

## KAPITTEL 5

# Utfordringer med helsekommunikasjon i helseprofesjonspraksis: En pedagogisk-didaktisk analyse av helsekompetanse og den sosiale konteksten

**Kristian Larsen** Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Danmark  
**Kjell Sverre Pettersen** Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – storbyuniversitetet, Norge

**Abstract:** Patients have various challenges with health communication and health literacy that constitute personal health risk. Many have language difficulties and limited ability to critically evaluate various health claims. In addition, healthcare personnel also have challenges in explaining themselves, understanding and assessing health knowledge. On the basis of a Norwegian questionnaire survey (2019) on general and digital health competence (N = 373) involving respondents with health education and without, similarities and differences within and between the two groups are described and analysed. Through a critical pedagogical-didactic analysis, health competence is criticised, as health ideals are not universal facts. They are historical and contemporary constructions, and there are cultural differences in body and health ideals as well as unequal access to health knowledge and technologies. Healthcare services and professions must be attentive to these differences and inequalities, and respect the diversity of health ideals and practices. They can better serve vulnerable groups by aspiring to culturally sensitive health communication.

**Keywords:** health literacy, health communication, health competences, health capital, inequality in health, critical didactic reflections

Sitering: Larsen, K. & Pettersen, K. S. (2023). Utfordringer med helsekommunikasjon i helseprofesjonspraksis: En pedagogisk-didaktisk analyse av helsekompetanse og den sosiale konteksten. I U. Knutstad, K. Larsen & K. T. Jensen (Red.), *Fagdidaktiske temaer i helsefagene* (Kap. 5, s. 67–89). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.198.ch5>  
License: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

## Innledning

Pedagogikk generelt dreier seg om studiet av læreprosesser, det vil si hvordan mennesker lærer saker og ting, fra det høyeste abstraksjonsnivået om danning til didaktikk (Schnack, 1992), men også om sosialisering og praksiser i livsverdenen (Bourdieu, 1977) til at oppmerksomheten er rettet mot tilrettelagte utdannings- og didaktiske forløp i undervisning, veiledning eller kommunikasjon. Didaktikk er vanskelig å gi en entydig definisjon på, men den retter søkelyset spesielt mot mikroprosesser i undervisnings- eller veiledningsløp og undersøker spørsmål om hensikter, innhold, metoder og vurderingsformer. Men Larsen et al. (1997) og ikke minst også Illeris (1999) var opptatt av å få grep om hvordan de store filosofiske, politiske og samfunnsmessige forholdene interagerer med undervisningen. Det som skjer i klasserommet, skal og bør knyttes til den store samfunnsmessige sammenhengen (Durkheim, 1956).

Innenfor pedagogikken som grunnlag for fagdidaktikken og didaktikken inngår det at forskere og undervisere må reflektere over styrker, svakheter og muligheter innenfor pedagogikken på alle nivåer, fra samfunnsforhold og institusjonelle forhold til mikroforhold. Slike pedagogisk-didaktiske refleksjoner kan dermed ha som mål å få befolkningen til å handle i overensstemmelse med politiske idealer, for eksempel når det gjelder reisevaner med mer for å minimere den globale oppvarmingen, men de stiller også spørsmål om hva som forhindrer og utfordrer praksisen.

I den vestlige verden, herunder de nordiske velferdsstatene, har vi gjennom drøye 200 år utviklet sosiale, helsemessige og pedagogiske institusjoner som har som formål å optimere liv, helse og trivsel i befolkningen. Innenfor helseområdet er det utviklet institusjoner og profesjoner som utvikler kunnskap (forskning), som formidler kunnskap (undervisning, kommunikasjon & veiledning), og som anvender kunnskap (klinikker). Disse institusjonene og profesjonene på helseområdet har – enkelt sagt – som pedagogisk mål å minimere sykdom og å optimere helse, livskvantitet og -kvalitet. Innenfor de vitenskapelige institusjonene, det vil si innen vitenskapen, formidlingen og den kliniske praksisen, er man derfor opptatt av å utvikle og formidle kunnskap om sunn livsstil, sunne kostholdsvaner, helseundersøkelser, å utvikle informasjonsmaterieell samt å utvikle og bruke diverse målemetoder som kan brukes på kroppen, applikasjoner med mer. Forskere, leger, sykepleiere, undervisere og veiledere er utdannet i å formidle helsekunnskap til brukere og pasienter. Man vil motivere

mennesker til å få økt kompetanse på helseområdet, og dette ønsket er både individorientert (mot pasienter eller innbyggere) og samfunnsmessig orientert (mot helseøkonomi).

## Utfordringer med helsekommunikasjon og helsekompetanse

Kommunikasjon mellom helseprofesjonell og pasient er ikke helt enkelt. Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr «å gjøre felles», og som betegner overføring eller utveksling av informasjon mellom individer; en kunnskap som går begge veier. Begrepet helsekommunikasjon retter søkelyset mot bruk av kommunikasjonsteknikker og -teknologi for (positivt) å påvirke individer, befolkninger og organisasjoner i den hensikt å fremme forhold som bidrar til god helse for mennesker og miljø (Maibach & Holtgrave, 1995, s. 219–220; i norsk oversettelse i Pettersen, 2019a). Begrepet er derfor normativt rettet, det vil si at det har som hensikt å påvirke mennesker til et sunt liv med mer.

Men vi mottar ikke bare kunnskap og helsekunnskap gjennom helseprofesjonelle eller gjennom eksplisitte og tydelige språklige og tekstlige kanaler. I moderne samfunn, med de nye sosiale mediene, dominerer den visuelle kommunikasjonen, med alle dens tekster, bilder, animasjoner, filmer, personlig utseende, utforming av omgivelsene, generell «ulyd» og avbrytelser. Alt dette kommuniserer i høy grad og kan i noen sammenhenger også «støye» nokså kraftig. Våre primærsanser – syn, lukt, hørsel, smak og berøring – kan gi oss utfyllende, justerende inntrykk av selve kommunikasjonsprosessen og bidra til å skape tillit, eller for den saks skyld mistillit, til partene. All kommunikasjon mellom mennesker handler derfor alltid både om innhold, om selve «saken» og om relasjonen mellom partene samt, som vi skal komme nærmere inn på, også større samfunnsmessige og kulturelle forhold. I vid forstand er all kommunikasjon – på godt og vondt – avhengig av en relasjon til andre mennesker, til situasjoner vi har erfart, til ting og objekter (Bateson, 2005). Dessuten kan man også si at «taushet» eller fravær av forventede henvendelser også kommuniserer – ja, det blir til og med hevdet at «alt kommuniserer» (Jensen & Ulleberg, 2019).

I en pedagogisk-didaktisk analyse er det ikke bare støy eller utfordringer i det som formidles mellom helseprofesjonell og pasienter. Det man kan kalle «mottakerne», det vil si pasientene, har også forskjellige forutsetninger for å kunne ta imot, forstå og agere overfor «avsenderens» helsekunnskap.

Helsekompetanse handler om personers ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta fornuftige helserelaterte beslutninger i hverdagen (Nutbeam, 2000; Pettersen & Jenum, 2014; Sørensen et al., 2012). Dette vil for enkeltindividet i praksis dreie seg om å kunne vurdere når det er behov for å oppsøke helsetjenester og helsehjelp, om å finne frem til disse tjenestene, om hvordan man selv skal behandle og forebygge sykdom og lidelser, og om hvilke evidensbaserte helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvalitet gjennom livsløpet. Vellykket helsekompetanse involverer slik sett også deltakelse, involvering og aktivitet hos enkeltindividet, det vil si at vedkommende har handlingskompetanse knyttet til egen helse (Jensen & Schnack, 2004). Dokumentet *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet (2019), peker på at individet selv må ha tilstrekkelig helsekompetanse for å kunne ta vare på egen helse. Man må være sin egen helseminister (Larsen, 2021).

