

# Myndighetenes strategi for å øke befolkningens helsekompetanse

*Michael 2023; 20: Supplement 31: 172–7.*

*En tredel av befolkningen rapporterer om utfordringer med å finne, forstå og vurdere informasjon om det norske helsesystemet. Mye tyder på at systemet er blitt for komplisert – men hvordan endte vi der? Jeg peker her på noen utviklingstrekk de siste tiårene som har bidratt til å gjøre helsetjenestene mindre tilgjengelig for mange. Helsekompetanse som begrep og perspektiv kan bidra til å løse dette problemet, men bare dersom vi forstår det som en utfordring for systemet, ikke befolkningen det skal tjene.*

Termen *helsekompetanse* ble etablert på norsk i mai 2019. Da lanserte Helse- og omsorgsdepartementet en nasjonal strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (1). Den engelske termen, *health literacy*, hadde riktignok vært i sirkulasjon i flere år, også i Norge, men da departementet skulle lage en strategi på området, mente man at vi trengte en norsk term. Dette var en såpass viktig del av strategiarbeidet at selve oversettelsen ble viet et eget kapittel i strategien. Ulike varianter ble vurdert, Språkrådet ble engasjert og til slutt endte man altså med ordet *helsekompetanse*.

Termen *helsekompetanse* er framstilt som ett av åtte virkemidler i strategien: «Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for å øke helsekompetansen i befolkningen ved å [e]tablere begrepet 'helsekompetanse' som den norske oversettelsen av det engelske begrepet 'health literacy'» (1).

Om det var krevende å velge rett term, var det tilnærmet konsensus om innhold og definisjon, skal vi tro departementet: «På tross av ulik begrepsbruk er det relativt stor enighet i fagmiljøene om innholdet i begrepet.» Dette innholdet ble definert slik (1):

*Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både*

*beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.*

Selv om Sørensen og medarbeidere i 2012 listet opp 17 definisjoner av *health literacy* (2), har nok departementet rett i at alle er variasjoner over de samme grunnelementene. Helsekompetanse handler etter de fleste definisjoner om mulighet til å nyttiggjøre seg helse-systemet eller varianter av slike formuleringer. Den spesifikke og flerdimensjonale definisjonen som departementet valgte, var trolig først og fremst inspirert av modellen til Sørensen og medarbeidere (2). Denne modellen opererer med fire dimensjoner (finne, forstå, vurdere og bruke) og tre domener (livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak og helsetjenester), og vi kan kjenne igjen lett omarbeidede versjoner av disse i departementets definisjon.

Det ser ut til at departementet har glemt én dimensjon, nemlig det å *finne* (access/obtain) helseinformasjon. Vi får tro det var en ren forglemmelse. I en verden som flyter over av mer eller mindre autoritativ og mer eller mindre relevant helseinformasjon, er nettopp det å *finne fram* et nøkkelaspekt. Den eneste norske målingen av helsekompetanse i befolkningen bekrefter at dette ikke er et trivielt poeng. Betydelige andeler av befolkningen rapporterer om utfordringer med å finne helseinformasjon, særlig innenfor det helsefremmende området eller domenet (3, s. 40). Helsedirektoratet benytter konsekvent den utvidede definisjonen: helsekompetanse er *personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon*.

Det kan være verdt å stoppe opp ved tittelen på den norske helsestrategien: *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Den høres nærmest ut som et utdanningsprogram. Det er befolkningens evner som skal endres. Flere andre formuleringer i strategien trekker i samme retning, for eksempel: «Formålet med denne strategien er å legge til rette for å øke helsekompetansen i befolkningen.» Men befolkningens evner er bare den ene siden av saken. Den andre er systemets kompleksitet. I helsekompetanseundersøkelsen kommer det fram at vi har et helse-system som befolkningen bare i begrenset grad forstår og evner å nyttiggjøre seg (3). Resultatene bekrefter at det selvsagt ikke er befolkningen som må forandres. Trolig er det både enklere og mer kostnadseffektivt å endre på systemet.

### **Hvorfor trenger vi en strategi for helsekompetanse?**

Helsekompetanseundersøkelsen definerer tre nivåer av helsekompetanse (3). Mens 20 % av befolkningen befinner seg på høyeste nivå i denne nivåinndelingen, er 46 % på det midterste nivået. Den siste tredelen av befolkningen skårer på eller under nivå 1, og mange av disse kan mangle sentrale

kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for å realisere «pasientens helsetjeneste» (3). Men hvordan endte vi opp med et helsesystem som er så komplekst og krevende at en tredel av befolkningen har betydelige utfordringer med å forholde seg til det?

