

# Befolkningens helsekompetanse

*Michael 2023; 20: Supplement 31: 162–71.*

*Helsekompetanse handler om å kunne forstå, vurdere og bruke helseinformasjon slik at man blir i stand til å ta vare på helsen sin og bruke helsetjenester på en fornuftig måte. Mange mennesker i Norge synes det er vanskelig å forstå helseinformasjon som er gitt av helsevesenet. Det er vanskelig å delta aktivt i helsekommunikasjon med helsepersonell – enten det skjer verbalt, skriftlig eller digitalt. Forholdsvis mange finner det også vanskelig å stole på og å kunne kritisk vurdere flommen av helseinformasjon i massemediene. Disse utfordringene øker med stigende alder. Helsepersonell og helsevesen bør derfor tilpasse både innhold og språkbruk i helseinformasjon og helsekommunikasjon til pasientenes lave helsekompetanse.*

En rekke studier har vist at pasienter forstår langt mindre av den mottatte helseinformasjonen enn det helsepersonell tror (1, 2). Også i Norge har flere studier vist at pasienter har utfordringer med å forstå helsekommunikasjon med helsepersonell (3, 4). Alle disse funnene har trolig fått en overordnet konklusjon: at helsepersonell må bli flinkere til å kommunisere med pasienter, slik at informasjon og respons blir forstått av begge parter. Samtidig indikerer studiene at mange pasienter har så begrensede forutsetninger for å forstå og forholde seg adekvat til helseinformasjon, at helsepersonells forbedrede kommunikasjonsferdigheter ikke alltid strekker til.

I 2000 utviklet den australske professoren Don Nutbeam et teoretisk rammeverk, kalt *health literacy*, som på norsk er oversatt til *helsekompetanse* (5, 6). Rammeverket var et bidrag til å forsøke å forstå hvilke personlige utfordringer pasienter kan ha med informasjon og kommunikasjon om helse. Helsekompetanse blir oftest definert slik (7–9):

*Helsekompetanse handler om grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon med den hensikt å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen. Dette kan handle om å ta avgjørelser relatert til hvordan en forebygger sykdom, om en har behov for helsetjenester, og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet (9, s. 16).*

For en pasient dreier det seg om hvorvidt vedkommende kan vurdere om eller når det er behov for å oppsøke helsetjenester og helsehjelp, og å finne fram til disse tjenestene. Det handler også om egenomsorg og å ha kjennskap til hvilke helsefremmende tiltak som kan opprettholde eller forbedre livskvaliteten gjennom livsløpet (9).

Det er utviklet en rekke spørreskjemaer som måler blant annet evner, holdninger og ferdigheter for selvrappotering av helsekompetanse (psykometriske tester). Rammeverket som ligger bak spørreskjemaene som er brukt i Norge, er vist i tabell 1 og tabell 2 (8–13).

		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
		<b>Finne</b>	<b>Forstå</b>	<b>Vurdere</b>	<b>Bruke</b>
a)	<b>Behandling og pleie</b>	Evne til å skaffe seg tilgang til informasjon om medisinske og kliniske anliggende	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)	<b>Sykdomsforebygging</b>	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)	<b>Helsefremming</b>	Evne til å oppdatere seg på hva som er helse-determinanter 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 helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø

*Tabell 1. Rammeverk for måling av helsekompetanse i Norges befolkning. Oversatt og justert til norsk (7, 9) fra modellen for spørreskjemaet tilhørende Health Literacy Population Survey 2019–2021 (8).*

