



SAMMENDRAG

Bakgrunn: I hvilken grad voksne forstår skriftlig helseinformasjon kan være av betydning for hvordan man klarer å ivareta egen og pårørendes helse. Råd om ernæring, fysisk aktivitet og sykdomsforebygging formidles i økende grad gjennom artikler i aviser, magasiner og på websider.

Hensikt: Se på sammenhenger mellom deltakernes leseferdighet på helseområdet og variabler som kjønn, alder, utdanningsnivå, arbeidsmarkedsstatus, etnisitet og informantenes vurdering av egen helsetilstand.

Metode: Intervju og kartlegging av leseferdigheten til et representativt utvalg av nordmenn mellom 16 og 65 år (n= 5400).

Resultat: De svakeste helserelaterede leseferdighetene finner vi i den eldste aldersgruppen, blant innvandrere, hos voksne med lite utdanning og i de gruppene som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet. Funnene viser også at de omlag 15 prosentene av voksenbefolkningen som vurderer egen helse som svak, leser dårligere enn de som vurderer helsen sin som god.

Konklusjon: Skriftlig helseinformasjon kan være vanskelig tilgjengelig for svake lesere, og mangelfulle leseferdigheter kan derfor gi dårligere forutsetninger for å ivareta egen helse. Svake leseferdigheter kan også gjøre det vanskelig å orientere seg i dagens kompliserte helsesystem. Ved utarbeiding av helseinformasjon er det viktig at den tilpasses svake lesere. Helsepersonell må også sikre at viktig informasjon knyttet til forebygging, behandling og medisinerer gis muntlig.

ENGLISH SUMMARY

To what extent do Norwegian adults understand written health information?

Background: The extent to which adults understand written health information may be decisive for how they manage looking after their own health and the health of their families. Increasingly, we are seeing advice on nutrition, physical activity and ill-health prevention disseminated through articles in newspapers, magazines and on websites.

Objective: To observe the relationship between the participants' health-related literacy and key variables such as gender, age, level of educa-

tion, labour market status, ethnicity and the informants' assessment of their own condition of health.

Method: Interviews and mapping the literacy of a representative sample of Norwegians aged between 16 and 65 (n=5400).

Results: The weakest health-related literacy is found in the oldest age group, among immigrants, in adults with low education and in the groups of people who are not employed for various reasons. The findings also indicate that approximately 15 percent of the adult population who considers their own health poor have lower literacy

skills than those who consider their health good.

Conclusion: Written health information can be difficult to read for people with poor reading skills, and may therefore make it more difficult for them to take care of their own health. Poor literacy may also make it difficult to keep up with today's complicated health system. When preparing health information, it is important to adapt it to poor readers. Health personnel must also ensure that important information related to prevention, treatment and medication is given verbally.

Key words: Health-related literacy, quantitative study, health information.

»» Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon?

Forfattere: Egil Gabrielsen
og Kjersti Lundetræ

NØKKELORD

- Kvantitativ studie
- Helse
- Informasjon

INTRODUKSJON

Lesekompetansen i voksenbefolkningen har i løpet av de siste tjue årene vært viet betydelig oppmerksomhet i flere nasjonale og internasjonale undersøkelser (1–3). Resultatene har skapt bekymring fordi de viser at det også i land med godt utbygde utdanningsystemer, er mange voksne som sliter med svake leseferdigheter. Dette får betydning for hvordan de mestrer utfordringer og omstillinger i et arbeids- og hverdagsliv hvor lesekravene over tid er endret og skjerpet (4).

Ett område som har vært gjenstand for stor interesse, er hvorvidt voksne har gode nok leseferdigheter til å lese og forstå ulike tekster knyttet til helseinformasjon. I engelsk språkdrakt kalles dette området Health Literacy. Det finnes en rekke definisjoner av Health Literacy, som favner ulike helsedomener (helsetjenester, forebygging, helsefremming) og dimensjo-

ner (5). Mens alle definisjonene innbefatter dimensjoner som tilgang til – og forståelse av – helseinformasjon, favner noen definisjoner også om vurdering av informasjon eller det å gjøre informerte valg knyttet til helse spørsmål (5). I fortsettelsen vil vi oversette Health literacy med helse relatert leseferdighet (HL), og avgrense oss til dimensjonene som omfatter tilgang til og forståelse av ulike helseinformasjon.

Vi skal i denne artikkelen anvende data fra Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL) (2) som utgangspunkt for en presentasjon av hvordan helse relatert leseferdighet fordeler seg blant nordmenn i aldersgruppen 16–65 år med vekt på sentrale bakgrunnsvariabler som alder, kjønn, utdanning, arbeidsmarkedsstatus og innvandringsstatus. I tillegg skal vi se på sammenhengen mellom voksnes leseferdigheter og deres vurdering av egen helsetilstand.

