

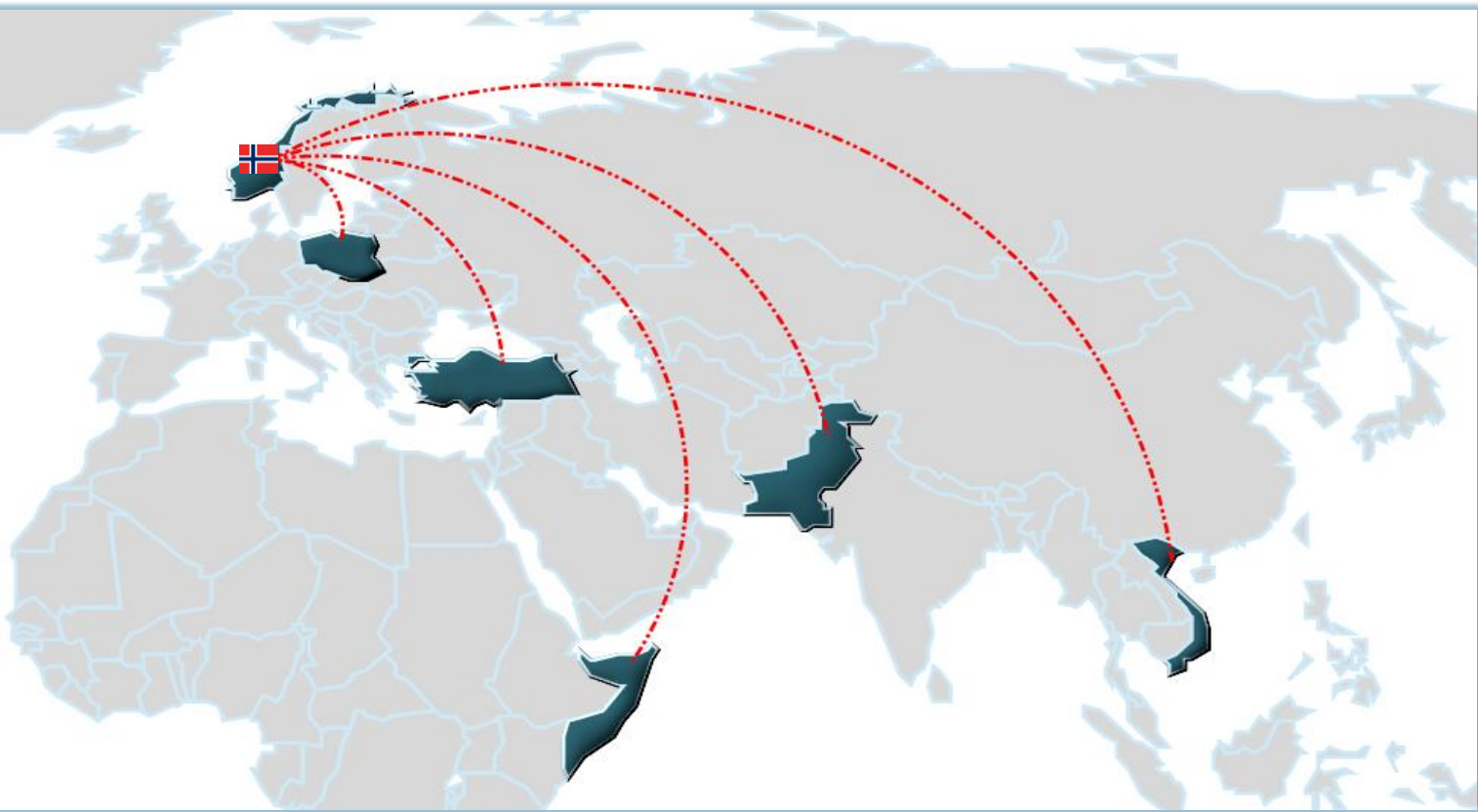
Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam

Befolkningens helsekompetanse, del II

Christopher Le
Hanne Søberg Finbråten
Kjell Sverre Pettersen
Øystein Guttersrud

Med bidrag fra
Pål Joranger

Rapport
IS-2988



Innhold

Forord	3
Forkortelser og akronymer	5
Sammendrag	7
Summary	12
Kapittel 1: Introduksjon	17
1.1 Målet med HLS ₁₉ -undersøkelsen i Norge	18
1.2 Måling av helsekompetanse	19
1.3 Prosjektorganiseringen i Norge	20
1.4 Hvorfor en separat studie av innvanderpopulasjoner?	21
1.5 Om rapporten <i>Befolkningens helsekompetanse, del II</i>	22
1.6 Koronasituasjonen	22
Kapittel 2: Metode og materiell	24
2.1 Noen utfordringer	25
2.2 Datainnsamling og databehandling	26
2.3 Bakgrunnsvariabler	33
2.4 Kort om Rasch-modellering	35
2.5 Øvrige statistiske analyser	37
2.6 Håndtering av manglende data	37
2.7 Statistisk forskjellige kompetansenivåer	38
2.8 Helseøkonomiske analyser	38
Kapittel 3: Helsekompetansen i fem utvalgte innvandergrupper	42
3.1 Det helsefremmende domenet (Health Promotion)	43
3.2 Det sykdomsforebyggende domenet (Disease Prevention)	47
3.3 Spørsmål om vaksiner og vaksinerings	50
3.4 Det helsetjenesterelaterte domenet (Healthcare)	53
3.5 Generell helsekompetanse (Comprehensive Health Literacy)	56
3.6 Oppsummering	63
Kapittel 4: Digital helsekompetanse	65
4.1 Digital helseinformasjon (DHI)	66
4.2 Generelle digitale ferdigheter («Digital skills» DSK)	70
4.3 Bruk av digitale helsetjenester («Digital health care» DHC)	74
4.4 Oppsummering	77

Kapittel 5: Om å navigere i helsevesenet	78
5.1 Om å navigere på system- og organisasjonsnivå	79
5.2 Oppsummering	82
Kapittel 6: Om å kommunisere med helsepersonell	83
6.1 Kommunikasjon med helsepersonell sett fra brukerens perspektiv	84
6.2 Oppsummering	87
Kapittel 7: Helsekostnader og samfunnsøkonomi	89
7.1 Helsetjenestekostnader	90
7.2 Helserelatert livskvalitet	93
7.3 Oppsummering	95
Kapittel 8: Noen mulige implikasjoner	96
8.1 Potensielle utviklings- og satsningsområder	97
Referanser	100
Figurregister	108
Tabellregister	110
Appendiks	112
I. Vilkår for bruk av HLS ₁₉ relaterte måleinstrumenter/skalaer	112
II. HLS ₁₉ -Q47-NO_Norwegian	115
III. Prosentandel i seks befolkningsgrupper som har svart (veldig) vanskelig på hvert spørsmål i HLS ₁₉ -Q47-NO	118

Forord

Regjeringen la i mai 2019 fram sin nasjonale strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Strategien rettet seg i hovedsak mot helse- og omsorgspersonell, beslutningstakere og ledere i helse- og omsorgstjenesten, samt pasient- og brukerorganisasjoner. Likevel var strategien tydelig på at andre aktører og sektorer også spilte en viktig rolle, i første rekke utdanningssektoren. Målet med strategien var å legge til rette for økt helsekompetanse i befolkningen, og dermed bidra til å realisere pasientens helsetjeneste.

Norges befolkning er blitt mangfoldig og vi lever i et flerkulturelt samfunn. I 2021 utgjør innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre om lag 18,5 % av befolkningen. Andelen er høyere i store byer, og i Oslo utgjør innvandrerbefolkningen om lag 33,5 % av innbyggerne. Dette betyr at all offentlig tjenesteyting og -utvikling i større grad må ta hensyn til innvandrerbefolkningen, og det gjelder både på nasjonalt og lokalt nivå.

HLS₁₉-undersøkelsen har kartlagt helsekompetansen hos fem utvalgte innvandrerpopulasjoner og den norske befolkningen. Befolkningens helsekompetanse del I (utgitt i januar 2021) og del II (denne rapporten) danner et kunnskapsgrunnlag som kan understøtte implementeringen av regjeringens strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Likeledes er dette kunnskapsgrunnlaget nyttig for andre sektorer og pågående arbeidsprosesser, slik som lokale og nasjonale covid-19 informasjonskampanjer, lokalt folkehelsearbeid i kommuner, digitalisering av offentlig sektor, realisering av nasjonal helse- og sykehusplan og helsefelleskapene, integrering gjennom kunnskap samt operasjonaliseringen av nasjonal handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion.

Nasjonalt forskerteam (NST) for HLS₁₉ har stått for gjennomføringen av studien i Norge, (videre) utviklet HLS₁₉-instrumenter, oversatt disse til seks språk (norsk, urdu, polsk, somali, tyrkisk og vietnamesisk), analysert dataene og utarbeidet de nasjonale rapportene *Befolkningens helsekompetanse* del I og del II. NST er også medforfattere i den internasjonale komparative rapporten som ferdigstilles tentativt høsten 2021.

NST tar sikte på å bistå utarbeidelsen av et hefte – en samling av utviklede måleinstrumenter og skalaer på ulike språk. Det vil også bli utarbeidet en manual for hvordan skalaene anvendes, og tilhørende innsamlete data bør analyseres. Dette er et ledd i oppfølgingen av Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helsedirektoratet i tilknytning til operasjonaliseringen av den nasjonale strategien for å øke helsekompetansen i befolkningen.

Å øke helsekompetansen i befolkningen handler like mye om å øke organisatorisk helsekompetanse i helsetjenestene og øvrige offentlige tjenester. Derfor vil fortsettelsen av HLS₁₉ være å kartlegge helsekompetansevennlige organisasjoner. M-POHL nettverket utarbeider for tiden en gjennomføringsplan for et nytt internasjonalt samarbeid om måling av helsekompetansevennlige organisasjoner. Arbeidet vil tentativt starte opp i 2022. Pilotarbeid i Norge vil tentativt starte opp allerede høsten 2021.

Forkortelser og akronymer

CATI	Computer-Assisted Telephone Interviewing
COM	Communication health literacy
EHII	European Health Information Initiative
DHC	Digital health care
DHI	Digital health information
DP	Disease prevention domain
DSK	Digital skills
GHL	Comprehensive/general health literacy (generell helsekompetanse)
HLS-EU-Q	European Health Literacy Survey Questionnaire
HLS₁₉	Health Literacy Population Survey 2019–2021
HLS₁₉-Q	Health Literacy Population Survey 2019–2021 Questionnaire
HC	Healthcare domain
HP	Health promotion domain
ICC	International Coordination Centre
Logits	Hvis p betegner sannsynligheten for et utfall og $p/(1-p)$ betegner odds, er «logit» en forkortet skrivemåte for «logaritmen» til oddsen
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy
NCD	Non-communicable disease
NHL	Navigation health literacy
NSC	National study centre (Nasjonalt studiesenter/nasjonal forskningsenhet)
NST	National study team (Nasjonal forskergruppe/-team)

OECD	The Organization for Economic Co-operation and Development
PI	Principal Investigator
PR	Policy Representative
QALYs	Quality Adjusted Life Years (QALYs) eller kvalitetsjusterte leveår er et helseøkonomisk begrep benyttet ved effektvurderinger av helsetjenestetiltak og forebyggende virksomhet. Som grunnlag for begrepet antas at et leveår med plager, sykdom eller funksjonshemninger i varierende grad har redusert kvalitet i forhold til et leveår uten tilsvarende problemer. Graden av kvalitetsreduksjon er avhengig av problemets art, og gis et tallmessig uttrykk. <i>Kilde: Store Medisinske Leksikon.</i>
Rasch	Matematiske modeller med spesifikke egenskaper tilknyttet «item response theory» (IRT) og navngitt etter Georg Rasch.
ToR	Terms of Reference fungerer som et internasjonalt styringsdokument for HLS ₁₉ -samarbeidsprosjektet, utarbeidet av ICC innenfor M-POHL. Dokumentet beskriver prosjektets bakgrunn og formål, deltakeres roller i prosjektet, finansieringsmodeller, samarbeidsstruktur, hovedrapporteringer og klausuler med hensyn til deltakernes tilgang til og bruk av de internasjonale dataene i vitenskapelige arbeid.
WHO	World Health Organization

Sammendrag

Rapporten *Befolkningens helsekompetanse, del I* ble lansert i januar 2021. Med dette følger rapport del II om helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpulasjoner i Norge; innvandrere med bakgrunn fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller Vietnam. Resultater tyder på behov for igangsetting av kortsiktige og langsiktige tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i Norge.

HLS₁₉-undersøkelsens formål var å skaffe til veie ny kunnskap som understøtter myndigheters arbeid med utviklingen av tiltak for å styrke helsekompetansen i befolkningen. Det er kjent at deler av innvandrerbefolkningen har folkehelseutfordringer og opplever barrierer i møter med helsevesenet, og det var derfor ønskelig å innhente kunnskap om ulike sider av helsekompetansen i utvalgte innvandrerpulasjoner. HLS₁₉ i Norge ble derfor utvidet til å inkludere fem innvandrerpulasjoner, og data ble hentet inn blant personer med bakgrunn fra Pakistan ($n = 200$), Polen ($n = 400$), Somalia ($n = 379$), Tyrkia ($n = 352$) eller Vietnam ($n = 402$), og vi hentet inn data ved bruk av to ulike oppsett av spørreskjema (totalt 1733 personer). Data innhentet fra den pakistanske populasjonen var basert på bare ett av oppsettene.

Utfordringer

Det er krevende å skaffe tilstrekkelig mange respondenter med innvandrerbakgrunn. Det er også utfordrende å analysere data innhentet fra ulike befolkningsgrupper, og det er vanskelig å oversette en spørreundersøkelse til ulike språk. Dette skyldes blant annet språklige nyanser, bruk av og innhold i begreper og termer, og at kulturell bakgrunn påvirker hvordan spørsmål tolkes og forstås. For eksempel er det påfallende hvordan personer med bakgrunn fra Somalia rapporterer høyere helsekompetanse enn befolkningen og andre innvandrerpulasjoner, spesielt i lys av deres kortere botid i Norge, lavere andel med høyere utdanning og relativt dårlige levekår. Det er vanskelig å forklare hvorfor fenomenet opptrer, men forhold i opprinnelseslandet kan ha påvirket svarene deres.

Vaksiner og vaksinerings

På bakgrunn av den pågående vaksinerings mot covid-19, trekker vi spesielt frem at personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam rapporterte større vanskeligheter med å *finne* og *forstå informasjon om vaksiner*, samt *vurdere og avgjøre hvilke vaksiner de har behov for* (se side 50-52), enn den øvrige befolkningen. Innvandrere med lav økonomisk status, målt ved evnen til å betale regninger og utgifter, opplever dette som enda vanskeligere enn andre.

Blant de som har bakgrunn fra Pakistan eller fra Polen, rapporterte en større andel av de med svake muntlige ferdigheter i norsk, og/eller som har vanskeligheter med å forstå skriftlig informasjon på norsk, at det er (veldig) vanskelig å *forholde seg til informasjon om vaksiner*. Blant innvandrere med bakgrunn fra Polen eller fra Tyrkia, oppgir en høyere andel av mennene enn kvinnene at de synes dette er (veldig) vanskelig.

Helsekompetansen i de fem utvalgte innvanderpopulasjonene

Sammenliknet med befolkningsutvalget, hvor 1 av 3 var på eller under det laveste nivået (nivå 1) for generell helsekompetanse, er den tilsvarende andelen høyere i det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget. Noe uventet, er en lavere andel av personer med bakgrunn fra Pakistan, Polen eller fra Somalia på samme nivå. Personer som skårer på eller under dette nivået, vil ha begrensede muligheter til å forholde seg til helseinformasjon. Personer med innvandrerbakgrunn synes å oppleve utfordringer spesielt med det å finne informasjon om behandlinger av sykdommer. Denne typen informasjon bør dermed gjøres mer tilgjengelig, slik som å oversette den til ulike språk. Det bør kartlegges videre hvilke informasjonskanaler som kan være best egnet til å nå de ulike målgruppene. For å ivareta brukermedvirkning og tilpasse informasjon, bør innvandrere i større grad delta i utarbeidelsen av informasjonsmateriell og planleggingen av ulike informasjonskampanjer.

I de fleste innvandrerutvalgene er lav generell helsekompetanse forbundet med lav utdanning og lav økonomisk status. Her betyr lav utdanning ingen utdanning utover videregående opplæring, og økonomisk status er målt ved evnen til å betale regninger. Det er usikkert om respondentene har svart med utgangspunkt i deres kjennskap til norsk helsevesen, eller om de har svart på bakgrunn av erfaringer med helsevesenet i opprinnelseslandet. Dermed er det mulig at utfordringene med lav helsekompetanse faktisk vil være enda større enn antatt i møte med norsk helsevesen.

Sammenliknet med befolkningsutvalget, skårer en høyere andel av personer med bakgrunn fra Tyrkia lavt innenfor det vi kaller det *helsefremmende domenet* – altså finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i helsefremmende kontekster. Personer som skårer lavt, vil typisk oppleve utfordringer med å vurdere hvordan boforholdene kan påvirke helsen og trivselen, ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen, samt påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen å gjøre. I innvandrerutvalgene har helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet sammenheng med økonomisk status (Pakistan, Tyrkia og Vietnam) og alder (Pakistan).

Innenfor det *sykdomsforebyggende domenet*, som refererer til sykdomsforebyggende kontekster, skårer en høyere andel av personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam, svakere enn befolkningsutvalget. Det synes å være et mønster der helsekompetanse innenfor dette domenet henger sammen med utdanning og økonomisk status (Pakistan, Tyrkia og Vietnam).

