

10004 og 10017

# Betydningen av pasienters helsekompetanse for fysioterapeuters tilnærming: A Scoping Review

Bacheloroppgave i fysioterapi

Oktober 2020



10004 og 10017

# **Betydningen av pasienters helsekompetanse for fysioterapeuters tilnærming: A Scoping Review**

The importance of patients' health literacy for the  
approach of physiotherapists: A Scoping Review

Bacheloroppgave i fysioterapi  
Oktober 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



**Norsk tittel:**

**Betydningen av pasienters helsekompetanse for fysioterapeuters  
tilnærming: A Scoping Review**

**English title:**

**The importance of patients' health literacy for the approach of  
physiotherapists: A Scoping Review**

Bacheloroppgave i fysioterapi

Fakultet for medisin og helsevitenskap,

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

2020/2021

Kullnummer: FT-18

Kandidatnummer: 10004 og 10017

## **Sammendrag**

**Tittel:** Betydningen av pasienters helsekompetanse for fysioterapeuters tilnærming: A Scoping Review

**Problemstilling:** Hvilken betydning har pasienters helsekompetanse for fysioterapeuters tilnærming?

**Metode:** Scoping Review etter manual fra Joanna Briggs Institute ble vurdert som best egnet metode for å besvare problemstillingen. Systematisk søk ble gjort i uke 48 og 49 i databasene Pubmed, PEDro og NTNU Universitetsbiblioteket. Søket ga funn av randomiserte kontrollstudier, kliniske gjennomgangsartikler, systematiske og narrative litteraturgjennomganger, systematiske narrative litteraturstudier, tverrsnittstudier og kvalitative datainnsamlinger.

**Resultat:** 17 artikler ble inkludert. Funn omtalte helsekompetanse i sammenheng av lav helsekompetanse, ved ulike tilstander, intervensjoner og relasjon mellom pasient og terapeut. Formålet med helsekompetanse i arbeid med pasienter er å drive pasientarbeid på en måte som gjør de bedre rustet til å ta vare på egen helse og styrket i møtet med helsevesenet.

**Oppsummering:** Helsekompetanse har for alvor kommet på dagsordenen innen helsearbeid, og er noe som i økende grad tas mer hensyn til i arbeid med pasienter. Dette understøttes i politikken, utdanning av helsepersonell, forskning og prinsipper for å praktisere kunnskapsbasert fysioterapi praksis.

## **Abstract**

**Title:** The importance of patients' health literacy regarding the approach of physiotherapists: A Scoping Review

**Objective:** What significance does patients' health literacy impose on physiotherapists' approach?

**Method:** Scoping Review by the manual of the Joanna Briggs Institute was considered best suited to answer the objective. A systematic search was conducted in week of 48 and 49 in the databases PubMed, PEDro and NTNU Universitetsbiblioteket. The search resulted in findings such as randomised control studies, clinical review articles, systematic and narrative literature reviews, cross-sectional studies and qualitative data collection.

**Results:** 17 articles were included. Findings discussed health literacy in context of low health literacy, in different conditions, interventions and relations between patient and therapist. Purpose of health literacy in working with patients is to practice patient work in a manner that makes them more equipped to manage their own health and strengthened when encountering health care.

**Summary:** Health literacy has reached the agenda within health care service and is something that is increasingly considered when working with patients. This is supported in politics, education within health professions, research and principles to practice a knowledge-based physiotherapy.

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b> .....	1
1.1 Teoretisk rammeverk .....	1
<b>2.0 Metode</b> .....	5
2.1 Scoping Review .....	5
2.2 Informasjonskilder og stegvis søkestrategi.....	5
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
2.4 Funn fra systematisk litteratursøk:.....	8
<b>3.0 Resultater</b> .....	9
3.1 Studieidentifikasjon .....	9
3.2 Oppsummering av relevante opplysninger fra inkluderte artikler .....	10
3.3 Presentasjon av viktigste funn .....	20
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	26
4.1 Resultatdiskusjon .....	26
4.2 Helsekompetanses relevans for fysioterapi praksis .....	31
4.3 Metodekritikk.....	31
<b>5.0 Oppsummering</b> .....	33
<b>6.0 Litteraturliste:</b> .....	34



## **1.0 Innledning**

### **Å sette helsekompetanse på agendaen**

Helsekompetanse har fått høyere prioritet innen helse i det 21. århundre, og det har stort potensiale til å øke folks evne til å håndtere egen helse og navigere i helsesystemet.

Helsekompetanse har betydning for forebygging av sykdom og helsefremming ved at det påvirker individet gjennom livsløpet til gode valg angående helse hjemme, i samfunnet, på sosiale medier, på arbeidsplassen, i helsesystemet, i forbrukermarkedet og på politisk arena (Orkan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro, & Sørensen, 2019).

### **1.1 Teoretisk rammeverk**

#### **En rask innføring i utviklingen av helsekompetanse**

Fra et helsetjeneste-perspektiv ble helsekompetanse på tidlig 1990-tallet definert som ett sett av ferdigheter som tillater den enkelte å handle som en kompetent pasient i terapeut-pasient-interaksjonen. Denne definisjonen av helsekompetanse satte fokus på funksjonelle ferdigheter som lesing, skriving og tallferdigheter, og kunne utvides til ferdigheter som forståelse for helsekommunikasjon, selvhåndtering, omsorgsferdigheter og navigering i helsesystemet (Orkan et al., 2019).

Mot slutten av 1990-tallet skjedde et skifte i helsetilnærming til folks hverdagslige situasjoner, og helsekompetanse ble utvidet til et multidimensjonalt konsept som assosieres med sosiale og kulturelle faktorer. Det knyttet helsekompetanse til et perspektiv på utdanning, leseferdigheter og empowerment<sup>1</sup> for å forbedre helseadferd og handlinger på bakgrunn av politiske og sosiale medvirkende faktorer for helse og velvære. Dermed ble det fokus på sosial rettferdighet som tilnærming, noe som omfattet miljøbetingede faktorer, sosiokulturelle betingelser, sosiale faktorer for helse, deltakelse i samfunnet og personlig handlingskraft (Orkan et al., 2019).

I dag er det aksept på tvers av disipliner om at helsekompetanse er et vidt konsept. Det har gått fra å være et konsept som fokuserer på funksjonelle ferdigheter i helsesammenheng til et interdisiplinært og multidimensjonalt konsept. Dette konseptet omfatter folks kunnskap, motivasjon og kompetanse for tilgang, forståelse, vurdering og anvendelse av helseinformasjon for å kunne gjøre vurderinger og ta beslutninger i hverdagslivet med mål

---

<sup>1</sup> En prosess som gir folk økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse (Vågan & Sandvin Olsson, 2013).

om å vedlikeholde eller forbedre livskvalitet. Det er også enighet om at helsekompetanse er noe som utvikles gjennom et livsløp (Orkan et al., 2019).

### **Begrepsforståelse og definisjonsavklaring**

Det finnes store variasjoner i definisjoner på helsekompetanse, men for det meste overlapper disse definisjonene hverandre, og det foreligger flere fellestrekk enn ulikheter mellom dem. Derimot belyser hver definisjon ulike aspekter ved helsekompetanse som bidrar til en bredere forståelse av konseptet (Orkan et al., 2019). Definisjoner etablerer felles forståelse av ord og konsepter, men setter også parametere for undersøkelse og målinger. Forskning har vist at konseptet helsekompetanse har blitt brukt på ulike måter i ulike sammenhenger (Orkan et al., 2019).

Begrepet «health literacy<sup>2</sup>» ble først brukt i 1974 av Simonds på helseutdanning i skoler. Akademisk ble det først brukt i en vitenskapelig artikkel på 1980-tallet, en andre artikkel på starten av 1990-tallet, og i 2006 var det mer enn 100 artikler. Ett tiår senere fantes det mer enn 1000 vitenskapelige publikasjoner årlig som adresserte helsekompetanse ifølge PubMed, og i februar 2018 forelå det mer enn 7000 oppføringer (Orkan et al., 2019). Dette viser til at det meste av studier og litteratur på temaet har blitt til i løpet av det siste tiåret.

Den første tydelige definisjonen fra 1995 definerte helsekompetanse som kapasiteten individet har for å skaffe, tolke og forstå grunnleggende helseinformasjon og -tjenester, og kompetansen individet har for å bruke slik informasjon og tjenester på en måte som forsterker ens helse (Orkan et al., 2019).

I 1998 definerte WHO helsekompetanse som kognitive og sosiale ferdigheter som bestemmer motivasjon og evne individet har for å få tilgang til, forstå og bruke informasjon på måter som fremmer og vedlikeholder god helse (Orkan et al., 2019, p. 9).

I *Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen 2019-2023* av Helse- og Omsorgsdepartementet ønsker de å tilrettelegge for økning av helsekompetanse i befolkningen. I strategien foreslås helsekompetanse som tilsvarende begrep for det engelske «health literacy». Dette på bakgrunn av samarbeid med Språkrådet og andre fagmiljøer som har kommet frem til at dette er det mest dekkende begrepet, da det innebærer å gjøre en aktiv handling i motsetning til for eksempel helseforståelse. «Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe

---

<sup>2</sup> *Health literacy* er det engelske begrepet for helsekompetanse.

kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, p. 5).

### **Forskning og studier hittil**

Det meste av tidligere forskning anså helsekompetanse som et en-dimensjonalt konsept som hovedsakelig fokuserer på leseferdighet eller funksjonell helsekompetanse. Med utviklingen av feltet innen helsekompetanse har det blitt tydelig at det omfatter flere dimensjoner og at det er nokså komplekst og heterogent (Orkan et al., 2019).