LESEFERDIGHETER

Internasjonale studier har bekreftet at gode basisferdigheter i lesing og regning bidrar til individuell velfungering og gir uttelling på viktige livsområder som utdanning, arbeidssituasjon, samfunnsdeltakelse og helse, jamfør resultater fra

British Birth Cohort Studies og American Longitudinal Study of Adult Learning (6–9).

Tilsvarende viser de nevnte undersøkelsene at individer med svake basisferdigheter har en økt risiko for å oppleve begrensninger i sin livsutfoldelse. Dette omfatter mulighetene for å fullføre planlagte utdanningsløp og for å få adgang til og å kunne bli værende på arbeidsmarkedet, gjerne kombinert med problemer med hensyn til psykisk og fysisk helse. Dårlige leseferdigheter er også forbundet med dårligere egenopplevd helse (10).

Vi bruker i dag mange ulike

Hva tilfører denne artikkelen?

Studien viser at eldre, innvandrere, voksne med liten utdanning og de som står utenfor arbeidslivet, er blant dem som sliter mest med å forstå skriftlig helseinformasjon.

Mer om forfatterne:

Egil Gabrielsen er dr.philos og norsk prosjektleder i IALS (International Adult Literacy Survey) og ALL (Adult Literacy and Life Skills Survey) og førsteamanuensis. Kjersti Lundetræ er ph.d i spesialpedagogikk og førsteamanuensis. Begge er ansatt ved Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Universitetet i Stavanger. Kontakt: egil.gabrielsen@uis.no.

kilder for å tilegne oss helseinformasjon i tillegg til egen lege. For eksempel gjennom aviser, blader, bøker og internett. Dette gir oss grunnlag for å kunne forebygge sykdom og forstå instruksjoner i et foreskrevet behandlingsopplegg, som for eksempel dietter og medisinbruk.

Behovet for helserelaterte leseferdigheter varierer med endret helse, alder, ny informasjon og nye anbefalinger. Helserelaterte leseferdigheter er nødvendig for å kunne orientere seg om egen sykdom og egne risikofaktorer for utvikling av sykdom. I tillegg er slik informasjon under stadig endring og oppdatering, og nye sykdommer oppdages, som for eksempel fugleinfluenza. Videre har vi behov for å kunne sammenlikne forskjellige former for helseinformasjon fordi ulike kilder gir opplysninger som kan stå i motstrid til hverandre. Det å kunne vurdere slike motsetninger, og ikke minst å kunne iden-

grunnlag for denne artikkelen, er en videreføring og en utvidelse av den første store internasjonale leseundersøkelsen, IALS (International Adult Literacy Survey), som ble gjennomført i 22 land i perioden 1994–96 (1,2). Begge ble ledet av OECD og Statistics Canada og inngår i en kartleggingstradisjon som ble etablert i USA midt på 1980-tallet. Her anvendes et fast rammeverk for å utvikle leseoppgaver innenfor seks kontekster; en av disse er helsekonteksten. Alle undersøkelsene har felles prosedyrer for gjennomføring, og i tillegg brukes identiske systemer for skalering og skåring. På dette grunnlaget har det vært mulig å etablere en link mellom dataene fra de ulike undersøkelsene (11–14).

På initiativ fra og i samarbeid med helseforskere, utarbeidet Educational Testing Service i 2004 en Health Literacy Scale (15). Et ekspertteam definerte fem ulike helsebevarende områ-

beregne en felles skala for vanskelighetsgrad og leseferdighet er basert på Item Response Theory (IRT). IRT brukes for å estimere sannsynligheten for at en gitt person vil svare korrekt på en gitt oppgave hentet fra et nærmere spesifisert utvalg av oppgaver (i dette tilfelle helserelaterte) (16). I ALL ble leseoppgavene plassert på en skala fra 0–500, etter vanskegrad. I tillegg ble skalaen delt inn i fem leseferdighetsnivåer. De fem nivåene reflekterer en progresjon med hensyn til i hvilken grad ulike kognitive prosesser og strategier kreves i informasjonsbearbeidingen for å kunne løse de ulike oppgavene korrekt. Nivå 1 er det laveste nivået med de enkleste oppgavene og nivå 5 knyttes til de vanskeligste oppgavene (16,17).

