

Anne Karen Jenumdr.med., MPH, Institutt for helse og samfunn,
Avdeling for allmennmedisin,
Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.**Kjell Sverre Pettersen**PhD, MSc, Avdeling for helse,
ernæring og ledelse, HiOA

Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?

> Sykepleiere har ansvar for å tilrettelegge informasjon for pasienter med lav helseinformasjonsforståelse.

INNLEDNING

Mange pasienter har problemer med å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon som de mottar fra helsetjenesten, og det er i praksis ofte betydelig avstand mellom det som sykepleiere og leger antar pasientene forstår og det de faktisk forstår (1). Begrepet health literacy (HL) brukes for å belyse dette problemet. HL er et relativt nytt begrep i klinisk praksis og i folkehelsearbeid (2,3) 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» (2,3). Dette essayet ønsker å redegjøre for moderne syn på HL, primært for å øke bevisstheten om sykepleieres kommunikasjonsmessige tilretteleggingsansvar overfor pasienter med lav HL (4-5). Vi vil enkelte steder trekke fram diabetes type 2 som et klinisk eksempel, siden sykdommen kan anses som et relevant eksempel på en multifaktoriell, kompleks, kronisk sykdom, der behandlingen i dag forutsetter stor grad av

egeninnsats og spesifikk kunnskap hos pasienten.

Essayet baserer seg på forfatterens erfaring med og forskning på HL og et skjønnsmessig utvalg av HL-publikasjoner (søk i PubMed fram til mars 2014). «Health literacy» ble brukt som søkeord, og både engelskspråklige og norske artikler er inkludert.

HVA ER HL?

Det engelske ordet «literacy» betyr hovedsakelig leseferdighet og tallforståelse, og ordkonstellasjonen «health literacy» har lenge dreid seg om hvorvidt enkeltpersoner kan lese og forstå ofte tallpreget helseinformasjon. Norske oversettelser av HL er helsefremmende allmenndannelse (3) – vi foreslår her alternativt; helseinformasjonsforståelse. Vår erfaring er at HL-begrepet virker lite kjent i Norge. En mulig årsak til det kan være at man har «tatt for gitt» at både grunnleggende leseevne og tallforståelse er jevnt over godt fordelt i landets befolkning, hvilket trolig ikke er tilfellet (7). Dernest kan andre teoretiske konsepter innen

helsekommunikasjonsopplæring i helsefagutdanninger ha fått større ideologisk gjennomslagskraft og prioritet; for eksempel empowerment. Definisjon av og begrepsinnhold i HL varierer mellom mange land, for eksempel bruker svenskene uttrykket «hälsolitteraciet», mens danskene foretrekker uttrykket «sundhedskompetence» (8,3). Felles for de nordiske oversettelsetene av HL-begrepet er at de reflekterer mer kompetanse enn kun leseferdighet og tallforståelse. Dette skyldes to forhold: Don Nutbeams teoretiske modell for HL fra 2000 (2) og Sørensen og medarbeidere (9) sin nye, videreutviklede, empirisk baserte modell fra 2012. Ifølge Nutbeams teori (2) er kunnskaper, ferdigheter og holdninger knyttet til HL fordelt på tre suksessive nivåer (3): (I) «functional HL»(F-HL): lese- og skriveferdigheter, samt basal kroppskunnskap, (II) «interaktive HL»(I-HL): evne til kommunikasjon med helsepersonell og navigering til rett instans innen helsevesenet, og (III) «critical HL»(C-HL): ferdigheter i kritisk tenkning og evaluering

” Det engelske ordet «literacy» betyr hovedsakelig leseferdighet og tallforståelse.

av helseinformasjon. Nutbeam hevder at HL både kan betraktes som en klinisk risiko og som en ressurs (8). Disse to tilnærmingene til begrepet har sine røtter i henholdsvis klinisk praksis og i folkehelsearbeid. I USA blir en persons HL-nivå oftest vurdert ut ifra hvor stor risiko det er for uheldige helseutfall når en person blir pasient og må forholde seg til informasjon fra helsepersonell. Svak tallforståelse kombinert med begrenset leseevne hos en pasient, kan representere en sikkerhetsrisiko når reseptbelagte legemidler blir utdelt (1,10). HL som ressurs vurderes som en kog-

nitiv, varierende, iboende «egenkapital» som mennesker trenger for å kunne ta informerte valg om hva som fremmer helse og forebygger sykdom (4).