KJENNETEGN PÅ LAV HELSEKOMPETANSE	KJENNETEGN PÅ HØY HELSEKOMPETANSE
<b>1. Føle seg forstått og støttet av helsepersonell</b>	
Er ikke i stand til å kommunisere med leger og annet helsepersonell. De har ikke formell tilgang til helsepersonell og/eller har problemer med å stole på helsepersonell som kilde til informasjon og/eller helseråd	Har et etablert forhold til minst én kvalifisert helseperson som kjenner dem godt, som de stoler på og kan gi dem nyttige råd og informasjon. Vedkommende kan hjelpe dem til å forstå helseinformasjon og til å ta beslutninger om deres helse
<b>2. Har tilfredsstillende informasjon for å håndtere egen helse</b>	
Føler at de har mange kunnskapshull, og at de ikke har tilgang på den informasjonen de trenger for å håndtere sine helseproblemer	Føler seg trygge på at de har informasjonen de trenger for å kunne håndtere helsetilstanden sin og for å ta nye avgjørelser om den
<b>3. Aktiv håndtering av egen helse</b>	
Anser ikke helsen sin som sitt ansvar, men helsevesenets, de engasjerer seg ikke aktivt i ivaretagelse av egen helse	Erkjenner viktigheten av å kunne ta ansvar for egen helse, de engasjerer seg proaktivt i egenomsorg og tar selv avgjørelser som angår helsen sin, de prioriterer egen helse i livsløpet
<b>4. Har sosial støtte for helse</b>	
Føler seg helt alene og mangler sosial støtte angående ens egne helseutfordringer	Deres sosiale nettverk gir dem all den støtten de ønsker eller trenger angående ens egne helseutfordringer
<b>5. Vurdere helseinformasjon</b>	
De forstår ikke innholdet i det meste av helseinformasjon og blir forvirret når slik informasjon er motstridende	Kan identifisere god helseinformasjon og pålitelige informasjonskilder. De kan selv kritisk vurdere motstridende informasjon eller med hjelp fra andre
<b>6. Evne til aktivt å engasjere seg med helsepersonell</b>	
Er passive i sin tilnærming til helsetjenester, er inaktive og søker ikke etter eller avklarer informasjon og råd om mulige tjenestealternativer, de aksepterer helseinformasjon uten spørsmål, kan ikke stille spørsmål for å få mer informasjon eller for å få forklart det de ikke forstår, de aksepterer det som tilbys uten å vurdere om det dekker deres behov, føler seg ikke i stand til å dele bekymringer med helsepersonell, de føler mangel på handlefrihet i samhandling med dem som tilbyr helsetjenester	Er proaktiv når det gjelder egen helse og interagerer godt og trygt med helsepersonell, er i stand til å søke informasjon og råd fra annet kvalifisert helsepersonell når det oppleves nødvendig, de har sterk grad av empowerment
<b>7. Evne til å navigere i helsevesenet</b>	
Ute av stand til å på egen hånd eller til å få hjelp av andre til å finne fram til riktig instans innen helsevesenet for sine helseproblemer, vet ikke hva som er tilgjengelige helseressurser eller hva de har krav på av helsetjenester	Vet hvilke helsetjenester og ressurser som er relevant for dem og hvor de finnes, vet også hva de har krav på av helsetjenester

KJENNETEGN PÅ LAV HELSEKOMPETANSE	KJENNETEGN PÅ HØY HELSEKOMPETANSE
<b>8. Evne til å finne god helseinformasjon</b>	
Finner ikke og/eller får ikke tilgang til relevant helseinformasjon når det er nødvendig, er avhengig av at andre tilbyr dem helseinformasjon	Er en hyppig «informasjonsutforsker», bruker aktivt et mangfold av helseinformasjonskilder og er oppdatert
<b>9. Evne til å forstå helse informasjon godt nok til å vite hva som skal gjøres</b>	
Har problemer med å forstå skriftlig helseinformasjon eller instruksjoner om behandlinger og medikamenter, kan ikke lese eller skrive godt nok til å fylle ut skjemaer som helsevesenet utdeler	Er i stand til å forstå skriftlig informasjon (inkludert numerisk informasjon) om deres helsetilstand og kan fylle ut helsevesenets skjemaer

*Tabell 2. Ni dimensjoner av helsekompetanse i spørreskjemaet Health Literacy Questionnaire (10), med beskrivelser av hva som kjennetegner henholdsvis lav og høy kompetanse innenfor hver dimensjon (egen oversettelse fra engelsk til norsk).*

## Helsekompetansen i Norge

Norges befolkning består av både friske mennesker, de som lever mer eller mindre godt med en eller annen form for sykdom eller lidelse, og hospitaliserte pasienter – i alle aldre. Dessuten er befolkningen etnisk mangfoldig.