Forskning på helsekompetanse har fått økende oppmerksomhet som en utslagsgivende faktor for helse. Hittil har mye av forskningen blitt utført i USA. Forskning i Europa har økt, men det er tydelig at nordiske land (Danmark, Norge, Island, Sverige og Finland) har vært bakpå sammenlignet med andre europeiske land som (UK, Nederland, Østerrike, Tyskland og Sveits). I det siste har helsekompetanse fått mer oppmerksomhet i Nord-Europa også (Orkan et al., 2019).

Mackert et. Al (2015) identifiserte fire retninger innen forskning på helsekompetanse; helsedomener (sykdommer, tilstander), populasjoner (aldersgrupper), spesifikke kanaler (eHelse) og språk. Domene- og populasjonsspesifikke studier kan bidra til en dypere forståelse av helsekompetanse og innvirkning det har på helseutfall. Derfor er det viktig med innsats for å studere helsekompetanse i ulike sammenhenger for å utvikle bedre verktøy og måleredskap i forskning. Dette behøves for å komme videre i feltet og etter hvert utvikle mer fokusert helsekompetanse bygget på de mer generelle konstruksjonene av helsekompetanse (Orkan et al., 2019).

### **Tilnærminger for å forstå helsekompetanse – individnivå og samfunnsperspektiv**

Helsekompetanse kan sees som et heterogent fenomen med betydning både for individet og samfunnet. Ifølge Martensson og Hensing er helsekompetanse karakterisert som et polarisert fenomen med fokus på ytterpunkter av lav og høy helsekompetanse. Definisjoner av helsekompetanse ved en slik tilnærming assosieres med funksjonell forståelse og fremhever bestemte grunnleggende ferdigheter som behøves for å forstå helseinformasjon. Den andre tilnærmingen representerer en kompleks forståelse av helsekompetanse som anerkjenner et bredt spekter av ferdigheter i interaksjon med sosiale og kulturelle faktorer (Orkan et al., 2019)

Selv om helsekompetanse forblir gjenstand for ulike definisjoner og konseptuelle tilnærminger, virker det å være felles grunnlag for klinisk tilnærming og tilnærming i offentlig helse da de begge setter søkelys på folks evne til å finne, forstå, evaluere og bruke informasjon for å bedre deres helse og livskvalitet. Mange definisjoner tar også med kontekstualisering av helsekompetanse ved å inkludere aspekter som interaksjon og deltakelse i samfunnet (Orkan et al., 2019).

Hvilken tilnærming som benyttes for å forstå helsekompetanse har også innvirkning på hvordan tiltak utformes. Styrking av individers helsekompetanse direkte kan utformes som tiltak rettet mot hele befolkningen, f.eks. kampanjer om kosthold og fysisk aktivitet fra Helsedirektoratet. En systemtilnærming virker indirekte på personers helsekompetanse. Det kan dreie seg om f.eks. organisering av tjenestetilbud slik at navigering blir enklere for pasientene, eller måten informasjon blir presentert på, muntlig eller skriftlig, og tilpasses pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

### **Vår problemstilling**

I løpet av studiet har vi blitt introdusert for, og blitt gjort oppmerksomme på begrepet helsekompetanse. Til å begynne med forstod vi det som kompetanse og forutsetninger pasienter har for å ivareta egen helse. Senere forstod vi hvor komplekst dette kan være, og ble nysgjerrige på betydningen det kan ha i arbeid med pasienter. Dette gjorde at vi ønsket å undersøke helsekompetanse nærmere, og hva det kan tilføye fysioterapi praksis. På bakgrunn av dette kom vi frem til en konkret problemstilling for hva oppgaven omhandler:

Hvilken betydning har pasienters helsekompetanse for fysioterapeuters tilnærming?

## 2.0 Metode

### 2.1 Scoping Review

I grovsøk etter litteratur i Oria, Helsebiblioteket, Pubmed og PEDro med søkeordene «health literacy» og «helsekompetanse» i kombinasjon med «physiotherapy» og «fysioterapi» fant vi at det var få treff sammenlignet med kun søkeordene «health literacy» og «helsekompetanse». Det finnes per dags dato lite litteratur som gir tydelige implikasjoner for fysioterapeuters tilnærming. Det er også færre treff på norsk sammenlignet med antall treff på engelsk. Etter grovsøket og i samråd med veileder besluttet vi at vi best kunne dekke temaet, eksisterende litteratur og besvare problemstillingen, gjennom et scoping review fremfor systematisk litteraturgjennomgang. Formålet med denne metoden er å undersøke og kartlegge dybden innen litteraturen på helsekompetanse, med mål om å avdekke relevant litteratur for hvordan vi kan adressere helsekompetanse i fysioterapi praksis i arbeid med våre pasienter.

For denne oppgaven er rammeverket for scoping review, utarbeidet ved Joanna Briggs Institute (JBI), benyttet som mal og er basert på tidligere arbeid av Arksey og O'Malley. PRISMA Extension for Scoping Review er også brukt, da dette er en sjekklister med forklaring for de ulike seksjoner av oppgaven.

### 2.2 Informasjonskilder og stegvis søkestrategi

Denne metoden tillater oss å bruke enhver eksisterende litteratur, men på grunn av tiden vi hadde til disposisjon måtte vi utelukke bøker og større dokumenter som ville vært mer tidkrevende. *International Handbook of Health Literacy (2019)* og *Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen 2019-2023* er imidlertid brukt for å skrive innledningen og kommer igjen i resultatdiskusjonen, da disse dekker flere relevante aspekter ved helsekompetanse.

#### 1. Grovsøk

Grovsøket ble gjort i uke 44 og 45 i databasene NTNU Universitetsbiblioteket (via søketjenesten Oria), Helsebiblioteket, PEDro og Pubmed med søkeordene “health literacy” både med og uten kombinasjonen “physiotherapy”, og på norsk “helsekompetanse” i kombinasjon både med og uten “fysioterapi”. Vi lærte fra grovsøket at det var få treff på norsk sammenlignet med engelsk, få treff på litteratur skrevet om helsekompetanse i sammenheng med fysioterapi og at det meste skrevet om helsekompetanse slik vi forstår konseptet per dags dato, har blitt skrevet i løpet av det siste tiåret. Altså, litteraturen vi søker

er på engelsk, hovedsakelig fra andre helseprofesjoner og skrevet siden 2010. Videre veiledet også grovsøket oss til å ta med søkeordet “patients” i søkestrategien, fordi vi ønsker et fokus på pasientperspektivet fremfor et terapeutperspektiv eller samfunnsperspektiv. Med pasientperspektivet i tankene åpnet vi også for pasienter med ulike diagnoser, da dette er overførbart til fysioterapien der vi møter mange ulike pasienter.

## 2. Systematisk litteratursøk

Det systematiske litteratursøket ble gjort i uke 48 og 49. En av oss søkte i Pubmed og PEDro, og den andre søkte i NTNU Universitetsbiblioteket. Ut ifra grovsøket og punktene beskrevet over kom vi frem til inklusjons- og eksklusjonskriterier som vi mente ga et godt grunnlag for mer fokuserte søk i trinn 2 av søkeprosessen.

### 2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å inkludere studier fra sammenlignbare land med Norge fordi funn skal være overførbart til tilnærminger innen norsk fysioterapi praksis. Relevante artikler ble videre begrenset til den voksne pasientgruppa, for å kunne si noe gjeldende for en størst mulig gruppe på et generelt plan. På samme grunnlag valgte vi å ekskludere artikler som omhandlet barn, ungdom og eldre, samt studier som omhandlet mindre befolkningsgrupper, som beskrevet nedenfor. Vi valgte å inkludere litteratur som omhandlet fysisk samhandling med pasienter, framfor auditive eller visuelle metoder, da funnene våre skal kunne relateres til helsekompetanse i en klinisk setting. Litteraturen skulle være på engelsk fordi det meste av forskning på helsekompetanse er gjort i engelskspråklige land, og publisert mellom 2010-2020 fordi forskningsfeltet på helsekompetanse er relativt nytt og i utvikling.

#### *Inklusjonskriterier:*

- *Studier fra sammenlignbare land med Norge i ideologi, verdier og helsetjenester.*
- *Voksen populasjon.*
- *Omhandler pasienter.*
- *Samhandling i fysisk forstand.*
- *Engelskspråklig litteratur.*
- *Nyere litteratur og studier: Publisert fra 2010 til 2020.*

*Eksklusjonskriterier:*

- *Barn, ungdom og eldre med kognitiv svikt eller som ikke lenger er selvstendige av annen årsak.*
- *Befolkningsutvalg som innvandrere, funksjonshemmede eller utviklingshemmet.*

#### 2.4 Funn fra systematisk litteratursøk:

Etter gjennomført litteratursøk med kriterier vi hadde satt, oppsummerte vi søkeprosessen, antall treff og antall relevante artikler i tabellen under.

