

Vitenskapelig publikasjon (<https://www.idunn.no/info/vitenskapelig-publikasjon>)

Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis – Health Literacy – Theory, Research and Practice

av **Helle Terkildsen Maindal** og **Kirsten Vinther-Jensen**

Informasjon ▼

Lagre ▼

Engelsk sammendrag

The need for health literacy (HL) increases with the growing complexity of health information, and the emphasis on citizen and patient involvement in health services. The aim of this article is to introduce the concept of HL, the current research and to point out implications in a clinical context.

Health literacy as a concept has developed over recent decades from covering mainly the basic reading and numeracy skills needed to function well in healthcare, to now covering broader competences, e.g. interactive and critical. Surveys have shown associations between low health literacy and low self-reported health; inadequate health behavior; risk of developing disease, and insufficient disease management. In the clinical setting, HL is relevant in the direct communication between patients and

health professionals in prevention, patient education and rehabilitation. On a system level, HL is the core when planning understandable and meaningful communication and services. Knowledge is lacking concerning effective HL interventions.

Keywords: health literacy, health information, health services, empowerment, informed decisions

Baggrund og formål

Patientcentreret behandling, brugerinddragelse, deltagerstyring og borgernes eget ansvar for sundhed har et stadig større fokus i det danske sundhedsvæsen og i den internationale sundhedsdiskurs (1, 2).

Denne tænkning stiller krav til den enkelte borger om at kunne varetage en autonom og ansvarlig rolle i sundhedsfremme, forebyggelse, pleje og behandling. Dette, sammenholdt med kompleksiteten i det moderne sundhedsvæsen og en stadig større mængde oplysning om sundhed i det offentlige rum, gør evnen til at forstå og navigere i et sundhedsunivers en væsentlig og nødvendig kompetence. I WHO's omfattende status om sundhedskompetence fra 2013 «*Health literacy – the solid facts*» defineres sundhedskompetence som «*de kognitive og sociale kompetencer, der bestemmer motivationen og muligheden for at få adgang til, forstå og bruge oplysninger på en måde, der kan fremme og opretholde et godt helbred*» (3).

Sundhedskompetence er den danske oversættelse af det engelske begreb «*health literacy*». Denne oversættelse blev foreslået af Sundhedsstyrelsen i 2009 og senere fastslået af Danmarks Sprognævn i 2014, som den mest dækkende danske oversættelse i forbindelse med oversættelsen af flere spørgeskemaer, der kan måle sundhedskompetence (4, 5).

Internationalt har sundhedskompetence haft en stor bevågenhed gennem de sidste årtier (6). I de nordiske lande har begrebet først i de senere år fået stigende opmærksomhed, og anvendes i dag især inden for sundhedsvidenskab (4, 5) og samfundsvidenskab (7, 8), hvorefter det er genstand for ny forståelse og refleksion i forbindelse med dets muligheder og anvendelighed både i en teoretisk og praktisk sammenhæng. I Norden er forskningen endnu kun spirende med få deskriptive studier (9, 10).

Formålet med denne statusartikel er at introducere sundhedskompetence som begreb og den aktuelle forskning på området samt at pege på implikationer for arbejdet med sundhedskompetence i en klinisk sammenhæng.

Sundhedskompetence som begreb

Fra forståelse til handling

De første studier, der anvendte begrebet, er typisk fra 1970'erne. Særligt i USA og Canada er der fokus på den kognitive/funktionelle sundhedskompetence, nemlig evnen til at læse og forstå sundhedsbudskaber. Behovet for at udvide forståelsen af begrebet kom samtidig med det øgede fokus på sundhedsfremme, hvor individets muligheder og ressourcer for at handle spiller en langt mere fremtrædende rolle end tidligere (11).

Litteraturen om sundhedskompetence er omfattende og byder på en mangfoldighed af modeller med forskelligt fokus, en række konstituerende elementer og på mange definitioner (12, 13). Sørensen et al. 2012 (13) viser i deres gennemgang af definitioner en udvikling fra at omhandle evnen til at læse og forstå sundhedsbudskaber til at forstå, vurdere og handle på disse budskaber og således tage informerede beslutninger. Denne udvikling ses i de to følgende definitioner fra Sørensen et al.'s gennemgang, hvor den første er fra 1995 og den næste fra 2005.

«The constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numeric tasks required to function in healthcare environment» (American Medical Association, 1999).

«The ability to make sound health decision(s) in the corner of everyday life – at home in the community, at the workplace, the healthcare, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people's control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility» (Kickbusch, Wait and Waag, 2005).

Fra individ og omgivelser til individ og system/organisationer

Der sker yderligere en udvikling med sundhedskompetencebegrebet, idet det entydige fokus på individet ændres. Særligt i løbet af det sidste årti er der sket en stigende interesse for betydningen af omgivelserne, herunder sundhedsprofessionelle, organisationer og systemers rolle for, om en befolkning er i stand til at tage beslutninger om sundhed og navigere i sundhedsvæsenet (14). De engelske udtryk «*health-literate organisations*» og «*responsive organisations*» refererer til organisationer, som gør det lettere for individer at navigere, forstå og anvende de tilbud og den information, der tilbydes. Der findes endnu ikke tilsvarende danske udtryk, hvilket er kendetegnende i en udviklingsfase, hvor fokus på og anerkendelsen af omgivelsernes rolle endnu ikke er fuldt erkendt eller accepteret.