LESERFERDIGHETSNIVÅ

OECD har både i rapporteringen fra IALS og ALL argumentert for at voksne bør ha leseferdigheter på nivå 3 eller bedre for å mestre utfordringene i dagens informasjonssamfunn godt nok: «The quality of life shift occurs between level 2 and 3» (18). Det innebærer at voksne både på nivå 1 og nivå 2 (av 5) defineres som svake lesere. Dette kriteriet har ført til betydelig debatt, også her i landet. I Norge, som er blant de landene som hevder seg godt i den internasjonale sammenlikningen, innebærer det for eksempel at over en tredjedel av voksenbefolkningen inkluderes i det vi kan kalle bekymringsgruppen når man anvender det nevnte kriteriet (19). Sticht (20) peker på at disse høye tallene gir liten troverdighet, og i neste omgang kan medvirke til at den betydelige gruppen med de aller svakeste ferdighetene ikke får nødvendig hjelp til sine problemer. Vi har

” Dårlege leseferdigheter er også forbundet med dårligere egenopplevd helse.

tifisere helse råd av mer tvilsom karakter, krever leseferdighet som inkluderer mer avanserte kognitive prosesser, som kritisk tenkning. Det er også viktig at voksne er i stand til å stille relevante spørsmål til helsepersonell på ulike nivåer for å få den nødvendige informasjonen omkring diagnoser og behandlingsmuligheter. I tillegg må man selv være i stand til å gi barn og andre pårørende nødvendig helseinformasjon.

HELSERELATERT LESEFERDIGHET

Adult Literacy and Life Skills (ALL), som vi bruker som data-

der som er beskrevet nærmere i tabell 1. Det ble så gjennomført omfattende analyser hvor man koplete disse fem helseområdene til ulike oppgaver fra konteksten helse; oppgaver som tidligere hadde vært benyttet i de forannevnte leseundersøkelsene. Analysen identifiserte 191 slike oppgaver av varierende vanskegrad.

Vanskelighetsgraden til oppgavene i ALL bestemmes blant annet av lesbarhet, hvilken type informasjon det blir spurt etter, hvor eksplisitt informasjonen det blir spurt etter er og antallet distraktorer i teksten (16). Prosedyren som anvendes for å

TABELL 1: Kategorier av helsebevarende tiltak med utvalgte eksempler

Helsebevarende tiltak	Fokus	Eksempler på informasjonskilder	Eksempler på oppgaver
Helsebevarende tiltak	Forbedre og opprettholde god helse	Artikler i aviser og magasiner, hefter og brosjyrer Diagrammer, grafer og lister Etiketter på matvarer og produkter	Innkjøp av matvarer Planlegge treningsopplegg
Helsevern	Ivareta helsen til individer og folkegrupper	Artikler i aviser og magasiner, hefter og brosjyrer Oppslag med helse- og sikkerhetsadvarsler Rapporter om luft- og vannkvalitet Folkeavstemninger	Velge mellom tilgjengelige produkter Bruke produkter Avgi stemme
Sykdomsforebygging	Iverksette forebyggende tiltak og ta del i tidlig deteksjon	Nyhetsmeldinger [TV, radio og aviser] Oppslag om vaksiner og screeningprogrammer Brev om prøveresultater Grafer og diagrammer	Fastsette risiko Delta i screeningprogrammer eller diagnostiske tester Oppfølging
Helseomsorg og vedlikehold	Søke omsorg og opprette samarbeid med helsepersonell	Helsehistorieskjema Legemiddeletiketter Epikriseinstruksjoner Opplysningshefter og brosjyrer	Beskrive og måle symptomer Følge anvisninger på legemiddeletiketter Beregne når legemidler skal tas
Finne ut av systemene	Tilgang til nødvendige tjenester Forstå ens rettigheter	Søknadsskjema Beskrivelse av rettigheter og ansvar, informert samtykke Helsetjenestepakker	Finne fasiliteter Søke om tjenester Gi informert samtykke

Oversatt fra Rudd, Kirsch & Yamamoto (2004)

likevel valgt å anvende OECD-kriteriet og vil i fortsettelsen omtale nivå 3 som kriterium for ønsket ferdighetsnivå med hensyn til helserelatert leseferdighet (i resultatpresentasjonen omtalt som nivå 3+).

Formålet med denne artik-

kelen er å presentere hvordan det som foran er definert som helserelatert leseferdighet, fordeler seg i den norske voksenbefolkningen i alderen 16 til 65 år. Vi vil anvende variablene alder, kjønn, utdanningsnivå, arbeidsmarkedsstatus, innvandrings-

status og egenopplevd helse som uavhengige variabler i analysene.