Innenfor det *helsetjenesterelaterte domenet* – som omhandler det å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon som bruker av helsetjenester, skårer personer i det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget svakere enn befolkningsutvalget. Personer som skårer svakt innenfor helsetjenesterelaterte kontekster, vil mest sannsynlig ha problemer med å forstå det som legen sier, finne opplysninger om behandlinger av sykdommer, og forstå informasjon om hva som bør gjøres i medisinske akutsituasjoner. I enkelte innvandrerutvalg, har skår innenfor det helsetjenesterelaterte domenet sammenheng med utdanningsnivå (Polen og Vietnam) og økonomisk status (Tyrkia og Vietnam).

Digital helsekompetanse hos innvandrerbefolkningen

Svake *generelle digitale ferdigheter* gjør det vanskelig å finne kvalitetssikret *digital helseinformasjon* som fremmer helse og forebygger sykdom, mestre *digitale helsetjenester* og bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen helse og sykdom. Svake ferdigheter innenfor *digital helseinformasjon* kan virke

ekskluderende med tanke på tilgang til ny og oppdatert helseinformasjon. Tenkelige konsekvenser er redusert mulighet til å nå sitt helsepotensiale og økt sannsynlighet for helsetap og dermed utenforskap i arbeidslivet, og svak økonomi har i noen tilfeller sammenheng med svak helsekompetanse. Personer som kan finne, forstå, vurdere og bruke digital helseinformasjon til å ta beslutninger om helse, står antakeligvis bedre rustet i et livslangt perspektiv.

Innvandrere bruker i stor grad digitale enheter med Internettilkopling, men de søker etter helseinformasjon i mindre grad enn det personer i befolkningsutvalget gjør. Nær 30 % av både menn og kvinner i innvandrertvalgene oppga at de «aldri» har søkt etter helseinformasjon på Internett. Kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon* har sammenheng med utdanningsbakgrunn. Sammenliknet med befolkningsutvalget, rapporterer personer med bakgrunn fra Tyrkia eller fra Vietnam lavere ferdigheter innenfor *digital helseinformasjon*.

Personer i innvandrertvalgene rapporterer betydelig svakere *generelle digitale ferdigheter* enn befolkningsutvalget, og *generelle digitale ferdigheter* har i innvandrertvalgene sammenheng med alder, utdanningsnivå, økonomisk status og langvarig sykdom. Svake *generelle digitale ferdigheter* medfører svakere beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*. Innvandreres beredskap til å ta i bruk digitale helsetjenester synes å henge sammen med deres utdanningsnivå og økonomisk status, og i enkelte utvalg også alder (Polen og Vietnam) og langvarig sykdom (Polen og Tyrkia).

Å kunne navigere i helsevesenet

Innvandrere er overraskende «godt» informert om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer (navigere på systemnivå), og hvordan de skal få tilgang til tjenestene de ønsker å bruke (navigere på organisasjonsnivå). Ifølge innsiktsrapporten «Livshendelsen Ny i Norge» og dens kunnskapsgrunnlag «Informasjonsinnhenting for Livshendelsen Ny i Norge» (se kapittelet om å navigere i helsevesenet), gis praktisk informasjon om helse og Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) til grupper av nyankomne innvandrere, og dette kan innbefatte informasjon om ansvar og rettigheter, ulike offentlige helsetjenester og helsevesenets oppbygging. Det synes imidlertid å være sammenheng mellom navigeringskompetanse og økonomisk status, og i enkelte utvalg samvarierer navigeringskompetanse med langvarig sykdom (Tyrkia og Vietnam).

Spørsmålene om «navigering» kan anses å etterspørre relativt krevende ferdigheter, og analysene viste at type språk påvirket svarene på enkelte spørsmål. Resultatene må dermed tolkes med forsiktighet, og det er problematisk å sammenlikne grupper. Fenomenet bør undersøkes nærmere gjennom kvalitative oppfølgingsstudier.

Å kommunisere med helsepersonell

Spørsmålene som inngår i konstruktet «å kommunisere med helsepersonell», handler om ferdigheter i å aktivt delta i dialogen med helsepersonell med mål om å trekke gode beslutninger om helse. Med unntak av personer med bakgrunn fra Somalia, oppgir personer i de øvrige innvandrertvalgene svakere kommunikasjonsferdigheter, enn det befolkningsutvalget oppga. Med unntak av innvandrere fra Somalia, er det sammenheng mellom kommunikasjonsferdigheter og utdanningsnivå og økonomiske status. I enkelte utvalg (Polen og Somalia) var det dessuten sammenheng mellom alder og ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell, hvor de eldre oppga svakere ferdigheter. Blant personer med bakgrunn fra Polen,

oppgir menn noe svakere kommunikasjonsferdigheter enn kvinner, og eldre oppgir svakere ferdigheter enn yngre. Sistnevnte gjelder også for personer med bakgrunn fra Somalia.

Helsekostnader og helserelatert livskvalitet

Generell helsekompetanse samvarierer med antall fastlegebesøk og helserelatert livskvalitet målt ved instrumentet EQ-5D-5L, som måler generell helse og helserelatert livskvalitet. I flere av innvandrertutvalgene (Pakistan, Somalia og Tyrkia) observerte vi samvariasjon mellom helsekompetanse og antall fastlegebesøk. Dette gjelder også for det samlede innvandrertutvalget. I tre av de fem innvandrertutvalgene (Pakistan, Tyrkia og Vietnam) observerte vi også samvariasjon mellom helsekompetanse og helserelatert livskvalitet. Tilsvarende gjelder i befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet. Helsekompetanse synes i større grad å henge sammen med antall fastlegebesøk og helserelatert livskvalitet i innvandrertutvalgene enn i utvalget fra befolkningen.

Mulige implikasjoner

For første gang i Norge har vi nå en rapport som legger fram kunnskap om *helsekompetansen* i innvandrertpopulasjoner. Dataene kan gi grunnlag for å utarbeide og iverksette kunnskapsbaserte tiltak overfor grupper med spesifikke utfordringer innenfor helsekompetanse, slik som lavt utdannede og personer med svak økonomi. For å oppnå bredere og dypere kunnskap om helsekompetansen hos innvandrere i Norge, bør det initieres mer forskning, både kvantitativ og kvalitativ– og forskning rettet mot andre populasjoner enn de fem som denne rapporten omtaler.

Rapporten kan gi grunnlag for å vurdere organisatoriske endringer av og kommunikasjonsmessige endringer i de norske helsetjenestene, for å styrke og videreutvikle helsekommunikasjon mellom institusjoner og enkeltindivider. Slike tilpasninger er en forutsetning for å nå målet om «pasientens helsetjeneste».

Utdanningsinstitusjoner har ansvar for å gi studenter opplæring om helsekompetanse. Denne rapporten (del I og del II) gir grunnlag for operasjonalisering av læringsutbyttebeskrivelser som omhandler helsekompetanse (jf. nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) hvor NOKUT evaluerer implementeringen), og for implementeringen av grunnskolens tverrfaglige tema *folkehelse og livsmestring* i de nye læreplanene i Kunnskapsløftet 2020 (Fagfornyelsen). Grunnskole og videregående opplæring bør tilby ungdom opplæring i begrepsinnholdet i helsekompetanse, slik som hvordan smittsomme sykdommer kan forebygges, å kunne identifisere eksempler på helsefremmende livsstil, og forholde seg kritisk til ulike informasjonskilder. Dette er forslag som foruten å ha empirisk belegg i denne rapporten, også fremkommer i kjølvannet av de erfaringer helsemyndigheter har hatt med covid-19-kommunikasjon overfor både innvandrertgrupper og generell norsk befolkning.

Andre tiltak for å tilpasse helsekommunikasjon til innvandreres varierende (digital) helsekompetanse, og øke deres digitale ferdigheter, er nødvendig. Informasjonsformidlingen bør i større grad utføres på de ulike språkene som innvandrertpopulasjoner behersker best. Ett godt eksempel på brukertilpassede digitale plattformer med språklige tilrettelegginger, slik som fullstendig oversatte informasjonssider med lydfiler på ulike språk, er www.zanzu.no.

Oppnådd (digital) helsekompetanse bør betraktes som en naturlig komponent og suksessfaktor i pågående nasjonale utviklingsprosesser. Digitalisering av offentlig sektor er ett eksempel der vi blant annet

må ta hensyn til befolkningens digitale helsekompetanse og deres generelle digitale ferdigheter. Dette gjelder særlig målgrupper som befinner seg i den komplekse livshendelsen «Ny i Norge». Helsekompetansetenkningen bør videre integreres i de etablerte helsefelleskapene, der målet er å bedre helsesamarbeidet om pasienten mellom sykehus og kommuner. Helsefelleskapene handler om å skape «pasientens helsetjeneste», og en slik helsetjeneste må være tuftet på en helsekompetansevennlig organisasjonsmodell. En helsekompetansevennlig helsetjeneste/institusjon/organisasjon gjør det enklere for brukerne å navigere i, og bruke helseinformasjon og helsetjenester til å ta vare på egen og pårørendes helse.

Helse- og omsorgsdepartementet ga, i sitt tildelingsbrev for 2020 til Helsedirektoratet, også et oppdrag om å gjennomføre en nasjonal kartlegging av helsekompetansevennlige organisasjoner (i regi av samarbeidet med M-POHL). Denne kommende kartleggingen vil danne et evidensbasert kunnskapsgrunnlag for videre utvikling av helsekompetansevennlige helsetjenester i Norge.

Summary

The report *Befolkningens helsekompetanse, part I* was published in January 2021. The present part (Part II) describes health literacy in five immigrant populations in Norway: immigrants from Pakistan, Poland, Somalia, Turkey, or Vietnam. The findings indicate the need for initiating short-term and long-term interventions aimed at immigrants in Norway.

The objective of the HLS₁₉ survey project was to obtain new evidence in support of authorities' policy-based interventions to strengthen population health literacy. It is known that segments of the Norwegian immigrant population have public health challenges and experience barriers when interacting with health services, making it essential to collect data on various health literacy aspects among immigrants. Thus, HLS₁₉ in Norway was expanded to include five immigrant populations with a background from Pakistan ($n = 200$), Poland ($n = 400$), Somalia ($n = 379$), Turkey ($n = 352$), or Vietnam ($n = 402$). The data was collected using two different sets of questionnaires (from 1733 persons in total). We only applied one set of the questionnaires to collect data from the Pakistani sample.

Challenges

Reaching a sufficient number of respondents with an immigrant background is relatively challenging in Norway. It is also challenging to analyse data collected from diverse population groups, and it is difficult to translate a questionnaire into diverse languages. This is due to factors such as linguistic nuances, usage and content of concepts and terms, and the fact that cultural background influences how people interpret and understand questions. It is striking, for instance, that respondents with a background from Somalia report a higher level of health literacy than the general population and other immigrant populations, especially in the light of the shorter duration of their residence in Norway, the smaller proportion with high educational attainment and relatively disadvantaged living conditions. It is difficult to account for this phenomenon, but conditions in the country of origin may have influenced their responses.

Vaccines and vaccination

Against the background of the ongoing COVID-19 vaccination programme, we draw particular attention to the fact that people with a background from Pakistan, Turkey, or Vietnam reported greater difficulty in *finding and understanding information about vaccines*, as well as *judging and deciding which vaccines they need* (see page 50-52) than people from the general population. Immigrants with low economic status, measured by their ability to pay bills and meet expenses, find this even more difficult than others.

Among immigrants from Pakistan or Poland, a large proportion of those with limited oral language proficiency in Norwegian, and/or who have difficulty understanding written information in Norwegian, reported

that it is (very) difficult to *deal with and process information about vaccines*. Among immigrants from Poland or Turkey, a higher proportion of males than females stated that they find this (very) difficult.

Health literacy in five immigrant populations

Compared to the sample of general population, where 1 in 3 were at or below the lowest level (level 1) of general health literacy, a larger proportion of immigrants with a background from Turkey or Vietnam are at this level. Somewhat unexpectedly, a lower proportion of people with a background from Pakistan, Poland, or Somalia are at the same level. People who score at or below this level will have limited options to deal with and process health information. Immigrants appear to experience challenges especially in finding information about treatments of illnesses. This type of information should thus be made more accessible, such as by translating it into different languages. Furthermore, it will be important to identify the best information channels for reaching the different target audiences. In order to encourage user participation and adapt information, immigrants should to a greater extent be involved in compiling information materials and planning various information campaigns.

In most samples of immigrants, low health literacy is associated with low educational attainment and low economic status. Here, low educational attainment means no education beyond upper secondary education, and economic status is measured by the ability to pay bills and meet expenses. It is uncertain whether the respondents based their responses on their familiarity with the Norwegian health services, or on their experiences with the health services in their country of origin. It is thus possible that the challenges posed by low-level health literacy could actually be even more severe than assumed in their interaction with the Norwegian health services.

Compared to the general population, a higher proportion of the Turkish sample score lower within the *Health promoting domain* – i.e., finding, understanding, appraising, and applying health information in health-promotion contexts. People with low scores will typically experience challenges in assessing how living conditions might affect their health and well-being, in making decisions to improve their health and well-being, and in influencing the living conditions that affect health and well-being. In our samples, immigrants' health literacy within the *Health promoting domain* is associated with economic status (Pakistan, Turkey, and Vietnam) and age (Pakistan).

Within the *Disease prevention domain*, which refers to disease prevention contexts, a higher proportion of immigrants with a background from Pakistan, Turkey, or Vietnam score less well than the general population. There appears to be a pattern whereby health literacy in this domain is associated with education and economic status (Pakistan, Turkey, and Vietnam).

Within the *Healthcare domain* – which concerns finding, understanding, appraising, and applying health information as a user of health services, people with a background from Turkey or Vietnam score less well than for the general population. People whose score is low within healthcare contexts are likely to have problems understanding what a doctor says, finding information about treatment of illnesses, and understanding information about what to do in a medical emergency. The score within the *Healthcare domain* seems to be associated with educational attainment (Poland and Vietnam) and economic status (Turkey and Vietnam).

Digital health literacy in the immigrant population

Limited *general digital skills* make it difficult to find quality-assured *digital health information* that promotes health and prevents disease, to gain proficiency in using *digital health services*, and to use electronic resources for following up on personal health and illness. Limited *digital health information* skills can have an excluding effect in terms of non-access to new and up-to-date health information. Conceivable consequences are reduced opportunities for achieving their health potential and an increased likelihood of health loss and thus exclusion from the labour market, and limited finances are in some cases associated with poor health literacy. People who can find, understand, appraise and apply *digital health information* in health-related decision-making, are probably better equipped in a lifelong perspective.

In our samples, immigrants show extensive adoption of digital online devices, yet spend less time searching for health information than the general population. Nearly 30% of both males and females in the immigrant samples stated that they “never” searched for health information on the Internet. Skills in searching for *digital health information* vary with educational attainment. Compared with the sample of general population, people with a background from Turkey or Vietnam report a lower level of *digital health information* literacy.

Immigrants in our samples report significantly lower *general digital skills* than the general population, and *general digital skills* in immigrant groups vary with age, level of educational attainment, economic status, and long-term illness. Limited *general digital skills* make people less prepared to use *digital health services*. Immigrants’ readiness to use digital health services appears to vary with level of educational attainment and economic status, age (applied to people with a background from Poland or Vietnam) and long-term illness (applied to people with a background from Poland or Turkey).

Ability to navigate the health service

Immigrants are surprisingly “well” informed about the structure and workings of the Norwegian health service (navigating at system level), and how to access the services they wish to use (navigating at organisational level). According to the insight report “Life event New in Norway” and the source data it relies on in “Information gathering for the Life Event New in Norway” (see the chapter on navigating the health service), practical information about health and the Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) is provided to newly arrived immigrants, and this may include information about responsibilities and rights, various public health services and the structure of the health service. However, the ability to navigate the health service seems to be associated with economic status, and in some immigrant groups, this navigational literacy correlates with long-term illness (Turkey and Vietnam).

The questions concerning “navigation health literacy” may be regarded as inquiring into relatively advanced skills, and the analyses indicated that the type of language influenced the responses to certain questions. The findings must thus be interpreted with caution, and inter-group comparison is problematic. This phenomenon should be investigated further in qualitative cohort studies.

Ability to communicate with healthcare professionals

The questions included in the construct “ability to communicate with healthcare professionals” concern skills for engaging actively in dialogue with healthcare professionals in order to make sound decisions concerning health. Immigrants in our samples, except for the people with a background from Somalia,

report having poorer communication skills than the general population. With the exception of people from Somalia, the communication skills of immigrants are associated with their level of educational attainment and economic status. In some immigrant groups (Poland and Somalia), there was also an association between age and skills in communicating with healthcare professionals, where elderly individuals reported poorer skills. Among people with a background from Poland, males report somewhat poorer communication skills than females, and older people report poorer skills than younger individuals. The latter also applies to people with a background from Somalia.

Health costs and health-related quality of life

General health literacy correlates with the number of GP consultations and with health-related quality of life, as measured by the EQ-5D-5L questionnaire, which measures overall health and health-related quality of life. Health literacy is correlated with the number of GP consultations for people with a background from Pakistan, from Somalia, or from Turkey, and for all five immigrant groups as a whole. For people with a background from Pakistan, from Turkey, or from Vietnam, health literacy correlates with health-related quality of life. This also applies to the five immigrant groups taken as one and to the sample of the general population. Health literacy appears to be stronger associated with the number of GP consultations and health-related quality of life in immigrant samples than in the sample of general population.

Possible implications

For the first time in Norway, we now have a report presenting evidence of the *health literacy* in five immigrant populations. The data can provide a basis for preparing and implementing evidence-informed interventions for groups with specific health literacy challenges, such as people with low educational attainment and people with low economic status. In order to gain broader and deeper evidence of immigrants' health literacy in Norway, more quantitative and qualitative research should be initiated – as well as research directed at populations other than the five discussed in this report.