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Antall relevante artikler</b>
PubMED	«Health literacy» AND «patients» I “title”	19	6
PEDro	«Health literacy» AND “patients” I “title” og “abstract”	14	4
NTNU Universitetsbiblioteket	“Health literacy” AND “patients” AND “physiotherapy”	51	8



### 3.0 Resultater

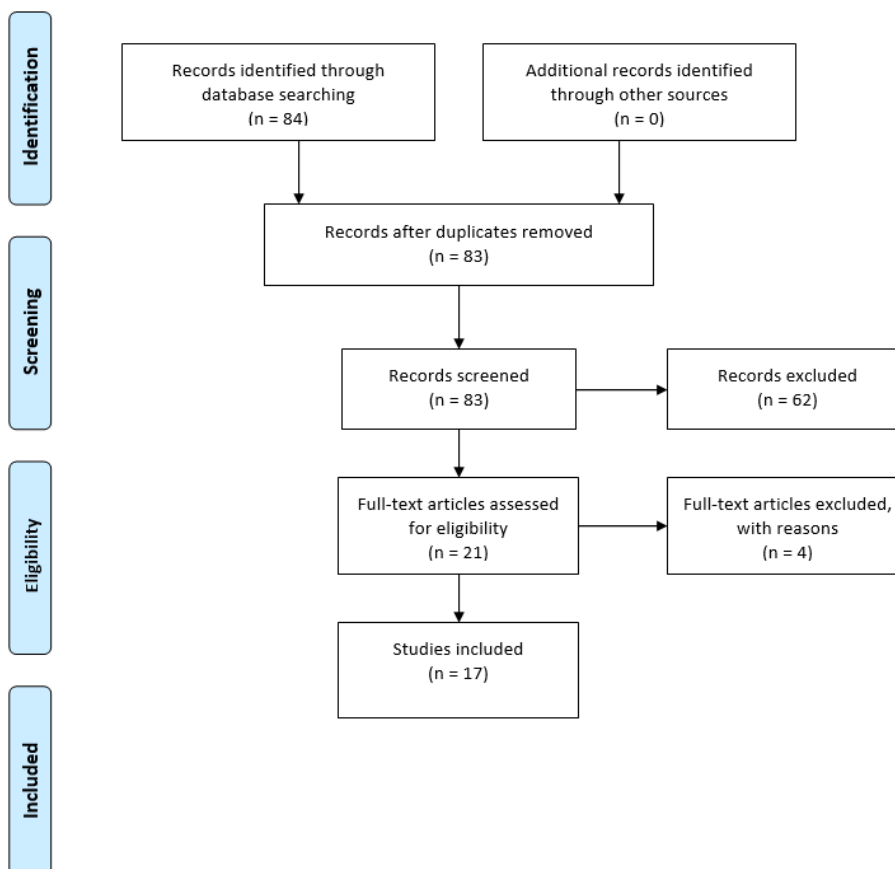
#### 3.1 Studieidentifikasjon

Etter systematisk litteratursøk gjort i databasene PubMed, PEDro og NTNU Universitetsbiblioteket satt vi igjen med 84 treff hvorav 1 dukket opp som treff i 2 av databasene. Titler og sammendrag ble gjennomgått og sjekket for inklusjons- og eksklusjonskriterier.

21 artikler ble deretter gjennomlest i sin helhet opp mot relevans for problemstilling, og sjekket en siste gang opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette ble grunnlaget for diskusjon av hvilke som ble inkludert videre eller ikke. Etter denne gjennomgangen ble 17 artikler inkludert.

#### Flytskjema

Figur 1 viser flytskjema for inklusjon og eksklusjon.



Figur 1. PRISMA 2009 flow diagram, hentet fra <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx> [hentet 11.12.2020]

### 3.2 Oppsummering av relevante opplysninger fra inkluderte artikler

Rammene og kriteriene våre ga oss et fokusert søk som ledet oss til relevante artikler. Etter gjennomgang og diskusjon av inkluderte artikler fant vi momenter, viktige poenger og interessante aspekter som kunne være relevante for vår problemstilling. Dette skal vi gå nærmere inn på i neste kapittel. Oversikt over artikler og sammendrag av relevante funn er listet opp i tabellen under.

Studie	Type	Land	Oppsummering av relevante funn
1: <i>Health literacy in orthopaedic trauma patients</i>  Filip Cosic, Lara Kimmel & Elton Edwards  (2017)	RCT	Australia	Vurdere effekt av enkel diskusjonsstrategi på helsekompetanse; 91 pasienter fikk skriftlig og verbal info sammen med røntgenbilder og 91 mottok behandling uten slik diskusjon. Helsekompetansevurdering ble gjennomført før eller etter første oppfølgingstime. De fant 1) generelt dårlig helsekompetanse, som ikke bedret seg etter første oppfølgingstime, 2) tidseffektiv, strukturert diskusjonsstrategi før utskrivelse bedret helsekompetansenivå og 3) dersom man anså sine primærkilder utenom helsepersonell (lege, sykepleier, fysioterapeut, kombinasjon av disse) viste det en sammenheng med lavere helsekompetanse.
2: <i>Understanding health literacy and its impact on delivering care to patients with</i>	Klinisk gjennomgangs-artikkel	USA	Helsekompetanses virkning på helseutfall ved kronisk sykdom og relevans for IBD (inflammatory bowel disease). Det kan hemme pasientopplæring og delt beslutningstaking. Begrenset helsekompetanse assosieres med dårlig sykdomsspesifikk kunnskap, sykehusinnleggelse, re-innleggelse, dårligere helse, sjeldnere legebesøk, mindre forebyggende helseatferd, lav forståelse

<p><i>inflammatory bowel disease</i></p> <p>Lauren K. Tormey et al.</p> <p>(2016)</p>			<p>for kreftscreening og økt dødelighet. Det kan også føre til at pasienter forsøker å dekke til lav helsekompetanse, som påvirker kommunikasjonen. Lav helsekompetanse fører til lav deltakelse i beslutninger som igjen gir lavere tilfredshet og pasientsentrert kommunikasjon. Behandlere må tilnærme seg hver pasient (med mulig lav helsekompetanse) og kommunisere tydelig.</p>
<p>3: <i>Impact of health literacy and lifestyle risk factors on health-related quality of life of Australian patients</i></p> <p>Upali W. Jayasinghe et. al.</p> <p>(2016)</p>	<p>Tverrsnittstudie</p>	<p>Australia</p>	<p>739 pasienter uten kjent vaskulær sykdom eller diabetes ble tatt med i studien for å undersøke om lav og høy helsekompetanse gir ulik helserelatert kvalitet av klinisk betydning. Pasienter med lav helsekompetanse var mer sannsynlig å røyke, ikke gjøre tilstrekkelig fysisk aktivitet, å være overvektig, å ha dårligere fysisk helse og lavere mental helse – av klinisk betydning. Lavere utdannede, arbeidsledige og røykere med lav helsekompetanse rapporterte dårligere fysisk helse. Å identifisere og tilpasse kommunikasjon til de med lav helsekompetanse kan bedre helseutfall inkludert helserelatert livskvalitet i allmennpraksis.</p>
<p>4: <i>Nurses overestimation of</i></p>	<p>Tverrsnittstudie</p>	<p>USA</p>	<p>Sammenligne sykepleieres vurdering av pasienters helsekompetanse mot målt helsekompetanse. 65 pasienter med hjerte-relatert diagnose og 30 sykepleiere fra kardiologisk avdeling ble rekruttert. Sykepleiere identifiserer</p>

<p><i>patients' health literacy</i></p> <p>Carolyn Dickens et al.</p> <p>(2013)</p>			<p>pasienter med lav helsekompetanse feilaktig og de fleste sykepleiere overvurderer mer enn de undervurderer – med 6 til 1. Konsekvenser av å overvurdere kan bidra til problem med dårlig helseutfall og re-innleggelser i sykehus for pasienter med lav helsekompetanse. Alt helsepersonell som møter pasienter, bør derfor få trening i helsekompetanse.</p>
<p><i>5: Discussing effects of poor health literacy in patients facing HIV</i></p> <p>Rocco Palumbo</p> <p>(2015)</p>	<p>Narrativ litteraturgjennomgang</p>	<p>Italia</p>	<p>Gjennomgang av 41 artikler. Helsekompetente pasienter virker å bedre forstå sin helsetilstand. Dårlig helsekompetanse medfører vansker med tilgang til helsetjenester og det å forstå medisinske instruksjoner. Det foreslås at skreddersydde intervensjoner bør rettes mot å styrke helseferdigheter til HIV-pasienter for å bedre deres evne til å navigere helsesystemet, som skal føre til bedre helseutfall og høyere effektivitet. Lav helsekompetanse medfører også et potensiale for stigmatisering av pasienter.</p>
<p><i>6: Perceptions of provider communication among vulnerable patients with diabetes</i></p>	<p>RCT</p>	<p>USA</p>	<p>Høye nivå av mistillit til behandlere ble observert blant et utvalg av 410 pasienter. Det er interaksjonseffekt av helsekompetanse for assosiasjon mellom mistillit og delt beslutningstaking. De med høyere mistillit og lavere kompetansenivå oppfattet dårligere kommunikasjon enn pasienter med mistillit og høyere kompetanse. Medisinsk mistillit assosieres med dårligere kommunikasjon med behandlere i offentlig helse. Med nivå av</p>

White et al. (2016)			helsekompetanse varierer effekten av mistillit på aspekter ved kommunikasjon, som at mistillit hadde negativ effekt på oppfatning av adekvat involvering i delt beslutningsprosess – som var mer uttalt ved lav helsekompetanse.
<i>7: Tailoring educational and behavioural interventions to level of health literacy: a systematic review</i>  Price-Haywood et al. (2009)	Systematisk litteraturgjennomgang	USA	Effekt av intervensjoner skreddersydd til individers helsekompetanse sammenlignet med ikke-skreddersyde intervensjoner på helserelatert utfall, utfra gjennomgang av 9 artikler som møtte kriterier. 5 av disse var positive og av god kvalitet, 3 var negative hvorav 2 var god kvalitet og 1 hadde blandede resultater.  Konklusjonen fra gjennomgangen var at det å skreddersy kommunikasjon og adferds-intervensjoner til individets helsekompetansenivå kan være effektivt for å bedre kunnskap og indikasjoner for sykdomskontroll i bestemte kliniske settinger.
<i>8: Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk</i>	Systematisk litteraturgjennomgang	Australia	52 artikler ble gjennomgått for å undersøke hvor effektivt primærbehandlere kan forbedre helsekompetanse hos pasienter, for å gjøre livsstilsendringer relatert til SNAPW <sup>3</sup> (røyk, ernæring, alkohol, fysisk aktivitet og vekt).  Intervensjoner adresserte helsekompetanse og modifisering av livsstils-

<sup>3</sup> SNAPW: akronym på engelsk for smoking, nutrition, alcohol, physical activity og weight.