Det oppstår dermed utfordringer når vi undersøker de forskjellige pedagogisk-didaktiske utfordringene i helsekommunikasjonen mellom mennesker. Men dette med å kunne dra veksler på, forstå og bruke opparbeidet helsekunnskap og å inneha helsekompetanse er essensielt for mennesker. Når en lege eller sykepleier underviser en pasient, er det stor forskjell på hvilke økonomiske, kulturelle, sosiale og helsemessige ressurser pasienten har til rådighet, og det å ha spesielt lav helsekompetanse kan være forbundet med individuell helserisiko (Nutbeam, 2008). Det kan være fare for at de med lav helsekompetanse ikke forstår muntlig og skriftlig helseinformasjon gitt av helsepersonell, noe som for eksempel kan føre til at de tar foreskrevne medisiner feil, eller at de ikke følger opp nødvendige atferdsmessige helseråd på riktig måte (Safeer & Keenan, 2005; Williams et al., 2002). Nutbeam (2000) hevder at lav helsekompetanse primært er forbundet med manglende leseferdigheter og kroppskunnskap. Kort sagt gjenspeiler det mangel på grunnleggende skolegang, noe som i høy grad forekommer hos mange mennesker i fattige land. I rike Norge er det imidlertid vist at flere kan ha begrensede lese- og skriveferdigheter, og forekomsten kan være relativt høyere hos enkelte innvandrergupper (Gabrielsen & Lagerstrøm, 2005; Gabrielsen & Ritland, 2000). Vi skal komme tilbake til ulike forutsetninger for helse senere i den pedagogisk-didaktiske analysen.

I dette kapitlet retter vi søkelyset mot hvorfor helseformidling i en aktuell norsk kontekst ikke mottas, forstås og etterlevs i særlig høy grad av helsefagutdannede ( $n = 194$ ) og mennesker med andre typer

utdanningsbakgrunn (n = 163). Vi ser på forskjeller og likheter innenfor og mellom de to gruppene og diskuterer dem opp mot forskning og empirisk kunnskap fra helsepedagogikk, helsesosiologi og utdannings sosiologi. På denne bakgrunnen går vi videre med å beskrive og kritisere hvordan helsekompetanse (*health literacy*) er normativ og definert av dominerende gruppers helseverdier og tilegnelsesmåter. For grupper med få ressurser eller annerledes kropps- og helseidealer kan det være vanskelig å øke sin helsekompetanse. Her kan det være behov for kultursensitiv helsekommunikasjon som for eksempel kan kreve at man har interkulturell kompetanse.

Kapitlet er basert på ikke tidligere publisert empirisk materiale fra en spørreundersøkelse om generell helsekompetanse og om digital helsekompetanse gjennomført i 2019 omkring arbeidet med undersøgelse af befolkningens helsekompetanse (Le et al. 2021). Kapitlet er på den måten inspirert av pedagogikk, didaktikk og fagdidaktiske vurderinger av hvorfor «helsepedagogikken» ikke fungerer slik den var tenkt. Vi reflekterer kritisk over begrepet helsekompetanse (*health literacy*) og knytter det til dels til spørsmål om helseidealer som endrer seg over tid og i ulike kulturer, til forskjellige ulikhetstemaer og til profesjonelle og institusjonelle utfordringer. De pedagogisk-didaktiske forskningsspørsmålene er dermed som følger:

- Helsekompetanse mellom helseutdannede og ikke-helseutdannede: På bakgrunn av empirisk kunnskap fra spørreundersøkelse av nordmenns utsagn om helsekompetanse undersøkes og beskrives og undersøkes likheter og forskjeller innenfor og mellom helseutdannedes og ikke-helseutdannedes opplevelser.
- Helsekompetanse analysert generelt: På bakgrunn av en kritisk pedagogisk-didaktisk analyse inspirert av sosiologisk og pedagogisk teori undersøkes helsekompetanse med søkelys på et historisk, kulturelt og ulikhet perspektiv.
- Kultursensitiv helsekommunikasjon: Når helsekompetanse skal utfordres av andre og ut fra andres helseperspektiver, hvilke krav kan da stilles til helsekommunikasjon når marginaliserte grupper, etniske minoriteter med flere skal imøtekommes?

## Empiri, metode og funn fra befolkningsstudiet

I det følgende presenteres empirisk grunnlag om generell og digital helsekompetanse undersøkt i Norge. I kjølvannet av rapporten *Strategi for å*

*øke helsekompetansen i befolkningen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019<sup>1</sup>) ble det bevilget penger til kartlegging av Norges befolknings helsekompetanse. Denne kartleggingen skulle gjennomføres med det internasjonalt utviklede spørreskjemaet HLS<sub>19</sub>, bestående av 47 holdningsutsagn som reflekterer den teoretiske modellen for helsekompetanse, utviklet av Sørensen et al. (2012). I tillegg til demografisk pregede korrelater var det valgfritt å inkludere noen psykometriske konstruksjoner (f.eks. om livskvalitet og vaksineholdninger). Den ansvarlige forskergruppen for kartleggingen i Norge valgte blant annet å utvikle nye indikatorutsagn for digital helsekompetanse (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). Digital helsekompetanse innebærer hovedsakelig kunnskap om og ferdigheter i å kunne bruke søkeverktøy, å beherske søkestrategier og å vurdere kilder kritisk, å velge ut relevant digital helseinformasjon og å kunne ta i bruk digitale helsetjenester (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

Forut for selve befolkningsundersøkelse, som skulle gjennomføres av et Gallupbyrå i form av telefonintervjuer (N = 6000), ble det høsten 2019 foretatt både kvalitativ og kvantitativ pilotering av den norske varianten av HLS<sub>19</sub>-spørreskjemaet. Den kvantitative piloten besto av dette spørreskjemaet, opprettet i nettskjema.no og distribuert via e-post til helseforretak og utdanningsinstitusjoner med helsefagutdanning. De som besvarte skjemaet, hadde enten uspesifisert helsefaglig bakgrunn eller ulike andre yrkesbakgrunner ved disse institusjonene. Deltakelsen var frivillig, anonym og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Til sammen besvarte 373 respondenter spørreskjemaet (N = 373), som ble ansett som tilstrekkelig for å kunne gjennomføre moderne testteoretisk validering av skjemaet ved hjelp av av Rasch-analyse (Andrich, 2011).

I analysene av disse pilotdataene fant den nasjonale forskergruppen for HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen flere interessante respondentsvar på enkeltutsagn om helsekompetansen hos den heterogene gruppen helsefagutdannede (n = 194). Man antok at det både i utvalgets helsefaglige grunnutdanning og trolig også i deres nåværende praksisvirke inngikk opplæring og utøvelse av helseinformasjon og helsekommunikasjon overfor enkeltindivider og målgrupper. Tabell 1 viser i alt 13 utvalgte utsagn om generell helsekompetanse (utsagn 1–9) og digital helsekompetanse (utsagn 10–13) som respondentene

---

1 Hovedundersøkelsen ble publisert 8. februar 2021 med referanse: Helsedirektoratet (2021). Befolkningens helsekompetanse – del 1. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>

med uspesifisert helsefagutdanning og andre typer utdanning (n = 163) svarte på i pilottesten til HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen i Norge. Disse 13 utsagnene er bevisst valgt ut for dette kapitlet for å vise hvor stor andel (i prosent) av respondentene i de to utvalgene som syntes det var «lett» og «vanskelig» å forholde seg til de formene for kompetanse som utsagnene beskriver. Det er dessuten kun utført beskrivende statistikk, uten noen form for utvalgsstatistiske sammenlikninger.