This report may also provide a basis for assessing organisational and communication-related changes in the Norwegian health services in order to strengthen and further develop health communication between institutions and individuals. Such adaptations are a prerequisite for achieving the goal of “the patient's health service”.

Educational institutions are responsible for providing students with education in health literacy. This report (Part I and Part II) may support the development and formulation of intended learning outcomes within health literacy (cf. National Curriculum Regulations for Norwegian Health and Welfare Education (RETHOS), the implementation of which is being evaluated by NOKUT (Norwegian Agency for Quality Assurance in Education)), and the implementation of the interdisciplinary topic *public health and life skills* in compulsory school (cf. the 2020 educational literacy reform (*Kunnskapsløftet 2020*)). Secondary and upper secondary schools should develop adolescents' proficiency in health literacy, such as how to prevent transmission of infectious diseases, identify examples of a healthy lifestyle and taking on a critical approach to sources of information. The implications proposed are supported by the empirical evidence of this report but have also emerged in the wake of the experiences gained by the Norwegian health authorities from communicating COVID-19 information to both immigrant groups and the general population.

Further interventions are needed for adapting health communication to the varying level of (digital) health literacy among immigrants in Norway, and in order to increase immigrants' digital skills. More information needs to be disseminated in the different languages that immigrant populations are most proficient at. Good examples of user-adapted digital platforms with linguistic adaptations, such as fully translated information pages with audio files in different languages, include www.zanzu.no.

The attainment of (digital) health literacy should be considered a natural component and success factor in ongoing national development processes. Digitalisation of the public sector is one example where Norway needs to take into account factors such as the population's digital health literacy and general digital skills. This is particularly the case for target groups undergoing the complex life event of being "New in Norway". Furthermore, the health literacy focus should be integrated in established "healthcare communities" (helsefelleskap), the aim of which is to improve healthcare cooperation between hospitals and local authority primary care. The concept of "healthcare communities" is designed to realise "the patient's health service" which must necessarily be founded on a health literacy-friendly organisational model. A health literacy-friendly health service/institution/organisation makes it easier for users to navigate and use health information and health services in order to attend to their own and relatives' health.

In its letter of allocation for 2020 to the Directorate of Health, the Norwegian Ministry of Health and Care Services tasked the Directorate with conducting a national survey of health literacy-friendly organisations (within the frameworks of the M-POHL action network). This forthcoming survey will form an evidence-informed basis for further development of the health literacy-friendliness of health services in Norway.

Kapittel 1:

Introduksjon

Rapporten *Befolkningens helsekompetanse, del I* – den første av sitt slag i Norge, ble lagt frem i januar 2021. Rapporten ga ny og betydningsfull kunnskap om befolkningens helsekompetanse, pekte på utviklingsmuligheter, og fremhevet betydningen enkelte «funn» kan ha på fremtidig helsepolitikkutforming og nasjonale folkehelse-satsninger. I denne rapporten, rapport del II, gjør vi rede for helsekompetansen i fem innvandrerpulasjoner.

Helsekompetanse er en av flere variabler som samvarierer med helsen til individer, grupper og i hele populasjoner, og innbefatter ferdigheter i å identifisere og omdanne helseinformasjon til kunnskap og handling (Okan et al., 2019, s. 11). Høy helsekompetanse er knyttet til god fysisk og psykisk helse, og lav helsekompetanse er en samfunns- og helsepolitisk utfordring. Helsekompetanse har dermed en rolle i individsentret helse- og omsorgstjenester, bekjempelse av kroniske sykdommer (NCDer), bruk av antibiotika og antibiotikaresistens, sosialt skapte helseforskjeller, bærekraftig ressursutnyttelse og livsløpsperspektivet (Kickbusch et al., 2013; Meld. St. 7 (2019–2020), 2019; Meld. St. 19 (2018-2019), 2018; OECD, 2017; WHO, 2016a, 2016b). Ikke uventet har forskere derfor funnet evidens for at lav helsekompetanse kan knyttes til epidemiske utbrudd, slik som utbruddet av ebolaepidemien i Vest-Afrika i 2014 (Fowler et al., 2014; Mattered et al., 2021). Det er foreløpig ikke dokumentert sammenheng mellom helsekompetanse og covid-19 utbrudd.

1.1 Målet med HLS₁₉-undersøkelsen i Norge

I Norge er formålet med HLS₁₉ å kartlegge befolkningens helsekompetanse og dermed fremskaffe evidens for kunnskapsbasert helsepolitikk. Denne kunnskapen vil danne grunnlaget for utformingen av det videre arbeidet med å øke helsekompetansen i befolkningen i Norge, og for at helsevesenet skal kunne tilrettelegge og tilpasse tjenestene slik at brukernes helsekompetanse i praksis er tilstrekkelig. Den nasjonale kartleggingen kan også være et redskap for utvikling, oppfølging og evaluering av tiltak rettet mot helsekompetanserelaterte utfordringer i helse- og omsorgstjenestene og i befolkningen.

Resultater fra den *nasjonale* kartleggingen kan bidra med kunnskap for videre oppfølging og evaluering av helsekompetanserelaterte informasjons- og kommunikasjonstiltak i handlingsplaner og strategier. Kartleggingen bidrar til å danne beslutningsgrunnlag for videreutvikling av eksisterende tiltak og/eller utvikle nye og mer treffsikre tiltak overfor utsatte grupper i befolkningen. Resultater fra den *flernasjonale* kartleggingen skal danne et komparativt kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av helsekompetanserelatert helse- og omsorgspolitik i de deltakende landene, herunder i Norge. I fremtiden kan en bruke måleinstrumentet til å kartlegge helsekompetansen i andre utsatte grupper.

På overordnet nivå er den nye kunnskapen som innhentes fra HLS₁₉ flerdelt. Prosjektet henter inn informasjon om helsekompetansen

- i befolkningen i Norge (Rapport del I)
- i ulike befolkningsgrupper i Norge (gjennom vitenskapelige publikasjoner)
- i utvalgte innvandrergupper i Norge (Rapport del II)
- i befolkningen og befolkningsgrupper i Norge sammenliknet med andre europeiske deltakerland (Internasjonal komparativ rapport og vitenskapelige publikasjoner)

- gjennom bruk av spørreskjemaer som, basert på innhentede data, kan videreutvikles (vitenskapelige publikasjoner)

1.2 Måling av helsekompetanse

For å kunne utvikle valide mål på helsekompetanse, utviklet Sørensen et al. (2012) et konseptuelt rammeverk bestående av fire kognitive domener (I–IV) og tre helsedomener eller helserelaterte kontekster (a–c). Rammeverket, som ble utviklet basert på en litteraturgjennomgang, er gjengitt i **Figur 1**. Med utgangspunkt i Sørensen et al. (2012, s. 3), definerer vi helsekompetanse slik: «*Helsekompetanse handler om grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon med den hensikt å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen. Dette kan handle om å ta avgjørelser relatert til hvordan en forebygger sykdom, om en har behov for helsetjenester, og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet*» (vår oversettelse med tilpasninger).

	I	II	III	IV
	Finne (F=Find)	Forstå (U=Understand)	Vurdere (J=Judge)	Anvende (A=Apply)
a) Helsetjeneste-relatert (HC)	Evne til å skaffe tilgang til informasjon om medisinske og kliniske anliggende	Evne til å forstå medisinsk informasjon	Evne til å tolke og vurdere medisinsk informasjon	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende medisinske problemer
b) Sykdomsforebygging (DP)	Evne til å skaffe tilgang til informasjon om risikofaktorer for helse	Evne til å forstå informasjon om risikofaktorer for helse og deres betydning	Evne til å tolke og vurdere informasjon om risikofaktorer for helse	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende risikofaktorer for helse
c) Helsefremming (HP)	Evne til å skaffe seg informasjon om hva som er helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å forstå informasjon om helsedeterminanter og deres betydning i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å tolke og vurdere informasjon om helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø

Figur 1: Konseptuelt rammeverk for å måle helsekompetanse (oversatt og justert fra modellen til Sørensen et al. 2012)

Figur 1 illustrerer hvordan de fire kognitive kategoriene og de tre helsefaglige domene danner en matrise med 3 x 4 celler som utgjør 12 aspekter av helsekompetanse. Spørreskjemaet European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47), og den reviderte versjonen HLS₁₉-Q47, operasjonaliserer disse aspektene gjennom 47 spørsmål (Sørensen et al., 2013). Spørsmålene har firedelt rating-skala med svarkategoriene «*veldig vanskelig*», «*vanskelig*», «*lett*» og «*veldig lett*».

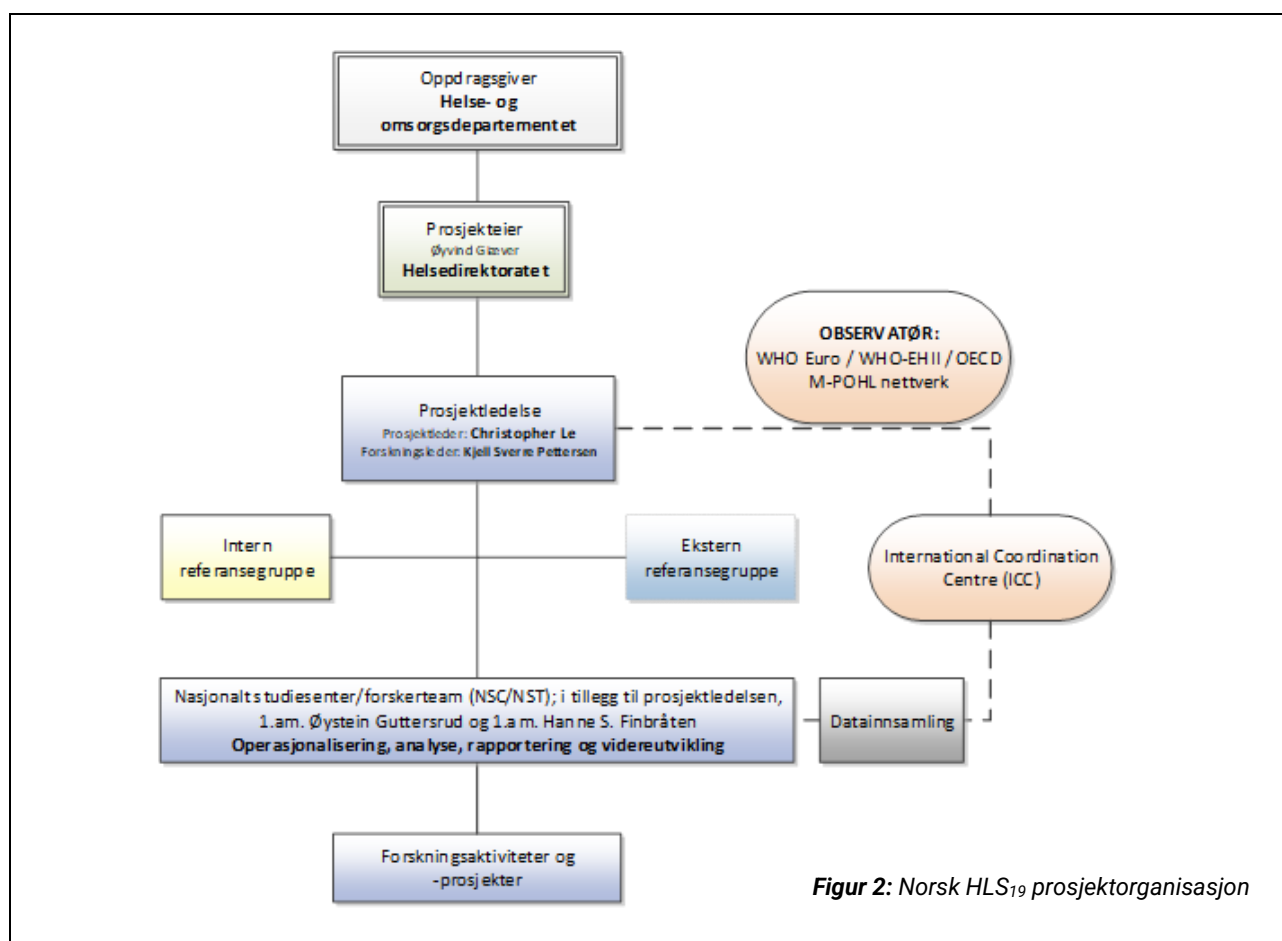
HLS-EU-Q47 ble utviklet av et internasjonalt konsortium bestående av representanter fra åtte EU-land (Sørensen et al., 2012, 2013, 2015). I HLS₁₉ ble det brukt en revidert versjon av HLS-EU-Q47, og vi refererer til den reviderte versjonen som HLS₁₉-Q47. Den norske versjonen refereres til som HLS₁₉-Q47-NO.

Flere HLS₁₉-deltakerland valgte å bruke bare deler av HLS₁₉-Q47, fordi 47 spørsmål er tidkrevende å besvare. En annen utfordring er at HLS₁₉-Q47, som måler ulike aspekter eller sider ved helsekompetanse, ikke er en tilstrekkelig endimensjonal måleskala (Finbråten et al., 2017, 2018). Vi kan dermed ikke forsvare matematisk å lage en samlingskåre for hele HLS₁₉-Q47.

Norsk NST har imidlertid foreslått en valid og tilstrekkelig endimensjonal måleskala for hvert av de tre helseomene (helsefremming, sykdomsforebygging og helsetjenesterelatert), der hver delskala består av åtte spørsmål balansert over de fire kognitive kategoriene (se **appendiks II** i rapport del I; HLS₁₉-Q8HP-NO, HLS₁₉-Q8DP-NO og HLS₁₉-Q8HC-NO). Norsk NST har også foreslått måleskalaen HLS₁₉-Q12-NO, som består av 12 spørsmål (Finbråten et al., 2018). Denne måleskalaen er en valid og tilstrekkelig endimensjonal kortversjon av HLS₁₉-Q47, og den består av fire spørsmål fra hver av de tre nevnte skalaene HLS₁₉-Q8HP-NO, HLS₁₉-Q8DP-NO og HLS₁₉-Q8HC-NO. Hensikten med HLS₁₉-Q12-NO er å kunne lage en samle-skår på tvers av de tre helsefaglige domenene og de fire kognitive kategoriene.

1.3 Prosjektorganiseringen i Norge

Med bakgrunn i samarbeidsavtalen mellom Norge og nettverket M-POHL om gjennomføringen av HLS₁₉, inngikk Helsedirektoratet, OsloMet og Høgskolen i Innlandet en samarbeidsavtale om gjennomføringen av HLS₁₉. Prosjektorganisasjonen for HLS₁₉ er vist i **Figur 2** under, og er grundig beskrevet i rapporten *Befolkningens helsekompetanse, del I*. Samarbeidsavtalen mellom Helsedirektoratet, OsloMet og Høgskolen i Innlandet omfatter deltakelse i WHO-EHII tilknyttede nettverket M-POHL, gjennomføring av HLS₁₉ i Norge, samle inn og analysere nasjonale data, samt bidra til analyser og rapportering av internasjonale data. På forespørsel fra det internasjonale koordineringssenteret (ICC) for HLS₁₉, har Norsk NST blant annet bistått i gjennomføring av Rasch-analyser av data fra alle landene som deltok i HLS₁₉.



Figur 2: Norsk HLS₁₉ prosjektorganisasjon

1.4 Hvorfor en separat studie av innvanderpopulasjoner?

Norge har i løpet av de siste femti årene opplevd en betydelig innvandring av mennesker fra andre land og kulturer (Tronstad et al., 2018). Mange ankom enten som flyktninger, asylsøkere eller for å søke arbeid. Etter hvert har flere kommet til gjennom familiegjenforening, samt at nye generasjoner har kommet til.

Felles for de fleste innvandrere som ankommer et nytt land, er utfordringer med språk, arbeidsliv, kultur, bosetningsmønstre, forståelse av samfunnets infrastruktur, regler og normer. Studier har vist at mange innvandrere som ankommer Norge i utgangspunktet har helseproblemer, og at disse kan forverre seg over tid (Tronstad et al., 2018). Språklige barrierer blir i mange tilfeller tatt for gitt i helsetjenesten (Le, 2013; Le et al., 2013), og enkelte finner det derfor mer hensiktsmessig å dra til opprinnelseslandet og motta helsehjelp der (Czapka & Sagbakken, 2016).

Internasjonale studier hevder at helsevesen og helsemyndigheter ikke har vært dyktige nok til å kanalisere helseinformasjon via treffsikre medieplattformer, eller bedrive helsekommunikasjon med innvandrere på en forståelig og tilstrekkelig kultursensitiv måte (Foronda, 2008; Heath, 2017). I Norge viser koronapandemien at myndighetene ikke har lyktes i å etablere seg som informasjonskilde for deler av innvanderbefolkningen (NOU, 2021, s. 175).

NOU-rapporten fra Koronakommisjonen påpekte at helsemyndighetene ikke hadde planer for hvordan å nå ut til spesifikke målgrupper (NOU, 2021, s. 186). Et annet aspekt er at mange innvandrere selv kan ha begrenset kunnskap om kropp og helse, uansett hvor tilpasset helsekommunikasjonen er (Kale, 2018). Dette kan igjen henge sammen med mangelfull skolegang og helseopplæring i opprinnelseslandet. Veiledningsstrategier om helse og behandlingsforløp som fordrer brukermedvirkning, «empowerment» og «shared-decision-making», kan for enkelte innvandrere som er vant med en mer paternalistisk rådgivningsstil hos helsepersonell i sitt opprinnelsesland, virke som noe fremmed og uforventet (Aftenposten, 2011; Finbråten & Pettersen, 2009).