Nutbeams noe statiske, hierarkiske HL-teori (F-HL er laveste nivå, så I-HL og C-HL det høyeste) har imidlertid ikke kunnet la seg empirisk bekrefte. Trolig er graden av HL avhengig av kontekst, motivasjon og kulturelle betingelser (7). Sørensen og andre (7) hevder dette i sin systematiske oversikt over HL-forskning, at variabel grad av HL-kompetanse kommer til uttrykk i tre livssituasjoner

som vi mennesker periodevis befinner oss i; (a) når man blir pasient i helsevesenet («Behandling og pleie»); (b) når man har økt risiko for å utvikle sykdom («Sykdomsforebyggelse»), (c) når man skal forholde seg til kunnskapsbasert helseinformasjon og helsefremmende tiltak, lokale eller nasjonale («Helsefremming»). Å mestre disse tre livssituasjonene krever fire HL-relaterte kompetanser; I) «Finne»: ha mulighet til å skaffe seg medisinsk hjelp, samt evne til å kunne søke etter relevant informasjon om sitt helseproblem; II) «Forstå»: kunne forstå innhold

FIGUR 1: Kombinasjoner av de fire HL-kompetansene (I-IV) i de tre livssituasjonene (a-c), beskrevet i Sørensen et al. (9) sin modell (i essayforfatterens egen oversettelse fra engelsk).

	I	II	III	IV
	Finne	Forstå	Vurdere	Bruke
a) Behandling og pleie	Evne til å skaffe seg tilgang til informasjon om medisinske og kliniske anliggender	Evne til å forstå medisinsk informasjon og dens betydning	Evne til å tolke og vurdere medisinsk informasjon	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende medisinske problemer
b) Sykdomsforebyggelse	Evne til å få tilgang til informasjon om risikofaktorer for helse	Evne til å forstå informasjon om risikofaktorer og dens betydning for helse	Evne til å tolke og vurdere informasjon om risikofaktorer for helse	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende risikofaktorer for helse
c) Helsefremming	Evne til å oppdatere seg på hva som er helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å forstå informasjon om helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø og deres betydning	Evne til å tolke og vurdere informasjon om helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø

TABELL 1: Utvalgte tester som måler HL (21).

Instru- ment	Type	Antall elementer	Administra- sjon/tidsbruk	Skår	Hva måles	Kommentar
TOFHLA ¹	Lese-, regne og fortolkningstest	50 elementer	Pasient, 22 min.	Totalskår 0-100; <60 = inadekvat HL, 60-75 = marginal HL, >75 = adekvat HL	F-HL, tallforståelse	Hyppig brukt «gullstandard», måler kun F-HL
s-TOFHLA ²	Lese- og fortolkningstest	36 elementer	Pasient, 7 min.	Totalskår 0-36; <17 = inadekvat HL, 17-22 = marginal HL, ≥23 = adekvat HL	F-HL	Kortversjon
REALM ³	Lese-, uttale- og gjenkjenningstest	66 ord	Kliniker/forsker, < 3 min.	Totalskår 0-66; <19 = ≤3. klasse, 19-44 = 4.-6. klasse, 45-60 = 7.-8.-klasse, 61-66 = ≥9. klasse	F-HL	Hyppig brukt «gullstandard» måler kun F-HL
REALM-R ⁴	Lese-, uttale- og gjenkjenningstest	8 ord	Kliniker/forsker < 2 min.	Totalskår 0-8; ≤ 6 tilsvarende ≤ 6. klasse og indikerer svak HL	F-HL	Kortversjon av REALM
LAD ⁵	Lese-, uttale- og gjenkjenningstest	60 ord	Kliniker/forsker, 3 min.	Totalskår 0-60; <21 = ≤ 4. klasse, 21-40 = 5.-9. klasse, 41-60 = ≥9. klasse	F-HL	
DNT ⁶	Lese-, fortolke og regneferdighetstest	43 spørsmål, 8 temaer og 8 «regnetyper»	Kliniker/forsker, 30 min.	% korrekte svar	F-HL, tallforståelse	Diabetes-spesifikk
3-brief SQ ⁷	Subjektiv mestring av HL	3 spørsmål	Kliniker/forsker, 1-2 min.	Kategoriserte skår for hvert spørsmål (0-4), total skår 0-12, høye skår = høy HL	F-HL, C-HL	Vurdert som beste engelskspråklige instrument for diabetes
SILS ⁸	Subjektiv mestring av HL	1 spørsmål	Kliniker/forsker, ½ min.	Kategoriserte skår for hvert spørsmål (0-4), totalskår 0-4, ≥2 = ofte/alltid problemer med å lese skriftlig helseinformasjon	F-HL	