Fælles for de fleste definitioner af sundhedskompetence er, at muligheden for at tilegne sig viden og foretage informerede valg er en grundlæggende rettighed og et væsentligt fundament for forbedring af sundhed for alle mennesker. Indviders/befolknings sundhedskompetence og dermed deres evner og færdigheder skal være på højde med de udfordringer og den kompleksitet, de skal navigere i, så de har en oplevelse af at kunne tage de rette beslutninger og valg for at fremme og bevare sundheden (figur 1).



(/file/ci/66838860/900x/ks-2016-1-2-1.jpg) (/file/ci/66838860/900x/ks-2016-1-2-1.jpg)

Figur 1. Sundhedskompetence i krydsfeltet mellem individer/befolkningers færdigheder evner og de krav og den kompleksitet, de møder (frit oversat, se (3)).

Krav og kompleksitet er oftest kontekstafhængig, og den nødvendige og tilstrækkelige sundhedskompetence vil derfor ikke være den samme i alle situationer, hvilket kan være forklaring på den manglende entydighed i de mange definitioner af sundhedskompetence. En anden og måske mere sandsynlig forklaring kan være, at begrebet og begrebsapparatet fortsat diskuteres og udvikles. Man kan tale om kontekstspecifik sundhedskompetence relateret til et enkelt genstandsfelt såsom fysisk aktivitet eller diabetes, eller relateret til arena såsom en elektronisk platform. Endnu en mulig forklaring på den manglende entydighed i definitioner er, at forståelsen af sundhedskompetence udvikles eksplosivt i disse år i takt med de brud og ændringer, der sker i opfattelse og praksis, når det drejer sig om ansvarsfordelingen mellem patient/borger og de professionelle indenfor de sundhedsvidenskabelige paradigmer (1, 3).

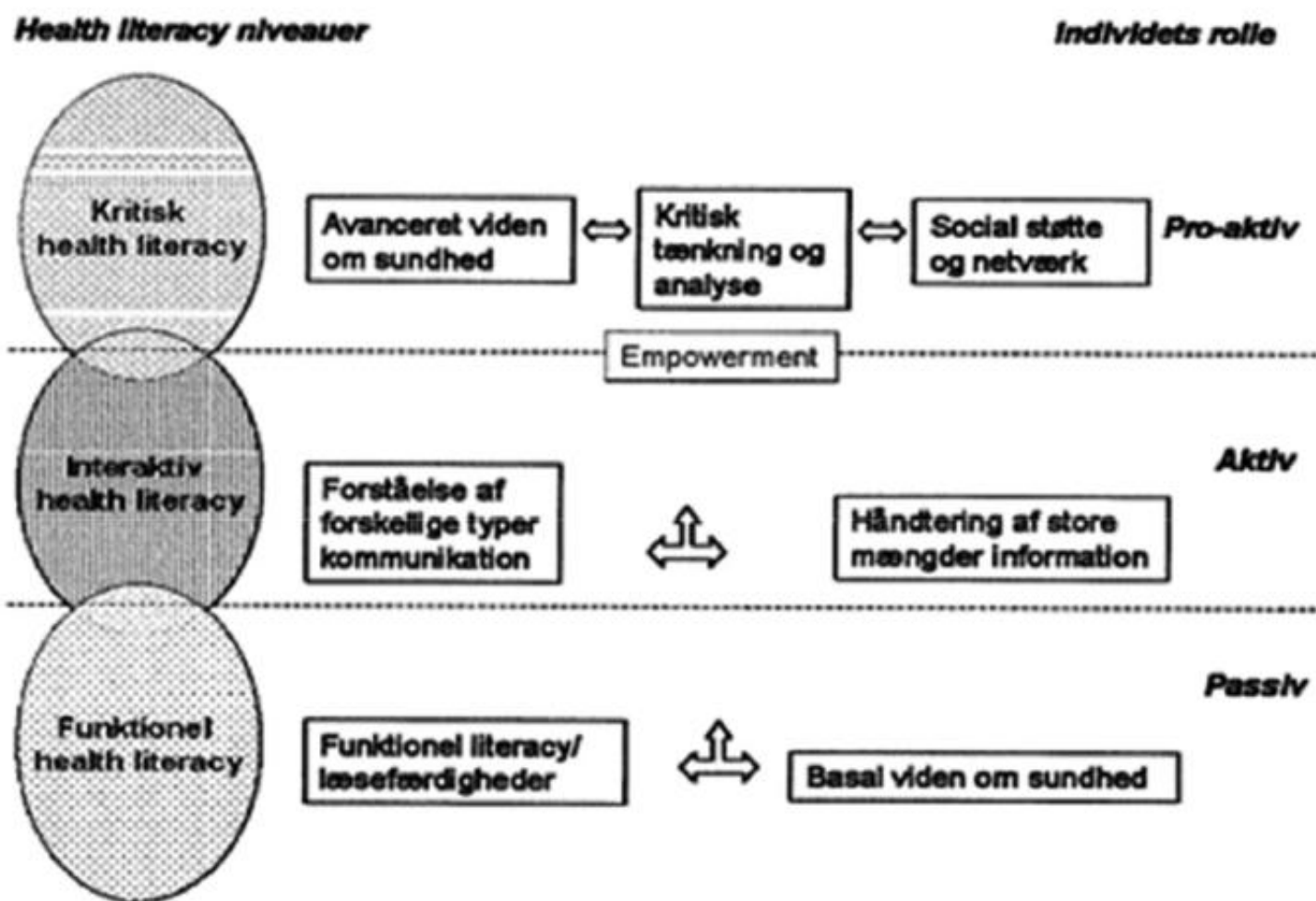
Den mest anvendte definition på sundhedskompetence

I dag er Nutbeams definition fra 1999 om generel sundhedskompetence den mest udbredt og anvendte, ikke blot i de nordiske lande, men globalt, hvilket bl.a. afspejler sig i WHO's dokumenter om sundhedskompetence (15).