Bekymringer for innvanderers helse og helseutfordringer i Norge nedfelte seg i Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) strategi for Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle 2013–2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Strategien skulle legge til rette for økt kompetanse om innvandergruppers spesielle helseutfordringer og om kulturelle og språklige utfordringer som kan opptre i møtet mellom pasienter med innvanderbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten. Den skulle også legge grunnlaget for nye tiltak, blant annet for forskning og kunnskapsutvikling på feltet. I denne strategiske satsningen ville en kanskje forventet at begrepet *helsekompetanse* stod sentralt, men «health literacy¹» ble bare nevnt tre steder i dokumentet, og da uten at begrepet ble koplet til foreslåtte tiltak. Således kan man anta at den senere helsekompetansestrategien fra HOD tok grep om dette, og at innvanderpopulasjoner derfor er eksplisitt nevnt som målgrupper for strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

I denne rapporten om *Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge - Befolkningens helsekompetanse, del II* fremlegges det resultater fra kartlegging av helsekompetansen til innvandrere med bakgrunn fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller Vietnam. Utvelgelsen ble gjort med bakgrunn i at disse fem innvandergruppene har vesentlige levekårs- og folkehelseutfordringer (Folkehelseinstituttet,

¹ Health literacy er gjennom [helsekompetansestrategien](#) offisielt oversatt som helsekompetanse.

2018; Kjøllesdal et al., 2019; Vrålstad & Wiggen, 2017), samtidig som at de utgjør en betydelig andel av innvandrerbefolkningen i Norge (SSB, 2021b). Kartleggingen er foretatt med det samme omfattende spørreskjemaet (HLS₁₉ med bakgrunnsvariabler og ytterligere måleskalaer) som utvalget av generell norsk befolkning besvarte (Le et al., 2021). Til sammen deltok $n = 1733$ personer med bakgrunn fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller fra Vietnam i undersøkelsen.

Hovedhensikten med kartleggingsstudien av de fem innvandrergруппene har vært å a) måle helsekompetanse i tråd med rådende teoretisk rammeverk (Sørensen et al., 2012); b) rapportere helsekompetanse relatert til utvalgte bakgrunnsvariabler; c) måle ulike kompetanser innenfor relaterte områder, slik som digital helsekompetanse og evne til å navigere i helsevesenet, og d) se resultater i sammenheng med resultater i den øvrige befolkningen, der det er mulig.

Flere nasjonale og utenlandske kartleggingsstudier, gjennomført med ulike måleskalaer for helsekompetanse, har vist at mange individer i de fem nevnte innvandrerpulasjonene, har helsekompetanseutfordringer (Berens et al., 2021; Fernández-Gutiérrez et al., 2018; Gele et al., 2016; Leszko & Timoszyk-Tomczak, 2019; Levin-Zamir et al., 2017, s.; Mantwill & Schulz, 2017; Schaeffer et al., 2017; Sentell & Braun, 2012; Ward et al., 2019; Wångdahl et al., 2014; Xiao et al., 2020).

Det har tidligere ikke vært utført en kartleggingsstudie av helsekompetansen til ulike innvandrerpulasjoner i Norge, der de ulike gruppene innenfor samme tidsperiode har svart på det samme spørreskjemaet (spørreskjemaet HLS₁₉) ved bruk av samme datainnsamlingsmetode (telefonintervju). Foreløpig er Norge det eneste av de 17 deltakerlandene i HLS₁₉ som har lyktes med en «systematisk oversampling» av respondenter fra hele fem innvandrerpulasjoner.

1.5 Om rapporten *Befolkningens helsekompetanse, del II*

Denne rapporten *Befolkningens helsekompetanse, del II* er en fortsettelse av del I som ble gitt ut i januar 2021. På grunn av den vedvarende koronapandemien ble datainnsamlingen i innvandrerpulasjonene forsinket. Datainnsamlingen ble avsluttet i mars 2021, og analyse- og skrivearbeidet startet i april 2021.

NST har valgt å strukturere denne rapporten med en tilsvarende kapitteinndeling som i rapporten del I. Funn og resultater presentert i denne rapporten er noe annerledes enn i del I, da vi har studert innvandrergруппene i lys av den øvrige befolkningen. Avvik, og spesielle karakteristikker innenfor aktuelle grupper, blir kommentert og diskutert særskilt under respektive kapitler.

1.6 Koronasituasjonen

Respondentene ble spurt om hvor enige de var i påstanden «situasjonen med korona har påvirket svarene mine». **Tabell 1** på neste side viser at en høyere andel personer med bakgrunn fra Pakistan, Somalia, Tyrkia eller fra Vietnam (ikke Polen), sammenliknet med befolkningsutvalget, meldte tilbake at svarene deres var påvirket av koronasituasjonen.

Utover i datainnsamlingsperioden (juli 2020 – mars 2021), observerte vi økende andel respondenter som meldte tilbake at svarene var påvirket av koronasituasjonen. Det er kjent at helsemyndighetene har gjennomført covid-19 relaterte informasjonskampanjer rettet mot enkelte innvandrergруппer. Dette kan ha påvirket hvordan og hva disse har svart på denne undersøkelsen.

Tabell 1: Andelen personer som meldte tilbake at svarene deres var påvirket av situasjonen med korona

Korona: situasjonen med korona har påvirket mine svar	Befolkningen (%)	Personer med bakgrunn fra				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=5895	n=119	n=375	n=327	n=350	n=375
Enig	23	46	19	27	29	46
Veldig enig	5	8	7	36	45	18
Totalt	28	54	26	63	74	64

Kapittel 2:

Metode og materiell

HLS₁₉-undersøkelsen i Norge er del av en større internasjonal komparativ storskalaundersøkelse med mange tusen deltakere. Gjennomføringen fulgte standarder og kriterier fastsatt i den internasjonale studieprotokollen i regi av M-POHL og det internasjonale koordineringssenteret (ICC).

I Norge benyttet vi telefonintervju (CATI) som datainnsamlingsmetode både i befolkningen og i de fem innvanderpopulasjonene. For å øke deltakelsen, ble spørreskjemaet oversatt til ulike språk (polsk, somali, tyrkisk, urdu og vietnamesisk) etter fastsatte prosedyrer, språkkyndige intervjuere ble hentet inn, og respondentene fikk tilbud om å gjennomføre intervjuet på sitt eget språk. Gjennomføring på flere språk ga metodiske utfordringer med analyser av dataene.

2.1 Noen utfordringer

Lingvistiske utfordringer

Spørreskjemaet ble oversatt fra norsk til tyrkisk og polsk. Før oversetting til somalisk, urdu og vietnamesisk, ble skjemaet oversatt fra norsk til engelsk. Den originale engelske versjonen ble ikke brukt da målet var å ligge så nær opptil norsk oversetting og begrepsbruk, som mulig. Oversatte tekster ble korrekturlest og ytterligere forbedret av andre uavhengige oversettere. I tillegg ble skjemaene kvalitetssikret av de respektive intervjuerne ved å sammenlikne skjemaene med den opprinnelige norske versjonen.

Oversettelsen fra norsk til polsk gikk problemfritt, da oversetterne snakket og skrev godt både på norsk og polsk. Oversettelsen ble i tillegg godkjent av det lokale kontoret i Radom i Polen. Oversettelsesprosessen fra norsk til tyrkisk gikk også greit, hvorpå oversatte skjemaer i tillegg ble kvalitetssikret av erfarne intervjuere hos dataleverandøren.

Somali ble beskrevet som et komplekst språk bestående av ulike dialekter. Det var utfordrende å oversette spørreskjemaer fra norsk til somali. Det ble beskrevet som vanskelig å bruke spørreskjemaet på somali, både skriftlig og muntlig. Det er forskjellige dialekter, og dette skapte problemer for intervjuerne. Noen respondenter foretrakk den nordlige dialekten, mens andre foretrakk en dialekt fra den sørlige delen av landet. Dataleverandøren rapporterte utfordringer med å imøtekomme alle respondentenes språklige behov. Noen få intervjuer foregikk derfor på norsk eller engelsk når respondenten ikke forsto det lokale språket.

Når det gjelder oversettingen til urdu, viste det seg at oversettere brukte ulike ressurser og kilder som referanser. Mens intervjuerne opplevde oversettingen til urdu som "for akademisk", kunne translatørene rapportere at dette var den vanligste praksisen for å oversette tekster til urdu. For å sikre både språklig nøyaktighet og skjemaenes leservennlighet for intervjuerne, ble den oversatte teksten "modernisert" i samråd mellom oversettere og intervjuere.

Likeledes måtte oversettelsen til vietnamesisk "moderniseres" i samråd mellom den utenlandske oversetteren – en oversetter som ikke bor i Norge – og en norsk-vietnamesisk person bosatt i Norge. Moderniseringen tok hensyn til de språklige nyansene basert på den norske konteksten, herunder helsevesenet.

Refleksjoner fra intervjuerne og dataleverandøren om moduler på de fem ulike språkene

Om den polske modulen: Datainnsamlingen hos den polske populasjonen gikk uten problemer. Telefonintervjuene ble utført av polske intervjuere fra Random i Polen.

Om den somaliske modulen: Ifølge veilederne og intervjueteamet hos dataleverandøren, som taler flytende somali – hadde de somaliske respondentene en tendens til å svare på undersøkelsen slik de trodde intervjueren ønsket. En annen faktor som kan ha påvirket svarene deres er mistillit til myndighetene, og dette er basert på erfaringer fra opprinnelseslandet. Mange hadde antakeligvis ikke erfaringer med slike undersøkelser, og de ønsket ikke å svare "feil". Dette er refleksjoner fra de som gjennomførte undersøkelsen og representerer ikke nødvendigvis realiteten.

Det er dessuten knyttet bekymringer til data på de to spørsmålene som omhandlet forbruk av tobakk og alkohol (vi har ikke rapportert om disse variablene i denne rapporten). Dette er sensitive temaer i den somaliske populasjonen i Norge. Mange respondenter reagerte sterkt da disse spørsmålene ble stilt, og noen opplevde det som en fornærmelse. Det ble også rapportert at intervjuerne var redde for å stille disse spørsmålene, og det var mistanke om at noen hoppet over spørsmålene på grunn av redsel for reaksjoner fra respondentene. Utover dette var inntrykket fra dataleverandøren at spørreundersøkelsen gikk bra. Intervjuerne ble rekruttert blant de eksisterende medarbeiderne hos leverandøren, og de hadde erfaringer fra flere tilsvarende undersøkelser.

Om den tyrkiske modulen: Intervjuerne ble rekruttert blant dataleverandørens eksisterende medarbeidere. Det ble ikke rapportert vesentlige vanskeligheter knyttet til gjennomføringen. Det oppsto likevel enkelte utfordringer på grunn av ulike språk, slik som kurdisk, eller ulike dialekter. Dette gjaldt svært få og ble håndtert ved å legge om intervjuet til engelsk.

Om den pakistanske (urdu) modulen: Denne modulen var den vanskeligste å gjennomføre. Sammenliknet med de andre språkene, hadde urdu-versjonen høyest antall avslag og ikke-svar. Det ble rapportert at lav responsrate kunne ha sammenheng med at urdu-talende personer ikke var komfortable med å oppgi alder og andre personlige opplysninger. I tillegg snakker mange personer med bakgrunn fra Pakistan andre språk enn urdu, slik som punjabi og andre indiske språk. Det var også vanskelig å rekruttere intervjuere, fordi få intervjuere kunne lese urdu.

Om den vietnamesiske modulen: Leverandøren kunne rapportere å ha undervurdert hvor vanskelig det var å rekruttere intervjuere som snakket vietnamesisk. Det skyldes blant annet at intervjusentralen var lokalisert i en mindre by med relativt få vietnamesere.

Det ble først rekruttert to vietnamesisk-talende intervjuere. Grunnet språklige barrierer ble mange av de gjennomførte intervjuene fra disse forkastet og slettet etter en intern kvalitetssjekk. Nye intervjuere ble hentet inn, og undersøkelsen ble til slutt fullført på en tilfredsstillende måte.

2.2 Datainnsamling og databehandling

I Norge ble det totalt samlet inn data fra $n = 7733$ respondenter fra og med fylte 16 år med fast bopel i Norge. Datainnsamlingen ble delt inn i to ulike oppsett (1 og 2) og seks ulike språk-/landmoduler (norsk,

urdu, polsk, somali, tyrkisk og vietnamesisk). Antall respondenter varierte mellom språkene og er rapportert i **Tabell 2 – 6**.

Oppsett 1 inkluderte instrumentene HLS₁₉-Q47-NO (generell helsekompetanse inkludert de ulike helsefaglige domenene), HLS₁₉-HCE-NO (helsekostnader og helseøkonomi) og HLS₁₉-DHI-NO (digital helseinformasjon), mens oppsett 2 inkluderte bare 24 spørsmål fra HLS₁₉-Q47-NO (dvs. HLS₁₉-Q12 og HLS₁₉-Q12-NO) sammen med instrumentene HLS₁₉-DHL-NO (digital helsekompetanse inkludert digital helseinformasjon, generelle digitale ferdigheter og bruk av digitale helsetjenester), HLS₁₉-NHL-NO (navigering i helsevesenet) og HLS₁₉-COM-NO (kommunikasjon med helsepersonell). Bakgrunnsvariabler inngikk i begge oppsettene, men i ulikt antall. Se for øvrig **appendiks II** i rapport del I (side 98-108) for nærmere beskrivelse av ulike måleinstrumenter og deres skalaer.

Utvalg og frafall

Det ble i anskaffelsens kravspesifikasjon definert utvalg, metoder og prosedyrer for datainnsamlingen. Norstat Norge AS, som vant anbudet, samlet inn dataene...

Representativitet

... fra et **representativt utvalg** av den voksne befolkningen (fra og med fylte 16 år) med fast bopel i Norge. Dette ble gjennomført ved å trekke et tilfeldig og representativt antall telefonnumre fra ordinære telefonregistre (fast- og mobiltelefon). Siden en økende andel av befolkningen er tilgjengelig bare via mobiltelefon, skulle dette tas hensyn til ved uttrekk av telefonnumre for å sikre et representativt utvalg.

Angående de fem innvandrerpulasjonene ble utvalgene basert på uttrekk fra Folkeregisteret. Da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på uttrekklistene for å oppnå et visst antall respondenter, kunne en derfor ikke sikre at utvalgene er representative.

Metode og utvalgsstørrelse

... fra opptil 8000 respondenter gjennom **Computer-assisted telephone interviewing** (CATI). Respondentene ble delt inn i to ulike oppsett. For begge oppsettene skulle det samles inn data fra den generelle befolkningen ($n = 3000$ pr. oppsett) og fra fem* utvalgte innvandrergupper á opptil 402 respondenter pr. innvandrerguppe fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam ($n = 1002$ for oppsett 1, $n = 731$ for oppsett 2 (personer med bakgrunn fra Pakistan utgikk)).

* Oppsett 2 inkluderte bare innvandrergupper fra Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam.

Stratifisering

... slik at det ble tatt hensyn til demografiske og geografiske representative strata i Norge², vektet i henhold til befolkningstetthet (storby, by og land) og region/fylke. Den geografiske stratifiseringen fulgte en norsk standard tilsvarende den europeiske standarden «Nomenclature of Territorial Units for Statistics» (NUTS2).

NB: Innvandrertvalgene ble levert fra Folkeregisteret med telefonnummer levert av EVRY. Stratifisering var ikke mulig da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på lista for å oppnå ønskede antall svar.

Opprinningsprosedyre

... gjennom telefonintervjuer. Det ble utført bare ett intervju per husstand, og i hver husstand ble den som sist hadde fødselsdag intervjuet. Hvis ingen tok telefonen,

² Se **appendiks V** s. 140 for stratifiseringspunkter (sampling points) i *Befolkningens helsekompetanse, del I*.

kunne nummeret ringes opp ytterligere tre ganger (totalt fire ganger). For mobilnumre ble det gjort tilfeldige uttrekk innenfor hvert stratum. Hemmelige og ikke-registrerte numre ble ekskludert fra basen. Det ble rapportert et avvik knyttet til det pakistanske utvalget (se detaljer i **Tabell 5**).

Koronasituasjonen

... og respondentene ble spurt om koronasituasjonen hadde påvirket hvordan de svarte på spørsmålene.

Tabell 2: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det polske utvalget

Det polske utvalget		
Frafall og responsrate for HLS ₁₉ -undersøkelsen	Oppsett 1	Oppsett 2
Antall stratifiseringspunkter*	1	1
Antall telefonkontakter	3188	3195
Antall personer kontaktet	325	318
1. oppringning	85	62
2. oppringning	76	65
3. oppringning	71	56
4. oppringning	93	135
Antall avslag	108	110
Antall intervjuer avbrutt underveis	17	8
Antall netto intervjuer	200	200
Antall netto intervjuer med minst 80 % av «core-items» besvart**	187	166
Responsrate (%)	66,8 %	65,4 %
Responsrate (%) inkludert ikke-svar	7,3 %	7,1 %
Antall intervjuere	5	6
Gjennomsnitt intervjulengde	24:57	27:16
Korteste intervju	17:13	19:10
Lengste intervju	37:15	50:10
Feltarbeidet startet	06.08.2020	29.09.2020
Feltarbeidet avsluttet	24.08.2020	12.10.2020

*Kontakter ble levert fra Folkeregisteret med telefonnummer levert av EVRY. Stratifisering var ikke mulig da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på lista for å oppnå ønsket antall svar.

**Av det totale antallet HLS₁₉-«core-items» (f.eks. 47 + 31 spørsmål om bakgrunn i oppsett 1), må minst 80 % av disse være besvart for at intervjuet blir akseptert som «utfylt».