### *Måling av helsekompetanse hos pasienter i Norge*

En norsk tverrsnittsstudie av 158 pasienter med obstruktiv lungesykdom (f.eks. kols og astma) i 2020 viste at 48 % av dem hadde utfordringer med kritisk å vurdere helseinformasjon (14). Pasientene forstod ikke innholdet i informasjonen og ble forvirret når flere kilder til samme tema viste noe motsstridende resultater. Likeledes rapporterte 42 % at de syntes det var vanskelig å finne god helseinformasjon, mens 24 % mente at de hadde manglende evne til å forstå skriftlig, generell helseinformasjon godt nok til å vite hva de skulle gjøre. Det var også en klar positiv sammenheng mellom utdanning og helsekompetanse. 53 % av pasientene, som hadde et alderspenn på 42–91 år og gjennomsnittsalder på 70 år, benyttet ikke internett, verken privat eller i arbeidssammenheng.

Dette funnet bør gi grunn til ettertanke, sett i lys av at mer og mer helseinformasjon og helsekommunikasjon mellom helsevesen og pasient skjer via elektroniske plattformer (15). Man kan være fristet til å mene at satsingen på elektroniske helsekommunikasjonsplattformer i Norge i verste fall kan bidra til en ny form for sosial ulikhet mellom de som har og de som ikke har digital kompetanse (15, 16). Den mest nærliggende konklusjonen

er at mange i denne relativt eldre pasientgruppen har så begrenset helsekompetanse at språklig informasjon om deres sykdom bør forenkles og tilgjengeliggjøres i andre formidlingsformer som gjør dem i stand til egenmestring av sin tilstand.

I 2018 ble det publisert en nasjonal tverrsnittsstudie av 1275 voksne nordmenn med psoriasis som gjennomgikk klimaterapi på Gran Canaria (17). Psoriasispatientenes selvrapporterte evne til kritisk vurdering av helseinformasjon fikk lavest helsekompetanseskår. Hvorvidt de syntes at mottatt informasjon for å kunne håndtere sin egen helse var tilfredsstillende og forståelig, fikk også lav skår. Forfatterne foreslo at pasientopplæring for å øke helsekompetansen kunne være en nyttig strategi for å redusere ulikheter i egenmestringen.

En annen norsk studie omfattet 187 pasienter med kronisk nyresykdom (12). De skåret lavest når det gjaldt evnen til å vurdere helseinformasjon og til å finne god helseinformasjon. Det var også i denne studien en klar sammenheng mellom graden av utdanning og graden av helsekompetanse hos pasientene.

I en norsk tverrsnittsstudie av 159 nyretransplanterte pasienter skåret de relativt lavt når det gjaldt evnen til kritisk vurdering av helseinformasjon (13). Forfatterne mente at for å kunne møte nyretransplanterte pasientenes behov, er det viktig å kartlegge deres helsekompetanse før helseinformasjon blir gitt.

I en dansk-norsk prospektiv studie målte man helsekompetansen hos 3417 pasienter med koronar hjertesykdom (angina pectoris og hjerteinfarkt) før perkutan koronar intervensjon (blokking av trange årer i hjertet) (18). Selv om pasientene rapporterte tilfredsstillende evne til å forstå helseinformasjon godt nok til å vite hva som skulle gjøres, og til å finne god helseinformasjon, så skåret mange lavt på evnen til å kritisk vurdere slik helseinformasjon. Lav helsekompetanse kan derfor være en atferdsmessig risikofaktor for pasienter som har gjennomgått perkutan koronar intervensjon.

En kortversjon av spørreskjemaet (19) (tabell 1) er benyttet i en tverrsnittsstudie, der det blant annet ble målt helsekompetanse hos 388 personer i Norge med type 2-diabetes (20). 67 % av dem rapporterte at de syntes det var vanskelig å vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på, mens 27 % mente det var vanskelig for dem å finne informasjon om behandling og oppfølging av sykdom som gjaldt dem selv. Høy helsekompetanse var også i denne studien assosiert med høyt utdanningsnivå – og motsatt. Forfatterne konkluderte med at helseinformasjon om type 2-diabetes må språklig tilpasses dem som har lav helsekompetanse.