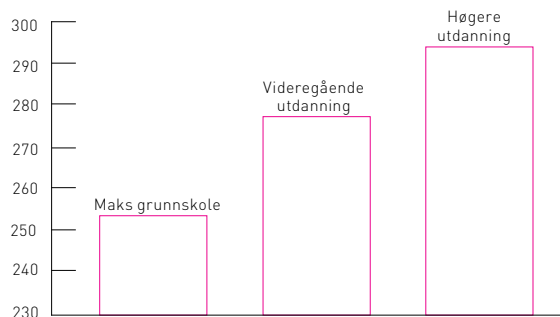
METODE OG UTVALG

Et representativt utvalg med 5400 personer i aldersgruppen 16–65 år deltok i den norske delen av hovedundersøkelsen i

TABELL 2: Gjennomsnittsskår og prosent av hver aldersgruppe på leseferdighetsnivå

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4/5	Gj.snittskår
Alder	%	%	%	%	
16 - 25	5,3	30,7	51,8	12,2	286,1 (1,6)
26 - 35	4,4	30,9	52,1	12,5	287,5 (1,2)
36 - 45	5,3	34,6	50,8	9,3	282,6 (1,5)
46 - 55	9,0	43,4	41,8	5,8	272,9 (1,6)
56 - 65	16,3	47,8	33,3	2,7	261,3 (1,6)

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes.

FIGUR 1: Utdanningsnivå

Gjennomsnittsskår på skalaen for helserelatert leseferdighet for tre utdanningsnivå.

ALL. Utvalget var trukket av Statistisk sentralbyrå (SSB), med utgangspunkt i utdanningsregisteret og variablene alder, kjønn og utdanningsnivå (21).

Intervjuere fra SSB var hjemme hos informantene og gjennomførte et omfattende bakgrunnsintervju hvor informantene ga opplysninger om blant annet utdanning, arbeidssituasjon, leseaktivitet i arbeids- og fritidssammenheng og vurdering av egen helse. Deretter fikk informantene et oppgavehefte

med lesetekster og tilhørende oppgaver. Dette ble gitt på deltakerlandenes hovedspråk (2,19). Informantene fikk bruke så mye tid de ønsket på å svare på oppgavene. Skåring og kvalitetssikring ble foretatt av egne team i samsvar med den internasjonale prosjektledelsens prosedyrer og retningslinjer. Datasettene ble ferdigstilt for analyser av Educational Testing Service og Statistics Canada.

SPSS 20 ble brukt til de statistiske analysene. Krysstabeller ble

brukt for å synliggjøre nivåfordelingen av helserelatert leseferdighet (HL) (avhengig variabel) for hver av de uavhengige variablene aldersgruppe, arbeidsmarkedsstatus, innvandringsstatus og egenopplevd helse. Videre ble forskjeller i gjennomsnittsskårer i HL sammenliknet for hver av de uavhengige variablene med henholdsvis t-test for uavhengige utvalg (kjønn, innvandringsstatus) og ANOVA (aldersgruppe, utdanningsnivå, arbeidsmarkedsstatus, egenopplevd helse). Til slutt ble det anvendt en lineær regresjonsanalyse for å undersøke den relative effekten til hver av de uavhengige variablene på HL når de andre uavhengige variablene ble kontrollert for.

Ulike aldersgrupper

Tabell 2 viser nivåfordeling og gjennomsnittsskår for helserelatert leseferdighet fordelt etter aldersgrupper. Vi ser at nærmere to av tre voksne skårer på nivå 3 eller høyere i de tre yngste aldersgruppene (16–45 år). Det er ingen signifikante forskjeller mellom disse tre gruppene. Aldersgruppen 46–55 har en signifikant svakere snittskår enn de tre forannevnte og over halvparten skårer her på nivå 1 eller 2. Den eldste aldersgruppen (56–65 år) oppnår det klart svakeste gjennomsnittsresultatet. Hver sjettede person i denne gruppen skårer på nivå 1, noe som er et uttrykk for meget svak lesekompetanse. Bare hver tredje person i eldste aldersgruppe har leseferdighet på et nivå som samsvarer med det forannevnte OECD-kriteriet.

Kjønn

Det er ikke funnet noen signifikant forskjell mellom kvinner og menn med hensyn til helserelatert leseferdighet.

Utdanningsnivå

Figur 1 bekrefter at det er store og signifikante forskjeller mellom voksne på ulike utdanningsnivåer når det gjelder helserelatert leseferdighet. Dette er i samsvar med tidligere funn; utdanning er den enkeltvariabelen som kan forklare mest av variasjonen i generell leseferdighet hos voksne (2,19).