**Tabell 1** | alt 13 utvalgte utsagn om generell helsekompetanse (1–9) og digital helsekompetanse (10–13) som personer med uspesifisert helsefagutdanning og andre typer utdanninger svarte på i pilottesten til HLS-19-undersøkelsen. Fire ordinale svarkategorier ble sammenslått og dikotomisert i kategoriene «lett» og «vanskelig».

Utsagn	Helsefagutdanning (n = 194)		Annen utdanning (n = 163)	
	Lett (%)	Vanskelig (%)	Lett (%)	Vanskelig (%)
1. Forklare legen din hvilket helseproblem du har.	81	19	78	22
2. Forstå ordene som legen din bruker.	95	5	94	6
3. Stille spørsmål under legebesøket.	86	14	75	25
4. Følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler.	93	7	90	10
5. Forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (f.eks. tarmkreft-screening, måling av blodsukker).	80	20	65	35
6. Vurdere om informasjonen som massemedier (f.eks. aviser, TV eller internett) gir om helserisiko, er til å stole på.	58	42	44	56
7. Finne den helseinformasjonen (på internett) som du søker etter.	93	7	87	13
8. Forstå helseinformasjonen (som finnes på internett).	94	6	84	16
9. Vurdere om helseinformasjonen (som finnes på internett) er til å stole på.	71	29	63	37
10. Bruke apper, målesensorer og liknende for oppfølging av egen helse, dersom du fikk opplæring og veiledning i bruk av utstyret.	98	2	97	3
11. Tolke målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende og selv vurdere om egen sykdom er forverret.	88	12	73	27
12. Diskutere målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende med helsepersonell.	92	8	83	17
13. Formulere deg tydelig når du kommuniserer skriftlig digitalt med helsepersonell (dvs. stille konkrete spørsmål eller fremsette påstander og gi nødvendige personlige opplysninger).	94	6	88	12

De enkle deskriptive analysene presentert i tabell 1 viser jevnt over at færre respondenter med uspesifisert helsefaglig utdanning enn respondenter med annen ikke-helsefaglig utdanning syntes det var «vanskelig» å forholde seg til de utfordringene som beskrives i alle de 13 utsagnene. Imidlertid rapporterte en litt overraskende stor andel helsefagutdannede respondenter (i synkende rekkefølge) at følgende fire helsekompetanser var vanskelige å forholde seg til: Hele 42 prosent syntes det var vanskelig å kunne vurdere om informasjonen som massemedier (f.eks. aviser, TV eller internett) gir om helserisiko, er til å stole på (utsagn 6); 29 prosent syntes det var vanskelig å kunne vurdere om helseinformasjonen (som finnes på internett) er til å stole på (utsagn 9); 20 prosent syntes det var vanskelig å kunne forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (f.eks. tarmkreft-screening, måling av blodsukker) (utsagn 5); og 19 prosent syntes det var vanskelig å kunne forklare legen sin om eget helseproblem (utsagn 1). Hos utvalget som ikke hadde helsefagutdanning, var andelene av dem som syntes de samme fire helsekompetansene var vanskelige, noe høyere, henholdsvis 56 prosent, 37 prosent, 35 prosent og 22 prosent. Dessuten var det 25 prosent av de ikke-helsefagutdannede som syntes det var vanskelig å stille spørsmål under legebesøket (utsagn 3), mens 16 prosent opplevde det som vanskelig å forstå helseinformasjon (som finnes på internett) (utsagn 8).

## **Pedagogisk-didaktiske analyser av helsekompetanse**

Nå har vi beskrevet at det er likheter og forskjeller hos og mellom helsefagutdannede og ikke-helsefagutdannede. I det følgende vil vi foreta pedagogisk-didaktiske og kritiske analyser av de empiriske resultatene. Det dreier seg om en overordnet diskusjon av helsekompetansenes historie, innhold og formidling. Vi gjennomgår historiske endringer i helseidealer, kulturelle forskjeller i kropps- og helseidealer, ulik tilgang til helsekunnskap og helseteknologi samt, til sist, kultursensitiv helsekommunikasjon.

### **Historiske endringer i helseidealer**

Det fremgår at det er relativt mange informanter som har vansker med å vurdere helseinformasjonen, eller å vurdere om den er til å stole på, på samme måte som at mange, også helseprofesjonelle, synes det er relativt vanskelig å forstå informasjon om de anbefalte helseundersøkelsene.



Her påpeker vi at disse vanskene kan skyldes innholdet i kunnskapen, men også en erkjennelse av at helseidealer har endret seg gjennom tidene, og at de stadig endrer seg voldsomt. Derfor kan mange gjerne oppleve at skiftende idealer gjør det vanskelig å holde fast ved og forstå de aktuelle idealene – og ikke minst å se dem som universelle og evigvarende. Det kan derfor være en viss fornuft i at mange har vansker med å forstå, vurdere og stole på aktuell helseinformasjon. Vi kan her henvise til hvordan den dominerende medisinske kulturen har endret seg, slik for eksempel Foucault (2012) beskriver det. Hvis vi ser på nyere tid, har de siste 20–30 årene vært preget av medisinske innovasjoner med hensyn til utvikling av både legemidler og ny teknologi. Diagnostiseringer og behandlinger revideres, og for eksempel psykiatriske diagnoser ekspanderer (Rose, 2006). Det som tidligere var normalt, som rastløshet, søvnbesvær, avhengighet av spill eller sorg etter barns død, blir i dag klassifisert som diagnoser i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD (Raminani, 2023). Mange av disse fenomenene ble tidligere sett som naturlige og forbundet med skjebnen. Historien har vist oss at de dominerende oppfatningene om helse kan ha verdier, idealer og behandlingsprinsipper som senere har vist seg å være både livsfarlige og usunne eller ikke hensiktsmessige (Bynum et al., 2004; Wulff & Gøtzsche, 2006). Den vitenskapelige kunnskapen som utvikles innenfor et helseforskningsfelt, drøftes også kritisk internt, hvor for eksempel medisiner og kirurger har hatt forskjellige forståelser av hvordan man skal behandle sykdom eller fremme helse (Larsen, 2012). Dessuten er den aktuelle evidensbaseringen av legemiddelbehandling under kritisk analyse for blant annet manipulasjon av data (Gøtzsche et al., 2019).

At mange helsefagutdannede og noen flere av de ikke-helsefagutdannede syntes det var vanskelig å stole på massemedias helserisikovurderinger og helseinformasjon, indikerer dermed at helsekunnskap generelt sett ikke er entydig definert, men at den derimot er flertydig og drøftes, utfordres og revideres hele tiden innenfor de vitenskapelige miljøene. Helsefagutdannede har mer helsefaglig kunnskap og metodekunnskap enn den andre gruppen, men også for dem har helsekunnskap uklar status. Den kan være basert på streng evidensbasert kunnskap, men den kan også være preget av blandinger av dokumenterte og ikke-dokumenterte helsepåstander, partsinnleggspregede intervjuer samt subjektive meninger hos journalisten, noe som kan bidra til forvirring og tvil (Daraz et al., 2019; Pettersen, 2005). Kort sagt er det en viss fornuft i å ha en kritisk avstand til etablerte helseidealer som blir formidlet. De fleste pasienter – men også

helseprofesjonelle – har for eksempel opplevd at helseråd som gjelder kosthold, røyking eller fysisk trening, har endret seg mye de siste årene. Det kan forplante seg som en kritisk ettertensksomhet som tilsier at man tviler og har vansker med å stole på helseinformasjon. I dette historiske perspektivet kan det være forståelig at mange er kritiske overfor helseinformasjon.

## Kulturelle forskjeller i kropps- og helseidealer

I forlengelsen av det foregående avsnittet er det både historiske og samtidige barrierer og utfordringer med helseidealer. Tidligere hadde vi noen spesielt gode råd for helse, men også i dag har vi en rekke samtidige, men motsatte idealer om helse. Tenk bare på hvordan forskjellige familier har ulike prinsipper når de får influensa eller blir forkjølet (Koudahl et al., 2007). Noen vil bli kvitt feber ved å kjøle seg ned, mens andre vil «svette» feberen ut. Det er nærmest umulig å lage en internasjonal standard for helse.