¹Test of Functional Health Literacy in Adults²Short TOFHLA³Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine⁴REALM-revised⁵Literacy Assessment in Diabetes⁶Diabetes Numeracy Test⁷3Brief screening questions⁸Single item literacy screener

HIndirekte mål



Evnen til å navigere til rett instans i helsevesenet er viktig for å nå raskt fram til gode behandlingstilbud.

i helseinformasjon mottatt av helsepersonell eller funnet selv; III) «Vurdere»: kunne fortolke og kritisk vurdere helseinformasjon, og IV) «Bruke»: kunne anvende helseinformasjon på en adekvat måte for å fremme egen helse

HL-ferdigheter bør således forstås som dynamiske, siden de vil kunne endre seg med alder, livs- og sykdomserfaring (7). Modellen til Sørensen et al. utgjør en progresjon av HL-begrepet fra den tradisjonelle og ensidige «pasient-utfallsrisiko»-fokuseringen til et bredere folkehelseperspektiv, særlig gjelder det for livssituasjonene i punktene (b) og (c) i figur 1. Modellen ansporer også til helsekommunikasjonsstrategier hos sykepleiere, som i sin profesjonelle rolle kan møte personer med ulik grad av HL i alle tre livssituasjonene.

HL-BASERT HELSEKOMMUNIKASJON

Sykepleiere forutsettes i dag å være opptatt av pasienters perspektiv og preferanser, og pasienter forventes å kunne ta selvstendige beslutninger om forhold som angår deres helse (11). Førstnevnte forutsetter trolig kommunikasjonsferdigheter, mens sistnevnte forutsetter HL. Kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren har sannsynligvis stor betydning for helseutfallet til diabetespasienter med lav HL. På kort sikt kan pasienters misoppfatninger som følge av for kompleks helsekommunikasjon,

true presisjon, kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen (12). Informasjonsmateriell til bruk overfor pasienter med diabetes er ofte skrevet på et høyere HL-nivå enn det pasientene befinner seg på (14), og regimene som pasientene må følge for å behandle sin diabetes er gjerne omfattende og kompliserte (15). Det er derfor fordelaktig om sykepleiere bruker et så enkelt språk som mulig under helsesamtalen, stiller kontrollspørsmål om vedkommende har forstått, og eventuelt supplerer med illustrasjonsmateriell. En slik tilnærming forutsetter imidlertid at pasienters nivå av HL er forhåndskartlagt: Dette blir neppe utført innen norsk helsevesen, trolig på grunn av mangel på relevante kartleggingsinstrumenter for HL. På den annen side, har det vist seg at selv det mest forenklete informasjonsmateriell ikke bidrar i særlig grad til ønsket atferdsendring hos diabetespasienter med svært lav HL, hvilket antyder at økt kunnskap om og innsikt i egen sykdom ikke alene kan bidra til slik endring (16).

Alt i alt, mangler det mye for å forstå hvordan lav HL påvirker helseutfall, for eksempel ved diabetes sykdom (17,18). Intervensjoner basert på HL-tilpasset helsekommunikasjon foreslås derfor gjennomført av sykepleierforskere i Norge for å få mer innsikt i om slike tilnærminger kan ha positiv innvirkning på helseutfall hos pasienter med særlig lav HL. Pasientopplæring

for å øke HL hos pasienter kan også være relevant i denne sammenheng.

Evnen til å navigere til rett instans i helsevesenet er viktig for å nå raskt fram til gode behandlingstilbud. Evnene til dette mangler ofte hos personer med lav HL (9). Moderne vestlige samfunn «flommer» dessuten nærmest over av helsepåstander og behandlingstilbud – med høyst ulik grad av vitenskapelig forankring (19). Å kunne kritisk vurdere helseinformasjon vil derfor være nyttig for å ivareta egen helse (3). Lav C-HL forekommer trolig hos mange diabetespasienter i Norge (20). En viktig rolle for sykepleieren i disse to sammenhengene kan være å informere personer med lav HL om helsevesenets mange spesialinstanser, samt å formidle hvilke kilder til helseinformasjon man fra et helseprofesjonelt ståsted anser å være valide – og ikke. Begge disse tiltakene forutsetter imidlertid at pasienters HL blir kartlagt.

