland, AA (2000) Tre av ti leser for dårlig. Sammendrag. Samfunnsspeilet/statistisk sentralbyrå 2000. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200004/5.shtml> (28.11.2007)
- Gazmararian, JA, Williams, MV, Peel, J, og Baker, DW (2003) Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education Counseling* 1: 267-75
- Hair, JF, Black, WC, Babin, BJ, Anderson, RE, og Tatham, RL (2006) *Multivariate data analysis*. New Jersey, USA: Pearson Education International
- Heldal, F, og Steinsbekk, A (2009) Norwegian healthcare professional's perceptions of patient knowledge and involvement as a basis for decision making in hematology. *Oncology Nursing Forum* 36: 93-8
- Hjellset, VT (2010) *A culturally adapted lifestyle intervention with main focus on blood glucose regulation improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women. They are not aliens*. [PhD thesis]. Oslo (Norway): University of Oslo; 2010. One volume
- Ishikawa, H, Takeuchi, T, og Yano, E (2008) Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes* 31: 874-79
- Kickbusch, I (2001) Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 16: 289-97
- Kickbusch, I (2004) Improving Health Literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active health citizens. Improving Health Literacy – A key priority for enabling good health in Europe. *European Health Forum Gastein- Special Interest Session*. 8. October 2004
- Kim, S, Love, F, Quistberg, DA, og Shea, JA (2004) Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care* 27: 2980-82
- Kondilis, BK, Kiriaze, IJ, Athanasoulia, AP og Falagas, ME (2008) Mapping Health Literacy in the European Union: A Bibliometric Analysis. *PLoS ONE* 3. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2424242> (03.11.2008)
- Kumar, D, Sanders, L, Perrin, EM, Lokker, N, Baron Patterson, B, Gunn, V, Finkle, J, Franco, V, Choi, L, og Rothman, RL (2010) Parental Understanding of Infant Health Information: Health Literacy, Numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Academic Pediatrics* 10:309-16.
- McCormack, L, Bann, C, Squiers, L, Berkman, N D, Squire, C, Schillinger, D, Ohene-Frempong, J, og Hibbard, J (2010) Measuring health literacy: A pilot study of a new skills-based instrument. *Journal of Health Communication* 15: 51-71
- 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: 259-67
- Nutbeam, D (2008) The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 67: 2072-78
- Nutbeam, D (2009) Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health* 54: 303-5
- Paasche-Orlow, MK, Parker, RM, Gazmararian, JA, Nielsen-Bohlman, LT, og Rudd, R (2005) Reviews. The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20: 175-84
- Pallant, J (2007) *SPSS. Survival Manual*. New York: Open University Press
- Parker, RM, Baker, DW, Williams, MV, og Nurss, JR (1995) The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New instrument for Measuring Patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 10: 537-541

- Pavlish, CL, Noor, S, og Brandt, J (2010) Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine* 71: 353-361
- Pettersen, S (2003) Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: D. Jorde & B. Bungum. (red). *Naturfagdidaktikk, perspektiver, Forskning og Utvikling* 373-88. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pettersen, S (2005) Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NorDiNa: Nordic Studies in Science Education* 1: 5-16
- Pettersen, S og Finbråten, HS (2011) Behov for kartlegging av pasienters health literacy. Oralt innlegg ved *Den tredje nasjonale forskerkonferansen innen pasient og pårørendeopplæring: Måling av effekt og innhold – utfordringer i opplæringsfeltet*. Oslo, Norge, 22. september, 2011
- Pleasant A og Kuruville, S (2008) A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International* 23: 152-59
- QuestBack (2000™). Ask and Act. <http://www.questback.no> (01.02.2008)
- Ratzan, SC (2001) Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 16: 207-14
- Riley, JB, Cloonan, P, og Norton, C (2006) Low Health Literacy: A Challenge to Critical Care. *Critical Care Nursing Quarterly* 29: 174-78
- Saefer, RS, og Keenan, J (2005) Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician* 72: 463-68
- Sarkar, U, Fisher, L, og Schillinger, D (2006) Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care* 29: 823-29
- Schafer, J L, & Graham, JW (2002) Missing Data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods* 7: 147-77
- Schillinger, D, Grumbach, K, Piette, J, Wang, F, Osmond, D, og Daher, C et al. (2002) Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *The Journal of The American Medical Association* 288(4), 475-82
- Schlichting, JA, Quinn, MT, Heuer, LJ, Schaefer, CT, Drum, ML, og Chin, MH (2007) Provider perceptions of limited health literacy in community health centers. *Patient Education and Counseling* 69: 114-20
- Shone, LP, Conn, KM, Sanders, L og Halterman, J.(2009) The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Education and Counseling* 75: 368-75
- Steckelberg, A, Hüfenhaus, C, Kasper, J, Rost, J, & Mühlhauser, I (2007) How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Advances in Health Science Education* 14: 11-22
- Tang, YH, Pang, SMC, Chan, MF, Yeung, GSP, og Yeung, VTF (2008) Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing* 62: 74-83