Globalt sett lever jo mennesker gjennom livsløpet innenfor nokså ulike sosiokulturelle og økonomiske samfunnsrammer, og de kan tidvis befinne seg i forskjellige livssituasjoner (f.eks. kan man trenge profesjonell helsehjelp, ha atferdsmessig behov for å forhindre sykdom og ha behov for å etablere en helsefremmende livsstil [Pettersen, 2019b; Sørensen et al., 2012]). Det er derfor sannsynlig at god helsekompetanse hos en person i Norge eller Danmark, som har et relativt solid og velfungerende helsevesen, kanskje ikke ville vært like god og gangbar dersom vedkommende levde i et fattig land i Afrika, Sør-Amerika eller Asia – og motsatt.

Når vi ser sosiologisk på likheter og forskjeller mellom sosiale grupper og deres oppfatninger av helse, sykdom, kropp og behandling, kan vi på samme måte registrere store forskjeller. Begrepet helsekapital beskriver at det er forskjeller innenfor og mellom sosiale klasser, kjønn og aldersgrupper når det gjelder hvordan man tenker om og holder kroppen sin i form (Larsen, 2021). Noen grupper er svært aktive og instrumentelle, mens andre er passive og avventende når det gjelder deres egen kropp og egne kroppsidealene. Unge er mer positive enn eldre og lavt utdannede mer positive enn høyt utdannede overfor drastiske inngrep i kroppen ved hjelp av kroppskirurgi, medisiner eller fysisk trening. Relativt høyt utdannede har også en større mengde kulturell helsekapital enn lavt utdannede (Shim, 2010). Den første gruppen er mer innstilt på å forstå og snakke om sin egen kropp med et biomedisinsk språk, og den er mer proaktiv når det gjelder

å holde kroppen i form. Den får også større oppmerksomhet og støtte fra helseprofesjonene enn andre grupper.

Selv om man har nødvendige leseferdigheter og grunnleggende kroppskunnskap, kan det være begrensninger i helsekompetansen til enkelte. Det gjelder særlig dersom man ikke er i stand til å navigere til rett instans i et stadig mer komplisert strukturert moderne helsevesen (Collyer & Willis, 2020), eller dersom man mangler evne til kritisk å kunne vurdere «flommen» av ulike helsepåstander som fremsettes av ulike medier i samfunnet (Finbråten & Pettersen, 2009). Sistnevnte kan til og med bidra til en viss individuell helserisiko dersom en person ukritisk og ofte benytter seg av ikke-vitenskapelig baserte legemidler – sannsynligvis fordi han eller hun kan ha lett for å forstå det fristende og forenklete budskapet om legemidlenes helbredende effekter (von Conrady & Bonney, 2017). Det skal også nevnes at det kan være store avvik mellom hverdagsforståelser av sykdom og helse og den klinisk-medisinske forståelsen og praksisen. Kleinman (1988) beskrev en grunnleggende forskjell mellom pasienters sykdomsoppfatning som kommer til uttrykk i sykdomserfaringer koblet til et hverdagsliv, «illness», og legens biomedisinske språk, klassifikasjoner og logikker, «disease». Videre kan det være sykdommer som kan ha stor betydning for enkeltindivider, men som ikke har noen plass innenfor legenes felt. Det hersker et prestisjehierarki som setter det akutte, det spektakulære og det som kan behandles, over det kroniske, det «alminnelige» og det som ikke kan behandles (Hindhede & Larsen, 2019). Individets helsekompetanse er dermed ikke bare reduserbart til individuell kunnskap. Mange andre forhold gjør seg gjeldende når vi analyserer helsekompetanse i helt konkrete sammenhenger. Her er nevnt klasse-, kjønns- og aldersforskjeller med tanke på hvordan man ser på kroppen sin, samt når det gjelder forskjeller i sykdomsoppfatninger og sykdommers prestisje. Det er dermed både historiske og samtidige skiftende, parallelle og også motstridende idealer og praksiser når det gjelder kropp og helse. Det er ikke vanskelig å forstå at både helseprofesjonelle og mennesker med ikke-helsefaglig bakgrunn gir uttrykk for en del vanskeligheter knyttet til generell og digital helsekompetanse. Det kan være gode grunner til dette, som ikke bare handler om mangel på kultur, kunnskap og innsikt.

## Ulik tilgang til helsekunnskap og helseteknologi

Grupper har uensartet tilgang til helsekunnskap, og her gir vi noen tolkninger av hvordan disse ulikhetene oppstår, og hvorfor det er sånn. I det

empiriske materialet i undersøkelsen kjenner vi ikke bakgrunnsvariabler som gjelder sosial klasse, økonomi, kultur, etnisitet eller alder. Men vi kan se at det er forskjeller mellom de to gruppene som sammenliknes i undersøkelsen. En forholdsvis liten andel helsefagutdannede oppga at de hadde vansker med å mestre ferdigheter knyttet til digital helsekompetanse, slik det reflekteres i svarene deres på utsagn nummer 10, 12 og 13 i tabell 1 (henholdsvis 2 prosent, 8 prosent og 6 prosent), mens 12 prosent oppga at det kunne være vanskelig å tolke målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende, og selv å vurdere om egen sykdom er forverret (utsagn 11). Av de som ikke hadde helsefagutdanning, oppga hele 27 prosent at det sistnevnte var vanskelig for dem. Også det å diskutere målinger og resultater fra apper, målesensorer og liknende med helsepersonell (utsagn 12) var vanskelig for 17 prosent av dette utvalget, og 12 prosent syntes det var vanskelig å formulere seg tydelig i skriftlig digital kommunikasjon med helsepersonell (det vil si å stille konkrete spørsmål eller å fremsette påstander og gi nødvendige personlige opplysninger) (utsagn 13).

Samlet sett har helseprofesjonelle langt bedre forutsetninger for å kunne forstå og forklare seg i helsevesenet generelt, sammenliknet med informanter med annen utdanning. De helseprofesjonelle har derfor relativt sett en større mengde helsekapital (Larsen, 2021) eller kulturell helsekapital (Shim, 2010). De kan lese spillet og spillereglene innenfor helsefeltet, og de er oppdatert når det gjelder den dominerende medisinske språkbruken og måten å tenke sykdom og helse på, akkurat som de har bedre forutsetninger når de for eksempel skal forklare seg eller stille spørsmål til legen. Innenfor det pedagogisk-didaktiske perspektivet er de sosialisert inn i den medisinske og helsemessige tenkemåten gjennom utdanningen sin og arbeidet sitt. Innenfor sosiologien og særlig i studier av materialitet og kropp (Martinussen & Larsen, 2018) samt teknologistudier (Latour & Woolgar, 1979) vil man si at mennesket – og spesielt helseprofesjonelle – har internalisert, det vil si lært, helsetenkning og -kompetanse gjennom språket, men også i høy grad gjennom kroppen og materialitet. Det har skjedd både didaktisk og formelt i klasserommet, men også ubevisst ved å jobbe seg opp innenfor helsefeltets institusjoner. Det finnes studier som skisserer hvordan arkitektur, pedagogikk og helse utøves og virker sammen (*enactment*) (Larsen, 2010).