Arbeidsmarkedsstatus

Tabell 3 viser nivåfordelingen for helserelatert leseferdighet etter informantens status på arbeidsmarkedet. Vi ser at gruppen elev/student skårer signifikant høyere enn alle de andre gruppene; gjennomsnittsrultatet ligger nærmere 10 skårpo-

eng over neste gruppe (de som er i arbeid). Mer enn to tredjedeler fra elev-/studentgruppen befinner seg på ønsket nivå 3+.

” Gruppen elev/student skårer signifikant høyere.

Den største undergruppen, de som er i arbeid, har i underkant av 60 prosent på nivå 3+. Denne gruppen skårer signifikant bedre enn de resterende fire gruppene.

Over halvparten i gruppen av voksne med status som arbeidsledig på prøvetidspunktet har leseferdighet på nivå 1 eller 2. Gruppen skårer imidlertid signifikant bedre enn to av de tre gruppene av voksne

som av ulike grunner står utenfor arbeidsmarkedet. I disse tre siste gruppene finner vi at rundt 70 prosent har leseferdighet på

de to svakeste leseferdighetsnivåene og at mindre enn en tredjedel tilfredsstiller det vi foran har omtalt som OECD-kriteriet.

Innvandrerbakgrunn

I tabell 4 har vi sammenliknet nivåfordeling og gjennomsnittsskår for helserelatert lesekompetanse hos personer født i Norge med personer som er født i et annet land. Vi ser at det er en klar og signifikant forskjell mellom de to gruppene gjennomsnittsskår. Det er spesielt andelen med meget svake leseferdigheter (nivå 1) som er stor i innvandergruppen; nærmere en av fem befinner seg på dette nivået.

Vi har her brukt en inndeling med hensyn til innvandringsstatus som dekker over en del variasjoner med hensyn til lesing av norske tekster mellom ulike grupper av innvandrere. Den store gruppen av personer som er født i Sverige eller Danmark (men nå er norske statsborgere), har for eksempel vist seg å ha et bedre leseferdighetsnivå enn det vi finner for norskfødte. Det samme gjelder, om enn i noe mindre grad, innvandrere fra andre vestlige land.

Ser vi derimot på innvandrere fra ikke-vestlige land, har de vist seg å ha betydelig svakere leseferdigheter (på norsk) enn de forannevnte innvandergruppene og etniske nordmenn (19,22). Et tilleggsutvalg i ALL-undersøkelsen, begrenset til innvandrere fra Pakistan, Somalia

TABELL 3: Gjennomsnittsskår og prosent av populasjonen på hvert leseferdighetsnivå fordelt etter arbeidsmarkedsstatus

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4/5	Gj.snittsskår
	%	%	%	%	
I arbeid	5,8	36,4	49,2	8,7	281,1 (0,9)
Arbeidsledig	13,6	43,0	36,7	6,7	267,7 (3,0)
Pensjonist	19,5	51,2	28,4	0,9	255,9 (2,6)
Student/elev	5,0	26,4	52,4	16,1	290,6 (1,9)
Hjemmeværende	19,5	48,2	27,5	4,8	258,0 (1,6)
Andre*	18,7	49,1	29,5	2,7	258,2 (3,1)

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes

* Gruppen Andre er utenfor arbeidslivet på ulike trygdeordninger

TABELL 4: Prosentandel på hvert ferdighetsnivå og gjennomsnittsskår fordelt etter om man er født i eller utenfor Norge

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4/5	Gj.snittsskår
	%	%	%	%	
Født i Norge	6,9	37,0	47,4	8,7	279,7 (0,8)
Ikke født i Norge	18,2	38,5	34,6	8,7	266,3 (0,8)

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes

TABELL 5: Prosentandel på hvert ferdighetsnivå og gjennomsnittsskår fordelt etter vurdering av egen helse

	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4/5	Gj.snittskår	N
	%	%	%	%		%
Utmerket	6,9	35,9	48,0	9,2	280,5 (1,4)	21,4
Meget god	4,4	31,6	52,2	11,7	286,6 (1,3)	34,5
God	8,0	39,4	45,0	7,7	276,8 (1,3)	29,0
Nokså god	14,0	46,4	35,5	4,1	265,6 (2,3)	10,4
Dårlig	18,2	47,2	33,3	1,4	258,9 (4,1)	4,3

Standardfeilen til gjennomsnittsskåren i parentes

TABELL 6: Oppsummering av lineær regresjonsanalyse med variabler som predikerer helsereelatert leseferdighet