«The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways which promote and maintain good health. (It) means more than being able to read pamphlets and n

appointments. By improving peoples' access to health information and their capacity use it effectively, health literacy is critical to empowerment.»

Nutbeam's definition tager udgangspunkt i en konceptuel model om tre niveauer for sundhedskompetence. I figur 2 ses niveauerne, som de blev illustreret og oversat i Sundhedsstyrelsens publikation om sundhedskompetence (4).



Figur 1: Nutbeam's tre niveauer af health literacy (egen oversættelse og justering på baggrund af Kickbusch 2004 (10))

(/file/ci/66838862/900x/ks-2016-1-2-2.jpg) (/file/ci/66838862/900x/ks-2016-1-2-2.j
Figur 2. Tre niveauer af sundhedskompetence; funktionel, interaktiv/kommunikativ og kritisk sundhedskompetence (4).

I figuren ses en bevægelse fra funktionel til interaktiv til kritisk sundhedskompetence. (a) Funktionel sundhedskompetence: Tilstrækkelige læse- og skrivefærdigheder, som medvirker til, at man kan fungere i hverdagssituationer med sundhed. (b)

Kommunikativ/interagerende sundhedskompetence: Mere avancerede kognitive færdigheder, som kan bruges aktivt i deltagelsen af hverdagsaktiviteter, til at uddrage information og mening fra forskellige typer af kommunikation og til at tilføje nye typer af information til nye omstændigheder. (c) Kritisk sundhedskompetence: Mere avancerede kognitive færdigheder, som sammen med sociale færdigheder kan anvendes til kritisk at analysere information og bruge denne information til at opnå kontrol over livsbegivenheder og situationer.

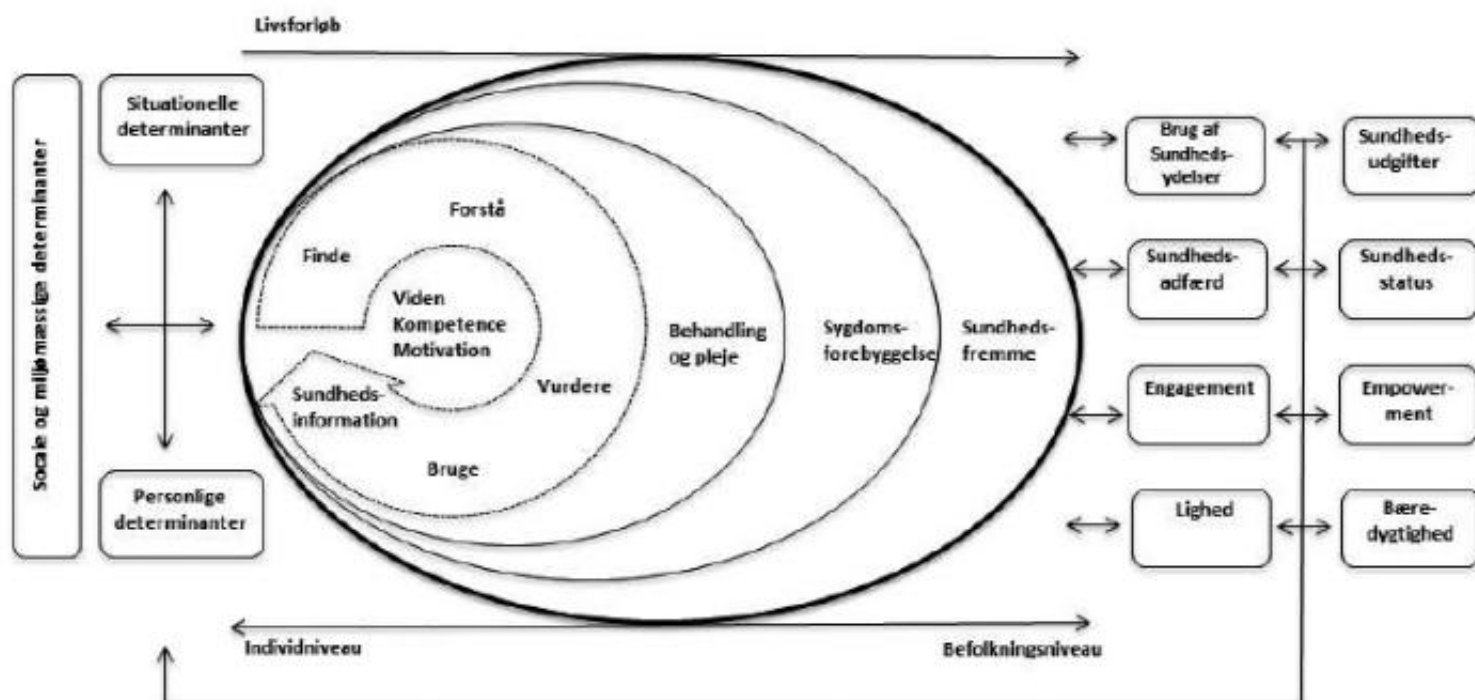
Denne trinvis eller hierarkiske forståelse kan diskuteres, idet kompetence på ét niveau i nødvendigvis forudsætter kompetencer på et andet niveau. En mere detaljeret diskussion og forslag til ændringer af modellen og udvikling af begrebsapparatet ligger imidlertid uden for denne artikel.