Både helseprofesjonelle og personer med ikke-helsefaglig bakgrunn er svært komfortable med bruk av apper, målesensorer med videre (97–98 prosent svarer at de er lette for dem å bruke). Men når det angår tolkning

og diskusjon av målinger og resultater, er det større forskjeller, hvor ikke-helseutdannede har større vansker. De helseprofesjonelle inngår også i «pedagogiserte», herunder materielle rom der de lærer å lykkes ved å diskutere og formulere seg på disse områdene. Materialitet er teknologi eller fysiske gjenstander, og mange har opplevd hvordan rommene påvirker kroppen på forskjellige måter. Man kan si at rommene og interaksjonene i dem fungerer som en slags læremestre for de helseprofesjonelle (Larsen, 2001). Kommunikasjon dreier seg derfor ikke bare om innholdet i hva som formidles av informasjon, for eksempel fra en sykepleier til en pasient, men også om måten den skjer på, stedet, luktene og de fysiske rammene samtalen foregår innenfor. Helseprofesjonelle og pasientene tilegner seg både det formelle og uformelle, det sagte og det usagte samt stemninger, lyder og lukter, ikke minst i den konkrete praksisen i utdanninger og på klinikken (Larsen, 2003). Alle sanser er involvert. Samlet sett har helseprofesjonelle, sammenliknet med dem som har ikke-helsefaglig bakgrunn, vært utsatt for helt forskjellige pedagogiske kontekster. Begge grupper kan ha generell kompetanse når det gjelder apper og målesensorer, men kompetanse til å tolke, diskutere og formulere seg om disse er ulikt fordelt. Sett i lys av at mange aktører i samfunnet nå «pusher» diverse digitale ressurser for interaktiv helsekommunikasjon, kan det kanskje være grunn til å stoppe opp litt og kartlegge hvor ønsket denne formen for helsekommunikasjonsverktøy egentlig er – og da særlig for mange eldre, som for øvrig også kan ha lav helsekompetanse (Carroll et al., 2017; Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

## Kultursensitiv helsekommunikasjon

I de tidligere avsnittene har vi dekonstruert helseidealers status som opphøyede, universelle og absolutte. Det fremgikk at de er vitenskapelige, det vil si sosiale og kulturelle, størrelser som derfor også utfordres kontinuerlig, og det utvikles nye, annerledes samt av og til motsatte helseidealer. I dette avsnittet vil vi se nærmere på de mer pedagogisk-didaktiske utfordringene med å formidle kultursensitiv helsekommunikasjon. Vi ser nærmere på hvilke pedagogiske og didaktiske begreper som er relevante når helseprofesjonelle er involvert med pasienter og brukere som har ikke-norsk kulturell bakgrunn. Norge er et flerkulturelt og relativt multietnisk land, og noen steder i landet er disse trekkene mer fremtredende enn i andre. I Norden er det vist at multietnisitet kan skape utfordringer for sykepleiere og helsesykepleiere i deres helsekommunikasjon med pasienter og klienter (Fagerlund

et al., 2016; Patriksson et al., 2017). Stikkord i denne sammenhengen er å praktisere *kultursensitivitet* i helsekommunikasjon og veiledning som ingrediens i ens *interkulturelle kompetanse*. Kultursensitivitet handler om *å være i stand til å vurdere, reflektere, forstå og respektere andre menneskers etniske og kulturelle mangfold og atferd på bakgrunn av innsikt og kunnskap om både deres og ens egen etniske og kulturelle tilhørighet* (Foronda, 2008, s. 210, vår oversettelse og tolkning). Kultursensitiv helsekommunikasjon kan derfor dreie seg om i hvilken grad etniske, religiøse og kulturelle aspekter, erfaringer, normer, verdier, atferdsmønstre og holdninger hos en målgruppe samt historiske, miljømessige og sosiale rammer og regler er tatt hensyn til og innlemmet i design, formidling og evaluering av målrettede helsefremmende materiell og programmer (Resnicow et al., 1999). Kort og godt kan man kanskje si at det handler om å kunne kommunisere og veilede hensiktsmessig og tilpasset om helse med mennesker som har ulik kulturell bakgrunn enn en selv, som helsepersonell, har (Debesay et al., 2022).

Interkulturell kompetanse (Campinha-Bacote, 1994) kan defineres som *individens og systemers evne til å jobbe eller reagere effektivt på tvers av kulturer på en måte som anerkjenner og respekterer kulturen til den personen eller organisasjonen som er målet for aktiviteten* (Williams et al., 2002)<sup>1</sup>, s. 1, vår oversettelse og tolkning). Men begrepet kan også kobles og defineres inn i en helseprofesjonskontekst som *en større, mer omfattende kontinuerlig «prosess», der (i denne artikkelen) helsepersonell tilstreber å oppnå evne til å drive helsearbeid med individer og familier som kommer fra samfunn med en annen etnisk og kulturell bakgrunn en majoriteten i deres nye oppholdsland* (opprinnelig hos Campinha-Bacote, 1994, s. 1–2, vår oversettelse og tolkning).

Eilin Lundekvam By (2015) viste i sin masteroppgave, der hun hadde forsøkt å utvikle og utprøve et spørreskjema for kartlegging av kultursensitiv kostholdsveiledning hos blant annet helsesykepleiere i Norge (N = 274), at mange av dem ikke følte seg så trygge på at de mestret kultursensitivt ernæringsarbeid i sammensatte kontekster (f.eks. i storfamilier med gamle, voksne og barn eller i familier med sterk religiøs tro). Flere anvendte ikke teoretiske rammeverk og «modeller» for kulturell kompetanse og kultursensitivitet i sin ernæringsrelaterte jobbpraksis. Samtidig mente et stort flertall at det var svært viktig stadig å utvikle sin kultursensitivitet i jobbsammenheng.

Ikke å være kultursensitiv i helsekommunikasjon med pasienter eller klienter med annen etnisk og kulturell bakgrunn enn for eksempel den

norske kan utgjøre en betydelig «størfaktor» som vanskeliggjør den nødvendige relasjonen og tilliten som må etableres mellom partene i helsekommunikasjonssettinger, ikke minst dersom temaet er av sårbar art for pasienten (Dutta, 2007; Kreps & Sparks, 2008). I flere kulturer kan berøringsnærhet, øyekontakt, uformell oppførsel og klesdrakt og kjønn være «støyende» barrierer for etablering av tillit og vellykket helsekommunikasjon (Foronda, 2008). Imidlertid er det ikke fruktbart å skjære alle med ulik etnisk og kulturell bakgrunn enn den norske «over én kam». Minoritetsgruppen er som majoritetsbefolkningen meget heterogen med hensyn til sosial klasse, utdanningsbakgrunn, økonomi, boligforhold og kulturelle vaner. Det forekommer dessuten grader av *enculturation* til den dominerende kulturen blant mange med innvandrerbakgrunn – også når det gjelder helseatferd (Knight et al., 2009). *Enculturation* anses vanligvis som *den prosessen der et individ lærer seg og adapterer innhold i den dominerende kulturen og utøver dens vanligste praksiser og verdier* («Enculturation», u.å., vår oversettelse og tolkning). En annen posisjon vil påpeke at Norge alltid har vært multikulturelt (Brochmann & Djuve, 2013), og at det er utfordringer, men også potensial i multikulturalisme med tanke på sosial sammenhengskraft (Reitz et al., 2009).

## Avsluttende diskusjon

På bakgrunn av en norsk spørreundersøkelse om generell og digital helsekompetanse fordelt mellom respondenter med og uten helsefagutdanning har vi beskrevet likheter og forskjeller innenfor og mellom de to gruppene. Den første gruppen hadde relativt bedre kompetanse, men det viste seg at den gruppen også hadde ganske mange utfordringer med å motta, forstå og etterleve helseformidling. Vi forklarte dette gjennom en kritisk pedagogisk-didaktisk analyse inspirert av sosiologisk og pedagogisk teori. Vi argumenterte med at helsekompetanse er en kulturell konstruksjon, det vil si at den ikke er opphøyet og universell. Vi rettet søkelyset mot historiske, kulturelle og ulikhetsmessige perspektiver. Historisk sett har helseidealer endret seg mye i et tidsmessig perspektiv, og samtidig er det noen bestemte sosiale grupper som definerer kropps- og helseidealer, mens andre grupper ikke opplever at verdiene deres matcher de dominerende idealene. Det er i høy grad den øvre middelklassen som har makt og økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser til å definere og også etterleve helseidealer.