MÅLEMETODER FOR HL

Pasienters HL har hittil hovedsakelig vært kartlagt som tallforståelse, med lese- og ordfortolkningstester, og i størst grad innen diabetesbehandling (14).

De fleste slike tester måler, som man ser av tabell 1, kun laveste nivå av HL; FHL. Mange skårer også lavere på disse testene enn forventet ut ifra gjennomført skolegang (14). Antall

tilbakelagte skole- og utdanningsår predikerer altså ikke nødvendigvis HL-nivå. Nyere HL-tester tiltenkt diabetespasienter er psykometriserte (inneholder Likertskalerte utsagn i konstrukt/indeksersom reflekter F-HL, I-HL og C-HL) (14). Slike selvutfyllende tester forutsetter godt syn og god konsentrasjonsevne for å gi et valid resultat. Det har derfor vært reist kritikk mot disse testene, også fordi pasienter synes det er ubehagelig eller skambelagt at deres manglende basiskunnskaper blir «avslørt» (22). Det er dessuten ofte slik, at testpersoner med diabetes skårer ulikt på HL-måleinstrumentene TOFHLA og REALM (tabell 1). Grunnen kan være at begge disse instrumentene ikke fanger opp sentrale aspekter ved HL (14). Trolig er også HL-nivået hos en person ulikt i friske hverdagssammenhenger og i en utfordrende sykdomstilstand (23). Mulig kontekstuell variasjon i HL legitimerer således behov for videreutvikling av HL-instrumentene, spesielt at disse måler flere ferdighetsdimensjoner ved HL enn kun F-HL. Dette gjelder særlig pasienters evne til interaktivitet med sykepleiere (I-HL) og kritisk vurdering av medias helseinformasjon (C-HL) – noe som trolig oppleves som en utfordring for mange diabetesykepleiere (24,20).

Likeledes har man i lang tid ønsket et måleinstrument for HL, eksklusivt tiltenkt bruk i

befolkningsstudier (23). Imidlertid gjennomførte åtte EU-land (ingen nordiske) i 2009–2012 en HL-fokusert befolkningsstudie med cirka 8000 respondenter – dog var innvandrere ikke inkludert (25). Studien viste en sterk sosial gradient for HL i disse EU-landene og at hele 47,6 prosent av respondentene hadde betydelig lav HL. Denne psykometrisk pregete studien vil i det nærmeste også bli gjennomført i både Norge, Sverige og Danmark. I Norge vil innvandrere og diabetespasienter inkluderes som to strata.

Vi er ikke kjent med om HL er målt hos pasienter i Norge, hvilket bør være det naturlige neste steg. Imidlertid mente N=108 diabetesykepleiere og N=515 helsesøstre at lav HL forekom blant deres pasienter i Norge, spesielt hos de med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (26,20). Av til sammen N=230 fastleger her i landet mente mange at flere av deres pasienter hadde begrenset evne til å kunne kritisk vurdere ulike helsepåstander (lav C-HL) (27). Det er også dokumentert at innvandrerkvinner i Norge med diabetes kan ha problemer med å forstå kostholdsinformasjon gitt av helsepersonell (28). Disse nasjonale studiene antyder at lav HL hos pasienter utgjør en kommunikasjonsmessig utfordring for helsepersonell.

MÅLINGER

Tradisjonelle HL-tester (tabell 1) utført med en pasient liggende i sin sykeseng, virker tro-

lig uetisk etter behandlings- og omsorgsstandarder i det norske helsevesenet. Dette kan også ha bidratt til at HL-begrepet og dets målemetoder er relativt ukjente for helsepersonell. Om sykepleiere likevel finner en egnet målemetode og en «uanstrengt» kontekst å forhåndskartlegge pasienters HL i, som verken frambringer skam eller konsentrasjonssvikt hos dem, kan trolig positiv effekt av den påfølgende helsesamtalen skyldes en slik tilnærming.

Økende befolkningsandel innvandrere i Norge legitimerer også at pasienters HL-nivå blir kartlagt med språk- og kultursensitivt tilpassete metoder (29), og sannsynligvis er behovet for HL-registrering særs relevant å foreta med innvandrere som har diabetes.