Fra *compliance* til ressourcer og kompetencer

Behovet for at redefinere sundhedskompetence er blevet opfattet som en bevægelse væk fra en ensidigt at forstå begrebet som en klinisk risikofaktor, hvor lav sundhedskompetence vil mindske *compliance* frem mod en ressourceforståelse, hvor sundhedskompetence er et personligt aktiv for en række sundhedsfremmende forhold (2, 16). Abel 2007 understøttede som en af de første i Europa, at sundhedskompetence ikke kun har betydning for den enkeltes evne til at tage vare på sin sundhed og sit helbred, men også har betydning for den generelle mulighed for at forbedre de vilkår, vi lever i (17). Senere følger en række tekster, der fremhæver denne brede definition, som særligt er en udvidelse af den kritiske dimension af sundhedskompetence. Dette er helt i tråd med den mere patient- og borgerinvolverende tilgang, som er vigtige elementer i den aktuelle forståelse af sundhed. Ikke alle har været begejstrede for denne udvidelse af begrebet. Tones 2002 (18) kritiserede i artiklen «*Health*

literacy: new wine in old bottles» nyere definitioner for at inkorporere allerede eksisterende teoretiske formuleringer af koncepter, som findes i andre begreber som social aktion og *community empowerment*, og man kunne tilføje begrebet handlekompetence. På trods af fortsatte diskussioner om de brede sundhedskompetencedefinitioner vinder de større og større indpas, og refleksionen over, hvor og hvordan sundhedskompetence kan bruges til gavn for øget sundhed hos den enkelte og i befolkningen, fortsætter.

Sørensen et al. 2012 (13) har med baggrund i en gennemgang af definitioner og tidligere modeller for sundhedskompetence udarbejdet en integreret konceptuel model om sundhedskompetence både på individ og populationsniveau. Modellen som ses i figur 3 fremhæver sundhedskompetencers anvendelse i behandling og pleje, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og viser, hvordan fire kernebegreber er gennemgående og afgørende for sundhed inden for alle tre dimensioner, nemlig adgang til at forstå, vurdere og anvende sundhedsoplysninger. Samtidig illustrerer modellen, at sundhedskompetence påvirker en række kortsigtede og langsigtede sundhedsmål såsom brug af sundhedsydelser, eller hvordan ens helbred udvikler sig.



(/file/ci/66838864/900x/ks-2016-1-2-3.jpg) (/file/ci/66838864/900x/ks-2016-1-2-3.j

Figur 3. Integration af flere modeller for sundhedskompetence (19).

Arbejdet med modellen munder ud i en udvidet definition af sundhedskompetence, som omfatter, i hvilke sundhedssammenhænge og på hvilke niveauer sundhedskompetence forstås og anvendes.

«Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course» (13).

Sørensen et al's. (19) europæiske arbejde med at udvikle sundhedskompetencebegrebet har sit udgangspunkt i eksisterende litteratur på området, og det samme gælder for den japanske HLS-14-skala udviklet af Ishikawa et al. 2008 (20), der også omhandler funktionel, interaktiv og kritisk sundhedskompetence. Andre forskerhold har haft en empirisk tilgang til udvikling af begrebet. Et australsk forskerhold ledet af Osborne 2013 (21) udviklede næsten samtidigt en tilsvarende samlet forståelse af sundhedskompetence. De undersøgte gennem processer med en række møder og fokusgruppeinterview med patienter, sundhedsprofessionelle og andre eksperter, hvilke forhold der har betydning for at få adgang til, forstå, anvende og kritisk vurdere egen sundhed og sundhedsydelser. Det førte til ni dimensioner omhandlende:

1. støtte fra sundhedsprofessionelle
2. tilstrækkelig information
3. aktiv håndtering af sundhed
4. social støtte
5. kritisk vurdering

6. aktiv involvering med sundhedsprofessionelle
7. navigation i sundhedsvæsenet
8. evne til at finde god sundhedsinformation
9. læse og forstå sundhedsinformation.

Både det europæiske, japanske og australske arbejde har desuden resulteret i spørgesken til måling af sundhedskompetence, som alle er oversat til dansk (tabel 1).

Vurdering af individers og befolkningers sundhedskompetence

Vil man undersøge niveauet for sundhedskompetence hos enkeltindivider eller i en befolkning, vil valg af målemetode afhænge af undersøgelsesspørgsmålet. Der er én type målemetode, hvis man vil undersøge en persons evne til at læse og forstå en introduktion en medicinsk behandling eller en varedeklaration, og andre, hvis man også vil undersøge kommunikative og kritiske niveau, herunder i hvilken udstrækning en person eller en befolkning besidder de nødvendige aktiver og færdigheder for at få adgang til, forstå, vurdere og anvende sundhedsoplysninger. Test for funktionel sundhedskompetence og spørgeskemaer er de mest udbredte målemetoder. Det skal understreges, at ligesom definitionerne er i udvikling, og der hele tiden kommer nye, gælder det samme for målemetoder (22). I tabel 1 ses udvalgte målemetoder, der findes i danske oversættelser.