Samme kortversjon av spørreskjemaet (19) er også benyttet til å måle helsekompetanse hos 1355 kvinner som hadde overlevd brystkreft (21). I alt 42 % av dem rapporterte at det var vanskelig å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger, mens 35 % mente at det også var vanskelig å vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på. En tolkning av funnene kan være at flere brystkreftpasienter kan ha nytte av bedre ferdigheter i å vurdere ulike helsepåstander om kreftoppfølging som ofte presenteres i mediene (22).

Et gjennomgående fellestrekk ved de sju studiene som er omtalt, er at pasienter ofte har begrenset evne til kritisk vurdering av helseinformasjon. Graden av utdanning har sammenheng med slike ferdigheter. Om utfordringen kan skyldes komplisert språk brukt i helseinformasjon, individuelle lese- og språkvansker eller manglende kroppskunnskap kan man spekulere på.

### *Helsekompetansen i befolkningen*

Den første norske kartleggingen av befolkningens helsekompetanse ble gjennomført i perioden 2018–21 (9, 11). Datainnsamlingen ble utført som en tverrsnittsstudie av omtrent 7000 personer ved hjelp av et telefonintervju gjort av et gallupbyrå. Undersøkelsen inkluderte spørsmål om respondentenes helsekompetanse, demografiske variabler, deres digitale helsekompetanse, evne til å navigere i helsevesenet og ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell.

Det viste seg at 12 % av den generelle norske befolkningen og 14 % i fire<sup>1</sup> sammenslåtte innvandrerpulasjoner fra Pakistan, Polen, Tyrkia og Vietnam hadde problemer med å forstå hva legen sa til dem (9, 11). En omtrent dobbelt så stor prosentandel i begge gruppene hadde vanskeligheter med å forstå det som står i pakningsvedlegget til legemidler. Trolig har det mer å gjøre med lang tekst, liten skrift og lite tiltalende layout, mer enn mottakernes begrensede leseferdigheter. Henholdsvis 5 % og 8 % i de to hovedgruppene syntes det var vanskelig å forstå teksten på legemiddelpakken og å følge bruksanvisningen for hvordan medikamenter skulle tas. Man vet ikke hvorvidt disse forholdvis lave andelene antyder at mange andre respondenter faktisk får hjelp til å tolke slike tekster. 14 % av begge gruppene hadde vanskeligheter med å bruke legens informasjon om hvordan de kan håndtere sin egen sykdom. Om dette reflekterer pasienters utfordringer med å forstå legers muntlige eller skriftlige informasjon, eller om det kan skyldes begrensede sosiale faktorer for god egenoppfølging, er foreløpig

1 Respondentutvalget somaliere (n = 379) er ikke tatt med i denne beregningen pga. usikkerhet om respondentsvarenes reliabilitet (11).

ikke analysert. Omtrent tilsvarende prosentandel i begge gruppene syntes det var vanskelig å forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (9, 11). Slike anbefalinger er ofte skriftlige.

Også i denne studien syntes relativt mange respondenter, både i befolkningen og i de fire innvandrerguppene, at det var vanskelig å forstå (henholdsvis 29 % og 20 %) og å kunne stole på (55 % og 42 %) massemedienes helseinformasjon (9, 11).

Helsekommunikasjon mellom helsepersonell og pasient kan foregå både verbalt, skriftlig og billedlig, og hva man velger er viktig for å skape tillit, gjensidighet og gode relasjoner (23). Moderne helsekommunikasjon foregår også digitalt (15). Hos den generelle norske befolkningen syntes mellom 6 % og 14 % at det var vanskelig å delta i verbal helsekommunikasjon med helsepersonell (9). Tilsvarende andel i de fire innvandrerguppene var mellom 11 % og 20 % (11). Flere innvandrere (gjennomsnittlig 18 % for de fire gruppene) syntes spesielt at det var vanskelig å diskutere helse spørsmål og å forstå hva helsepersonell sa (11). Sannsynligvis skyldes dette språkbarrierer, men det kan også komme av lav generell helsekompetanse<sup>2</sup> hos flere respondenter, eventuelt kan manglende kroppskunnskap og tilhørende vokabular spille inn her. Høyest andel med lav generell helsekompetanse fant man hos vietnamesere og tyrkere (44 % og 43 %) (11), mens i den generelle befolkningen var denne andelen 33 % (9).