Som kompensasjon for manglende helsekompetanse har det vokst frem noen nye typer begreper om kultursensitiv helsekommunikasjon som bestreber seg på å møte for eksempel minoritetsgrupper (klassemessig, kulturelt, etnisk, språklig, religiøst). En slik tilnærming krever både bred skolering, effektive kartleggingsverktøy og betydelig grad av kognitiv empati hos helsepersonellet. Dessverre er det vist at pasienter, for eksempel innenfor rehabiliteringsområdet, som er ikke-deltakende, og som ikke kan eller vil uttrykke sine behov, møter lite støtte fra helsepersonalet (Guldager et al., 2019; Harsløf et al., 2019), og pasienter med lav helsekompetanse opplever å få mindre oppmerksomhet på sykehus enn pasienter med høy helsekompetanse (Paasche-Orlow, 2011).

## Endret helsekompetanse og nye idealer

Helsekompetanse (*health literacy*) og helseidealene er forbundet med makt, og de er foranderlige historiske konstruksjoner som endres med tid og sted. Disse endringene skjer fordi forskningen og utviklingen ikke står stille. Det utvikles ny kunnskap som snur opp ned på den gamle måten å forstå helse og kropp på. Det som var sant for noen år siden, kan være feil bare få år senere. Nye erkjennelser skjer ikke minst på mikronivå gjennom forskning på gen- og genomnivå, men også når det utvikles ny teknologi, herunder ChatGPT. Men det er ikke bare forskningen som endrer seg og endrer kunnskapen vår. Samfunnet og dets institusjoner skaper også nye betingelser som har stor betydning for menneskers helse. Vi kan nevne neoliberale reformer, arbeidsdeling og styreformene, for eksempel New Public Management, som har transformert behandlinger og sykehusinnleggelse. Pasienter blir i dag innlagt i ganske få dager, og dermed settes nye rammebetingelser for interaksjon, kommunikasjon og helsekommunikasjon mellom helseprofesjonell og pasient (Larsen, 2021). Særlig er mindre privilegerte eldre pasientgrupper med komplekse lidelser sårbare overfor disse endringene i rammebetingelser. Privilegerte pasientgrupper kan i høy grad kompensere fordi de har økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser, herunder helsekapital og helsekompetanse. Ikke minst står internett til deres rådighet med demokratisering av helsekunnskap.

## Organisatorisk helsekompetanse

Grunnleggende vilkår, som økonomiske, kulturelle, sosiale og boligmessige ressurser samt opplevelser av kropp og helse er helt vesentlige



forutsetninger når eller hvis man vil øke helsekompetansen til ulike grupper. Helsepolitikk involverer dermed omfattende politikkområder.

Men på helseområdet bør man innenfor helseinstitusjoner og helseprofesjoner være oppmerksom på å optimere individers helsekompetanse. En rekke helsekompetansestudier har vist at for mange er nettopp det å forstå innhold og anbefalinger i helseinformasjon, å kunne uttrykke seg adekvat om sitt helseproblem i dialog med helsepersonell samt kritisk å kunne vurdere ulike helsepåstander en stor utfordring som faktisk i seg selv for mange kan utgjøre en personlig helserisiko (Nutbeam, 2008; Paasche-Orlow et al., 2005). Et viktig satsingsområde for helsemyndigheter i mange land er å bidra til å gjøre pasienters første møte med helseinstanser «helsekompetansevennlig» (*health-literacy-friendly health care institutions*) (Henrard, 2017). Ut fra dette slagordet vokste begrepet *organizational health literacy* frem, og det beskrives som:

[...] en organisasjonsomfattende innsats for å transformere organisering og levering av omsorg og tjenester i den hensikt å gjøre det lettere for folk å navigere til rett helseinstans, forstå og bruke helseinformasjon og helsetjenester for å kunne ta vare på helsen sin. (Farmanova et al., 2018, s. 1, vår oversettelse)

Hvordan pasientmøtet med landets helseinstitusjoner faktisk oppleves, og hvorvidt pasienten finner frem, forstår informasjon som blir gitt, og hvordan man blir ivaretatt, kan allerede på møtetidspunktet skape grobunn for «ulikhet i helse» (Pettersen & Jennum, 2014). Helsepersonell har dermed her en viktig rolle som mulig «utjevner» av slike ulikheter ved å tilpasse sin helsekommunikasjon (både muntlig, kroppslig, skriftlig og billedlig) til pasienters ulike helsekompetanse. De «sterke» pasientgruppene som har stor økonomisk, kulturell og sosial kompetanse, er gode til å sikre seg fortrinn når det gjelder helseytelser (Larsen, 2023).

## Ulikhet i helse og spesielt sårbare grupper

Vi har gjort rede for at det er ulikhet i helse og tilgang til helseytelser i de nordiske landene (Dahl et al., 2014; Diderichsen et al. 2012), og mange grupper er sårbare, ikke minst de gruppene som har utfordringer, både med det å være marginalt plassert ut fra sine egne ressurser og med tanke på diagnoser (Album 1991; Hindhede & Larsen 2019). Men for to grupper i samfunnet synes kartlegging av helsekompetanse og tilhørende tiltak for å øke denne kompetansen foreløpig å være relativt lite prioritert. Det gjelder

personer med ervervet hjerneskade og personer med psykisk utviklingshemming (Geukes et al., 2018; Hahn et al., 2020). I hvert fall er ikke disse to gruppene nevnt i den norske rapporten *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Til gjengjeld er det mulig at enkelte av disse pasientene – ikke minst gjennom pårørende og familie – likevel kan aktivere noen ressurser i form av for eksempel rehabiliteringskapital (Guldager et al. 2018) som kan bidra til å optimere helsen deres gjennom støtte fra de helseprofesjonelle. Felles for mange personer i begge grupper er imidlertid at de kan oppleve betydelige funksjonsnedsettelse i hverdagen: At språklige og kommunikative begrensninger kan berøre både den muntlige og den skriftlige formidlingsevnen deres, noe som igjen kan bidra til at mange kan få lav helsekompetanse.

I tidsskriftet *Dagens medisin* påpeker Lloort og Pettersen (2020) disse forholdene. De hevder at helsepersonell og spesialpedagoger burde samarbeide om utvikling og bruk av helseinformasjons- og helsekommunikasjonsmaterieil, slik at de blir tilpasset funksjonsnivået og helsekompetansen til disse gruppene. Det kan for eksempel være elektronisk interaktive kommunikasjonsverktøy, eksempelvis basert på et sett med bilder på en berøringsskjerm som illustrerer pasienters responser overfor helsepersonell samt uttrykker deres umiddelbare behov i viktige hverdagssituasjoner. Slike helsekommunikasjonsmessige tilpasninger vil kunne bidra til å oppnå idealet om «likeverdig helsetjeneste for alle». Tidsskriftartikkelens underliggende budskap er at det er behov for mer helsekompetanseforskning på disse «oversette» pasientgruppene.

## Opplæring i helsekompetanse

For mer enn ti år siden ble det påstått at helsepersonell i USA sannsynligvis trodde at deres pasienter forsto mer av mottatt helseinformasjon enn de faktisk gjorde (Council on Scientific Affairs for the American Medical Association, 1999). Det samme hevdet Ashton et al. (2003) noen få år senere. I februar 2021 kom den norske rapporten om helsekompetansen til befolkningen i Norge, og innholdet i den viser at det kan være hold i denne ti år gamle påstanden – i hvert fall i vårt land (se fotnote 1, side 72).