LAV HL OG HELSEUTFALL

Sammenheng mellom målt HL og ulike helseutfall er også nylig blitt vurdert i en systematisk oversikt av 111 studier (30). Lav HL var assosiert med høyere innleggelsesrater, mer bruk av akutte helsetjenester, lite kunnskap om egen sykdom, begrenset evne til å fortolke helseinformasjon, ukorrekt bruk av legemidler, sjeldnere bruk av forebyggende helsetjenester, dårligere helsestatus, og høyere dødelighet hos eldre. Variabel HL forklarte også sosiale eller etniske helseforskjeller i flere helsemål. Det har således vært retorisk påstått at mange personer med lav HL blir



Lav HL kan bidra til forklare ugunstige helseutfall hos mange pasienter.

«gjengangere» i helsevesenets behandlingssystem.

For pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, synes lav HL å bidra til dårligere etterlevelse av kompliserte behandlingsregimer. Dette er trolig fordi informasjonsmateriell til bruk ved diabetes forutsetter tallforståelse og leseferdigheter på et forholdsvis høyt nivå (31,15). Begrenset tilgang til, dårlig kvalitet på og lavt utbytte av egen skolegang, synes derfor å kunne disponere for lav HL (31). I en oversiktsartikkel om effekten av 38 intervensjoner overfor diabetespasienter med lav HL var det evidens for mindre bruk av akuttjenester og innleggelse, samt at intensive intervensjoner for å bedre mestring og egenbehandling av diabetes reduserte sykdommens alvorlighetsgrad (32–34). Felles for intervensjonene var at helsepersonell drev kunnskapsopplæring og ga informasjon til testgruppen med virkemidler som befant seg på et forholdsvis lavt HL-nivå (brosjyrer med enkelt språk, bilder og video).

Lav HL er videre vist å være assosiert med demografi (høy alder, lav utdanning, lav sosial klasse og etnisk minoritetsbakgrunn), og det var assosiasjon mellom lav HL og dårlig helse for disse gruppene (30). Således kan det tenkes at HL kan være én av flere faktorer som kan bidra til å forklare sosial ulikhet i helse.

Behandling av diabetes type 2 er ofte komplisert,

både for sykepleier og pasient (35). Diabetes type 2 rammer i uforholdsmessig stor grad middelaldrende, unge voksne med lav sosioøkonomisk status og etniske minoriteter (36,37). Diabetesbehandling med sterk vekt på opplæring og egne valg er imidlertid fremmed for enkelte eldre og innvandrergreper som kan ha vært vant til en mer paternalistisk kommunikasjonsstil hos helsevesenet tidligere (38). HL forklarte den observerte forskjellen mellom afroamerikanere og majoritetsbefolkning i bruk av forskrevne diabetesmedisiner etter justering for sosiodemografi og sykdomsvarighet (39). Det er også vist sammenheng mellom lav HL, hypoglykemi og manglende metabolsk kontroll (HbA1c) (40,41).