En måte å forstå utviklingen på, er å erkjenne at systemet alltid har vært komplekst. Det som har endret seg de siste 20–25 årene, er at vi som borgere, brukere og pasienter har fått stadig større muligheter for å påvirke vår egen posisjon i systemet, vår egen behandling og vår egen helse. For 25 år siden var disse mulighetene begrenset, systemet tok valgene for oss. Det eneste som var forventet av oss, var at vi oppsøkte lege dersom vi ble syke, men resten av behandlingsreisen ble vi stort sett loset gjennom uten å måtte ta valg.

I løpet av 1990-årene startet en utvikling der vi gradvis gikk over fra å være passive pasienter til å bli aktive brukere. Et startpunkt, eller en milepæl, var pasientrettighetsloven fra 1999 som i 2012 skiftet navn til pasient- og brukerrettighetsloven – betegnende nok. Loven gir alle rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten og pasientrettigheter i fastlegeordningen med mer. Som pasienter eller brukere i helsesystemet gir loven oss rett til vurdering innenfor gitte frister, rett til fornyet vurdering, rett til fritt behandlingsvalg og rett til medvirkning og informasjon.

I årene som har gått siden pasient- og brukerrettighetsloven ble innført, har en rekke større og mindre endringer og reformer bidratt til å styrke transformasjonen fra passiv pasient til aktiv bruker. Digitaliseringen har gitt oss verktøy til å administrere vår egen helse fra vår egen stue. Informasjonssystemer har gitt oss muligheten til å sammenlikne ulike sykehus, helseforetak og behandlinger for å vurdere hva som passer oss best. Prioriteringsmeldingen fra 2016 lanserte slagordet «Ingen avgjørelser om meg, uten meg» (4), og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 fikk tittelen *Pasientens helsetjeneste* (5). De siste årene har også brukermedvirkning på systemnivå, i større eller mindre grad, blitt en selvfølge i de fleste store utviklingsprosjekter i helsebyråkratiet.

Det er mye positivt ved denne utviklingen, og de færreste vil vel ønske seg tilbake til en tid der vi var priggitt systemet. Men med rettigheter og innflytelse følger også ansvar, og alle har ikke like gode forutsetninger for å nyttiggjøre seg de nye mulighetene. Like muligheter bidrar ikke nødvendigvis til like utfall, så lenge ressursene i utgangspunktet er skjevt fordelt. Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet». Paradoksalt nok kan loven ha bidratt til å øke de sosiale helseforskjellene.

Helsekompetanse som begrep og strategi har vært kritisert for å legge skylden for strukturelle, sosiale skjevheter i helse på borgerne i stedet for på systemet som skaper dem (6). Selv om man skulle anerkjenne dette resonnetet, kan det likevel diskuteres om det finnes noe alternativ til større bevissthet rundt helsekompetanse. Det er vanskelig å se for seg at utviklingen i retning av bedre pasientrettigheter og mer brukermedvirkning er reverserbar, men det er selvfølgelig heller ikke ønskelig.

En helsekompetansestrategi er derfor nødvendig for å motvirke de utilsiktede konsekvensene av økt brukervennlighet og brukerorientering. Men det må være en helsekompetansestrategi som er orientert mot å endre systemets brukervennlighet, ikke befolkningens kompetanse – ellers risikerer vi bare å forsterke de utilsiktede konsekvensene, i form av økte sosiale forskjeller.

### **Hvordan kan vi øke befolkningens helsekompetanse?**

Hvordan kan vi jobbe for et helsesystem som bidrar til å øke befolkningens helsekompetanse? Departementets strategi inneholder noen hint om hvordan strategien kan implementeres, men hintene er ikke veldig mange og heller ikke veldig konkrete:

*Helse- og omsorgsdepartementet vil legge til rette for å øke helsekompetansen i befolkningen ved å:*