	B	SE B	β	p-verdi
Konstant	268,81	2,82		,000
Kjønn	1,90	0,76	,028	,012
Alder	-0,46	0,03	-,187	,000
Født i Norge	-15,28	1,50	-,111	,000
Utdanningsnivå	22,70	0,51	,535	,000
Arbeidssøkende	-9,35	2,13	-,048	,000
Student	6,40	1,31	,068	,000
Hjemmeværende	-13,26	2,35	-,063	,000
Pensjonist	-11,71	2,08	-,065	,000
Annet	-12,12	1,90	-,073	,000
Egenopplevd helse	-1,96	0,38	-,060	,000

r² = 0,37. (I arbeid er referansekategori)

og Vietnam, nå bosatt i Oslo og Akershus-regionen, viste seg å komme ut med svært dårlige resultater; to av tre fungerte på nivå 1 (23). Det er derfor grunn til å regne med at det i den åttendedelen av den norske voksenbefolkningen som er født i utlandet eller født i Norge av utenlandske foreldre (24), er en betydelig andel som har meget svake helsereleterte leseferdigheter.

Egenopplevd helse

Vi ser av tabell 5 at det er den halvparten av voksenbefolkningen som vurderer sin egen helse som utmerket eller meget god,



Jo høyere utdanningsnivå, jo bedre HL.

som også har de beste helsereleterte leseferdighetene. Rundt 60 prosent skårer på nivå 3+ i

begge gruppene. Gruppen som vurderer sin helse som meget god kommer ut med den beste gjennomsnittsskåren, og denne er signifikant bedre enn både for gruppen som vurderer sin helse som utmerket, og de som svarer at helsen er god.

De rundt 15 prosent av voksenbefolkningen som vurderer sin helse som enten nokså god eller dårlig oppnår de klart svakeste leseresultatene. Her er det over 60 prosent som har en leseferdighet på de to laveste nivåene (nivå 1 eller 2).

Sammenheng

I denne analysen ser vi på hvorvidt de uavhengige variablene predikerer helsereelatert leseferdighet (HL) også når det kontrolleres for effekten av de resterende uavhengige variablene (se tabell 6). Modellen forklarer 37 prosent av variansen i HL, og vi ser at alle de uavhengige variablene i modellen har en signifikant sammenheng med HL.

Utdanningsnivå (grunnskole, videregående, treårig høyere utdanning eller mer) forklarer om lag 29 prosent av variansen ($\beta = 0,54$, som kvadrert indikerer hvor mye unik varians variabelen forklarer). Jo høyere utdanningsnivå, jo bedre HL ($B = 22,7$). Videre ser vi at det er små kjønnsforskjeller, dog i favør av kvinner ($B = 1,9$), og at HL avtar noe med stigende alder ($B = -0,46$). Alder forklarer for øvrig cirka 3,5 prosent av variansen i HL ($\beta = -0,19$). Respondenter født utenfor

Norge skårer om lag 15 poeng lavere i HL enn de som er født i Norge. Når det gjelder arbeids-

markedsstatus, har hjemmeværende ($B = -13,26$), pensjonister ($B = -11,71$) og «andre» ($B = -12,12$) noe lavere ferdigheter i HL enn dem som er i arbeid (referansekategori). Studenter, derimot, er den gruppen som mestrer lesing av helserelaterede tekster best, med enn skåre som er cirka 6 poeng høyere enn for dem som er i arbeid. Til slutt i tabell 6 ser vi at de som rapporterer dårlig helse (femdelt skala) har lavere HL enn de som rapporterer god helse, selv når det er kontrollert for faktorer som ofte har sammenheng med helse (kjønn, alder, utdanningsnivå og arbeidsmarkedsstatus).

DISKUSJON

Resultatene som er presentert i det foregående bekrefter at det er store nivåforskjeller på helserelatert leseferdighet mellom ulike grupper av den norske voksenalderen. Fordelingen viser langt på vei de samme mønstrene som vi har funnet for generell leseferdighet både nasjonalt og internasjonalt gjennom IALS og ALL.