Tabell 3: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det somaliske utvalget

Det somaliske utvalget		
Frafall og responsrate for HLS ₁₉ -undersøkelsen	Oppsett 1	Oppsett 2
Antall stratifiseringspunkter*	1	1
Antall telefonkontakter	3799	3062
Antall personer kontaktet	1014	818
1. oppringning	384	372
2. oppringning	260	250
3. oppringning	159	159
4. oppringning	211	37
Antall avslag	777	548
Antall intervjuer avbrutt underveis	37	91
Antall netto intervjuer	200	179
Antall netto intervjuer med minst 80 % av «core-items» besvart**	168	137
Responsrate (%)	23,4 %	33 %
Responsrate (%) inkludert ikke-svar	6,7 %	9,3 %
Antall intervjuere	8	10
Gjennomsnitt intervjulengde	24:47	29:44
Korteste intervju	09:51	10:53
Lengste intervju	44:43	01:16:50
Feltarbeidet startet	19.08.2020	02.10.2020
Feltarbeidet avsluttet	12.09.2020	03.12.2020

*Kontakter ble levert fra Folkeregisteret med telefonnummer levert av EVRY. Stratifisering var ikke mulig da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på lista for å oppnå ønsket antall svar.

**Av det totale antallet HLS₁₉-«core-items» (f.eks. 47 + 31 spørsmål om bakgrunn i oppsett 1), må minst 80 % av disse være besvart for at intervjuet blir akseptert som «utfyllt».

Tabell 4: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det tyrkiske utvalget

Det tyrkiske utvalget		
Frafall og responsrate for HLS ₁₉ -undersøkelsen	Oppsett 1	Oppsett 2
Antall stratifiseringspunkter*	1	1
Antall telefonkontakter	2863	2313
Antall personer kontaktet	870	776
1. oppringning	418	387
2. oppringning	249	221
3. oppringning	175	136
4. oppringning	28	32
Antall avslag	653	589
Antall intervjuer avbrutt underveis	17	3
Antall netto intervjuer	200	152
Antall netto intervjuer med minst 80 % av «core-items» besvart**	199	150
Responsrate (%)	24,9 %	20 %
Responsrate (%) inkludert ikke-svar	7,9 %	6,9 %
Antall intervjuere	2	3
Gjennomsnitt intervjulengde	23:02	24:53
Korteste intervju	15:55	14:49
Lengste intervju	34:37	35:39
Feltarbeidet startet	28.07.2020	14.10.2020
Feltarbeidet avsluttet	13.10.2020	03.12.2020

*Kontakter ble levert fra Folkeregisteret med telefonnummer levert av EVRY. Stratifisering var ikke mulig da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på lista for å oppnå ønsket antall svar.

**Av det totale antallet HLS₁₉-«core-items» (f.eks. 47 + 31 spørsmål om bakgrunn i oppsett 1), må minst 80 % av disse være besvart for at intervjuet blir akseptert som «utfyllt».

Tabell 5: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det pakistanske (urdu-talende) utvalget

Det pakistanske (urdu-talende) utvalget		
Frafall og responsrate for HLS ₁₉ -undersøkelsen	Oppsett 1	Oppsett 2
Antall stratifiseringspunkter*	1	Ikke gj.ført
Antall telefonkontakter	6751	Ikke gj.ført
Antall personer kontaktet	1996	Ikke gj.ført
1. oppringning	***	Ikke gj.ført
2. oppringning	***	Ikke gj.ført
3. oppringning	***	Ikke gj.ført
4. oppringning	***	Ikke gj.ført
Antall avslag	1761	Ikke gj.ført
Antall intervjuer avbrutt underveis	35	Ikke gj.ført
Antall netto intervjuer	200	Ikke gj.ført
Antall netto intervjuer med minst 80 % av «core-items» besvart**	188	Ikke gj.ført
Responsrate (%)	11,8 %	Ikke gj.ført
Responsrate (%) inkludert ikke-svar	3,7 %	Ikke gj.ført
Antall intervjuere	4	Ikke gj.ført
Gjennomsnitt intervjulengde	21:12	Ikke gj.ført
Korteste intervju	07:44	Ikke gj.ført
Lengste intervju	01:13:24	Ikke gj.ført
Feltarbeidet startet	09.07.2020	Ikke gj.ført
Feltarbeidet avsluttet	22.11.2020	Ikke gj.ført

*Kontakter ble levert fra Folkeregisteret med telefonnummer levert av EVRY. Stratifisering var ikke mulig da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på lista for å oppnå ønsket antall svar.

**Av det totale antallet HLS₁₉-«core-items» (f.eks. 47 + 31 spørsmål om bakgrunn i oppsett 1), må minst 80 % av disse være besvart for at intervjuet blir akseptert som «utfyllt».

***For å oppnå 200 svar fra dette utvalget, var det nødvendig å ringe tilbake til alle som avsto eller ikke tok telefonen. På bakgrunn av dette var det ikke mulig å kalkulere antall svar etter antall oppringninger.

Tabell 6: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det vietnamesiske utvalget

Det vietnamesiske utvalget		
Frafall og responsrate for HLS ₁₉ -undersøkelsen	Oppsett 1	Oppsett 2
Antall stratifiseringspunkter*	1	1
Antall telefonkontakter	2631	2680
Antall personer kontaktet	648	742
1. oppringning	324	296
2. oppringning	207	248
3. oppringning	102	127
4. oppringning	15	299
Antall avslag	437	538
Antall intervjuer avbrutt underveis	11	4
Antall netto intervjuer	202	200
Antall netto intervjuer med minst 80 % av «core-items» besvart**	188	198
Responsrate (%)	32,6 %	27,5 %
Responsrate (%) inkludert ikke-svar	8,3 %	7,9 %
Antall intervjuere	2	2
Gjennomsnitt intervjulengde	34:47	32:41
Korteste intervju	22:36	14:38
Lengste intervju	01:07:55	1:20:01
Feltarbeidet startet	13.01.2021	16.02.2021
Feltarbeidet avsluttet	15.02.2021	04.03.2021

*Kontakter ble levert fra Folkeregisteret med telefonnummer levert av EVRY. Stratifisering var ikke mulig da det var nødvendig å kontakte tilnærmet alle på lista for å oppnå ønsket antall svar.

**Av det totale antallet HLS₁₉-«core-items» (f.eks. 47 + 31 spørsmål om bakgrunn i oppsett 1), må minst 80 % av disse være besvart for at intervjuet blir akseptert som «utfyllt».

2.3 Bakgrunnsvariabler

Nedenfor har vi beskrevet de ulike gruppene og bakgrunnsvariabler som vi vektlegger gjennom rapporten. Tallgrunnlag for sosiodemografiske variabler er presentert i **Tabell 7-12**.

Hele befolkningen Når tall for hele befolkningen presenteres, gjelder dette personer fra 16 år og over. For å sikre representativitet i befolkningen er utvalget vektet etter 176 stratifiseringspunkter, sammensatt av kjønn (x2), aldersgrupper (x8) og fylker (x11). Se **appendiks V** i rapport del I for oversikt over vekting.

Innvandrerbakgrunn Det er kjent at personer med innvandrerbakgrunn, som ikke snakker tilstrekkelig godt norsk, ofte er underrepresentert i befolkningsundersøkelser. Det er heller ikke hensiktsmessig å omtale personer med innvandrerbakgrunn som én gruppe. Prosjektet har derfor gjennomført separate undersøkelser blant fem utvalgte innvandrergrupper. Uttrekket ble gjort gjennom Folkeregisteret der opplysninger ble utlevert etter følgende kriterier

- * Fullt navn
- * Kjønn
- * Fødested
- * Statsborgerskap
- * Barn

Kjønn Respondentens kjønn ble registrert av intervjueren (ikke spurt om). Se **Tabell 7**.

Alder Respondentene oppga egen alder, og denne variabelen ble brukt til å dele inn i de to kategoriene vi rapporterer på; 16–45 år og ≥46 år. Inndelingen i to kategorier skyldes at det i enkelte utvalg er for få eldre personer til å dele inn i tre grupper. Se **Tabell 8**.

Utdanning Respondentene rapporterte høyeste fullførte utdanning, og intervjueren kodet dette i henhold til gjeldene koder (ISCED)

- * Ingen formell utdanning
- * Barneskole (noe grunnskole)
- * Ungdomsskole (fullført grunnskole)
- * Videregående skole (studiespesialisering, fagbrev eller tilsvarende)
- * Utdanning utover videregående skole, men ikke universitets- eller høyskoleutdanning (f.eks. fagskole og yrkesfag med påbygging)
- * Universitets- eller høyskoleutdanning, 1–2 år
- * Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 3 år (bachelor, cand.mag. eller tilsvarende)
- * Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 5 år (mastergrad, hovedfag eller tilsvarende)
- * Forskerutdanning (doktorgrad)

Vi rapporterer to utdanningsnivå, der nivå A er til og med videregående opplæring og B representerer utdanning utover videregående opplæring. Se **Tabell 9**.

Økonomisk status Respondentene rapporterte om egen betalingsevne i form av hvor lett eller hvor vanskelig det er å betale alle regninger og dekke alle utgifter hver måned. Utgiftene gjelder for eksempel egenandel for legemidler på resept eller kjøpe legemidler over disk eller lignende. Svarkategoriene er *veldig lett*, *lett*, *vanskelig*, *veldig vanskelig*. (Veldig) lett betegnes om høy økonomisk status, mens (veldig) vanskelig betegnes som lav økonomisk status. Se **Tabell 10**.

Helsestatus Respondentene selvrapporterte helseforhold, f.eks. om de har kroniske sykdommer, langvarige sykdommer, og andre helseforhold gjennom EQ-5D-skalaen. **Tabell 11** angir andel personer som har en eller flere langvarige sykdommer.

Botid Respondentene selvrapporterte botid i Norge. I våre analyser ble botiden gruppert i tre kategorier. Resultater presentert i denne rapporten tar utgangspunkt i kategoriene ≤ 5 år, 6-10 år og ≥ 11 år for botid. Se **Tabell 12**.

Arbeidsstatus Respondentene rapporterte egen arbeidsstatus. I de helseøkonomiske analysene ble to kategorier benyttet (i arbeid eller ikke).

Tabell 7: Kjønnfordelingen

Kjønn	Befolkningen* (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)**	Polen (%) ⁺	Somalia (%) ⁺	Tyrkia (%) ⁺	Vietnam (%) ⁺
	n=6000	n=200	n=400	n=379	n=352	n=402
Menn	49	53	62	40	62	45
Kvinner	51	47	38	60	38	55

⁺ Totalt for oppsett 1 og 2

^{**} Kun for oppsett 1

Tabell 8: Aldersfordelingen, ved bruk av to kategorier

Alder	Befolkningen* (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)**	Polen (%) ⁺	Somalia (%) ⁺	Tyrkia (%) ⁺	Vietnam (%) ⁺
	n=5991	n=196	n=397	n=355	n=347	n=401
16-45 år	52	40	57	79	58	36
≥ 46 år	48	60	43	21	42	64

⁺ Totalt for oppsett 1 og 2

^{**} Kun for oppsett 1

Tabell 9: Fordelingen av høyeste utdanningsnivå, ved bruk to kategorier

Utdanning	Befolkningen* (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)**	Polen (%) ⁺	Somalia (%) ⁺	Tyrkia (%) ⁺	Vietnam (%) ⁺
	n=5938	n=195	n=386	n=362	n=351	n=369
VGS eller lavere	38	57	50	83	56	56
Over VGS	62	43	50	17	44	44

⁺ Totalt for oppsett 1 og 2

^{**} Kun for oppsett 1

Respondenter i HLS₁₉-undersøkelsen har generelt høyere utdanning sammenliknet med Statistikkbankens tall for 2019 om befolkningens utdanningsnivå etter landbakgrunn (SSB, 2021a).

Tabell 10: Fordelingen av økonomisk status, ved bruk av to kategorier

Betalingsevne	Befolkningen* (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)**	Polen (%) ⁺	Somalia (%) ⁺	Tyrkia (%) ⁺	Vietnam (%) ⁺
	n=5878	n=194	n=390	n=359	n=350	n=381
Høy	92	86	90	91	69	84
Lav	8	14	10	9	31	16

⁺ Totalt for oppsett 1 og 2

^{**} Kun for oppsett 1

Tabell 11: Andel respondenter som har en eller flere langvarige sykdommer

Langvarig syk	Befolkningen* (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)**	Polen (%) ⁺	Somalia (%) ⁺	Tyrkia (%) ⁺	Vietnam (%) ⁺
	n=5945	n=194	n=390	n=369	n=348	n=397
JA	36	37	37	15	47	52
NEI	64	63	63	85	53	48

⁺ Totalt for oppsett 1 og 2

^{**} Kun for oppsett 1

Tabell 12: Fordelingen av botid i Norge, ved bruk av tre kategorier

Botid	Innvandrerbakgrunn				
	Pakistan (%)**	Polen (%) ⁺	Somalia (%) ⁺	Tyrkia (%) ⁺	Vietnam (%) ⁺
	n=180	n=391	n=345	n=346	n=397
≤5 år	14	14	13	21	10
6-10 år	9	35	41	8	7
≥11 år	77	51	46	71	83

⁺ Totalt for oppsett 1 og 2

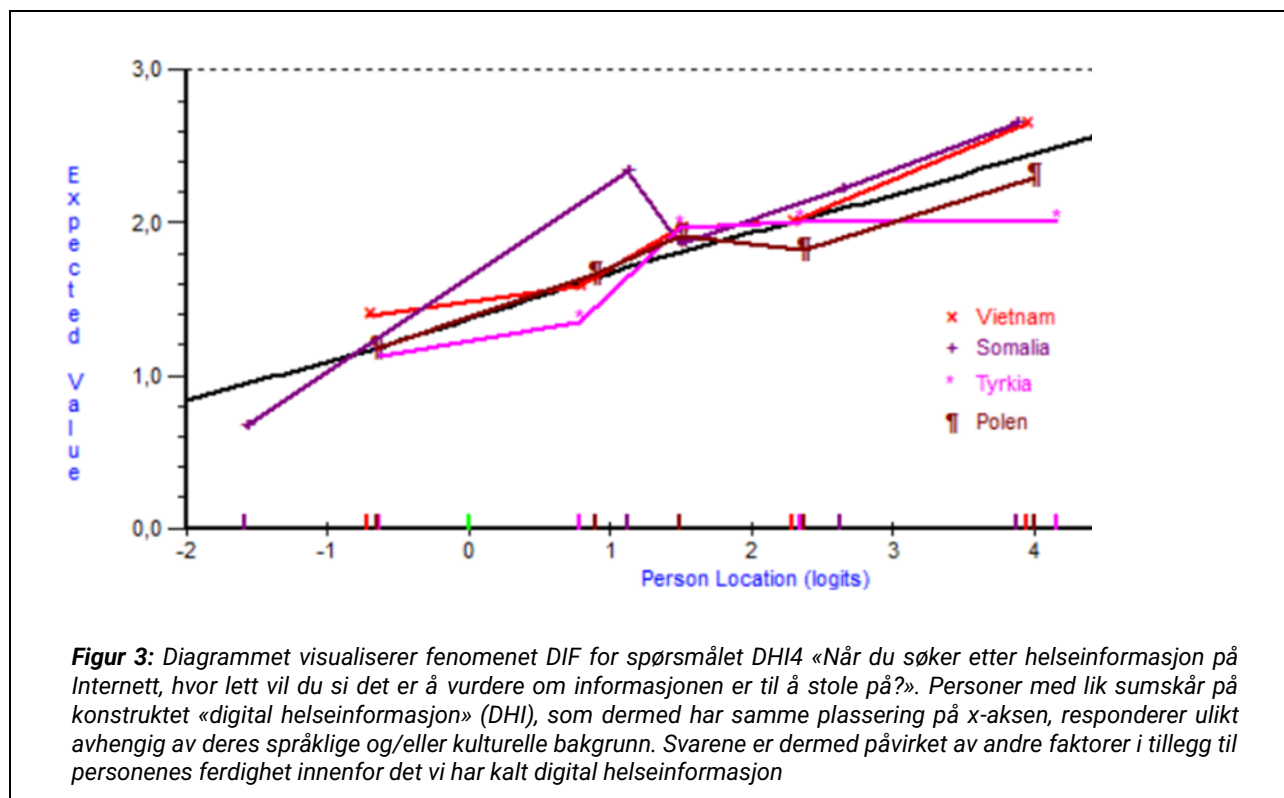
^{**} Kun for oppsett 1

2.4 Kort om Rasch-modellering

Vi har undersøkt måleskalaenes psykometriske egenskaper ved å teste data opp mot den endimensjonale Rasch-modellen for polytomt skårte oppgaver og spørsmål (Masters, 1982; Rasch, 1960), og vi har vurdert om svarkategoriene på de firedelte rating-skalaene fungerte som forventet – er såkalt «**ordnet**». Uordnete svarkategorier signaliserer at målingen ikke har fungert slik den skulle, og data samlet inn gjennom spørsmålet brukes da ikke som grunnlag for å vurdere personers kompetanse.