<p><i>factor modification education: a systematic review and narrative synthesis</i></p> <p>Dennis et al.</p> <p>(2012)</p>			<p>risikofaktorer, og det viste bedring i helsekompetanse. Leger gir ofte lavintensitets-intervensjoner mens andre helsepersonell ga intervensjoner av middels til høy intensitet. Intervensjoner av høy intensitet ga bedring i helsekompetanse, og var viktig for effektiv helsekompetanse til å støtte livsstilsendring. Behandler-barriere virker på forhold til pasienter som relateres til relasjonen, tillit og kontinuitet i omsorg. Dette gir implikasjoner for utvikling av arbeidskraft og organisering av primærhelseomsorg.</p>
<p><i>9: A randomized controlled trial of a literacy-sensitive self-management intervention for chronic obstructive pulmonary disease patients</i></p> <p>Scaphira et al.</p>	<p>RCT</p>	<p>USA</p>	<p>99 pasienter med COPD (Chronic obstructive pulmonary disease)<sup>4</sup> deltok i studien for å utforske virkningen av en kompetanse-sensitiv selvhåndterings-intervensjon på inhalasjonsteknikk og om effekt varierer med helsekompetansenivå. Intervensjonen var enkeltvis opplæring med fokus på inhalasjonsteknikk, røykeslutt og bruk av COPD-handlingsplan. Intervensjonspasienter viste bedring i inhalasjonsteknikk, uavhengig av høy eller lav helsekompetanse. En kompetanse-sensitiv intervensjon kan føre til bedring i inhalasjonsteknikk med fordeler for pasienter med både høy og lav helsekompetanse.</p>

---

<sup>4</sup> KOLS

(2017)			
<p><i>10: Improving health literacy reduces risk and improves patient safety</i></p> <p>Jim Phillips</p> <p>(2010)</p>	Narrativ litteraturgjennomgang	Storbritannia	<p>Artikkelen adresserer den økende vektleggingen på pasientens rolle i egen behandling. «The Expert Patient Programme» ble først lansert i 2002, men er senere utviklet. Hovedmålet med programmet er å bidra til pasienters utvikling av ferdigheter og selvtillit til å håndtere egen helsetilstand, som på sikt ville gjøre dem mindre avhengig av helsetjenesten. <i>The Department of Health</i> presenterte funn av 963 deltakende innen kursene over en periode på 6 måneder, og viste en signifikant reduksjon i antall lege- og fysioterapibesøk for deltakerne. Mange følte at forholdet med deres helseteam ble forbedret, følte seg mer selvsikker i konsultasjonene og rapporterte også en nedgang i antall besøk hos sine allmennleger.</p>
<p><i>11: The health literacy management scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information</i></p>	Tverrsnittsstudie	Australia	<p>Utviklingen av måleverktøyet HeLMS basert på at helsekompetanse defineres som «individets evne til å søke, forstå og anvende helseinformasjon», ble utformet og godkjent ved The University of Melbourne i 2012. Innholdet i verktøyet ble utformet gjennom dybdeintervjuer med 48 deltakere og konseptkartlegging med 15 deltakere. Prosessen ga utslag i 8 fokusområder: Forståelse av helseinformasjon, tilgang til allmennlegetjenester, kommunikasjon med helsepersonell, å være proaktiv, å anvende helseinformasjon, pasientens holdning til egen helse, sosial støtte, og sosioøkonomisk hensyn. Studien beviser den brede og flerdimensjonale forståelsen HeLMS gir av et individs helsekompetanse, og</p>

<i>within the healthcare setting</i>			indikerer at et individs helsekompetanse avhenger av mange faktorer, der flere er utenfor individets kontroll.
J.E. Jordan et al.  (2013)			
<i>12: The impact of health literacy on health outcomes in individuals with chronic pain: a cross-sectional study</i>	Tverrsnittsstudie	Irland	Studien ble utført i smerteklinikker ved 3 universitetssykehus, med formål å undersøke om det kunne finnes sammenhenger mellom nivå av helsekompetanse og helseutfall for pasienter med langvarige smerter. 131 pasienter med langvarige smerter (>12 uker), som var henvist til smerteklinikkene, deltok i studien. Helsekompetanse ble målt ved første konsultasjon med det validerte verktøyet, <i>Newest Vital Sign</i> <sup>5</sup> . 54 % av deltakerne hadde lav helsekompetanse. De med høy helsekompetanse hadde mindre sannsynlighet til å tro at andre kontrollerte deres smerte eller at deres smerte var tilfeldig, og hadde større sjanse for å benytte seg av helsetjenester.
L. M. Mackey et al.  (2019)			
<i>13: An investigation of healthcare</i>	Tverrsnittsstudie	Irland	Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom bruk av helsetjenester og variasjonen i kartlagt nivå av helsekompetanse i individer

<sup>5</sup> Validert verktøy for screening av helsekompetanse, som består av 6 spørsmål der hvert riktige svar gir 1 poeng. En score på 4 poeng eller mer indikerer nesten alltid adekvat helsekompetanse (Toibin, Pender, & Cusack, 2017).



<p><i>utilization and its association with levels of health literacy in individuals with chronic pain</i></p> <p>L.M. Mackey et al.</p> <p>(2019)</p>			<p>med og uten langvarige smerter. 131 pasienter med langvarige smerter og 131 pasienter som kontrollgruppe deltok, fordelt på 3 smerteklinikker. Det ble kartlagt bruk av helsetjenester i løpet av det siste året og helsekompetansenivå ved hjelp av <i>Newest Vital Sign</i>. Analyse av testene viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene i nivå av helsekompetanse, men bekreftet at gruppa med langvarige smerter var hyppigere brukere av helsetjenester.</p>
<p>14: <i>Do rehabilitation professionals need to consider their clients' health literacy for effective practice?</i></p> <p>M. Levasseur &amp; A. Carrier</p>	<p>Narrativ litteraturgjennomgang</p>	<p>Storbritannia</p>	<p>Gjennomgang av 10 artikler. Den poengterer at forskningen på helsekompetanse befinner seg i en tidlig fase. Formålet er å diskutere viktigheten av å integrere helsekompetanse i rehabiliteringstjenesten. Effektiviteten innen tjenesten, og pasienters langsiktige helse avhenger av mange faktorer, inkludert helsekompetanse, og det er funnet at det ofte blir oversett av profesjonelle. Rehabilitering kobles til helsekompetanse på grunn av betydningen av funksjonalitet, deltakelse og empowerment for pasienter i deres daglige liv. Alle undersøkte kilder poengterer viktigheten av at profesjonelle vurderer pasientenes helsekompetanse, spesielt i en rehabiliteringssammenheng.</p>

(2010)			
15: <i>Conceptualisation and development of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT)</i>  J. O'Hara et al.  (2018)	Kvalitativ datainnsamling	Australia	Formålet med studien er å utvikle et verktøy som hjelper helseprofesjonelles evne til å identifisere pasienters styrker og utfordringer innen helsekompetanse. 55 helseprofesjonelle ble rekruttert til å delta i utarbeidingen av spørsmålene gjennom en nettbasert konsultasjon, en workshop og to runder med pilottesting. Det resulterte i ti spørsmål, som er ment å hjelpe til å innhente informasjon om pasienters helsevalg i ulike kontekster. Studien viste at helseprofesjonelle kan trenge innsikten verktøyet skaper til å utvikle praktiske tilnærminger for å hjelpe pasienter med ulike utgangspunkt innen helsekompetanse.
16: <i>Evaluation of a Health Literacy Program for Chronic Conditions</i>  S. Elmer et al.  (2017)	Kvalitativ datainnsamling	Australia	Formålet med intervensjonen er bedre forebygging og behandling av langvarige tilstander ved å respondere på pasientenes behov innen helsekompetanse. Deltakerne var personer med, eller med risiko for langvarige tilstander.  Et helseteam utviklet et 7-ukers program som ble utlevert til medlemmer av tre Neighbourhood Houses, lokalisert i Tasmania, Australia. Evalueringen av intervensjonen søkte å forklare hvordan innholdet i programmet resulterte i økt helsekompetanse for deltakerne. Etter analyse av deltakernes svar, var det flere tema som kom fram, blant annet empowerment med undertema