Det bør dermed være gode argumenter for å styrke opplæring i både helsekompetanse og helsekommunikasjon i helseprofesjonenes grunnutdanning og innen pasientopplæring. Dessuten blir det også viktig at

helsepersonell får økt kunnskap om at det ikke bare er eksplisitt kunnskap som styrer hvordan individer agerer når det gjelder helse.

## Helsepersonell bør involveres i utforming av folkehelsekampanjer

Jarlbro (2004) påpeker sterkt betydningen av at kvalifisert helsepersonell samarbeider med myndigheter og reklamefolk under utarbeidelse av folkehelsekampanjer. Mens reklamefolk kan være best på å utforme et appellerende kortfattet budskap, kan erfarent helsepersonell være dyktigst i å presisere det spesifikke faglige innholdet i budskapet, noe som ofte fremheves i lærebøker om helsekommunikasjon (f.eks. Corcoran, 2013). Dersom man har et helsekompetanse- og interkulturelt perspektiv på en tiltenkt folkehelsekampanje, kan imidlertid skolert helsepersonell få en sentral rolle i å bidra både til målgruppeinnsnevring, språklig og innholdsmessig tilpasning samt forslag til egnet kanal for formidlingen (Ho & Smith, 2020). Disse forslagene utelukker ikke at helsepersonell samtidig skal arbeide for å sikre så gode vilkår og kontekster som mulig for at svake pasientgrupper skal kunne forstå, motta og bruke helsekunnskap i konkret praksis. Forbedring av folkehelse skal rette søkelyset både mot å optimere individets valg og valgmuligheter og mot vilkårene for disse (Larsen & Hansen, 2014).

## Konklusjon

Både helsekompetanse, organisatorisk helsekompetanse, digital helsekompetanse, helsekommunikasjon og kultursensitiv helsekommunikasjon er begreper som er utviklet med henblikk på å øke menneskers helse og livskvalitet. I en empirisk analyse viser det seg at helseutdannede skårer høyere enn ikke-helseutdannede når det gjelder helsekompetanse og digital helsekompetanse. Men selv helseutdannede kan ha vansker med å forstå informasjon om undersøkelser, eller med å vurdere informasjon som blir gitt om helserisiko gjennom massemedier, eller helseinformasjonens troverdighet, for eksempel på internett. Med inspirasjon fra sosiologi og pedagogikk har vi gjort rede for at helsekompetanse og organisatorisk helsekompetanse er sosiale og historiske konstruksjoner som gjennomgår endringer. De er ikke opphøyede og universelle verdier og idealer, men er forbundet med makt. Noen grupper i samfunnet har andre oppfatninger

av kropp og helse enn idealene som formidles av statens institusjoner og profesjoner. Når det gjelder helseidealer, spiller pasienters økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser en avgjørende rolle, men helsevesenet kan minimere og kompensere for ulikheter i helse gjennom for eksempel å inkludere kultursensitiv helsekommunikasjon samt gjennom utvikling og bruk av interkulturell kompetanse. Marginaliserte (ut fra klasse, etnisitet, religion) og sårbare (med komplekse lidelser, multimorbiditet) grupper skal imøtekommes.

## Referanser

- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J. S. & Braithwaite, R. L. (1999). Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified. *Ethnicity & Disease*, 9(1), 10–21.
- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nordisk Medicin*, 106(8–9), 232–236.
- Andrich, D. (2011). Rating scales and Rasch measurement. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(5), 571–585.
- Ashton, C. M., Haidet, P., Paterniti, D. A., Collins, T. C., Gordon, H. S., O'Malley, K., Petersen, L. A., Sharf, B. F., Suarez-Almazor, M. E., Wray, N. P. & Street, R. L. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services: Bias, preferences, or poor communication. *Journal of General Internal Medicine*, 18(2), 146–152.
- Bateson, G. (2005). *Mentale systemers økologi: Skridt i en utvikling*. Akademisk Forlag.
- Bourdieu, P. (1977). Outline of a theory of practice. Cambridge. (R. Nice, Overs.)
- Brochmann, G. & Djuve, A. B. (2013). Multiculturalism or assimilation? The Norwegian welfare state approach. I Kivisto, P. & Wahlbeck, Ö. (Red.), *Debating multiculturalism in the Nordic welfare states* (s. 219–245). Palgrave Macmillan.
- By, E. L. (2015). *Utvikling og validering av et måleverktøy for kultursensitiv interaktiv ernæringsfremmende allmenndannelse* [Masteroppgave]. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bynum, W. F., Porter, R. & Shepherd, M. (Red.). (2004). *The anatomy of madness: Essays in the history of psychiatry* (Bd. 3). Taylor & Francis.
- Council on Scientific Affairs for the American Medical Association. (1999) Health literacy: Report for the AMA Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552–557.
- Campinha-Bacote, J. (1994). Cultural competence in psychiatric mental health nursing. A conceptual model. *The Nursing Clinics of North America*, 29(1), 1–8.
- Carroll, J. K., Moorhead, A., Bond, R., LeBlanc, W. G., Petrella, R. J. & Fiscella, K. (2017). Who uses mobile phone health apps and does use matter? A secondary data analytics approach. *Journal of Medical Internet Research*, 19(4), e125.
- Collyer, F. & Willis, K. (Red.). (2020). *Navigating private and public healthcare: Experiences of patients, doctors and policy-makers*. Springer Nature.
- Corcoran, N. (Red.). (2013). *Communicating health: Strategies for health promotion*. Sage.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (Rapport). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Daraz, L., Morrow, A. S., Ponce, O. J., Beuschel, B., Farah, M. H., Katabi, A., Alsawas, M., Majzoub, A. M., Benkhadra, R., Seisa, M. O., Ding, J. F., Prokop, L. & Murad, M. H. (2019). Can patients trust online health information? A meta-narrative systematic review addressing the quality of health information on the internet. *Journal of General Internal Medicine*, 34(9), 1884–1891.

- Debesay, J., Kartzow, A. H. & Fougner, M. (2022). Healthcare professionals' encounters with ethnic minority patients: The critical incident approach. *Nursing Inquiry*, 29(1), e12421.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Andersen, A.-M. N., Bach, E., Baadsgaard, M., Brønnum-Hansen, H., Hansen, F. K., Jeune, B., Jørgensen, T. & Søgaard, J. (2012). Ulykke i sundhed-årsager og indsatser. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 12–105.
- Durkheim, É. (1956). *Education and sociology*. Free Press.
- Dutta, M. J. (2007). Communicating about culture and health: Theorizing culture-centered and cultural sensitivity approaches. *Communication Theory*, 17(3), 304–328.
- Farmanova, E., Bonneville, L. & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: Review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *Inquiry: A Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55.
- Finbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60–63.
- Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I K. Johnsen & H. O. Engvold (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 15–22). Universitetsforlaget.
- Foronda, C. L. (2008). A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207–212.
- Foucault, M. (2012). *The birth of the clinic* (3. utg.). Routledge.
- Gabrielsen E. & Ritland, A. A. (2000). Tre av ti leser for dårlig. *Samfunnspeilet*, 4. [https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/69718?\\_ts=137dab2c128](https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/69718?_ts=137dab2c128)
- Gabrielsen, E. & Lagerstrøm, B. O. (2005). Mange innvandrere er dårlige til å lese norsk. *Samfunnspeilet*, 2. <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/mange-innvandrere-er-daarlige-til-aa lese-norsk>
- Geukes, C., Bruland, D. & Latteck, Å.-D. (2018). Health literacy in people with intellectual disabilities: A mixed-method literature review. *Kontakt*, 20(4), 449–457.
- Henrad, G. (2017). *Promoting «health literacy friendly» healthcare institutions*. <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/213749/1/Poster%20EFPC%20Porto.pdf>
- Guldager, R., Willis, K., Larsen, K. & Poulsen, I. (2019). Nurses' contribution to relatives' involvement in neurorehabilitation: Facilitators and barriers. *Nursing Open*, 6(4), 1314–1322. <https://doi.org/10.1002/nop2.326>
- Guldager, R., Poulsen, I., Egerod, I., Mathiesen, L. L. & Larsen, K. (2018). Rehabilitation capital: A new form of capital to understand rehabilitation in a Nordic welfare state. *Health Sociology Review*, 27(2), 199–213. <https://doi.org/10.1080/14461242.2018.1434808>
- Gøtzsche, P. C., Smith, R. & Rennie, D. (2019). *Deadly medicines and organised crime: How big pharma has corrupted healthcare* (1. utg.). CRC Press.
- Hahn, E. A., Boileau, N. R., Hanks, R. A., Sander, A. M., Miner, J. A. & Carlozzi, N. E. (2020). Health literacy, health outcomes, and the caregiver role in traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 65(4), 401–408.
- Harsløf, I., Poulsen, I. & Larsen, K. (Red.). (2019). *New dynamics of disability and rehabilitation: Interdisciplinary perspectives*. Palgrave Macmillan.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Hindhede, A. L. & Larsen, K. (2019). Prestige hierarchies of diseases and specialities in a field perspective. *Social Theory and Health*, 17(2), 213–230.
- Ho, K. H. M. & Smith, G. D. (2020). A discursive paper on the importance of health literacy among foreign domestic workers during outbreaks of communicable diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4827–4833.
- Fagerlund, B. H., Pettersen, K. S., Terragni, L. & Glavin, K. (2016). Counseling immigrant parents about food and feeding practices: Public health nurses' experiences. *Public Health Nursing*, 33(4), 343–350.