- *etablere begrepet «helsekompetanse» som den norske oversettelsen av det engelske begrepet «health literacy»*
- *legge til rette for et mer målrettet arbeid for å øke helsekompetansen i befolkningen*
- *understreke overfor helsepersonell og beslutningstakere hvor avgjørende helsekompetanse er for å realisere pasientens helsetjeneste*
- *utvikle en helse- og omsorgstjeneste som er utformet for å kunne ivareta og gjøre folk helsekompetente, og som har holdninger hos de ansatte som speiler dette*
- *beskrive kunnskapen om helsekompetansen i befolkningen*
- *beskrive ulike typer tiltak som kan øke helsekompetansen for ulike deler av befolkningen, og vise frem eksempler på at det drives mange aktiviteter i dag som bidrar til å øke helsekompetansen uten at dette begrepet brukes*
- *beskrive forskning som drives i Norge knyttet til helsekompetanse*
- *beskrive hvordan helsemyndighetene vil arbeide for å øke helsekompetansen i hele og deler av befolkningen*

Jeg har allerede nevnt at departementet synes å anta at etablering av en norsk term *i seg selv* vil bidra til en bevisstgjøring som kan ha gunstige effekter. Strategien har iallfall har bidratt til økt *bruk* av termen. Nettsøk på termen helsekompetanse viser det. Dersom vi antar at bruk er en indikasjon på bevisstgjøring, og bevisstgjøring påvirker handling, kan vi også anta at dette iallfall i noen grad har vært et vellykket grep.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å gjennomføre helsekompetansestrategien og konkretisere disse punktene. Men så kom pandemien, og mye utviklingsarbeid ble lagt på is. Det kan imidlertid argumenteres for at det som på papiret kan se ut som en forsinkelse og et sidespor, i realiteten ble en læringsarena i kjernen av det helsekompetanse handler om: å nå ut til hele befolkningen med tilpasset informasjon og tilpasninger i helsesystemet.

Erfaringene fra pandemien viser hva som faktisk er mulig når nok står på spill, og nok ressurser er tilgjengelige. Pandemiårene da alles helse var avhengig av den enkeltes atferd, og ingen var trygge før alle var trygge, ble på mange måter et slags tiltakslaboratorium, ikke minst når det handlet om helsekompetansetiltak. Ikke bare satte bevilgende myndigheter inn store ressurser, men det ble også rigget mange systemer for monitorering og datafangst, slik at det skulle være mulig å følge med på og evaluere tiltak underveis. For eksempel ble befolkningens holdninger til ulike bestemmelser og folks tillit til myndighetene målt i ukentlige befolkningsundersøkelser, smitte- og vaksinetall ble oppdatert daglig med mer.

Det er selvsagt krevende å knytte innføring av og justeringer i spesifikke tiltak og politikk til utfallsmål som tillitsnivå og smittetall. Og pandemiarbeidet foregikk for en stor del i såpass rask takt og ut fra et føre var-prinsipp (snarere enn «etter evaluerbar»). Likevel ligger det et stort potensial for lærdom i materialet som ble samlet inn under pandemien, ikke minst når det gjelder den typen pedagogiske virkemidler som er aktuelle i et helsekompetanseperspektiv. Det finnes faktisk eksempler på informasjonstiltak under pandemien som har målbar effekt på atferdsnivå (7).

Pandemierfaringene kan kanskje tjene som eksempler på det Helse- og omsorgsdepartementet omtaler som et mer målrettet arbeid for å øke helsekompetansen i befolkningen. Selv om det fortsatt gjenstår å analysere mye av materialet, er noen erfaringer tydelige. Den viktigste er kanskje denne: Det er helt nødvendig å involvere befolkningen dersom man skal nå ut med helseinformasjon.

## Litteratur

1. 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> (28.9.2022).
2. 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>
3. Helsedirektoratet. *Befolkningens helsekompetanse, del 1*. Oslo: Helsedirektoratet, 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse> (28.9.2022).
4. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste: melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/> (12.12.2022).
5. Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (12.12.2022).
6. Jamrozik K. Health literacy, victim blaming and the mission of public health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2010; 34: 227. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00517.x>
7. Elgersma IH, Fretheim A, Indseth T et al. The evaluation of a social media campaign to increase covid-19 testing in migrant groups: cluster randomized trial. *Journal of Medical Internet Research* 2022; 24: e34544. <https://doi.org/10.2196/34544>

*Øyvind Giæver*

*oyvind.giaever@helsedir.no*

*Helsedirektoratet*

*Postboks 220 Skøyen*

*0213 Oslo*

*Øyvind Giæver har en doktorgrad i filosofi på temaet bruk av medisinske eksperter som politiske rådgivere. Han har blant annet jobbet i Helse- og omsorgsdepartementet, i Bioteknologinemnda (nå Bioteknologirådet) og i Helsedirektoratet, der han siden 2017 har ledet Avdeling levekår.*