Gjennomsnittlig 22 % for de fire innvandrerguppene syntes det var vanskelig å forstå hvorfor man bør ta vaksiner (hos pakistanere 44 %), mens tilsvarende andel i den generelle norske befolkningen var 10 % (11). Dette antyder at helsevesenet har utfordringer med å kommunisere med innvandrergupper om betydningen av å ta vaksiner, f.eks. mot covid-19-virus. Sannsynligvis dreier dette seg om mer enn bare språklige barrierer.

Det er to viktige forutsetninger for å forstå og vurdere digitalt formidlet helseinformasjon: at deltakerne faktisk er brukere av digitale plattformer, og at de i så fall benytter seg av helseinformasjon som er tilgjengelig der. I den generelle befolkningen brukte 97 % digitale plattformer (9), mens dette gjaldt for 92 % av innvandrerne (11). Flere i den generelle befolkningsgruppen over 65 år rapporterte svært begrensede (så vel som ingen) ferdigheter i bruk av internett og digitale plattformer for helsekommunikasjon (9). Det samme mønsteret ble funnet også i innvandrerguppene (11). Selv om 14 % både i den generelle befolkningsgruppen og i de fire innvandrerguppene syntes det var vanskelig å forstå digitalt formidlet helseinformasjon, kan slike utfordringer likevel være størst hos innvandrere. Det

2 Generell og numerisk helsekompetanse er målt med en kortversjon av spørreskjemaet i HLS<sub>19</sub>-studien bestående av 12 essensielle spørsmål (19), ett fra hver av rutene i Tabell 1 (9).

gjelder særlig hvis noen av dem verken er brukere av digitale plattformer eller søker etter eller benytter seg av helseinformasjon i disse mediene (9, 11). Innvandrernes utfordringer med bruk av digitale plattformer kom til uttrykk ved at henholdsvis 20 % og 26 % svarte de syntes det var vanskelig å gi skriftlig tilbakemelding til helsepersonell via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett, og å kommunisere digitalt om kritiske endringer i helsetilstanden sin (11). En god del av utvalget fra den generelle norske befolkningen (13 % og 18 %), syntes også slik digital kommunikasjon med helsepersonell var vanskelig å få til (9).

### Hva bør man gjøre?

Statistisk sentralbyrå har påpekt at en stor andel av Norges befolkning har manglende leseferdigheter og tallforståelse. Særlig gjelder dette eldre over 55 år (24). En tilsvarende kartlegging av innvandrere fra Pakistan, Somalia og Vietnam viste at noe større andeler hadde slike manglende ferdigheter (25). Personer med slik lave ferdigheter vil sannsynligvis ha problemer med å tilegne og forholde seg til helseinformasjon. Disse manglene gir lav helsekompetanse (9, 11).

Jeg foreslår fire tiltak som kan forbedre situasjonen:

1) Grunnskolen i Norge bør gi elevene opplæring som kan styrke deres generelle helsekompetanse, med spesiell vekt på kritisk vurderingsevne av helsepåstander.

2) Pasientopplæring bør inkludere elementer som kan styrke pasienters helsekompetanse.

3) Kunnskap om at mange i befolkningen har lav helsekompetanse, bør tilbys som et eget undervisningstema for helsefagstudenter.

4) Helsepersonell og helsetjenester bør tilpasse sin helseinformasjon og helsekommunikasjon overfor pasienter med lav helsekompetanse. Det innebærer blant annet forenkling av språket, mer bruk av bildemateriell og kultursensitive tilnærminger.