SYKEPLEIERES HELSEKOMMUNIKASJON

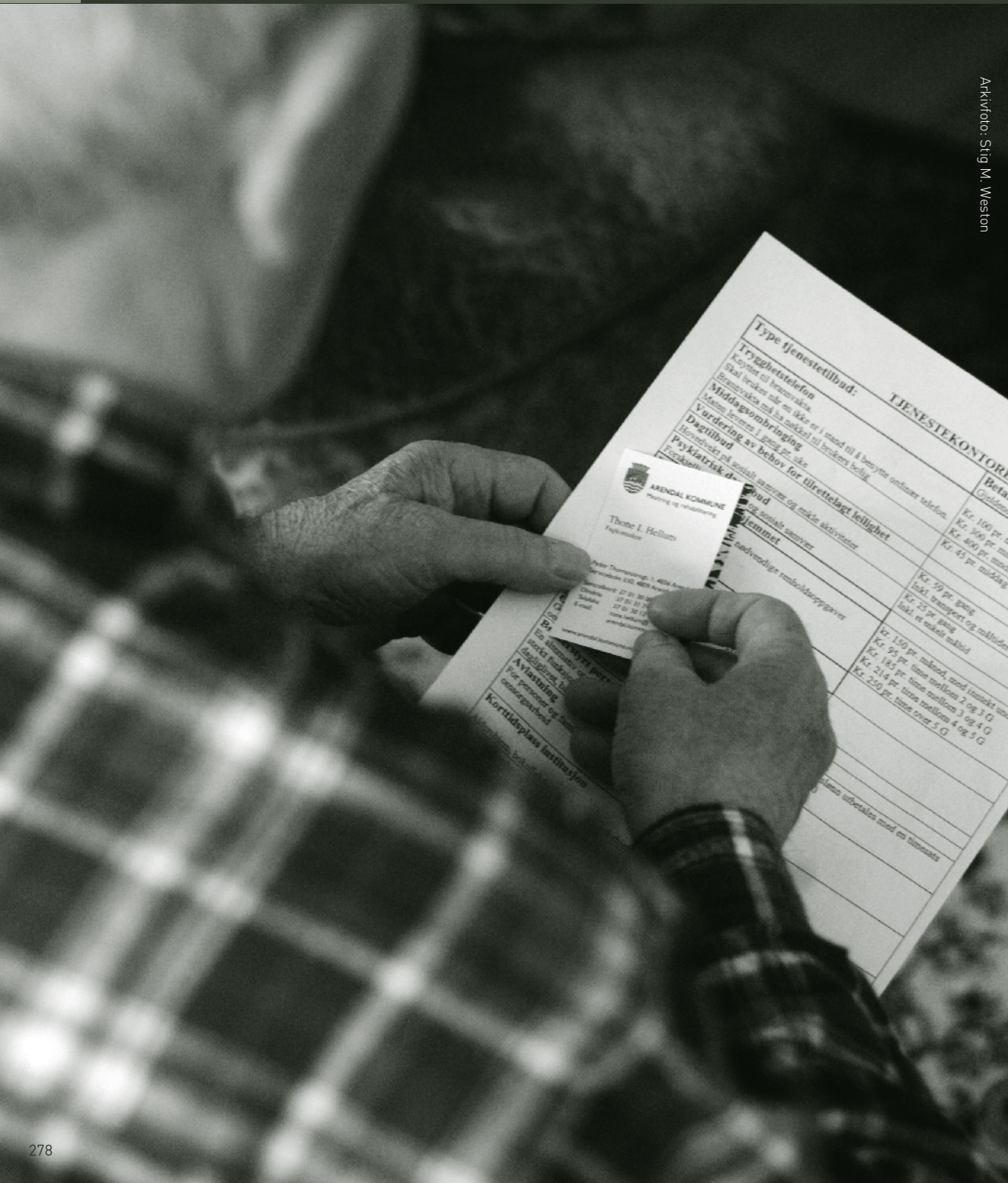
Sykepleiere kan, som nevnt, over-estimere pasienters leseferdigheter, kropps- og helsekunnskaper. Dette kan skape frustrasjon, engstelse og forvirring hos disse pasientene når de må forholde seg til omfattende helseinformasjon og veiledning. Det er således mulig at mange gjennomfører egenbehandlingen feil. Sykepleieres HL-tilpassete kommunikasjon har imidlertid vist seg å kunne positivt påvirke evnen til metabolsk kontroll (HbA1c) hos diabetespasienter (42–44). Man anser likevel pasientens motivasjon og mestring anses som mest avgjø-

rende for god egenbehandling, som kosthold, fysisk aktivitet, glukosemålinger og justering av medikamentbruk (17).


Det er derfor gode argumenter for at sykepleieren bør tilpasse helsesamtalen til pasienters varierende HL-nivå, for eksempel til deres kroppskunnskap og forståelse av sammenhenger mellom atferd og helse. Slike pedagogisk differensierte tiltak kan i seg selv trolig bidra til å øke pasienters HL som følge av økt innsikt og egenmestring. Alternativt kan enkle, standardiserte kontrollspørsmål fra sykepleieren om pasienten faktisk har forstått helseinformasjonen i samtalen være tilstrekkelig noen ganger, særlig i kliniske kontekster (21). Sannsynligvis kan det også være formålstjenlig å benytte instruerende, men forenklet og kultursensitivt visuelt materiale, som bilder og film, overfor enkelte pasienter med innvandrerbakgrunn med begrensede språkferdigheter og lav HL.