- Illeris, K. (1999). *Læring: aktuell læringsteori i spændingsfeltet mellem Fiaget, Freud og Marx*. Roskilde Universitetsforlag
- Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikation – en introduktion* (2. utg.). Studentlitteratur.
- Jensen, B. B. & Schnack, K. (2004) Assessing action competence? I W. Scott & S. Gough (Red.), *Key Issues in Sustainable Development and Learning* (s. 164–167). RoutledgeFalmer.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Gyldendal.
- Johnsen, K. & Engvold, H. O. (Red.). (2013). *Klinisk kommunikasjon i praksis*. Universitetsforlaget.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Knight, G. P., Jacobson, R. P., Gonzales, N. A., Roosa, M. W. & Saenz, D. S. (2009). An evaluation of the psychological research on acculturation and enculturation processes among recently immigrating populations. I R. Dalla, J. Defrain, J. Johnsen & D. Abbott (Red.), *Strengths and challenges of new immigrant families: Implications for research, education, policy, and service* (s. 9–31). Lexington Books.
- Koudahl, P., Larsen, K., Jensen, B. & Andsager, G. (2007). *Ulighed i børns sundhed: set i lyset af social kapital*. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Kreps, G. L. & Sparks, L. (2008). Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 328–332.
- Larsen, C. A., Jensen, E., & Larsen, C. H. (1997). *Didaktiske emner*. Danmarks Pædagogiske Bibliotek.
- Larsen, K. (2003). Krop, rum og redskaber i sygeplejerskeuddannelsen I K. Nielsen & S. Kvale (Red.), *Praktikkens læringslandskab: at lære gennem arbejde* (22–27). Akademisk Forlag.
- Larsen, K. (2001). Med arkitektur som læremester: om praktikuddannelse af sygeplejestuderende. I A. K. Petersen (Red.), *Praktikker i erhverv og uddannelse: om pædagogiske og sundhedsfaglige praktikker* (s. 440–473). Akademisk Forlag.
- Larsen, K. (2010). Bygningen og sundheden: socialvidenskabelige brikker til et overblik. I R. Kural, I. M. Kirkeby & B. B. Jensen (Red.), *Apropos: arkitektur, pædagogik og sundhed* (s. 80–90). Kunstakademiets Arkitektskoles Forlag.
- Larsen, K. (2012). Opbrud i medicinen fra 1750–1850: om positioner, kampe, videnskab og praksis i medicinsk felt. *Praktiske Grunde: Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 6(1), 25–67.
- Larsen, K. & Hansen, G. I. (2014). Social ulighed i sundhed – mere vilkår end valg: indsigter og forklaring på norske forhold. I E. Dahl, H. Bergsli, & K. van der Wel (Red.), *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse* (s. 1–69). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Larsen, K. (2021). *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*. Samfundslitteratur.
- Larsen, K. (2023, 22. april). Professor: Lighed i adgang til sundhedsvæsenet er en illusion. *Kristeligt Dagblad*.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1979). *Laboratory life*. Sage.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Gutterrud, Ø. (2019). Befolkningens helsekompetanse, del I. The international health literacy population survey, 2021.
- Levin-Zamir, D. & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, ehealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1643.
- Martinussen, M. & Larsen, K. (Red.). (2018). *Materialitet og læring*. Hans Reitzel.
- Llort, S. M. & Pettersen, K. S. (2020, 5. februar). Bedre helsekompetanse med spesialpedagogikk?. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/05/bedre-helsekompetanse-med-spesialpedagogikk/>
- Enculturation. (u.å.). *Merriam-Webster*. Hentet 23. februar 2021 fra <https://www.merriam-webster.com/dictionary/enculturation>
- Maibach, E. & Holtgrave, D. R. (1995). Advances in public health communication. *Annual Review of Public Health*, 16(1), 219–238.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Paasche-Orlow, M. K. (2011). Caring for patients with limited health literacy: A 76-year-old man with multiple medical problems. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 306(10), 1122–1129.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. & Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175–184.
- Patriksson, K., Berg, M., Nilsson, S. & Wigert, H. (2017). Communicating with parents who have difficulty understanding and speaking Swedish: An interview study with health care professionals. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 248–252.
- Pettersen, K. S. (2005). Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NorDiNa*, 1(1), 1–5.
- Pettersen, K. S. (2019a). Hva innebærer helse- og ernæringskommunikasjon? I A. Holthe, E. K. Aadland & N. G. Viig, (Red.), *Mat og helse i grunnskolelærerutdanningene* (s. 143–160). Fagbokforlaget.
- Pettersen, K. S. (2019b). Health literacy og nutrition literacy. I D. Engeset, L. E. Torheim & N. C. Øverby (Red.), *Samfunnsernæring* (s. 167–174). Universitetsforlaget.
- Pettersen, K. S. & Jennum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon?. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272–280.
- Raminani, Sudha R. (2023). “International Classification of Diseases”. Encyclopedia Britannica, 20 Mar. 2023, <https://www.britannica.com/topic/International-Classification-of-Diseases>. Accessed 31 August 2023.
- Ratzan, S. C., Sommariva, S. & Rauh, L. (2020). Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. *Public Health Research Practice*, 30(2), Artikkel 3022010. <https://doi.org/10.17061/phrp3022010>
- Reitz, J. G., Breton, R., Dion, K. K. & Dion, K. L., Phan, M. B. & Banerjee, R. (2009). Multiculturalism and social cohesion: Potentials and challenges of diversity.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, 1(4), 465–484.
- Safer, R. S. & Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463–468.
- Schnack, K. (1992). Dannelse og demokrati. Udvalgte artikler. DLH.
- Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of health and social behavior*, 51(1), 1–15.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13.
- von Conrady, D. M. & Bonney, A. (2017). Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia. *Australian Family Physician*, 46(5), 315–320.
- Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M. & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient–physician communication. *Family Medicine-Kansas City*, 34(5), 383–389.
- Wulff, H. R. & Götzsche, P. C. (2006). *Rationel klinik: Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger* (5. utg.). Munksgaard.
- Communicationis. (u.å.). *WordSense.eu*. Hentet 23. februar 2021 fra <https://www.wordsense.eu/communicationis/>