### Litteratur

1. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281: 552–7. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>
2. Ashton CM, Haidet P, Paterniti DA et al. Racial and ethnic disparities in the use of health services. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18: 146–52. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20532.x>
3. Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS et al. “Four Habits” goes abroad: report from a pilot study in Norway. *Patient Education and Counseling* 2008; 72: 388–93. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.012>



4. Iversen ED, Wolderslund M, Kofoed PE et al. Communication skills training: a means to promote time-efficient patient-centered communication in clinical practice. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 2021; 8: 307–14. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1782>
5. 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. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
6. Helse- og omsorgsdepartementet. *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf> (29.9.2022).
7. Pettersen KS. Health literacy og nutrition literacy. I: Engeset D, Torheim LE, Øverby NC, red. *Samfunnsnærning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2019: 167–74.
8. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
9. Helsedirektoratet. *Befolkningens helsekompetanse, del 1*. Oslo: Helsedirektoratet, 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse> (28.9.2022).
10. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013; 13: 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
11. Helsedirektoratet. *Befolkningens helsekompetanse, del 2. Helsekompetansen i fem utvalgte innvandringspopulasjoner i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet, 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse> (28.9.2022).
12. Stømer UE, Gøransson LG, Wahl AK et al. A cross-sectional study of health literacy in patients with chronic kidney disease: associations with demographic and clinical variables. *Nursing Open* 2019; 6: 1481–90. <https://doi.org/10.1002/nop2.350>
13. Dahl KG, Andersen MH, Urstad KH et al. Identifying core variables associated with health literacy in kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation* 2020; 30: 38–47. <https://doi.org/10.1177/1526924819893285>
14. Wahl AK, Osborne RH, Larsen MH et al. Exploring health literacy needs in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): associations between demographic, clinical variables, psychological well-being and health literacy. *Heart & Lung* 2021; 50: 417–24. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.007>
15. Lyles CR, Wachter RM, Sarkar U. Focusing on digital health equity. *JAMA* 2021; 326: 1795–6. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.18459>
16. En tredel forstår ikke helseinformasjonen. *Den norske tannlegeforenings Tidende* 2021; 132: 216–7. <https://doi.org/10.56373/2021-2-36>
17. Larsen MH, Strumse YAS, Borge CR et al. Health literacy: a new piece of the puzzle in psoriasis care? A cross-sectional study. *British Journal of Dermatology* 2019; 180: 1506–16. <https://doi.org/10.1111/bjd.17595>
18. Brørs G, Dalen H, Allore H et al. Health literacy and risk factors for coronary artery disease (From the CONCARD<sup>PCI</sup> Study). *American Journal of Cardiology* 2022; 179: 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2022.06.016>

19. Finbråten HS, Wilde-Larsson B, Nordström G et al. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Services Research* 2018; 18: 506. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3275-7>
20. Finbråten, HS, Guttersrud Ø, Nordström G et al. Explaining variance in health literacy among people with type 2 diabetes: the association between health literacy and health behaviour and empowerment. *BMC Public Health* 2020; 20: 161. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8274-z>
21. Vandraas KF, Reinertsen KV, Kiserud CE et al. Health literacy among long-term survivors of breast cancer; exploring associated factors in a nationwide sample. *Supportive Care in Cancer* 2022; 30: 7587–96. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07183-3>
22. Ben-Ari E. *Addressing the challenges of cancer misinformation on social media*. National Cancer Institute 9.9.2021. <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2021/cancer-misinformation-social-media> (28.9.2022).
23. Eide H, Eide T. *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2017. <https://www.nb.no/items/fddedc211d5810e3cf1d52c14262248e?page=0> (12.12.2022).
24. Statistisk sentralbyrå. *Leseferdigheter og tallforståelse*. Oppdatert 8.10.2013. <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/leseferdigheter-og-tallforstaelse> (28.9.2022).
25. Gabrielsen E, Desjardin R. Innvandreres basisferdigheter på norsk. *Søkelys på arbeidslivet* 2012; 29: 329–47. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-7989-2012-04-04>

*Kjell Sverre Pettersen*  
*spetters@oslomet.no*  
*Holmenkollveien 70C*  
*0784 Oslo*

*Kjell Sverre Pettersen er dr.scient. og professor emeritus ved fakultet for helsevitenskap, Oslomet.*