Fellestrekkene mellom generell leseferdighet og helserelatert leseferdighet kan kort oppsummeres slik:

- De yngre aldersgruppene (under 45 år) har bedre lesekompetanse enn de eldre
- Den eldste aldersgruppen (56+) er den klart svakeste
- Utdanningsnivå ser ut til å bety mest for personers leseferdighetsnivå
- Voksne som av ulike grunner står utenfor arbeidsmarkedet, har svakere leseferdigheter enn de som er yrkesaktive eller er under utdanning
- Det er bare ubetydelige kjønnsforskjeller med hensyn til leseferdighet

De forhold som her er listet opp, bekrefter at eldre mennesker gjennomgående har større problemer med å forstå og dermed nyttiggjøre seg helserelaterede tekster enn yngre. Dette kan skyldes at flere eldre i utgangspunktet har svakere leseferdigheter enn yngre voksne, men det kan også tenkes at svekket helse kan påvirke evnen til å forstå skriftlig informasjon. Resultatene kan muligens vurderes som positive sett i et forebyggingsperspektiv; yngre mennesker vil for eksempel ha et bedre utgangspunkt for å velge en livsstil som forebygger sykdom. På den annen side er det åpenbart at det er i eldre år at behovet for å vedlikeholde og reparere helsen øker og er størst. Det er derfor bekymringsfullt når vi her får bekreftet at det er de eldste (55+), og de som vurderer sin egen helsestilstand som enten nokså god eller dårlig, som viser seg å ha de svakeste forutsetninger for å anvende ulike former for skriftlig helseinformasjon. Over 60 prosent i de to sistnevnte gruppene har leseferdigheter på et nivå som i denne sammenhengen gjør dem sårbare i forhold til dagens informasjonsflom på helsemarkedet. Overfører vi utvalgstillene til populasjonstall

Tallene vi har referert i denne artikkelen, samsvarer med tidligere funn som viser at voksne med svake leseferdigheter gjennomgående vurderer å ha svakere helse enn de med gode leseferdigheter. Lundetrø mfl. og Wagner mfl. (10,26) fant også at sannsynligheten for å oppleve svekket helse, øker med lave leseferdigheter. Uavhengig av alder, utdanning, kjønn, innvandringsstatus og inntekt. Ettersom egenopplevd helse viser seg å samsvare godt med faktisk helse (27, 28), er det derfor grunn til å anta at voksne med svake leseferdigheter gjennomgående er blant de som har dårligst helse i befolkningen.

Å ha adekvate leseferdigheter er en viktig kilde til kunnskap, også om helse. Mye av den generelle helseinformasjonen kan være vanskelig tilgjengelig for svake lesere, og det er derfor sannsynlig at gruppen voksne med svake leseferdigheter har mindre kunnskap om helse enn voksne med gode leseferdigheter. Mangelfulle HL kan for eksempel resultere i feilvurderinger av egen helsetilstand, bidra til at lege ikke oppsøkes, og også forårsake forverring av sykdom, i tillegg til at man kan ha problemer med å orientere seg i dagens kompliserte helsesystem.

” Den eldste aldersgruppen (56+) er den klart svakeste.

tall utgjør dette henholdsvis 180 000 og 85 000 mennesker i de to nevnte gruppene i Norge. Vi må her minne om at voksne over 65 år ikke inngår i utvalget. Kartlegging blant aldersgruppen 65+ i Canada og USA bekrefter at andelen med svake helserelaterede leseferdigheter, stiger med økende alder (15,25).

Dette gir mange utfordringer for det norske helsevesenet. Holder vi oss til forebyggingsperspektivet, innebærer våre tall at det vil være nødvendig å forenkle mye av den generelle helseinformasjonen som tilbys voksne i dag. En undersøkelse gjennomført i Canada påviste for eksempel en tydelig sammenheng mellom

diabetes og lesekompetanse på populasjonsnivå; forekomsten av diabetes synker med høyere health literacy i voksenbefolkningen (25).

Vi har grunnlag for å hevde at nivået for helserelatert leseferdighet er av betydning både på individnivå og samfunnsnivå. For samfunnet har befolkningens helsetilstand blant annet betydning for produktivitet og økonomi. På det personlige plan gir gode leseferdigheter et bedre utgangspunkt for å forstå, vurdere og kommunisere helserelatert informasjon. Informasjon er vesentlig for å opprettholde god helse, ivareta egne og familiemedlemmers helsebehov, og for å finne fram i et stadig mer mangfoldig behandlingssystem. I møte med pasienter må helsepersonell være bevisste på at gode leseferdigheter ikke er en selvfølge, og at viktig informasjon også må formidles muntlig. Videre er det ved utforming av skriftlig helseinformasjon viktig å ta hensyn til at mange brukere av ulike helseinformasjon har lave leseferdigheter. Dette gjelder både pakningsvedlegg, medisinstruksjoner og diverse informasjonsskriv. Klar og enkel kommunikasjon kan gi flere tilgang til informasjon som kan være avgjørende for å ivareta egen helse og å følge opp anbefalt behandling. Befolkningens helserelaterte leseferdigheter må tas hensyn til i vurderingen av hvordan ressurser kan utnyttes på en best mulig måte.