KONKLUSJON

Lav HL kan bidra til å forklare ugunstige helseutfall hos mange pasienter, og oppmerksomheten omkring dette er økende blant sykepleiere, øvrig helsepersonell, helseforskere, tilbydere av helse tjenester og politikere internasjonalt (30). Dessverre har ikke oppmerksomheten rundt HL nådd Norge i særlig stor grad. Når mange i befolkningen vår trolig har lav HL og muligens ikke oppnår effekt av helsetje-



Type tjenestetilbud:	TJENESTEKONTOR	Beta
Trygghetstelefon Knyttet til hjemmesiden Skal brukes når en ikke er i stand til å benytte ordinær telefon.	Beta	Kr. 100 pr. min
Middagsombringing Måten leveres i, også pr.uke	Beta	Kr. 300 pr. måndag Kr. 450 pr. mandag
Dagtilbud Helsefaglig på sosialt ansvar og enkelte skrivevinter	Beta	Kr. 45 pr. budning
Psykiatrisk Helsefaglig på sosialt ansvar og enkelte skrivevinter	Beta	Kr. 50 pr. time Inkl. transport og malteider
Spill Spill og sosialt ansvar	Beta	Kr. 25 pr. time Inkl. et enkelt malteider
Utdanning Utdanning og sosialt ansvar	Beta	Kr. 150 pr. malteider, med innsett Kr. 95 pr. time mellom 2 og 3 G Kr. 185 pr. time mellom 3 og 4 G Kr. 214 pr. time mellom 4 og 5 G Kr. 250 pr. time over 5 G

 **ARENDA KOMMUNE**
Helse og omsorgstjenester

Thone I. Hellum
Fysioterapeut

Peter Thorsvang, 1. 400 Arendal
Sveinbjørn L. 400 Arendal

Telefon: 37 01 30 30
E-post: 37 01 31 31
37 01 30 12
37 01 30 13
37 01 30 14
37 01 30 15
37 01 30 16
37 01 30 17
37 01 30 18
37 01 30 19
37 01 30 20
37 01 30 21
37 01 30 22
37 01 30 23
37 01 30 24
37 01 30 25
37 01 30 26
37 01 30 27
37 01 30 28
37 01 30 29
37 01 30 30



Helseproblemer knyttet til lav HL gjenspeiler trolig sosiale ulikheter i samfunnet.

nestens mange gode tilbud fordi de ikke «forstår», bør dette få implikasjoner for hvorledes helsepersonell kommuniserer med og tilrettelegger for pasienter med lav HL.

Helseproblemer knyttet til lav HL gjenspeiler trolig sosiale ulikheter i samfunnet, like mye som det er et individuelt problem (2). Det er derfor fristende å hevde at sosial ulikheter i helse kan forsterkes i fremtiden dersom ikke helsekommunikasjonen, som foregår i de fleste instanser i det norske helsevesen, tilpasses til den enkelte pasients kartlagte HL-nivå.

Imidlertid trenger man flere intervensjonsstudier for å vurdere om økt HL faktisk kan gi helsefremmende atferd, og det gjelder også for andre kroniske sykdommer enn diabetes. For folkehelsearbeidet og fremtidige helsekampanjer overfor definerte målgrupper burde en studie av befolkningens HL være høyst relevant. Det er også tilrådelig å vektlegge HL som tema, både i sykepleierutdanning og sykepleierforskning. Norsk obligatorisk skole bør også kunne bidra sterkere til at barn og unges HL øker, det gjelder særlig unges kroppskunnskap og den kritiske dimensjonen innen HL; C-HL – et tema som definitivt fortjener en forskningsstudie.

Essayforfatterne takker Kristine Sørensen et al. (9) og HLS-EU Consortium (25) for tillatelsen til å benytte deres modeller og data.

REFERANSER

1. Safer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*. 2005;72:463–8.
2. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15:259–67.
3. Pettersen S. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? In: Jorde D, Bungum B, editors. *Naturfagdidaktikk, perspektiver, Forskning og Utvikling*. 1 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2003. opp. 373–88.
4. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Health literacy, Health Inequality and just health care system. *The American Journal of Bioethics*. 2007;7:5–10.
5. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promotion International*. 2013;doi:10.1093/heapro/dat013.
6. Wynia MK, Osborn CY. Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. *Journal of Health Communication*. 2010;15 (Suppl 2): 102–15.
7. Lagerstrøm BO. Nordmenn flest forstår det de leser (ALL). *Samfunnsspeilet/ Statistisk sentralbyrå*. 2005.
8. Mårtensson L, Hensing G. Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*. 2011;108:2718–2720.
9. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Brand H, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:doi:10.1186/1471-2458-12-80.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008;67:2072–8.
11. Cavanaugh K, Huizinga MM, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A, Davis D. Association of numeracy and diabetes control. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148:737–46.
12. Dy SM, Purnell TS. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review. *Social Science & Medicine*. 2012;74:582–7.
13. Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health

care: the joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22 (Suppl 2): 360–1.