Når vi tester data opp mot Rasch-modeller, vurderer vi om observerte data i tilstrekkelig grad oppfyller forventningene til den teoretiske Rasch-modellen. Dersom et spørsmål «fanger opp» «for mye av noe annet» enn det spørsmålet var tiltenkt å måle – at noe annet enn helsekompetanse påvirker hvordan respondentene svarer, refererer vi til dette som «**underdiskriminerende**» spørsmål. Med det mener vi at

spørsmålet ikke greier å skille eller diskriminere tilstrekkelig godt mellom personer med lav og med høy helsekompetanse. Noen ganger kan spørsmål «fange opp» konstrukter som er *positivt* korrelert med helsekompetanse, slik som «kunnskap om vitenskapelig tenkemåte». Da kan vi observere at spørsmål skiller «for godt» mellom personer med lav og med høy helsekompetanse. Vi tester også om spørsmålene «virker» på samme måte for ulike grupper av respondenter – at for eksempel kjønn ikke i betydelig grad påvirker svarene på enkeltspørsmål. Dersom faktorer som alder, kjønn, utdanning, språklig og kulturell bakgrunn i betydelig grad påvirker svarene på enkelte spørsmål, refererer vi til dette som «**DIF**» (differential item functioning). Vi vurderer da om de spesifikke dataene bør forkastes eller kan ligge til grunn for måling av helsekompetanse. Vi har visualisert DIF i **Figur 3**.



I *Befolkningens helsekompetanse, del II* har vi unngått å sammenlikne *samleskår* mellom innvandrerutvalgene, fordi det typisk vil være DIF på tvers av innvandrergrupper. Årsaker kan være ulike tolkninger av spørsmål grunnet ulik kulturell bakgrunn og/eller nyansforskjeller i oversettelinger. Vi har imidlertid sammenliknet prosentandelene som svarer (veldig) vanskelig på *enkeltspørsmål*.

Ved bruk av Rasch-modellering vurderer vi også om par av spørsmål er «for like hverandre» og til en viss grad samler inn samme eller overflødig informasjon. Dette refererer vi til som «**svaravhengighet**» eller «statistisk avhengige spørsmål». Validiteten til måleinstrumenter som har til hensikt å måle latente trekk eller egenskaper, slik som helsekompetanse, økes ved å inkludere spørsmål som måler ulike aspekter ved trekket eller egenskapen (Andrich & Marais, 2019). For at det skal være matematisk forsvarlig å addere poeng fra enkeltspørsmål til en poengsum for et sett av spørsmål eller en skala, må dataene måleteknisk sett være «endimensjonale» (Smith, 2002). Dersom et sett av spørsmål er tilstrekkelig endimensjonale og ingen spørsmål er statistisk avhengige, kan vi si at målingen oppfyller «antakelsen om lokal uavhengighet». Høy reliabilitet eller pålitelighet følger av tilpasning til Rasch-modeller.

Ankerdesign

Ved bruk av Rasch-modellering estimerer vi gjerne først «item-parametere», slik som «vanskegraden» til oppgavene eller spørsmålene, og deretter personenes «dyktighet». Et unntak er såkalt «joint maximum likelihood» (JML) der disse estimeres samtidig, men denne metoden er befyngt med «bias». Vanligvis legger vi ingen betingelser på estimeringen av «item-parametere», men enkelte ganger er det hensiktsmessig å spesifisere en eller noen av disse på forhånd og estimere de resterende parametere ut fra disse startbetingelsene (fixed item calibration). Vi sier da at vi har «ankret» parametere.

Slike prosedyrer kan brukes dersom vi for eksempel ønsker å måle progresjon over tid. Ved å repetere noen identiske spørsmål i et spørreskjema gitt til to ulike utvalg av personer til forskjellig tid, kan vi skalere spørreskjemaene slik at de får samme «nullpunkt» eller referanseramme (Kolen & Brennan, 2014). Når vi så estimerer personenes dyktighet, kan vi sammenlikne ulike kohorter. Det ligger visse antakelser om fordeling til grunn for å gjøre dette, og det er mulig å teste invarians i anker-items ved likelihood ratio test (LRT) der «test-statistikken» er såkalt asymptotisk (store sampler) χ^2 -fordelt.

HLS₁₉-undersøkelsen i Norge samlet først inn data og rapporterte på et utvalg fra befolkningen (Le et al., 2021). Data ble deretter samlet inn fra innvandrerpulasjoner. I et forsøk på å få felles referanseramme på en gitt måleskala, skalerte vi ved å ankre på *alle* spørsmålene i skalaen (RUMM Laboratory, 2019, s. 59). De fem ulike innvanderutvalgene som svarte på spørreskjemaet oversatt til fem ulike språk, utgjorde så små utvalg at det ble vanskelig både å estimere stabile item-parametere (jf. invarians) og teste om forutsetningene for metoden var oppfylt. Vi har derfor bare i noen få tilfeller basert oss på slike ankerdesign, og vi har da vært *svært* varsomme med å tolke resultatene. Vi har istedenfor trukket konklusjoner ut fra deskriptiv statistikk på enkeltspørsmål.

2.5 Øvrige statistiske analyser

Vi har sammenliknet gjennomsnittsskåren til for eksempel kvinner og menn på en og samme måleskala, og vi har da brukt Rasch-baserte estimater og referert til logits*. Disse sammenlikningene er bare gjort innad i hver innvandrerpulasjon – ikke på tvers av populasjoner, og estimatene er dermed heller *ikke* basert på ankerdesign. Vi har testet forskjeller ved bruk av *t*-test (to uavhengige grupper) og *F*-test eller one-way ANOVA (mer enn to uavhengige grupper). I de tilfellene forutsetningene for *t*-test og *F*-test ikke var oppfylt, har vi brukt de ikke-parametriske testene Mann-Whitney U test og Kruskal–Wallis H test.

*) Hvis p betegner sannsynligheten for et utfall, slik som å svare riktig på en testoppgave, er $p/(1-p)$ den tilhørende oddsen og «logits» er en kortform av “logaritmen til oddsen”. Logits kan være negativ, og en forskjell på for eksempel 0,3–0,5 vil kunne tolkes til å være en betydelig forskjell. Se for eksempel <https://www.rasch.org/rmt/rmt72e.htm>.

2.6 Håndtering av manglende data

Svarkategorien «vet ikke» ble rekodet til manglende data («missing values»). Analysene er gjennomført ved bruk av software (RUMM2030Plus og ConQuest) som håndterer manglende data gjennom FIML (full information maximum likelihood). Basert på de spørsmålene som er besvart og uten å bruke «data imputation», kan vi dermed anslå et estimat for personer med manglende data på et sett av spørsmål som utgjør en måleskala.

2.7 Statistisk forskjellige kompetansenivåer

Når et sett med testoppgaver eller spørsmål er kalibrert ved Rasch-modellering, kan vi estimere en Rasch-basert «dyktighet» med standard error (SE) til hver raskår eller poengsum oppnådd på en måleskala. Et eksempel er dyktighetsestimatet -2,33 logits med standard error 0,49 til poengsummen 20 poeng. For poengsummen 27 har vi et tilsvarende dyktighetsestimatet -0,75 logits med standard error 0,48. Vi kan da bestemme om poengsummen 27 poeng ligger innenfor eller utenfor konfidensintervallet til poengsummen 20 poeng ved å beregne intervallets øvre grense $-2,33+(2*\text{SQRT}(0,49^2+0,48^2)) = -0,96$ og avgjøre at dyktighetsestimatet -0,75 ligger utenfor intervallet (Wright, 2001). Dermed er 27 poeng signifikant forskjellig fra 20 poeng, og vi har identifisert et ferdighetsnivå som er betydelig forskjellig fra 20 poeng. Slike poenggrenser danner, sammen med annen informasjon, et grunnlag for å sette «cut-off» for poengsummer som representerer «signifikant» forskjellige ferdighetsnivåer.

Når vi har spørsmål med fire svarkategorier, slik som «*veldig vanskelig*», «*vanskelig*», «*lett*» og «*veldig lett*», vil Rasch-modellering resultere i tre usentraliserte terskelverdier. Dersom terskelverdi nummer to tilhørende et gitt spørsmål er estimert til omtrent -0,75, kan vi kople svarkategorien «lett» på dette spørsmålet til ferdighetsnivået 27 poeng, og bruke det faglige innholdet i spørsmålet som grunnlag for å si hva personer med 27 poeng eller mer typisk synes er «lett» eller mestrer (Huynh, 1998). På denne måten estimerte vi og beskrev empirisk bestemte og kunnskapsbaserte kumulative ferdighetsnivåer (Van Wyke & Andrich, 2006) i rapport del I (Le et al., 2021).

Da ulike måleskalaer har ulike nullpunkt, kan vi *ikke* direkte sammenlikne fordeling av kompetanse mellom to måleskalaer. Vi kan ikke sammenlikne for eksempel **Tabell 27 og Tabell 33** og påstå at befolkningen har «bedre» helsekompetanse enn digitale ferdigheter. For eksempel viser **Tabell 34** at personer med lavt utdanningsnivå oppgir svakere digitale ferdigheter enn personer med høyere utdanningsnivå, og at dette er tilfellet for hver av de fem populasjonene (befolkningen og fire innvandrerpopulasjoner). Dette er en gyldig konklusjon, fordi vi sammenlikner oppnådd «skår» på den *samme måleskalaen* (generelle digitale ferdigheter) mellom to grupper (lavt og høyt utdanningsnivå) innenfor *samme populasjon*, og vi finner liknende mønster innenfor hver populasjon.

2.8 Helseøkonomiske analyser

Variablene som er benyttet

I de helseøkonomiske analysene i **Kapittel 7** er hovedmålet å finne ut i hvilken grad generell helsekompetanse (GHL) målt ved HLS₁₉-Q12-NO_Norwegian samvarierer med de to helseøkonomisk relevante variablene «Antall fastlegebesøk siste år» (representerer helsetjenestekostnader) og «helserelatert livskvalitet» målt ved instrumentet EQ-5D-5L. EQ-5D-5L er et måleinstrument som ofte legges til grunn for å estimere gevinster i helseøkonomiske evalueringer i form av QALYs (kvalitetsjusterte leveår), og den representerer samfunnskostnader i form av tappt helserelatert livskvalitet.

Tabell 13 viser spørsmålene som i rapport del I (Le et al., 2021) ble brukt til å måle helsekompetanse innenfor de tre helsefaglige domenene helsefremming (HP), sykdomsforebygging (DP) og helsetjeneste-relatert (HC), samt generell helsekompetanse (GHL). Rasch-modellering ligger til grunn for utvalget av spørsmål, og analysemetoden er beskrevet under punkt **2.4 Kort om Rasch-modellering**. I denne rapporten (del II) har vi i de økonomiske analysene bare benyttet «generell helsekompetanse» målt ved HLS₁₉-

Q12-NO_Norwegian, som vi for enkelthets skyld i forbindelse med de økonomiske analysene refererer til som Q12. Denne er beregnet ved først å regne ut samleskåren for de 12 spørsmålene og dividerte summen på antall spørsmål, altså 12. Dette gir et estimat for gjennomsnittskår pr. spørsmål, og det er denne verdien som er oppgitt i figurene i **Kapittel 7**. Respondenter som manglet data på ett eller flere av spørsmålene i Q12, er utelatt fra de helseøkonomiske analysene.

Bruken av EQ-5D-5L instrumentet er klarert med EuroQol.org, og vi benyttet en fritt tilgjengelig engelsk syntax-fil for å transformere svarene fra EQ-5D-5L-skjemaene over til en EQ-5D-5L-skår for hver respondent.

Tabell 13: Oversikt over spørsmålene som inngår i måleskalaer for generell helsekompetanse (GHL), det helsefremmende domenet (HP), det sykdomsforebyggende domenet (DP) og det helsetjenesterelaterte domenet (HC)

Konstrukt	HLS ₁₉ / HLS-EU Item nr. som inngår i måleskalaen
Generell helsekompetanse (GHL)	CORE-HL2, 7, 10, 14, 18, 23, 28, 30, 32, 38, 43, 44
Helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet (HP)	CORE-HL32, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 46
Helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet (DP)	CORE-HL17, 18, 22, 23, 24, 28, 30, 31
Helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (HC)	CORE-HL2, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14

Indeksen «Evne til å lese og skrive norsk» har verdiene 1–4 der verdien 1 er «best». Indeksen er satt sammen av de to variablene «Hvor godt forstår du skriftlig informasjon på norsk?» og «Hvor godt skriver du selv norsk?». Disse spørsmålene har fire svarkategorier hvor 1 er «svært godt» og 4 er «svært dårlig». Indeksen ble laget ved å summere verdiene på de to spørsmålene og dividere med to. Variabelen «Utdanning» viser antall år med utdanning for høyeste fullførte utdanning, inkludert grunnskolen.

Analyser ble utført for hver av de fem innvandrertutvalgene (personer med bakgrunn fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller fra Vietnam) og for den øvrige befolkningen. Disse utvalgene er gjensidig utelukkende. I tillegg ble innvandrertutvalgene slått sammen til ett nytt utvalg som ble kalt «Alle med innvandrerbakgrunn». Disse ble slått sammen, blant annet fordi deres enkeltutvalg var relativt små i utgangspunktet og en del av respondentene valgte å ikke svare på ett eller flere av de sentrale spørsmålene. Ved sammenslåingen unngår vi en del av usikkerheten og svakhetene ved små utvalg. Samleutvalget «Alle med innvandrerbakgrunn» kan videre supplere analysene av de andre enkeltutvalgene ved at vi her kan studere eventuelle felles trekk for innvandrergrupper. Det er viktig å merke seg at det er en del ulikheter mellom utvalgene som her er slått sammen til ett samleutvalg, og da bl.a. med hensyn til DIF på tvers av innvandrerutvalgene (se **Kapittel 2.4**). Resultatene vi finner for utvalget «Alle med innvandrerbakgrunn» må derfor tolkes med forsiktighet.

Tabell 14 gir en oversikt over variablene som inngår i analysene i **Kapittel 7**. Tabellen viser hvilke uavhengige variabler som ble benyttet til analysene av de to avhengige variablene. Det ble gjort analyser for generell helsekompetanse (Q12) opp mot hver av de to avhengige variablene.

I rapport del 1 ble også «antall dager helserelatert sykefravær pr. år» benyttet som avhengig variabel. Som følge av at de analysene viste relativt liten forklaringskraft og usikre resultater, har vi ikke inkludert denne variabelen i rapport del II.

Tabell 14: Uavhengige variabler som ble benyttet til å «forklare» varians i de avhengige variablene

Uavhengige variabler	Avhengige variabler		Verdier
	EQ-5D-5L skår	Antall fastlegebesøk pr. år	
Måleskalaer for helsekompetanse			
Generell helsekompetanse (Q12)	x	x	1–4
Kontrollvariablene			
Alder	x	x	år
Kjønn	x	x	0, 1
Utdanning (antall år)	x	x	0–21
Utdannet innen helse eller ikke	x	x	0, 1
Student	x	x	0, 1
Arbeidsløs	x	x	0, 1
Pensjonert	x	x	0, 1
Botid (antall år)			år
Indikator for lese- og skriveferdighet	x	x	1–4
Interaksjoner			
Utdanning X Q12	x	x	
Utdanning X Alder	x	x	
Q12 X Helseutdanning	x	x	
Kjønn X Helseutdanning	x	x	
Kjønn X Arbeidsløshet	x	x	
Kjønn X Helseutdanning X Utdanning	x	x	
Polynome transformasjoner			
Alder kvadrert	x	x	
Utdanning kvadrert	x	x	
Q12 kvadrert	x	x	
Botid kvadrert	x	x	

De statistiske analysene i Kapittel 7

I analysene av «antall fastlegebesøk pr. år» har vi basert oss på «Generalized linear models» (GLM) med gamma «distribution family», log «linkfunksjon» og med «robust» estimering av varians. Dette valget er bl.a. basert på Deb et al. (2017) og Glick et al. (2015). Alternativt til GLM kunne også «Count models» vært benyttet her (Deb et al., 2017). Spesielt er disse aktuelle ved f.eks. få mulige verdier på den avhengige variabelen (ofte 0, 1, 2, ...) og når det er et poeng å vise hvordan ulike uavhengige variabler påvirker fordelingen for den avhengige variabelen (f.eks. hvor stor andel av respondentene hadde henholdsvis 1, 2 eller 3 legebeseøk). I vår analyse kan den avhengige variabelen ha opptil 35 mulige verdier, om lag 20 % av respondentene har verdier som tilsier 4 eller flere legebeseøk og 17–23 % av utfallene har verdien 0. Videre var vårt fokus ikke på fordelingen for den avhengige variabelen. Som hovedanalysemetode er derfor GLM benyttet. Som en sammenlikning med GLM-analysene for fastlegebesøk benyttes også «Cont

models» basert på Poisson fordelingen og med «robust» estimering av varians. Resultatene for count-modellen sammenfaller i stor grad med resultatene for GLM-modellen både med hensyn til p -verdier og for estimerte forventningsverdier for antall fastlegebesøk. I analysene av «EQ-5D-5L» har vi i hovedsak basert oss på OLS og da med «robust» estimering av varians. Dette er anbefalt av bl.a. Pullenayegum et al. (2010). Vi sammenlikner i tillegg signifikansnivåene fra OLS-analysen mot analyser basert på «Generalized linear models» (GLM) med gaussian «distribution family» og identity «linkfunksjon» (Glick et al., 2015). De to analysene viser stor grad av sammenfall med hensyn til p -verdier for de aktuelle ulike forklaringsvariablene.

Alle analysene som ble gjort, var basert på «Exclude cases listwise» ved missing. Analysene ble utført i Stata 16.