			<p>bevissthet. Ved å vektlegge empowerment sammen med økt helsekompetanse, kan bevisstheten økes og gjøre veien kortere til handling. Studien belyser underliggende mekanismer som kan resultere i vaneendring hos pasienten.</p>
<p>17: <i>The effect of a healthcare communication intervention – ask me 3; on health literacy and participation in patients attending physiotherapy</i></p> <p>M. Toibin et al. (2017)</p>	<p>Kvalitativ datainnsamling</p>	<p>Irland</p>	<p>Bakgrunnen for studien er rapporten fra <i>The European Health Literacy Survey 2012</i>, som viste mulig begrenset helsekompetanse for omtrent halvparten av alle europeere. Studien belyser at profesjonelle i helsevesenet kan ha nytte av en metode som sørger for at pasientene forstår hva som kreves av dem.</p> <p>5 fysioterapeuter og 29 pasienter deltok i studien, fordelt på to primærtjenesteklinikker over en periode på 5 uker. Fysioterapeutene i intervensjonsgruppen skulle benytte <i>Ask me 3</i><sup>6</sup>, mens kontrollgruppen fikk kun beskjed om at studien var relatert til helsekompetanse. Dermed hadde fysioterapeutene i begge gruppene økt bevissthet på helsekompetanse. Helsekompetansen forbedret seg tydelig og deltakelsen økte noe i begge gruppene, målt av <i>Newest Vital Sign</i>. Den kvalitative dataen inneholdt positive uttalelser fra pasienter i intervensjonsgruppen når det gjelder blant annet tillit og selvtillit til å stille spørsmål ved usikkerhet.</p>

<sup>6</sup> *Ask me 3* er en inngripen i helsekommunikasjon som skal åpne for dialog og består av 3 spørsmål som benyttes under en konsultasjon: Hva er hovedproblemet mitt? Hva trenger jeg å gjøre? Hvorfor er det viktig for meg at jeg gjør dette? I tillegg blir terapeuten bedt om å bruke lett språk og visuelle modeller for å bidra til pasientens forståelse, samt gjenta det pasienten sier for å bekrefte hva som blir oppfattet (Institute for Healthcare Improvement, 2020).

### **3.3 Presentasjon av viktigste funn**

Etter gjennomgang av litteraturen fant vi ulike aspekter ved helsekompetanse, og mange av disse aspektene omtales også på tvers av studier og artikler. Følgende aspekter anses som viktige for vår problemstilling:

- Hvilke konsekvenser lav helsekompetanse medfører for pasienter.
- På hvilke måter lav helsekompetanse kan være til hinder for kommunikasjon.
- Hvordan det innvirker på pasient-terapeut relasjonen og delt beslutningstaking.
- Hvordan man vurderer pasienters helsekompetanse og hvilke følger det får.
- Hvordan intervensjoner kan formes av helsekompetanse.
- Helsekompetanse sin betydning ved langvarig sykdom.

#### **Konsekvenser av lav helsekompetanse for pasienter**

Lav helsekompetanse hos pasienter med HIV medfører større alvorlighetsgrad i sykdom, dårligere helsetilstand, vansker med å forstå enkle medisinske instruksjoner, vansker med tilgang til helsetjenester, lite kunnskap om egen helsestatus, lav etterlevelse av behandling og medisin samt lite bevissthet om behandling. Lav helsekompetanse hindrer pasienter med HIV å forstå sin helsetilstand, sykdom og behandling (Palumbo, 2015).

En annen konsekvens av lav helsekompetanse er at det også foreligger et potensiale for stigmatisering av pasienter, som igjen forverrer de negative effektene av lav helsekompetanse. Selve frykten av stigmatisering og diskriminering på bakgrunn av dårlig helsekompetanse hindrer etablering av et tydelig og komfortabelt forhold mellom pasient og behandler (Palumbo, 2015).

#### **Lav helsekompetanse til hinder for kommunikasjon**

Pasienter med lav helsekompetanse kan også erfare vansker med kommunikasjon som hindrer de i å stille spørsmål, tydelige uttrykke sine bekymringer, følelser og behov overfor sine behandlere. Det å gjenkjenne lav helsekompetanse er viktig i allmennpraksis da det foreligger bevis (av god og blandet kvalitet) for at skreddersydd kommunikasjon til de med lav helsekompetanse kan gi bedre helseutfall, inkludert helserelatert livskvalitet (Jayashinge et al., 2016).

Cosic, Kimmel og Edwards (2017) ville undersøke om tiltak av strukturert samtale før utskrivelse blant ortopediske, australske pasienter hadde effekt på helsekompetanse. De fant at et enkelt og effektivt tiltak som det å gi både muntlig og skriftlig informasjon sammen med

røntgenbilder førte til høyere nivå av helsekompetanse sammenlignet med pasienter med pasienter som ikke hadde en slik strukturert samtale før utskriving.

Begrenset helsekompetanse og potensialet for stigmatisering av pasienter kan innvirke på evnen til å kommunisere med helsepersonell, som allerede nevnt. Stigmatisering knyttes til skam og negative følelser hos pasienter for å ikke ha tilstrekkelig helsekompetanse. I kommunikasjon med helsepersonell inntar de en passiv rolle og stiller færre spørsmål om sin tilstand (Tormey, Farraye, & Paasche-Orlow, 2016).

Det finnes derimot ikke grunnlag for å anbefale screening av pasienters helsekompetanse da dette ikke gir tydelige fordeler, mens det samtidig foreligger dette potensialet for stigmatisering. Behandlere er uansett pliktige til å screene for, samt bekrefte pasienters forståelse av sin behandlingsplan (Tormey et al., 2016).

Mange pasienter anser sin lege som primærkilde, for noen er det en blanding av helsepersonell og et fåtall anser helsepersonell som sykepleiere og fysioterapeuter som primærkilde. Det utgjorde ingen signifikant forskjell i helsekompetansenivå mellom disse gruppene. Dersom pasienter anså andre utenfor helsevesenet som sin primærkilde eller dersom de oppga at de var usikre på sin primærkilde kunne det kobles til større sannsynlighet for lavere nivå av helsekompetanse (Cosic et al., 2017).

### **Pasient-terapeut relasjonen og delt beslutningstaking**

Det er funnet en interaksjonseffekt mellom helsekompetanse og mistillit, og mellom helsekompetanse og delt beslutningstaking. Med høyere mistillit og lavere kompetanse opplever pasienter verre kommunikasjon enn pasienter som kun har mistillit. Medisinsk mistillit assosieres med dårligere kommunikasjon, fra behandlere i offentlig helsesetting. Helsekompetansenivå innvirker på effekten som mistillit har på interaksjonseffekter ved kommunikasjon; mistillit påvirker negativt pasienters opplevelse av å bli involvert i beslutningsprosess. Denne negative innvirkningen er mer uttalt ved lav helsekompetanse (White et al., 2016).

Tormey et al (2016) viser til at helsekompetanse kan hemme pasientopplæring og delt beslutningstaking. Lav helsekompetanse kan føre til at mange unngår å delta i beslutninger angående sin egen helse, som igjen kan medføre lavere tilfredshet hos pasienter og til en mindre pasientsentrert kommunikasjon. Helsekompetanse er en forutsetning for delt beslutningstaking i helseomsorgen, og pasientopplæring sammen med støtte til å ta

beslutninger kan engasjere pasienter i klinisk resonnering for å oppnå pasientsentrert tilnærming fremfor en paternalistisk tilnærming. Det foregår også et kulturskifte innen medisin mot delt beslutningstaking. Dette vil kreve utvikling av en opplæringsbasert infrastruktur som støtter empowerment av pasienter, engasjere de til selvomsorg, oppfordre til kritisk tenking og fremme selvstendighet.

Etter gjennomføring av *The Expert Patient Programme* viste analysen en signifikant reduksjon i antall lege- og fysioterapibesøk for deltakerne. I tilbakemeldingene var et viktig punkt at de følte at forholdet med deres helseteam ble forbedret. Mange følte seg mer selvsikker i deres konsultasjoner, og skrev oftere ned spørsmål eller bekymringer på forhånd slik at tiden kunne brukes mer effektivt. Mange deltakere rapporterte også en nedgang i antall besøk hos deres allmennlege. Prosessen med intervensjoner i selvbehandling er et skifte fra passivitet og ubevisst ikke-engasjement til aktivt engasjement og samhandling i behandling (Phillips, 2010).

### **Å vurdere pasienters helsekompetanse og kommunikasjon som treffer over pasienter**

Jordan et al. (2013) beskriver funn som konkluderer med at HeLMS gir en bred og flerdimensjonal forståelse av et individs helsekompetanse. Konseptet helsekompetanse i denne studien indikerer at et individs helsekompetanse ikke er fiksert, og at den avhenger av mange faktorer, der flere er utenfor individets kontroll. Når man adresserer helsekompetanse, bør fokuset derfor ikke ligge bare på pasienten.

Sykepleiere, i likhet med helsepersonell i tidligere studier, har tendens til å uriktig identifisere pasienter med lav helsekompetanse og overvurdere nivå av helsekompetanse. Konsekvenser av dette kan bidra til dårlig helseutfall og reinnleggelser for de med lav helsekompetanse.

Utdanning og organisasjoner må påta seg oppgaven med å utdanne sykepleiere om helsekompetanse. Annet helsepersonell bør inkluderes i opplæring av helsekompetanse slik at alle profesjoner som innvirker på pasienters erfaringer kan involveres (Dickens, Lambert, Cromwell, & Piano, 2013).