14. Ishikawa H, Yano E. The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy. *Patient Education and Counseling*. 2011;84:393–397.
15. Joram E, Roberts-Dobie S, Mattison SJ, Devlin M, Herbrandson K, Hansen K, et al. The Numeracy Demands of Health Education Information: An Examination of Numerical Concepts in Written Diabetes Materials. *Health Communication*. 2012;27:344–55.
16. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei C P, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling*. 2009; 75:321–327.
17. Fransen MP, von Wagner C, Essink-Bot M-L. Diabetes self-management in patients with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Education and Counseling*. 2012;88:44–53.
18. Cavanaugh KL. Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. *Diabetes Management*. 2011;1:191–9.
19. Pettersen S. Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NorDiNa: Nordic Studies in Science Education*. 2005;1:5–16.
20. Finbråten HS, Pettersen KS. Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Vård i Norden*. 2012;32:47–52.
21. Al Sayah FA, Williams B, Johnson JA. Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. *Health Education & Behavior*. 2012;doi: 10.1177/1090198111436341. ePub April 9 2012.
22. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*. 1996;27:33–39.
23. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*. 2009;54:303–5.
24. Wallace A. Low literacy: Overview,

Assessment, and steps toward providing High-Quality Diabetes Care. *Diabetes Spectrum*. 2010;23:220-27.

25. HLS-EU C. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-E. <http://www.health-literacy.eu>. 2012.

26. Finbråten HS, Pettersen KS. En norsk pilotstudie av helsesøstres erfaringer med pasienters health literacy: helsefremmende allmenndannelse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2012;8:63-77.

27. Vassnes SM. Fastlegers erfaringer med pasienters health literacy. [Masteroppgave (MSc)]. Kjeller, Lillestrøm: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2010.

28. Hjellset VT. 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. Oslo: UNIPUB: University of Oslo; 2011.

29. Garnweidner LM, Pettersen KS, Mosdøl A. Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery*. 2013;29:e130-e137.

30. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155:97-107.

31. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *British Medical Journal*.

2012;344:e1602.

32. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*. 2011;16 [Suppl 3]: 30-54.

33. Rothman RL, Dewalt D, Malone R, Bryant B, Shinitani A, Crigler B, et al. Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *Journal of American Medical Association*. 2004;292:1711-6.

34. Cavanaugh K, Wallston KA, Gebretsadik T, Shintani A, Huizinga MM, Davis D, et al. Addressing Literacy and Numeracy to Improve Diabetes Care. Two randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2009;32:2149-55.

35. Helsedirektoratet. Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.

36. Jenum AK, Diep LM, Holmboe-Ottesen G, Holme IM, Kumar BN, Birkeland KI. Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians – the association with adiposity is strongest for ethnic minority women. *BMC Public Health*. 2012; doi:10.1186/1471-2458-12-150.

37. Tran AT, Diep LM, Cooper JG, Claudi T, Straand J, Birkeland K, et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in general practice according to patients' ethnic background: a cross-sectional study from Oslo, Norway. *BMC Health Serv Res*. 2010; doi:10.1186/1472-6963-10-145.

38. Kickbusch I. 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 [Internet]. 2004 October 8.

39. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, Elasy TA, Rothman RL. Health Literacy Explains Racial Disparities in Diabetes Medication Adherence. *Journal of Health Communication*. 2011;16 [Suppl 3]: 268-78.

40. Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Adler NE, Schillinger D. Hypoglycemia is More Common Among Type 2 Diabetes Patients with Limited Health Literacy: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General and Internal Medicine*. 2010;25:962-8.

41. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does Literacy Mediate the Relationship Between Education and Health Outcomes? A Study of a Low-Income Population with Diabetes. *Public Health Reports*. 2006;121:245-54.

42. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General and Internal Medicine*. 2006;21:878-83.

43. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*. 2007;31 (suppl. 1):19-26.

44. von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*. 2009;36:860-77.