Framgangsmåter for samtlige analyser baserte seg delvis på metoden beskrevet i Veierød et al. (2012), og går ut på at alle aktuelle variabler legges simultant inn i analysen og så kjøres den statistiske analysen. Variablen med den høyeste p -verdien tas ut og analysen gjøres på nytt. Dette gjentas til bare signifikante variabler er igjen, bortsett fra måleskalaen for generell helsekompetanse som uansett beholdes i modellen. Dernest legges inn og testes variabler på nytt som ble tatt ut tidligere i elimineringsprosessen, for å se om de eventuelt blir signifikante ved den nye kombinasjonen av uavhengige variabler. Samspill/interaksjon og polynome transformasjoner (kvadrerte ledd) ble lagt inn i analysene. Variablene som ble benyttet til dette, ble for analysene av utvalgene «Norge» og «Alle med innvandrerbakgrunn» lagt inn i modellen fra starten av elimineringsprosessen beskrevet ovenfor. Disse er vist i **Tabell 14**. For de mindre utvalgene valgte vi å legge inn samspill/interaksjonsleddene i analysene når vi til slutt la inn igjen på nytt variabler som hadde «falt ut» tidligere. Dette ble gjort da små utvalg har begrensninger på hvor mange variabler som kan legges inn samtidig i analysen. Likningene som vi her baserte oss på for relasjonen mellom utvalgsstørrelser og antall variabler, er hentet fra Tabachnick & Fidell (2007). I de tilfeller der ikke variablenes signifikansnivåer har gitt oss entydige svar, har vi også basert oss på de ulike modellenes forklaringskraft. De modellene en stod igjen med etter prosessen beskrevet ovenfor, er presentert i tabellene i **Kapittel 7**.

De ulike estimatorene sammenliknes som nevnt bl.a. ved å estimere gjennomsnittet for de avhengige variablene basert på regresjonslikningene. I disse estimeringene og for estimeringene som ligger til grunn for figurene i **Kapittel 7**, benyttes kommandoen margins i Stata. Se mer om metodene slike estimeringer er basert på i Cameron & Trivedi (2010) og Deb et al. (2017).

Kausalitet eller samvariasjon?

Analysene i **Kapittel 7** studerer styrken på samvariasjoner mellom måleskalaen for generell helsekompetanse (uavhengig variabel) og en avhengig variabel, slik som antall besøk hos fastlegen. Tverrsnittstudier vil ofte ha begrensninger med hensyn til å si noe om årsak-virkningsforhold. Mer egnede design for å si noe om dette er case-kontroll, kohort eller randomiserte kontrollerte studier design. At vi eventuelt finner samvariasjon er ikke tilstrekkelig for å konkludere med at det er årsaks-effekt forhold, men ett av flere forhold som bør være til stede for at vi kan snakke om at noe er årsak til noe annet, som f.eks. at økt helsekompetanse er årsak til økt helserelatert livskvalitet.

Kapittel 3:

Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrergupper

For første gang er helsekompetansen blant fem innvandrergupper i Norge kartlagt. Helsekompetanse handler om grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon innenfor ulike helserelaterte kontekster.

Helsekompetanse kan anses som vesentlig for å realisere «pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Kunnskap om ulike befolkningsgruppers helsekompetanse er avgjørende for å kunne tilpasse helseinformasjon og ulike intervensjoner til aktuelle målgrupper, men også legge til rette for at den enkelte kan være en aktiv deltaker i egen helsesituasjon. Forskere har foreløpig begrenset kunnskap om helsekompetansen i ulike innvanderpopulasjoner (Ward et al., 2019), og i sin systematiske litteraturgjennomgang etterlyser derfor Ward et al. (2019) et skarpere fokus på innvanderes helsekompetanse. Målet er å bedre helsen deres, og med bakgrunn i dette er det behov for å øke kunnskapen gjennom å kartlegge helsekompetansen i innvanderpopulasjoner.

Helsekompetanse omfatter de kognitive ferdighetene finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon med den hensikt å 1) fremme helse (helsefremming), 2) forebygge sykdom (sykdomsforebygging), og 3) håndtere og mestre sykdom (helsetjenesterelatert). På engelsk kalles domeneene «health promotion» (HP), «disease prevention» (DP) og «healthcare» (HC).

Fra et livsløpsperspektiv vil individer fra tid til annen bevege seg mellom ulike livssituasjoner som kan relateres til de helserelaterte kontekstene. Noen situasjoner kan skape en kombinasjon av flere helserelaterte kontekster, og dette kan oppleves i ulike sosiale kontekster eller ved ulike helsetilstander (Kickbusch et al., 2013; Sørensen et al., 2012).

3.1 Det helsefremmende domenet (Health Promotion)

Det helsefremmende domenet handler om personers ferdigheter i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i helsefremmende kontekster, som å fremme egen helse, familiemedlemmers helse eller helsen til personer i lokalsamfunnet. Dette handler om å kjenne til faktorer som kan påvirke helse, kunne ta avgjørelser basert på pålitelig helseinformasjon for å bedre helse og trivsel, samt å kunne engasjere seg i helsefremmende aktiviteter. Svake ferdigheter innenfor det helsefremmende domenet kan påvirke helsen i et livslangt perspektiv.

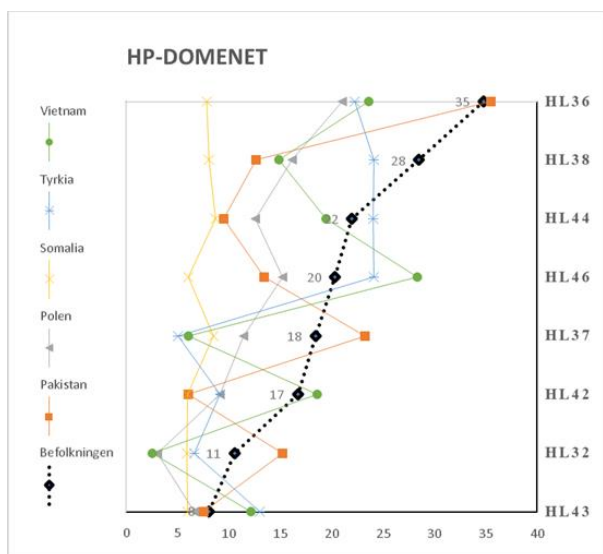
En lavere andel innvandrere, sammenliknet med befolkningen, oppgir å ha god eller svært god helse (Folkehelseinstituttet, 2018). Migrasjon kan utgjøre en påvirkningsfaktor på helsen i seg selv (Castañeda et al., 2015). Manglende kjennskap til helsedeterminanter, lite kjennskap til samfunnsstrukturer og oppbyggingen av helsesystemet, samt manglende språkferdigheter vil kunne medføre utfordringer i å fremme og ivareta egen eller familiens helse. På en annen side er sosial støtte og sosial integrering faktorer som er forbundet med god helse (Folkehelseinstituttet, 2018).

Tabell 15 gjengir de åtte spørsmålene som inngår i skalaen «HLS₁₉-Q8HP-NO», og andelen personer i hvert av innvanderutvalgene og i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene. Dette er også illustrert i **Figur 4**.

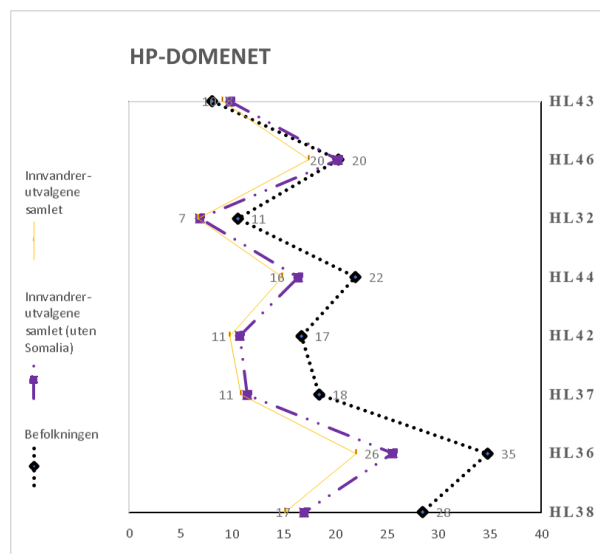
Tabell 15: Spørsmålene om helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet (HLS₁₉-Q8HP-NO) og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Polen, C=Pakistan, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[HL32] finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	11	3	15	6	7	3
[HL36] finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?	35	21	35	8	22	24
[HL37] forstå råd om helse fra familie eller venner?	18	11	23	8	5	6
[HL38] forstå informasjon på matemballasje?	29	16	13	8	24	15
[HL42] vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	17	9	6	6	9	19
[HL43] vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din?	8	7	8	6	13	12
[HL44] ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	22	13	10	9	24	19
[HL46] påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen din å gjøre?	20	15	13	6	24	28

Figur 4: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvanderutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsefremmende domenet; 4a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 4b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvanderutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 4a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvanderutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene innenfor det helsefremmende domenet



Figur 4b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvanderutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsefremmende domenet, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvanderutvalgene samlet (uten Somalia)

Hvis vi slår sammen innvanderutvalgene, var det bare på spørsmål HL43 (**Figur 4b**) at de i større grad enn befolkningsutvalget svarte (veldig) vanskelig. Det er spesielt personer med bakgrunn fra Tyrkia og personer med bakgrunn fra Vietnam som bidrar til denne forskjellen. **Figur 4b** viser at det er størst forskjell i favør av innvanderutvalgene på spørsmål HL38 (forstå informasjon på matemballasje).

Sammenliknet med befolkningsutvalget er det en høyere andel av personer med bakgrunn fra Tyrkia og med bakgrunn fra Vietnam som mener det er (veldig) vanskelig å påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen å gjøre (HL46; **Figur 4a**). Sammenliknet med befolkningsutvalget rapporterer en høyere andel personer med bakgrunn fra Pakistan det som (veldig) vanskelig å finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget (HL36), forstå råd om helse fra familie eller venner (HL37) og finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring (HL32). Personer i de ulike innvandererutvalgene kan ha tolket og oppfattet spørsmålene ulikt, enten på bakgrunn av kulturelle forskjeller eller på bakgrunn av eventuelle svakheter i oversettingen. Vi bør derfor være forsiktig med å sammenlikne befolkningsgruppene.

Konstruktet «helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8–32 «poeng» på konstruktet. Med utgangspunkt i befolkningsutvalget har vi definert tre kumulative nivåer, der 3 er høyeste nivå (**Tabell 16**). I **Tabell 16** har vi for befolkningsutvalget beregnet prosentandelen personer som skårer på hvert nivå. For eksempel viser **Tabell 16** at 27 % i befolkningsutvalget skårte på nivå 1. Disse nådde «minstekravet» eller mer for nivå 1, men de nådde ikke opp til «minstekravet» for å skåre på nivå 2. Hele 54 % skårte på nivå 2, og 72 % skårte på nivå 2 eller over – altså på nivå 2 eller 3.

Med bakgrunn i utvalget fra befolkningen, kan vi si at personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, sannsynligvis opplever utfordringer med å vurdere hvordan boforholdene kan påvirke helsen og trivselen (HL42). De vil også oppleve vansker med å ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen (HL44), samt påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen å gjøre (HL46). Vi gjør oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 16** bare eksemplifiserer typiske ferdigheter innenfor det helsefremmende domenet.

Tabell 16: Det helsefremmende domenet (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2996	n=200 ⁱ	n=200	n=196	n=200	n=202
Nivå 3	18	2	31	9	6	5
Nivå 2	54	78	54	82	63	68
Nivå 1	27	19	16	9	32	27
Under nivå 1	1	2	1	1	0	0

ⁱen fjerdedel av personer med bakgrunn fra Pakistan valgte å besvare spørreundersøkelsen på norsk.

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan utvalget fra befolkningen svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 16** også fordeling av innvanderergruppene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi være forsiktige og ikke overtolke tallene, og det er usikkert om beskrivelsen av typiske ferdigheter på nivåene i sin helhet kan overføres fra befolkningsutvalget. Vi velger likevel å påpeke at en større andel av det tyrkiske utvalget skårer på nivå 1, sammenliknet med utvalget fra befolkningen.

Tabell 17 identifiserer eventuelle forskjeller innenfor hvert av innvandererutvalgene, og viser gjennomsnittlig personestimat for helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet for bakgrunnsvariablene

kjønn, alder, utdanning, økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter), langvarig sykdom og botid i Norge. Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 17** er ikke basert på et ankerdesign.

Tabell 17: Gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe (det helsefremmende domenet)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	1,33 (n=1449)	1,51**# (n=1547)	1,42 (n=1594)	1,42 (n=1398)	1,32 (n=1105)	1,48**# (n=1869)	1,46 (n=2717)	1,00** (n=227)	1,29 (n=1084)	1,48**# (n=1882)	Ikke rapportert		
Pakistan	0,98 (n=107)	0,76 (n=93)	1,09 (n=79)	0,73** (n=117)	0,76 (n=112)	1,04 (n=83)	0,98 (n=166)	0,44* (n=28)	0,72 (n=71)	0,94 (n=123)	0,98 (n=26)	0,99 (n=16)	0,78 (n=138)
Polen	1,84 (n=112)	2,06 (n=88)	1,91 (n=119)	1,99 (n=80)	1,86 (n=88)	2,05 (n=106)	2,00 (n=167)	1,40 (n=28)	1,85 (n=69)	1,98 (n=125)	1,67 (n=33)	2,00 (n=69)	1,92 (n=92)
Somalia	1,50 (n=84)	1,50 (n=112)	1,49 (n=156)	1,71 (n=28)	1,58 (n=164)	1,23 (n=25)	1,51 (n=179)	1,33 (n=16)	1,26 (n=30)	1,57 (n=160)	1,56 (n=24)	1,42 (n=76)	1,59 (n=77)
Tyrkia	0,86 (n=134)	0,95 (n=66)	0,92 (n=116)	0,86 (n=82)	0,80 (n=112)	1,01 (n=87)	1,07 (n=136)	0,50** (n=64)	0,80 (n=90)	0,96 (n=110)	0,82 (n=45)	0,97 (n=18)	0,89 (n=134)
Vietnam	1,10 (n=85)	0,90 (n=117)	1,01 (n=73)	0,96 (n=129)	0,93 (n=103)	1,13 (n=77)	1,04 (n=165)	0,65* (n=26)	0,88 (n=105)	1,08 (n=92)	0,67 (n=16)	0,92 (n=17)	0,94 (n=166)

Merk: Spørsmålene HL32, HL36, HL37, HL42, HL43 og HL44 viste DIF for språk.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

Signifikant delvis grunnet utvalgsstørrelsen, men forskjellen er mindre enn 0,3 (jf. rapport del I).

Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir enkelte grupper små og det er vanskelig å kartlegge forskjeller. Det synes å være et mønster der helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet har sammenheng med økonomisk status. For tre av innvanderutvalgene (personer med bakgrunn enten fra Pakistan, Tyrkia eller Vietnam) hadde personer som rapporterte lav økonomisk status, betydelig lavere helsekompetanse enn de som rapporterte høy økonomisk status. Liknende tendenser ble også funnet blant personer med bakgrunn fra Polen og personer med bakgrunn fra Somalia. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det var betydelig færre personer som oppgav å ha lav økonomisk status sammenliknet med personer som oppga å ha høy status. Videre fant vi at personer med bakgrunn fra Pakistan som er 46 år eller eldre hadde betydelig lavere helsekompetanse enn de yngre med samme bakgrunn.

Oppsummering

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, finner vi at en høyere andel av personer med bakgrunn fra Tyrkia skårer på nivå 1 sammenliknet med befolkningsutvalget. Personer som skårer på dette nivået kan antas å ha til dels svak kompetanse innenfor det helsefremmende domenet. For eksempel vil personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, typisk oppleve utfordringer i det å vurdere hvordan boforholdene kan påvirke helsen og trivselen, ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen, samt påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen å gjøre. De vil dessuten sannsynligvis oppleve utfordringer i det å finne informasjon om tiltak som fremmer helse. Konsekvensen kan være at man kan være mindre oppmerksom på helsedeterminanter, ha mindre mulighet til å ta helsefremmende valg og at man på sikt er mer utsatt for sykdom. I enkelte innvanderutvalg samvarierer skår innenfor det helsefremmende domenet med økonomisk status

(Pakistan, Tyrkia og Vietnam). Det er også sammenheng mellom skår og alder, men det gjelder bare i det pakistanske utvalget.

3.2 Det sykdomsforebyggende domenet (Disease Prevention)

Det sykdomsforebyggende domenet omfatter personers ferdigheter i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i sykdomsforebyggende kontekster, som for eksempel å forholde seg til informasjon om usunne vaner, anbefalte helseundersøkelser og vaksiner en bør ta. Svake ferdigheter innenfor det sykdomsforebyggende domenet kan medføre at folk er mer utsatt for sykdom.

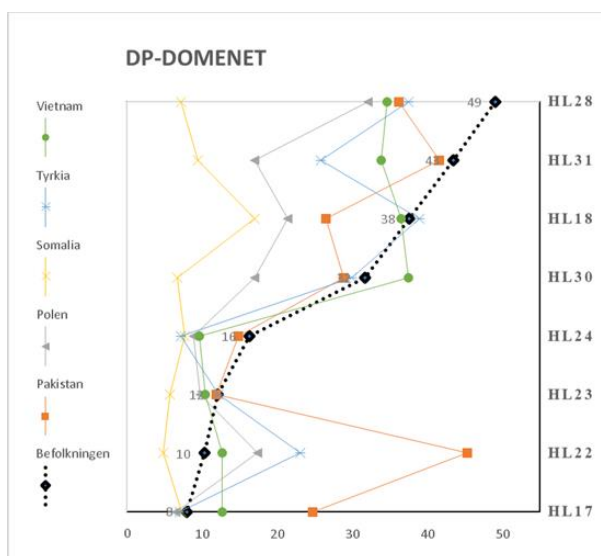
Levekårsundersøkelsen blant innvandrere (Kjøllesdal et al., 2019) viser at innvandrere er mindre fysisk aktive enn befolkningen for øvrig, og at andelen som røyker er høyere i enkelte innvandrerepopulasjoner sammenliknet med generell befolkning (Vrålstad & Wiggen, 2017). Enkelte innvandrerepopulasjoner har økt risiko for enkelte kroniske sykdommer, slik som for eksempel diabetes og hjerte-karsykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018; Kjøllesdal et al., 2019). Forekomsten av infeksjonssykdommer er også høyere blant personer med innvandrerbakgrunn. Det er derfor avgjørende å nå ut til målgruppene med tilpasset og kvalitetssikret helseinformasjon som enkeltpersoner er i stand til å bruke for å bli mer oppmerksom på risikofaktorer og hvordan fysisk og psykisk sykdom og plager kan forebygges.