Befolkningsundersøgelser

Der findes endnu kun få studier, hvor en befolknings sundhedskompetence er undersøgt fra en nyere bred definition. Den største europæiske undersøgelse, HLS-EU-undersøgelsen blev gennemført i ni lande i 2011. Danmark indgik ikke i undersøgelsen, men det gjorde flere sammenlignelige lande såsom Holland. Undersøgelsen viste, at visse befolkningsgrupper tværs af lande i særlig grad har «begrænset» sundhedskompetence. På baggrund af et inc

med fire sundhedskompetenceniveauer: «godt niveau», «tilstrækkeligt niveau», «problematisk niveau» og «utilstrækkeligt niveau» pegede undersøgelsen på, at 47 % af deltagerne havde enten problematisk eller utilstrækkeligt niveau, hvilket kombineret blev kaldt et «begrænset» sundhedskompetenceniveau. Dette var i særlig grad befolkningsgrupper med lavt selv vurderet helbred, ingen eller lav uddannelse, ældre over 65 år, og grupper med lav socioøkonomisk status. Desuden viste undersøgelsen, at der er store forskelle på tværs af lande. Befolkningen i Holland havde i HLS-EU-undersøgelsen gennemsnitligt det højeste sundhedskompetenceniveau, mens befolkningen i Bulgarien havde de største udfordringer. De øvrige lande fordelte sig forskelligt, afhængigt af om der var fokus på forebyggelse eller behandling. En nærmere indføring i resultaterne kan findes i den komparative rapport udarbejdet af HLS-EU-projektgruppen (23).

Tabel 1. Eksempler på metoder til at måle sundhedskompetence.

Forfatter, år (ref)	Målemetode (navn)	Hvad måler det og hvordan?	Kontekst
Osborne et al, 2013 (21)	Spørgeskema: Health literacy questionnaire (HLQ)	Oplevet funktionel, kommunikativ og kritisk sundhedskompetence. Måles vha. 44 spørgsmål, der vurderer 9 dimensioner af sundhedskompetence. Hver dimension har 4 eller 5 spørgsmål	Befolkningsundersøgelse og klinisk praksis
Fullam et al, 2011 (19)	European Health literacy survey questionnaire (HLS-EU)	Oplevede problemer med at få adgang til, forstå, vurdere og anvende sundhedsrelateret information om pleje, behandling, forebyggelse	Befolkningsundersøgelse (anvendes visse steder klinisk praksis)

		og sundhedsfremme. Måles vha. 47 spørgsmål indenfor de tre dimensioner (findes i kortere 16 eller 6 spørgsmål versioner)	
Ishikawa et al, 2008 (20)	Functional, communicative, critical health literacy measure (FCCHL)	Oplevet funktionel, kommunikativ og kritisk sundhedskompetence. Måles vha. 14 udsagn i et spørgeskema	Klinisk praksis
Parker et al, 1995 (36)	Test of functional health literacy (TOFHLLA)	Læsefærdigheder og talforståelse. Baseres på 50 spørgsmål (læsning), og 17 spørgsmål (tal)	Klinisk praksis
Weiss et al, 2005 (37)	Newest Vital Sign (NVS)	Læsefærdigheder, talforståelse og evne til at forstå en varedeklaration. Måles på 6 spørgsmål.	Klinisk praksis

Danmark har en lang tradition for befolkningsundersøgelser af sundhed, både på nationalt og kommunalt niveau. Alligevel er der i Danmark kun få studier, der har undersøgt sundhedskompetence. I et studie af 29.000 danskere viste Bo et al. 2014 (9), at ca. hver femte dansker oplever problemer med at forstå sundhedsinformation og at indgå i dialog med sundhedspersonale. Ligesom i det fælleseuropæiske studie viste også det danske en klar social ulighed, idet der i visse sociale grupper var langt flere, der havde svært ved at kommunikere med de sundhedsprofessionelle om deres problemer eller at forstå den nødvendige information.

Sundhedskompetence og social ulighed i sundhed

Flere empiriske studier har vist, at der er en sammenhæng mellem lav sundhedskompetence og lavt selv vurderet helbred, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, risiko for udvikling af sygdom og håndtering af kroniske sygdomme (24). I den sammenhæng kan sundhedskompetence ses som en determinant for sundhed, der kan være med til at forklare variationer og bidrage til sociale forskelle i sundhed på samme måde som fx uddannelse, indkomst, arbejdsmarkedstilknudning, sociale relationer og netværk. Udtrykket «social ulighed i sundhed» refererer til, at der er en systematisk sammenhæng mellem menneskets sociale position i samfundet og deres sundhed og helbred. Det kan være en gradvis ulighed i den generelle befolkning, hvor uligheden stiger i takt med faldende social position og udtrykkes som en social gradient. Eller det kan være social ulighed i forhold til særligt udsatte grupper, hvor sundhedsrisici er langt højere end i resten af befolkningen (25).