Det at profesjonelle vurderer pasientenes helsekompetanse, spesielt innen rehabilitering, blir gjentakende poengtert i litteratur som omhandler denne tematikken. Betydningen av funksjonalitet, deltakelse og empowerment for pasienter i deres daglige liv vektlegges innen rehabilitering, som er konsistent med hva begrepet helsekompetanse innebærer. Det ble også vurdert på dette tidspunktet at mer arbeid er nødvendig for å utvikle et verktøy som kan

evaluere pasienters nivå av helsekompetanse, som innebærer både evne til å søke, forstå og anvende helseinformasjon (Levasseur & Carrier, 2010).

Verktøyet CHAT inneholder ti spørsmål som kan innhente informasjon om konteksten rundt folks helsevalg. Gjennom utarbeidingen av CHAT, uttrykte helsearbeidere behovet for et slikt verktøy. En bemerkning var at de ofte ikke visste hvordan de skulle starte samtalen med pasienter. Det viser at helseprofesjonelle kan trenge innsikten verktøyet skaper til å utvikle praktiske tilnærminger til å behjelp pasienter med ulike utgangspunkt innen helsekompetanse. Verktøyet fyller et tomrom innen eksisterende verktøy for helsekompetanse (O'Hara et al., 2018).

### **Intervensjoner rettet mot helsekompetanse**

COPD-pasienter<sup>7</sup> som mottok intervensjoner av en-til-en intervensjoner rettet mot inhalasjonsteknikk tilpasset deres kompetanse hadde større gjennomsnittlig bedring fra oppstart enn kontrollgruppa. De hadde også større gjennomsnittlig bedring uavhengig av om de hadde høy eller lav helsekompetanse. En kompetansesensitiv intervensjon mot selvhåndteringsteknikk kan føre til bedringer i inhalasjonsteknikk med fordeler både for pasienter med lav helsekompetanse og høy helsekompetanse (Kiser et al., 2012).

Skreddersydde intervensjoner mot kommunikasjon og atferd tilpasset nivået av helsekompetanse hos pasienter kan være effektivt for å forbedre kunnskap og indikasjoner av sykdomskontroll i bestemte kliniske settinger. Å individualisere kommunikasjon i arbeid med pasienter som har lav helsekompetanse inkluderer: verbal opplæring, forenklet forklaring av kritisk atferd og mål, teach-back teknikk for å vurdere pasienters forståelse og bruk av bildemateriale (Schapira et al., 2017).

En tilpasset gruppeintervensjon ønsket å forbedre forebygging og behandling av langvarige tilstander ved å respondere på behov innen helsekompetanse. Elmer et al. (2017) gjorde en analyse av deltakernes evaluering av intervensjonen. Det var flere tema som kom fram, blant annet empowerment med undertema bevissthet. Inkludering av empowerment er konsistent med nåværende forståelse av helsekompetanse. Deltakerne opplevde økt bevissthet rundt helserelaterte tema, som dermed minket avstanden mellom kunnskap og handling, og gjorde at vaneendring virket mer oppnåelig.

---

<sup>7</sup> Chronic obstructive pulmonary disease, engelsk for kronisk obstruktiv lungesykdom.

En effektmåling av intervensjonen mot helsekompetanse, ved hjelp av verktøyet *Ask me 3*, fant at helsekompetansen forbedret seg tydelig og deltakelsen økte noe blant pasientene. Fysioterapeutene som deltok, hadde altså blitt gjort mer bevisste på helsekompetanse på forhånd. Den kvalitative dataen inneholdt positive uttalelser fra pasienter i intervensjonsgruppen når det gjelder blant annet tillit til fysioterapeuten og selvtillit til å stille spørsmål ved usikkerhet (Toibin et al., 2017).

Ulike typer tiltak kan gi en bedring i helsekompetanse. Helsekompetanse og livsstilsrisikofaktorer ble bedre etter intervensjoner rettet mot ernæring, fysisk aktivitet, vekt og røyking. Leger hadde intervensjoner av lavere intensitet, mens andre helsepersonell ga intervensjoner av middels til høy intensitet. Intensitet ble definert som varighet.

I studien fant Dennis et. al (2012) at det er viktig å kunne gi intervensjoner av moderat til høy intensitet for å utvikle helsekompetanse og oppnå livsstilsendringer i SNAPW-rikofaktorer. Delt beslutningstaking og god kommunikasjon er også viktig for å utvikle tillit og partnerskap i utvikling av helsekompetanse, og på bakgrunn av dette kan de mer intensive intervensjoner gi et bedre grunnlag. Setting og organisering av primærhelsetjenesten gjør det vanskelig for allmennleger å gi intervensjoner med tilstrekkelig intensitet for å innvirke på helsekompetanse og atferdsendring. Leger har ofte bare tid til korte intervensjoner, og derfor er det viktig å henvise til alliert helsepersonell som kan involveres i pasientopplæring og helseveiledning.

### **Ved langvarig sykdom**

Mackey, Blake, Casey, et al. (2019) viste i resultatet av sin studie med deltakere med langvarige smerter, at de med lav helsekompetanse hadde mindre sannsynlighet for å benytte seg av helsetjenester, samt at de hadde størst sannsynlighet for å tro at autoritære kunne kontrollere deres smerte eller at deres smerte var kontrollert av tilfeldighet. Det poengteres at helseprofesjonelle kan ofte overvurdere pasienters evne til å forstå helserelatert informasjon, og dette gapet assosieres med liten grad av bevissthet av virkningen av lav helsekompetanse i denne sammenhengen. Fysioterapeuter er velegnet for å adressere dette, og en praksistilnærming som tar hensyn til helsekompetanse kan fasilitere for en bedre forståelse for mekanismer ved langvarige smerter og strategier for selvbehandling for pasienter.

Mackey, Blake, Squiers, et al. (2019) beskriver en studie som involverte deltakere med langvarige eller ingen smerter, som ikke viste noen signifikant forskjell i nivå av helsekompetanse, målt av verktøyet *Newest Vital Sign*. Analysen bekreftet at gruppa med



langvarige smerter var hyppigere brukere av helsetjenester. Ingen funn i denne studien kan peke på at kartlagt nivå av helsekompetanse har en sammenheng med bruk av helsetjenester. Studien diskuterer at en faktor som kan spille inn her er helseprofesjonelles overvurdering av pasientenes helsekompetanse, samt sin egen kunnskap og forståelse av helsekompetanse.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Resultatdiskusjon

Funn fra inkluderte artikler, som beskrevet i forrige kapittel, diskuteres her ved hjelp av relevant teori. Det diskuteres i samme rekkefølge slik det ble presentert i forrige kapittel:

- Motvirke lav helsekompetanse og oppnå høy helsekompetanse
- Overkomme kommunikasjons hinderet
- Ivareta god relasjon og dele beslutninger
- Vurdere helsekompetanse og treffe med tiltak
- Flette helsekompetanse inn i intervensjoner
- Ved langvarig sykdom

#### **Motvirke lav helsekompetanse og oppnå høy helsekompetanse**

Lav helsekompetanse medfører en rekke ulemper for pasienter som beskrevet i funn fra litteraturen i forrige kapittel. *The International Handbook of Health Literacy* (Orkan et al., 2019), på et mer generelt grunnlag, viser til at dårlig helsekompetanse knyttes til dårligere helse, lavere utdanningsnivå, økt forbruk av nødhjelp, dårligere evne til å tolke helsebeskjeder og lavere deltakelse i forebygging.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) kommer med flere grunner til å arbeide mot økt helsekompetanse. Høy helsekompetanse gir forutsetninger til sunne livsstilvalg, egenmestring, egenbehandling av både akutte og kroniske sykdommer, navigering og bruke helse- og omsorgstjenester, samt vurdere helseinformasjon fra ulike kilder kritisk. Det kan bidra til forebygging av overmedisinering, overdiagnostisering og overbehandling.

I våre funn får vi et inntrykk av hvilke konsekvenser lav helsekompetanse kan gi, og teorien forteller om hva lav helsekompetanse betyr for befolkningen. I Norge har helsekompetanse blitt et satsingsområde på et politisk nivå fordi man anerkjenner fordelene ved å ha høy helsekompetanse og motvirke lav helsekompetanse. Helsevesenet, helseutdanning og helsepersonell må også stille seg bak satsingen dersom dette skal omsettes til praksis. Palumbo (2015) beskriver også et potensiale for stigmatisering av pasienter med lav helsekompetanse da dette kan være skambelagt. Dette taler for at vi som helsepersonell skal være forsiktige med å møte pasienter på en slik måte som gjør at de kanskje vil skjule hva de forstår eller trekke seg unna, men at vi skal heller tilstrebe å møte pasienter der de er – og ta utgangspunkt i deres nivå.

## **Overkomme kommunikasjons hinderet**

Måten helsepersonell legger frem helseinformasjon på kan ha stor betydning for å fremme eller hemme pasientenes helsekompetanse. Ved å bevisstgjøre helsepersonell på dette kan kommunikasjon bedre tilpasses mottakers nivå og treffe de forutsetningene vedkommende har for å forstå informasjonen. Det er ofte et stort avvik mellom hva terapeuten tror pasienten har oppfattet og hva som egentlig er forstått. Prinsipper innen helsekommunikasjon som å prate tydelig, unngå for mye fagterminologi og få pasientene til å gjenta det som er blitt sagt kan benyttes for å sikre pasientens forståelse av budskapet. Informasjon som kommuniseres via andre kilder, som brosjyrer, nettsider og oppslag på behandlingssteder, må også føre et tydelig språk og være enkelt å forstå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Funnene våre viste at både lav helsekompetanse og stigmatisering innvirker på kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. I en artikkel argumenteres det for viktigheten av å gjenkjenne lav helsekompetanse for å skreddersy kommunikasjon, men i en annen artikkel kan de ikke anbefale å screene for lav helsekompetanse i mangel på fordeler – derimot skal man som behandler sørge for at en pasient forstår sin behandling. Da unngår man også faren for å stigmatisere pasienter med utilstrekkelig helsekompetanse som gir uheldige effekter på kommunikasjon.