REFERANSER

1. OECD, Statistics Canada. Literacy in the Information Age: Final Report of the Adult Literacy Survey. OECD Publishing, Paris. 2000.
2. OECD, Statistics Canada. Literacy for life: Further Results from the Adult Literacy and Life Skills Survey. Second

International ALL report. Ottawa/Paris. 2011.

3. OECD OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills. OECD Publishing, Paris. 2013.

4. Sjøby J, Einan S. Lese- og skriveferdighet: Grunnlaget for aktiv deltakelse i arbeids- og samfunnsnivå. I: Kure H., Tollersrud K., Hauge L., Wulfsberg N., Ringnes IF, Claussen W., Grambo A-C. (red). Arbeid, velferd og samfunn. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Oslo. 2006.

5. Sørensen 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;12:80-92.

6. Bynner J, Parsons S. Insights into basic skills from a UK longitudinal study. I: Reder S., Bynner, J. (red). Tracking Adult Literacy and Numeracy Skills: Findings from Longitudinal Research. Routledge, New York. 2010. (s 27-58).

7. Reder S. The development of literacy and numeracy in adult life. I: Reder S., Bynner J. (red). Tracking Adult Literacy and Numeracy Skills: Findings from Longitudinal Research. Routledge, New York. 2010. (s 59-84).

8. Desjardins R. Learning for Well Being: Studies Using the International Adult Literacy Survey. Institute of International Education, Stockholm University, Stockholm. 2004.

9. Desjardins R. The determinants of health literacy proficiency. Paper innsendt til fagfellevurdering. 2010.

10. Lundetræ K, Stokke R, Gabrielsen E. Helse i hvert ord? I: Matre S., Skaftun A. (red). Skriv! Les! Artikler fra den første nordiske konferansen om skriving, lesing og literacy. Akademika forlag, Oslo. 2012. (s 271 - 283).

11. Yamamoto K. Scaling and scale linking. I: Murray TS., Kirsch IS., Jenkins L. (red). Adult Literacy in OECD countries. Technical Report on the First International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education, Washington DC. 1998.

12. Yamamoto K. Scoring, scaling and statistical models for proficiency estimation of Health Literacy for Norway. Educational Testing Service, N.J. (upublisert). 2006.

13. Yamamoto K, Kirsch IS. Proficiency Estimation. I: Murray TS., Kirsch IS., Jenkins L. (red). Adult Literacy in OECD countries. Technical Report on the First International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education, Washington DC. 1998.

14. Murray TS, Kirsch IS, Jenkins L. Adult Literacy in OECD countries: Technical Report on the first International Adult Literacy Survey. U.S. Department of Education, Washington DC, 1998.

15. Rudd R, Kirsch IS, Yamamoto K. Literacy and Health in America. Policy information Report. Educational Testing Service, Princeton N.J. 2004.

16. Kirsch I. The International Adult Literacy Survey (IALS). Understanding What Was Measured. Educational Testing Service, Princeton N.J. 2001.

17. Gabrielsen E. Slik kan leseferdigheter måles. Monografiserien ALL nr. 6. Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Stavanger, 2006.

18. OECD, Statistics Canada. Learning a Living: First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Ottawa/Paris. 2005.

19. Gabrielsen E, Haslund J, Lagerstrøm BO. Lese- og mestringskompetanse i den norske voksenbefolkningen. Resultater fra ALL (Adult Literacy and Life Skills). Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Stavanger. 2005.

20. Sticht TG. The International Adult Literacy Survey: How well does it represent the literacy abilities of adults? The Canadian Journal for the Study of Adult Education. 2001;15:19-36.

21. Lagerstrøm BO. Hvor godt leser voksne nordmenn? Samfunnspeilet. 2005;19:11-14.

22. Gabrielsen E, Lagerstrøm BO. Med annen bakgrunn. Lese- og regneferdigheter blant voksne innvandrere. Monografiserien ALL nr. 7. Stavanger: Nasjonalt senter for leseopplæring og leseforskning, Stavanger. 2007.

23. Gabrielsen E, Desjardins R. Innvandreres basisferdigheter på norsk. I: Søkelys på arbeidslivet. 2012;28:329-44.

24. Dzamirja MT. Hva skal «innvandrene» hete? Samfunnspeilet 2008;22:62-5.

25. Canadian Council of Learning. Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding. Ottawa. 2008.

26. Wagner CV, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. Journal of Epidemiology and Community Health. 2007;61:1086-90.

27. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health and Social Behavior. 1997;38:21-37.

28. DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. Journal of General Internal Medicine. 2007;38:21-37.