Begge perspektiver på social ulighed i sundhed er relevante i forhold til sundhedskompetence. Særligt udsatte grupper er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet, som har en øget forpligtelse til at kommunikere med og hjælpe sårbare mennesker i et ofte uoverskueligt system, både i en akut fase, men også for at reducere de daglige negative konsekvenser af fx kronisk sygdom mest muligt. I forhold til gradientperspektivet kan opmærksomheden rettes mod, hvordan der kommunikeres og satses på udvikling af sundhedskompetence med det formål at flest mulige har adgang til, forstår og kan vurdere og anvende sundhedsoplysninger. Et liv med godt helbred eller færdigheder til at håndtere sygdom er grundlæggende forudsætninger for menneskers frihed til at leve det liv, de værdsætter.

Sociale relationer, sociale netværk og social kapitalers betydning associeres i stigende grad med kampen for større lighed i sundhed. I et engelsk kvalitativt studie med gentagne interview med borgere med kronisk sygdom introduceredes «*the health literacy pathway model*», som beskriver sundhedskompetence som en multidimensionel konstruktion, der udvikles over tid, på tværs af forskellige sundhedskontekster og gennem social interaktion.

(26). I det samme studie har forskerne undersøgt, hvordan sundhedskompetence spredes gennem familie og sociale netværk, og hvordan de interviewede borgere trækker på andre sundhedskompetencer for at søge, forstå og bruge sundhedsinformationer. De der spredt delte deres viden og færdigheder fungerede som mediatorer og bidrog til, at deltagerne blev bedre til at håndtere deres sygdom, mere aktive omkring beslutninger og kom overens med at leve med deres sygdom (27). Frohlich & Abel 2014 (28) bidrager med en alternativ forståelse af social ulighed i sundhed, hvor de introducerer sundhedspraksis som erstatning for sundhedsadfærd i erkendelse af, at handlinger altid er kontekstafhængige både fysisk, kulturelt, socialt og økonomisk. Udfordringerne er derfor både knyttet til den enkelte, og de ressourcer der er til rådighed og tilgængelige i (lokal)samfundet. Det er i overensstemmelse med et mere omfattende sundhedskompetencebegreb, en sundhedskompetence, der retter sig mod det enkelte menneske, grupper og samfundet, og hvor der kan arbejdes for mere lighed i sundhed gennem forbedring af sundhedskompetence på alle planer.

Sundhedskompetence i det sundhedsfremmende, forebyggende og kliniske arbejde

I WHO's «*Health literacy – the solid facts*» (3) beskrives en række arenaer for arbejdet med sundhedskompetence såsom skoler, arbejdspladser, medier, sundhedsvæsenet, byer. Der lægges op til, at mange sektorer skal arbejde med sundhedskompetence, herunder uddannelsessektoren, de kulturelle og sociale sektorer og sundhedssektoren. I hele sundhedssektoren og i det kliniske arbejde kan sundhedskompetence adresseres på system-/institutionelt niveau, i relation til de sundhedsprofessionelles kompetenceudvikling og på det individuelle niveau i den direkte relation mellem sundhedsprofessionel og patient eller borger. På et system-/institutionelt niveau er der helt nye initiativer fra bl.a. WHO, som opfordrer lande og regioner til at vurdere den måde, de leverer sundhedsydelser på. Det betragtes som et samfundsmæssigt og socialt ansvar at foretage en vurdering af, om der

tilstrækkeligt fokus på at imødekomme befolkningens styrker og svagheder, eller om nye tiltag er tiltrængt, således at alle har lige adgang til sunde omgivelser og til et effektivt sundhedsvæsen (29).

I forhold til de sundhedsprofessionelle er udfordringen at sikre, at de har tilstrækkelige kompetencer til at støtte op om borgernes mulighed for at blive involveret og tage informerede beslutninger og at lade kompetencerne indgå i præ og postgraduate sundhedsuddannelser.

Paasche-Orlow et al. 2006 (30) peger på en række måder, hvorpå sundhedskompetence kan skabe et produktivt møde mellem borger og professionel. Et basalt krav er at arbejde med systematisk kvalitetssikring af, at patienten forstår skriftlig og mundtlig kommunikation herunder at arbejde med dialogen. Et inviterende udgangspunkt for en samtale er at spørge «hvilke spørgsmål har du?» frem for «har du spørgsmål?». Spørgsmålet «hvordan planlægger du at tage din medicin?» får borgeren på banen og lægger op til en åben dialog med respekt for borgerens situation. «*Teach-back*» og «*teach to goal*» fremhæves som vigtige kommunikative og pædagogiske metoder til at skabe sundhedskompetence. Begge metoder er iterative og lægger op til, at klinikerne skræddersyr undervisningen og tilpasser kommunikationen, indtil patienten udtrykker forståelse. Det fordrer gode kommunikationsfærdigheder, men også holdninger der kan fremme produktive relationer og terapeutiske alliancer. Kompetencerne skal udvikles og tilpasses den mangfoldighed, som borgere og patienter repræsenterer, også i forskellige etniske grupper. Værktøjer som it-platforme og en ledelse, der prioriterer tid og skaber incitamenter, kan støtte processen. Og Coleman et al. 2013 (31) identificerede en række efterspurgte kompetencer for arbejdet med sundhedskompetence ved at spørge en række eksperter. Udvikling af kommunikative færdigheder som «*teach back*»-metoder og evne til at udvikle og anvende visuelt pædagogisk materiale var højt på listen, men også viden og forståelse for personers sundhedskompetenceniveau blev nævnt. Coleman et al. 2015 (32) underviste sundhedsprofessionelle i sundhedskompetence gennem workshop og anden interaktiv