Funn og teori taler for at ansvaret for kommunikasjon ligger hos helsepersonell. Bevissthet om hvordan helsekompetanse og kommunikasjon henger sammen er forutsetningen for å ivareta dette ansvaret. På tvers av funnene våre og teorien finner vi noen konkrete retningslinjer for hvordan man skal kommunisere: hold det enkelt nok og sjekk om pasient har forstått det som har blitt formidlet.

## **Ivareta god relasjon og dele beslutninger**

Legeforeningen lanserte høsten 2018 en kampanje «Gjør kloke valg» rettet mot overbehandling og overdiagnostikk for helsetjenesten. Den oppfordret både pasienter og helsepersonell til samtale om problemer tilknyttet overdiagnostikk og overbehandling, da det ikke bare kan være unødvendig – men i verste fall skadelig. Pasienter inviteres til å stille helsepersonell spørsmål om sine undersøkelser og behandling, for at de sammen har et beslutningsgrunnlag for kloke valg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Interaksjonsmønsteret og maktforholdet mellom eksperter og vanlig folk har vært tema for diskusjon. Det foregår et skifte med større del av ansvaret hos vanlige folk. Befolkningen

anses i økende grad som forbrukere som skal ta valg om helse og informasjon. Delt beslutningstaking og empowerment er nøkkelord som viser til skifte i relasjonen mellom terapeut og pasient. Som terapeut i pasientsentrert behandling skal man styrke pasienten gjennom deling av kunnskap, makt og beslutningsmyndighet. I lys av dette kan helsekompetanse virke som en lovende del av pasienttilnærming (Orkan et al., 2019).

Klinisk praksis kan bedres dersom man tar velinformerte beslutninger. Tiltak bør dekkes av forskningsbasert kunnskap, utfylles med erfaring og ferdigheter man har som fysioterapeuter og be pasienten veie inn med sitt. Forskningsbasert kunnskap skal brukes for å opplyse rundt et valg man treffer sammen med bruker (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2003).

Helsekompetanse og mistillitsnivå innvirker på kommunikasjon, pasientopplæring og beslutningstaking, som beskrevet i forrige kapittel. Dette kan føre til dårlige forutsetninger for deltakelse og passive pasienter. Tilstrekkelig helsekompetanse kan være forutsetning for å engasjere pasienter. I en pasientsentrert tilnærming som er rådende innen helseomsorgen nå, ønsker man å oppnå empowerment, kritisk tenking og selvstendighet. I *The Expert Patient Programme* viste selvstendige pasienter færre lege- eller fysioterapeutbesøk, de opplevde et bedre forhold til helseteamet og var mer selvsikre på konsultasjoner (Phillips, 2010).

Ved holdningsendringer og økt bevissthet på begge sider kan man oppnå endringer i praksis, som kampanjer. Med skifte i tilnærming innenfor pasientbehandling anses de ikke som passive mottakere lengre, men som aktive brukere av ressurser som helsevesenet har. Dette stiller andre krav til både pasienter og helsepersonell, og medfører et skifte i relasjonen mellom dem. Informerte beslutninger er ikke lengre hva behandlere mener er best, men mer sammensatt. Pasienter må også anerkjennes som ekspert på kunnskap om seg selv og sine forutsetninger. Forskning, erfaring, ferdigheter og pasienters bidrag utgjør rammebetingelser for felles beslutninger.

### **Vurdere helsekompetanse og treffe med tiltak**

I dagens samfunn eksponeres befolkningen stadig for påstander og informasjon om helse av varierende kvalitet gjennom media, reklame og sosiale medier. Det kan være vanskelig å vite hva man kan stole på, hva som stemmer og hvordan man finner frem til riktig informasjon. Informasjonen man finner kan også være lite brukertilpasset og vanskelig å forstå, og forutsetninger for å forstå og anvende informasjon er både viktig og vanskelig. Moderne medisin er også stigende i vanskelighetsgrad ved at det blir stadig mer avansert og komplekst. Dette angår både befolkning og helsepersonell. Flere grupper kan være særlig utsatt for å

møte utfordringer knyttet til å tilegne seg nødvendig helsekompetanse. Det kan dreie seg om leseferdigheter, skriveferdigheter, språkferdigheter, digital kompetanse og kognitiv svikt. Det kan også være kulturelle aspekter som spiller inn. Tiltak for å fremme helsekompetanse må derfor tilpasses målgruppens forutsetninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Når informasjon fra helsetjenester ikke har et tydelig språk, krever det et høyere kompetansenivå for å kunne vurdere, oppfatte, vurdere og anvende informasjonen. Det kan gjelde brev, nettsider, brosjyrer, skilting på sykehus og informasjon om legemidler. Et uklart språk kan føre til at informasjon blir misforstått, at behandlingsopplegg ikke følges på riktig måte eller at pasienter ikke møter til avtaler. Dette medfører igjen dårligere pasientoppfølging, etterlevelse av behandling og dårlig utnyttelse av ressurser i helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Ett viktig poeng fra våre funn er at helsekompetanse ikke er fiksert, men at den avhenger av mange faktorer og at flere av de ligger utenfor individets kontroll. Dermed kan ikke helsekompetanse vurderes ved å vurdere pasienten alene. En studie viste til at helsepersonell heller ikke er spesielt gode på å identifisere pasienter med lav helsekompetanse, og at det er en tendens til å overvurdere nivået av helsekompetanse. En annen artikkel pekte på at det er viktig å foreta en vurdering, men at det må utvikles et verktøy for dette. I møte med pasienter med et problem kan vi benytte oss av kartlegginger som verktøy som biopsykososial kartlegging eller ICF-kartlegging. Dette gjør vi fordi vi vet at et problem kan være noe mer enn biologiske elementer. Kanskje kunne helsekompetanse vært et aspekt av en slik kartlegging, for så å ta det med videre i behandling med tiltak som innebærer pasientopplæring, helseveiledning og kommunikasjon.

Helsekompetanse angår hele befolkningen og helseinformasjon som er lett tilgjengelig for alle trenger ikke nødvendigvis å være tilpasset alles nivå. Desto mer informasjon det blir å forholde seg til og desto mer avansert det medisinske feltet blir, desto høyere krav stilles det til de som skal benytte seg av dette. Her foreligger det et potensiale for ekskludering av mange grupper i befolkningen. Vi må sørge for at helsetjenester når ut til de som trenger det ved å tydeliggjøre hva for eksempel fysioterapi er, når man kan ha behov for det og hvordan man benytter seg av tjenesten. Helsetjenester må være tilgjengelig for alle, uansett nivå av helsekompetanse.

## **Flette helsekompetanse inn i intervensjoner**

*Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen 2019-2023* anerkjenner at helsekompetanse i tillegg til å være avhengig av personers erfaring og utdanning, også omhandler måten informasjon presenteres på. Helse- og omsorgspersonell må bevisstgjøres på dette slik at kommunikasjon tilpasses individet. Dette er særlig viktig for personer som ikke kan oppsøke helsetjenester på egenhånd siden informasjon om hvordan man øker helsekompetanse for disse også må rettes mot hjelpeapparatet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

I flere artikler fant vi mange gode tips til hvordan man kan tilpasse intervensjoner for å ivareta helsekompetanse. Ett interessant poeng fra funnene våre var dette med varighet av intervensjoner, definert som intensitet. Intervensjoner av lengre varighet viste seg å ha betydning for bedring i helsekompetanse, i sammenheng med livsstilsendring. Et annet funn støtter opp om dette og sier at lengre varighet på intervensjoner gir bedre grunnlag for å oppnå delt beslutningstaking og kommunikasjon som er viktig for tillit. Leger har ofte begrenset med tid til sine pasienter, men selv om fysioterapeuter har ofte økter på 30-45 minutters varighet som defineres som høy intensitet, stiller vi oss spørsmålet om hvor mye av tiden som brukes på tiltak for helsekompetanse.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) sier at helsepersonell må bevisstgjøres hvordan kommunikasjon kan tilpasses individet, og at dette er spesielt viktig for pasientgrupper som ikke kan oppsøke helsetjenester selv. Ved slike pasientgrupper må man ta hjelpeapparatet i betraktning, for å treffe deres nivå av helsekompetanse og pasientens nivå der det lar seg gjøre. Selv om det er satsing på høyeste hold med en strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen betyr ikke det at vi trenger å vente til denne satsingen treffer oss direkte. Satsing for å endre praksis kan skje på alle nivåer, dersom man har tro på den praksis man ønsker å endre til basert på kunnskap, erfaring og forskning. Som departementet foreslår kan man gjøre noe for å øke bevissthet og kunnskap; utarbeide retningslinjer for god kommunikasjon, kurs, videreutdanning og mulighet til å øve på god kommunikasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

## **Ved langvarig sykdom**

Fysioterapeuter er ofte mye involvert i behandlingsforløpene til pasienter med langvarige smerter. To artikler viser til at pasienter med langvarige smerter er hyppigere brukere av helsetjenester, og ser etter sammenhenger med nivå av helsekompetanse. En av studiene fant en betydelig prevalens av lav helsekompetanse innad i en pasientgruppe med langvarige

smerter, og at disse var mindre sannsynlige å benytte seg av helsetjenester sammenlignet med de med høy helsekompetanse. Høy helsekompetanse kan legge til rette for bedre samarbeid med helsepersonell, og dermed inspirere pasienter til å ha jevnlig oppfølging. På den andre siden kan helsepersonells feilvurdering av pasientens helsekompetanse påvirke besøksfrekvensen. Dette gir indikasjoner for at det er viktig å møte pasienten her og nå, og vurdere hvor godt man treffer med kommunikasjonen. Innen fysioterapissettinger har man ofte mulighet til å følge pasienten i et lengre løp, og det å styrke pasientens tro på egen vurdering av sin helsetilstand blir viktig. Orkan et al. (2019) beskriver at promotering av selvbehandling har vist seg utfordrende og lite effektivt, i sammenheng med langvarige tilstander. Ved å ta helsekompetanse i betraktning og tilpasse seg målgruppen eller individet, kan prosessen effektiviseres.