træning. Resultatet var øget viden og færdigheder og en intention om at kommunikere anderledes for at øge patienters sundhedskompetence. Kommunikative evner hos de sundhedsprofessionelle vurderes altså som særdeles vigtige i dialogen med borgeren, i den skriftlige kommunikation og på internettet. God kommunikation er imidlertid ikke tilstrækkelig. De sundhedsprofessionelle må arbejde med direkte og indirekte involvering af borgere og patienter i alle dele af det kliniske arbejde, således at alle får adgang til sundhedsfremme, forebyggelse, pleje og behandling, der kan forstås, anvendes og er meningsgivende for den enkelte.

Som tidligere beskrevet er langt de fleste studier af sundhedskompetence foretaget med udgangspunkt i individet, og der findes en række studier om sundhedskompetenceniveau hos fx borgere med diabetes og andre kroniske sygdomme. Personer med kronisk sygdom har stort behov for at kunne håndtere deres symptomer i hverdagen, således at de opnår stor uafhængighed af sundhedsvæsenet som muligt. En oplagt arena for arbejdet med sundhedskompetence er derfor i patientuddannelser og rehabiliteringsforløb med en patientinvolverende tilgang, som det bl.a. er beskrevet i «kronikermodellen» (33), hvor de proaktive kliniker sammen med den aktive patient udarbejder en fælles plan for behandling og støtteforanstaltninger. I patientuddannelser med en deltagerstyret tilgang kan de sundhedsprofessionelle på én gang informere og arbejde med sundhedskompetence og *empowerment* for den enkelte og/eller gruppen og samtidigt lade deltagerne give den inspiration og sparring, der skaber en relevant og nærværende pædagogisk situation. «Læring og mestring» er et eksempel på en patientuddannelse på deltagerens præmisser med vægt på gensidig respekt. På nogle moduler underviser professionelle og erfarne patienter sammen, efter først at have været igennem et fælles kursusforløb. En kvantitativ undersøgelse af borgerens udbytte viser en klar forbedring på nogle af de områder, der kan relateres til sundhedskompetence, selvom måleinstrumentet ikke er udviklet til formålet (34). Et andet dansk eksempel er Diabetesforeningens motivationsgrupper, som støtter patienter med diabetes i hverdagslivet, og som ledes af personer, der selv har diabetes og deltaget i et voksenpædagogisk kursus. Der pågår i øjeblikket en evaluering ved artiklens

forfattere af, om denne type indsats kan være fremmende for sundhedskompetence blandt deltagerne. For yderligere inspiration til det konkrete arbejde med sundhedskompetence henvises til fx bogen «*Health Literacy in Nursing*» (35).

Sundhedskompetence og fremtidens sundhedsvæsen

Trods den fortsatte udvikling i definitioner af sundhedskompetence og den spirende forskning om befolkningsgrupper og individers sundhedskompetenceniveau må det overordnet påpeges, at der fortsat mangler solid forskning og bevågenhed i feltet.

Sundhedskompetence opbygges og udvikles over tid, på tværs af forskellige sundhedskontekster og gennem social interaktion. Indsatsen for arbejdet med at udvikle fælles principper og effektive tiltag må derfor foregå på professionelt niveau samt system og individniveau. Særligt på de førstnævnte niveauer mangler vi dels viden om, hvilke interventioner der er effektive for at fremme sundhedskompetence, dels hvilke generelle komponenter der kan indgå sammen med fleksible, lokale tiltag. Indenfor en række forskellige målgrupper må vi undersøge, hvilke deltagerstyrede metoder der med fordel anvendes for at sikre relevansen af sundhedsinformation og støtte for både borgere, patienter og professionelle. Udvikling og skabelse af evidensbaseret viden må gå hånd i hånd med udvikling af nye sundhedsteknologier og andre sundhedsydelser. I hvert fald hvis vi reelt ønsker et sundhedsvæsen, der bygger på borger- og patientinddragelse og kontekstspecifikke løsninger til gavn for borgernes sundhed, livskvalitet og livslængde.

Referencer

1. Gruman J, Rovner MH, French ME, Jeffress D, Sofaer S, Shaller D, et al. From patient education to patient engagement: Implications for the field of patient education. *Patient Education and Counseling*. 2010; 78 (3): 350–6.
2. Protheroe J, Nutbeam D, Rowlands G. Health literacy: a necessity for increasing

participation in health care. *BrJ GenPract.* 2009; 59 (567): 721–3.

3. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy, the solid facts. WHO, 2011.

4. Sundhedsstyrelsen. Health Literacy. Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner 2009. København S.: 2009 978-87-7676-977-2.

5. Norgaard O, Sorensen K, Maindal HT, Kayser L. [Measuring health literacy can improve communication in health care.]. *UgeskrLaeger.* 2014; 176 (1): 37–9.

6. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health.* 2015.

7. Martensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *ScandJCaringSci.* 2012; 26 (1): 151–60.

8. Paakkari L, Paakkari O. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education* 2012; 112 (2): 133–52.

9. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 2014; 14: 1095.

10. Wangdahl J, Lytsy P, Martensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2014; 14: 1030.

11. Abel T, Hofmann K, Ackermann S, Bucher S, Sakarya S. Health literacy among young

adults: a short survey tool for public health and health promotion research. Health Promotion International. 2014.

12. Smith SG, Curtis LM, Wardle J, von Wagner C, Wolf MS. Skill set or mind set? Association between health literacy, patient activation and health. PLoS One. 2013; 8 (9): e74373.

13. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 12: 80.

14. Brach C, Dreyer BP, Schillinger D. Physicians' roles in creating health literate organizations: a call to action. J Gen Intern Med. 2014; 29 (2): 273–5.

15. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International. 1999; 13 (4): 349–64.

16. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int. 2009; 24 (3): 285–96.

17. McQueen, DV, Kickbusch, I, Potvin, L, Pelikan, JM, Balbo, L, Abel, Th. Health and modernity: the role of theory in health promotion. New York: Springer; 2007. 170 p.

18. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles? Health Educ Res. 2002;17(3): 287–9

19. Sorensen K, Norgaard O, Maindal HT. Need for more research in patients' health literacy. Ugeskr Laeger; 2014; 6; 176(1).

20. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measu-

health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013; 13: 948.

21. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008; 31 (5): 874–9.

22. Osborne R, Batterham R, Elsworth G, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013; 13 (1): 658.

23. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sorensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 2: 302–33.

24. Consortium H-E. Comparative report on health literacy in eight EU-member states. The European health literacy project 2009–2012
http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf [cited 2015 20.08].

25. von Wagner C, Good A, Whitaker KL, Wardle J. Psychosocial determinants of socioeconomic inequalities in cancer screening participation: a conceptual framework. *Epidemiol Rev*. 2011; 33: 135–47.

26. Diderichsen F, Andersen If, Manuel C. Ulyghed i sundhed: årsager og indsatser. Version 1.0 ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2011. 188 p.

27. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients

with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health* 2012; 12: 130.

28. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*. 2013.

29. Frohlich KL, Abel T. Environmental justice and health practices: understanding how health inequities arise at the local level. *Sociol Health Illn*. 2014; 36 (2): 199–212.

30. Greenhalgh T. Health literacy: towards system level solutions. *BMJ*. 2015;350: h1026.

31. Paasche-Orlow MK, Schillinger D, Greene SM, Wagner EH. How health care systems can begin to address the challenge of limited literacy. *J Gen Intern Med*. 2006; 21 (8): 884–7.

32. Coleman CA, Hudson S, Maine LL. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *J Health Commun*. 2013; 18 Suppl 1: 82–102.

33. Coleman CA, Fromer A. A health literacy training intervention for physicians and other health professionals. *Fam Med*. 2015; 47 (5): 388–92.

34. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *JtComm J Qual Improv*. 2007; 27 (2): 63–80.

35. Vinther-Jensen K, Schak Jensen AM. Læring og mestring: patientuddannelse på deltagerens præmisser – kvantitativ evaluering. Aarhus: Folkesundhed og

Kvalitetsudvikling; 2012. 80 p.

36. Parnell TA. Health literacy in nursing: providing person-centered care. 2014. New York: Springer Publishing. Available from: <http://ez.statsbiblioteket.dk:2048/login?url=http://www.asb.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1763596>
https://www.statsbiblioteket.dk/au/#/search?query=recordID%3A%22ebog_ssj0001288981%22.

37. Parker R, Baker D, Williams M, Nurss J. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995; 10: 537-44

38. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine.* 2005; 3 (6): 514-22.

< Rigiditet i kvalitativ forskning?

2/7

Angst, sårbarhed og skam
 operationspatienter
 sanseerfaringer - Anxiet
 Vulnerability and Shame
 Surgical Patients' Sensory
 Experiences

(/klinisk_sygepleje/2016/01/rigiditet_i_kvalitativ_forskning)

(/klinisk_sygepleje/2016/01/ar

Fagområder	Informasjon	Un
Tidsskrifter (/all)	Om Idunn (/info/om)	uni
Helse- og sosialfag (/hos)	Våre produkter (/info/produkter)	(hti
Humanistiske fag (/hum)	Open access (/info/openaccess)	Jur
Juss (/jus)	Student (/info/student)	net
Naturvitenskap (/nv)	Forfatter (/info/forfatter)	(hti
Pedagogikk og utdanning (/ped)	Bibliotekar (/info/bibliotekar)	Ub
Samfunnsfag (/sam)	Ofte stilte spørsmål (/info/faq)	Idu
Økonomi (/oko)	Publiseringsetikk (/info/publiseringsetikk)	Un PB 010
	Personvern (/info/personvern)	po:
	Informasjonskapsler (/info/cookies)	(m: Tif

(<https://plus.google.com/+>

[Logg inn \(/logg-inn?\)](#)

[u=klinisk_sygepleje/2016/01/sundhedskompetence_health_literacy_tec](#)

[Ny bruker \(/registrer-deg\)](#)

(<https://twitter.com/idunn>

(<https://www.facebook.com>

(<http://www.universitetsforlaget.no>) © Universitetsforlaget

Idunn bruker informasjonskapsler (cookies). Ved å fortsette å bruke nettsiden godtar du dette. [Klikk her for mer informasjon \(/info/cookies\)](#)