#### **4.2 Helsekompetanses relevans for fysioterapi praksis**

Boken *Kunnskapsbasert Fysioterapi praksis* (Jamtvedt et al. (2003)) ønsker å inspirere til fagutvikling og kvalitetsforbedring i fysioterapi ved å stille spørsmål, lete etter forskningsbasert kunnskap, vurdere den kritisk og flytte gode forskningsresultater ut i praksis. Den forsvarer samtidig å ikke miste fokus av målet for fysioterapeuter: målet om bedre helse i befolkningen, ved å gi brukere bedre funksjon og livskvalitet. Disse utfallsmålene er knyttet til individets behov, krav og verdier. Derfor må vi alltid vurdere forskning opp mot dette før vi tilpasser praksis.

I prosessen med oppgaveskrivingen har vi sett på funnene fra artiklene og lest teori som virket relevant. Vi har forsøkt å legge det frem på en så objektiv og oversiktlig måte som mulig. På slutten av prosessen er vi mer overbevist om at helsekompetanse er nyttig for fysioterapeuters tilnærming, men vi anerkjenner at det er viktig å være kritisk før man omsetter forskning til praksis. Derfor må helsekompetanse og hvordan vi ivaretar det i praksis settes på agendaen innenfor fysioterapien.

#### **4.3 Metodekritikk**

Det er mange mulige innfallsvinkler til denne problemstillingen. Vi har etterstrebet å hente funn med relevans og overførbarhetsverdi, og derfor valgte vi å være åpne for studier gjort på spesifikke diagnoser. En annen mulig innfallsvinkel kunne vært på et mer generelt plan ved å ekskludere diagnosespesifikke studier, men å sette søkelys på settinger innen helsesektoren som primærhelse eller sekundærhelse. Vi besluttet at det er viktig å åpne for mest mulig

pasientperspektiv når vi skal besvare en problemstilling som omhandler pasienter, i håp om å tilføre oppgaven dybde.

Nok et valg av innfallsvinkel var å hente funn fra land som er sammenlignbare med vårt eget i ideologi og verdier. Helsekompetanse er som kjent et komplekst fenomen der sosiale, økonomiske og kulturelle faktorer innvirker. Gitt rammene for denne oppgaven og tidsbruken så vi ikke mulighet for å undersøke disse aspektene ved helsekompetanse grundig nok med fysioterapi-relevans for problemstillingen vår.

Metoden åpner for all slags litteratur som kan medføre både fordeler og ulemper. Ulempen er at litteraturen i liten grad lar seg sammenligne da det er studier og artikler av ulik art, og parametere for kvalitet vil variere etter hvilken type litteratur det er snakk om. Fordelen med metoden er at det tjener til vårt formål om å skaffe et bredt overblikk over litteraturen som finnes på emnet, og det mente vi tjente besvarelsen vår på en bedre måte.



## **5.0 Oppsummering**

Litteratur om helsekompetanse omhandler lav og høy helsekompetanse, betydningen helsekompetanse kan ha for ulike tilstander, hvordan den innvirker på kommunikasjon, hvordan den former pasient-terapeut relasjonen og intervensjoner prøvd ut i kontekst av helsekompetanse. Mye støtter opp om det som en lovende del av tilnærming til pasienter, og det virker i stor grad å være overførbart til fysioterapien. Hittil har det blitt implementert i litteratur, forskning, utdanning og politikk. Neste steg vil være å integrere det i fysioterapi praksis med mer konkrete rammer for hvordan vi kan gjøre nettopp det. Det første og kanskje enkleste steget i den retningen må være å øke bevisstheten om helsekompetanse som en mulig del av fysioterapeuters tilnærming.

## 6.0 Litteraturliste:

- Cosic, F., Kimmel, L., & Edwards, E. (2017). Health Literacy in Orthopaedic Trauma Patients. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 31(3), 90-95.  
doi:10.1097/BOT.0000000000000764
- Dennis, S., Williams, A., Taggart, J., Newall, A., Denney-Wilson, E., Zwar, N., . . . Harris, M. F. (2012). Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Family Practice*, 13(44). doi:10.1186/1471-2296-13-44
- Dickens, C., Lambert, B. L., Cromwell, T., & Piano, M. R. (2013). Nurse Overestimation of Patients' Health Literacy. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 62-69.  
doi:10.1080/10810730.2013.825670
- Elmer, S., Bridgman, H., Williams, A., Bird, M.-L., Murray, S., Jones, R., & Cheney, M. (2017). Evaluation of a Health Literacy Program for Chronic Conditions. *Health Lit Res Pract*, 1(3), e100-e108. doi:10.3928/24748307-20170523-01
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Institute for Healthcare Improvement. (2020). Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health. Retrieved from <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx>
- Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert Fysioterapi praksis: metoder og arbeidsmåter*: Gyldendal Akademisk.
- Jayashinge, U. W., Harris, M. F., Parker, S. M., Litt, J., Driel, M. v., Mazza, D., . . . Preventive Evidence into Practice Partnership Group. (2016). The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. 14(68). doi:10.1186/s12955-016-0471-1
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., Briggs, A. M., Elsworth, G. R., Busija, L., Batterham, R., & Osborne, R. H. (2013). The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *Patient Educ Couns*, 91(2), 228-235.  
doi:10.1016/j.pec.2013.01.013

- Kiser, K., Jonas, D., Warner, Z., Scanlon, K., Bryant Shilliday, B., & DeWalt, D. A. (2012). A Randomized Controlled Trial of a Literacy-Sensitive Self-Management Intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *27(2)*, 190-195. doi:10.1007/s11606-011-1867-6
- Levasseur, M., & Carrier, A. (2010). Do rehabilitation professionals need to consider their clients' health literacy for effective practice? *Clin Rehabil*, *24(8)*, 756-765. doi:10.1177/0269215509360752
- Mackey, L. M., Blake, C., Casey, M.-B., Power, C. K., Victory, R., Hearty, C., & Fullen, B. M. (2019). The impact of health literacy on health outcomes in individuals with chronic pain: a cross-sectional study. *Physiotherapy*, *105(3)*, 346-353. doi:10.1016/j.physio.2018.11.006
- Mackey, L. M., Blake, C., Squiers, L., Casey, M. B., Power, C., Victory, R., . . . Fullen, B. M. (2019). An investigation of healthcare utilization and its association with levels of health literacy in individuals with chronic pain. *Musculoskeletal Care*, *17(2)*, 174-182. doi:10.1002/msc.1386
- O'Hara, J., Hawkins, M., Batterham, R., Dodson, S., Osborne, R. H., & Beauchamp, A. (2018). Conceptualisation and development of the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT). *BMC Health Serv Res*, *18(1)*, 199-199. doi:10.1186/s12913-018-3037-6
- Orkan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy : Research, practice and policy across the lifespan*(pp. 764). Retrieved from <http://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Palumbo, R. (2015). Discussing the Effects of Poor Health Literacy on Patients Facing HIV: A Narrative Literature Review. *4(7)*, 417-430. doi:10.15171/ijhpm.2015.95
- Phillips, J. (2010). Improving health literacy reduces risk and improves patient safety. *Clinical risk*, *16(6)*, 213-216. doi:10.1258/cr.2010.010068
- Schapira, M. M., Swartz, S., Ganschow, P. S., Jacobs, E. A., Neuner, J. M., Walker, C. M., & Fletcher, K. E. (2017). Tailoring Educational and Behavioral Interventions to Level of Health Literacy: A Systematic Review. *MDM Policy & Practice*, *2(1)*. doi:10.1177/2381468317714474
- Toibin, M., Pender, M., & Cusack, T. (2017). The effect of a healthcare communication intervention - ask me 3; on health literacy and participation in patients attending physiotherapy. *European journal of physiotherapy*, *19(sup1)*, 12-14. doi:10.1080/21679169.2017.1381318

- Tormey, L. K., Farraye, F. A., & Paasche-Orlow, M. K. (2016). Understanding Health Literacy and its Impact on Delivering Care to Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(2), 745-751.  
doi:10.1097/MIB.0000000000000622
- Vågan, A., & Sandvin Olsson, A. B. (2013, 15.03.2013). Empowerment - egenkraftmobilisering. Retrieved from <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/egenkraftmobilisering/>
- White, R. O., Chakkalakal, R. J., Presley, C. A., Bian, A., Schildcrout, J. S., Wallston, K. A., . . . Rothman, R. (2016). Perceptions of Provider Communication Among Vulnerable Patients With Diabetes: Influences of Medical Mistrust and Health Literacy. *21(sup2)*, 127-134. doi:10.1080/10810730.2016.1207116