Tabell 18 gjengir de åtte spørsmålene som inngår i skalaen «HLS₁₉-Q8DP-NO», og andelen personer i hvert av innvandrertutvalgene og i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene. Dette er også illustrert i **Figur 5** på neste side. For eksempel henviser variabelnavnet HL28 til spørsmål 28 i HLS₁₉-Q47-NO_Norwegian.

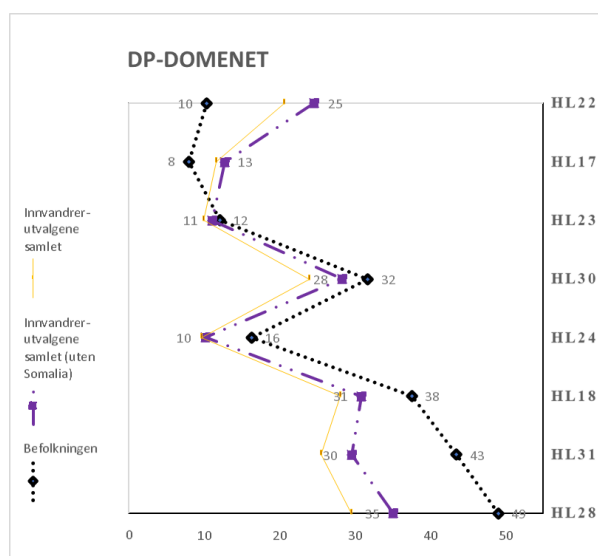
Tabell 18: Spørsmålene om helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet (HLS₁₉-Q8DP-NO) og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Polen, C=Pakistan, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[HL17] finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	8	6	25	7	7	13
[HL18] finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres?	38	21	26	17	39	37
[HL22] forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	10	17	45	5	23	13
[HL23] forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser?	12	10	12	6	12	10
[HL24] vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	16	9	15	8	7	10
[HL28] vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på?	49	32	36	7	37	35
[HL30] avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	32	17	29	7	30	37
[HL31] avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia?	43	17	42	9	26	34

Figur 5: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det sykdomsforebyggende domenet; 5a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 5b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 5a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det sykdomsforebyggende domenet



Figur 5b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det sykdomsforebyggende domenet, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)

Hvis vi slår sammen andelen av innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med andelen i befolkningsutvalget, viser **Figur 5b** at en høyere andel i innvandrertutvalgene svarte (veldig) vanskelig på spørsmål HL22 (forstå hvorfor en kan trenge vaksiner). Nær halvparten av personer med bakgrunn fra Pakistan oppgir dette som (veldig) vanskelig, mens rundt en femtedel av personer med bakgrunn fra Polen eller med bakgrunn fra Tyrkia mener det samme (**Figur 5a**). Vel en tredjedel av personer med bakgrunn fra Vietnam mener dessuten at det er (veldig) vanskelig å avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner (HL30). Å finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres (HL18) oppleves som utfordrende for vel en tredjedel av personer med bakgrunn fra Tyrkia og personer med bakgrunn fra Vietnam. Størst forskjell i andel (veldig) vanskelig responser i favør av innvandrertutvalgene var for spørsmål HL28 (vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på). Imidlertid hadde dette spørsmålet høyest vanskegrad i både befolkningsutvalget og i samlet innvandrertutvalg. Siden personer med ulik språklig og kulturell bakgrunn, kan ha tolket og oppfattet innholdet i spørsmålene ulikt, bør vi være forsiktig med å sammenlikne befolkningsgruppene.

Konstruktet «helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8-32 «poeng» på konstruktet. Vi har definert tre nivåer, der 3 er høyeste nivå (se **Tabell 19**). **Tabell 19** viser for eksempel at i befolkningsutvalget skårte 26 % på nivå 1, mens hele 74 % skårte på nivå 2 eller over (55 % skårte på nivå 2 og 19 % skårte på nivå 3).

Med utgangspunkt i utvalget fra befolkningen, kan vi si at personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, sannsynligvis opplever utfordringer med å avgjøre hvordan en kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner (HL30). De vil også oppleve vansker med å vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på (HL28), ta avgjørelser på bakgrunn av informasjon i massemedia på hvordan de kan unngå sykdom (HL31) og finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres (HL18). Vi gjør imidlertid oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 18** bare eksemplifiserer typiske ferdigheter for helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet.

Tabell 19: Det sykdomsforebyggende domenet (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2996	n=200	n=200	n=191	n=199	n=202
Nivå 3	19	1	26	16	5	5
Nivå 2	55	63	58	70	65	64
Nivå 1	26	30	16	14	29	30
Under nivå 1	0	7	2	1	1	1

ⁱen fjerdedel av personer med bakgrunn fra Pakistan valgte å besvare spørreundersøkelsen på norsk.

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 19** også fordeling av innvandrergruppene på de tre predefinerte nivåene. Vi må være forsiktige og ikke overtolke tallene, og det er usikkert om beskrivelsen av typiske ferdigheter på nivåene i sin helhet kan overføres fra befolkningsutvalget. Vi velger likevel å påpeke at en høyere andel av personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam skårer på nivå 1 eller under, sammenliknet med utvalget fra befolkningen.

Tabell 20 på neste side identifiserer eventuelle forskjeller i helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet for hvert av innvandrerutvalgene, og viser gjennomsnittlig personestimat for bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter), langvarig sykdom og botid i Norge. Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 20** er ikke basert på et ankerdesign.

Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir enkelte grupper små, og det er vanskelig å kartlegge forskjeller. Det synes å være et mønster der helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet har sammenheng med utdanning og økonomisk status. For tre av innvandrerutvalgene (personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam) hadde personer som rapporterte videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanning, betydelig lavere helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet enn de med mer utdanning. Liknende tendenser ble også funnet blant personer med bakgrunn fra Polen. Personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam som rapporterte lav økonomisk status, hadde også betydelig lavere helsekompetanse enn de som rapporterte høy økonomisk status. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det var betydelig færre personer som oppgav å ha lav økonomisk status sammenliknet med personer som oppga å ha høy status. Videre fant vi at kvinner med bakgrunn fra Vietnam skårer betydelig lavere enn menn med samme bakgrunn. For personer med bakgrunn fra Somalia eller Vietnam fant vi dessuten at personer med langvarig sykdom

hadde betydelig lavere helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet sammenliknet med personer som ikke har slik sykdom.

Tabell 20: Gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe (sykdomsforebyggende domenet)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	1,03 (n=1448)	1,31** (n=1548)	1,22 (n=1594)	1,12**# (n=1398)	0,97 (n=1104)	1,29** (n=1870)	1,46 (n=2717)	1,00** (n=227)	1,10 (n=1084)	1,21** (n=1882)	Ikke rapportert		
Pakistan	0,54 (n=107)	0,31 (n=93)	0,58 (n=79)	0,33 (n=117)	0,24 (n=112)	0,70** (n=83)	0,98 (n=166)	0,44* (n=28)	0,43 (n=71)	0,47 (n=123)	0,46 (n=26)	0,51 (n=16)	0,34 (n=138)
Polen	1,36 (n=112)	1,76* (n=88)	1,52 (n=119)	1,57 (n=80)	1,38 (n=88)	1,70 (n=106)	2,00 (n=167)	1,40 (n=28)	1,44 (n=69)	1,59 (n=125)	1,43 (n=33)	1,48 (n=69)	1,61 (n=92)
Somalia	1,44 (n=82)	1,28 (n=109)	1,38 (n=152)	1,41 (n=27)	1,38 (n=162)	1,31 (n=22)	1,51 (n=179)	1,33 (n=16)	0,92 (n=30)	1,46** (n=156)	1,50 (n=23)	1,36 (n=75)	1,32 (n=75)
Tyrkia	0,63 (n=133)	0,77 (n=66)	0,77 (n=115)	0,55 (n=82)	0,51 (n=111)	0,90** (n=87)	1,07 (n=136)	0,50** (n=64)	0,55 (n=89)	0,78 (n=110)	0,82 (n=45)	0,79 (n=17)	0,60 (n=134)
Vietnam	0,97 (n=85)	0,62** (n=117)	0,77 (n=73)	0,76 (n=129)	0,63 (n=103)	1,03** (n=77)	1,04 (n=165)	0,65** (n=26)	0,64 (n=105)	0,93* (n=92)	0,65 (n=16)	0,59 (n=17)	0,78 (n=166)

Merk: Spørsmålene HL17, HL18, HL22 og HL28 viste DIF for språk.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

Signifikant delvis grunnet utvalgsstørrelsen, men forskjellen er mindre enn 0,3 (jf. rapport del I).

Oppsummering

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, finner vi at en større andel av personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam skårer på nivå 1 sammenliknet med befolkningsutvalget. Personer som skårer på dette nivået, kan antas å ha til dels svak kompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet. Det synes å være et mønster i enkelte innvandrerrutvalg (Pakistan, Tyrkia og Vietnam) der skår innenfor det sykdomsforebyggende domenet samvarierer med utdanning og økonomisk status.

3.3 Spørsmål om vaksiner og vaksinerings

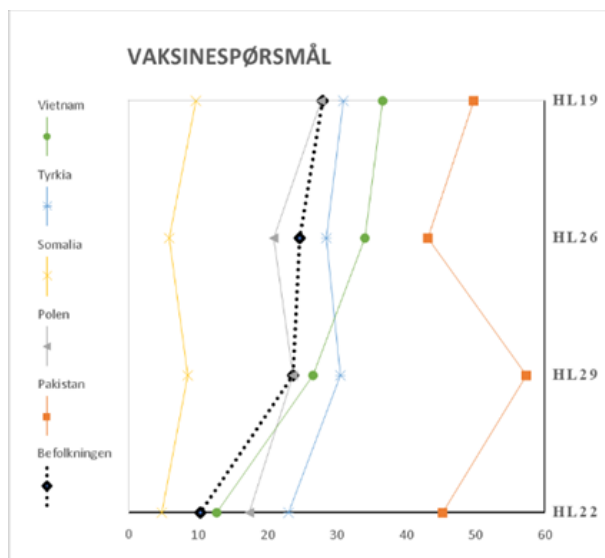
Innenfor det sykdomsforebyggende domenet ble det dessuten stilt fire spørsmål som handler om å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon om vaksiner (se **Tabell 21**), noe som kan være særlig relevant i dagens situasjon. Vi vil likevel gjøre oppmerksom på at spørsmålene dreier seg om vaksiner generelt, ikke spesifikt vaksine mot koronavirus. En betydelig andel av personer med bakgrunn fra Pakistan, med bakgrunn fra Tyrkia og med bakgrunn fra Vietnam opplever det som (veldig) vanskelig å finne informasjon om anbefalte vaksiner (HL19), vurdere hvilke vaksiner en trenger (HL26), eller avgjøre om man har behov for influensavaksine (HL29). Resultatene tyder på at personer med bakgrunn fra Pakistan opplever de største utfordringene (se **Figur 6** og **Tabell 21**), hvor rundt halvparten rapporterer vanskeligheter.

Hvis vi slår sammen andelene av innvandrerrutvalgene som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 6b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmål HL22 (forstå hvorfor en kan trenge vaksiner). Forskjellen er på 15 % når det somaliske utvalget ikke er inkludert. Det pakistanske utvalget bidrar mest i denne forskjellen, siden hele 45 % i dette utvalget opplever dette som (veldig) vanskelig.

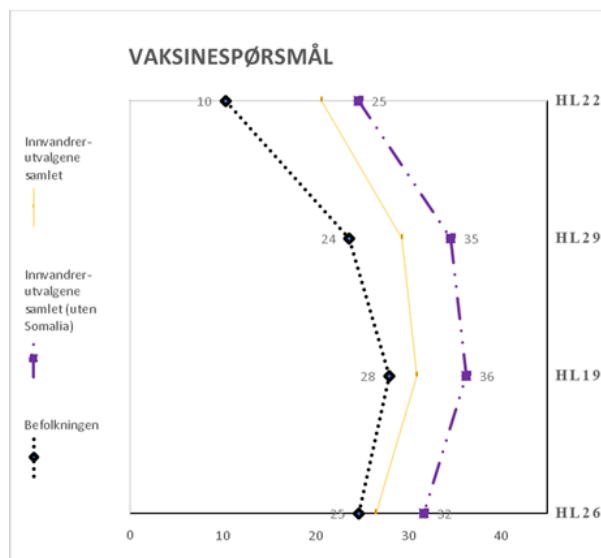
Tabell 21: Spørsmålene om vaksiner, og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Polen, C=Pakistan, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[HL19] finne informasjon om vaksiner som anbefales til deg eller familien din?	28	28	50	10	31	37
[HL22] forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	10	17	45	5	23	13
[HL26] vurdere hvilke vaksiner du eller familien din trenger?	25	21	43	6	29	34
[HL29] avgjøre om du har behov for influensavaksine?	24	24	57	9	31	27

Figur 6: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene om vaksiner; 6a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 6b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 6a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene om vaksiner



Figur 6b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene om vaksiner, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)

Tabell 22 på neste side viser andelen i innvandrertutvalgene som har svart (veldig) vanskelig på de fire vaksinespørsmålene fordelt på ulike bakgrunnsvariabler. For de fleste av innvandrertutvalgene er det en større andel av dem som rapporterer lav økonomisk status som opplever det som (veldig) vanskelig å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon om vaksiner. I det polske og det tyrkiske utvalget er det en større andel menn enn kvinner som opplever dette som (veldig) vanskelig. Blant personer med bakgrunn fra Pakistan eller med bakgrunn fra Polen, rapporterer også en større andel av dem som snakker dårlig norsk eller har vanskeligheter med å forstå skriftlig informasjon, vanskeligheter med å forholde seg til informasjon om vaksiner enn de som rapporterer gode ferdigheter i norsk. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det er relativt få personer i de ulike gruppene.

Tabell 22: Andelen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om vaksiner, fordelt på ulike bakgrunnsvariabler

Landmodul	Spørsmål	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Snakker norsk ^{iv}		Forstår skriftlig informasjon på norsk ^{iv}	
		M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	G	D	G	D
Befolkningen	HL19	392 (29)	389 (27)	426 (28)	354 (27)	323 (32)	452 (26)	675 (27)	91 (44)	297 (29)	479 (27)	Ikke rapportert		770 (28)	10 (59)
	HL22	161 (11)	143 (9)	149 (9)	155 (11)	157 (15)	143 (8)	259 (10)	40 (18)	119 (11)	185 (10)			300 (10)	3 (17)
	HL26	392 (28)	323 (22)	387 (25)	328 (24)	327 (31)	378 (21)	619 (24)	82 (37)	263 (25)	448 (25)			706 (25)	8 (44)
	HL29	368 (26)	324 (21)	453 (29)	238 (18)	293 (27)	395 (22)	607 (23)	71 (33)	242 (23)	447 (24)			682 (24)	9 (50)
Pakistan	HL19	49 (51)	41 (49)	30 (43)	60 (56)	62 (63)	26 (33)	70 (47)	17 (63)	31 (48)	56 (50)	47 (42)	39 (75)	46 (39)	43 (71)
	HL22	42 (41)	44 (51)	28 (38)	57 (50)	60 (58)	25 (31)	68 (44)	14 (50)	33 (49)	50 (43)	50 (42)	33 (60)	47 (38)	39 (61)
	HL26	40 (40)	42 (47)	25 (34)	56 (50)	60 (57)	20 (25)	65 (42)	14 (50)	27 (41)	52 (44)	45 (39)	33 (58)	41 (33)	38 (60)
	HL29	56 (57)	49 (58)	44 (60)	58 (54)	70 (70)	31 (39)	85 (57)	17 (61)	35 (53)	65 (58)	58 (51)	41 (77)	60 (50)	44 (72)
Polen	HL19	33 (36)	15 (19)	29 (27)	19 (29)	26 (35)	21 (23)	36 (24)	12 (57)	20 (35)	26 (24)	24 (24)	21 (33)	26 (24)	21 (34)
	HL22	19 (18)	14 (17)	20 (17)	13 (18)	15 (18)	18 (18)	23 (14)	10 (42)	12 (19)	21 (17)	15 (14)	15 (21)	15 (13)	16 (24)
	HL26	23 (23)	16 (19)	23 (29)	16 (23)	17 (22)	20 (19)	29 (19)	10 (40)	14 (23)	24 (20)	18 (16)	17 (25)	18 (15)	19 (28)
	HL29	27 (26)	17 (21)	27 (24)	17 (23)	21 (25)	22 (22)	34 (22)	10 (39)	18 (29)	25 (21)	22 (21)	19 (27)	24 (21)	18 (26)
Somalia	HL19	9 (11)	8 (8)	11 (8)	3 (12)	13 (9)	2 (10)	14 (9)	2 (13)	6 (21)	11 (8)	13 (8)	4 (36)	12 (7)	4 (33)
	HL22	4 (5)	5 (5)	6 (4)	3 (12)	6 (4)	1 (5)	8 (5)	1 (6)	2 (7)	7 (5)	7 (4)	1 (8)	8 (5)	1 (8)
	HL26	5 (7)	5 (5)	5 (4)	2 (8)	9 (6)	1 (6)	7 (5)	3 (20)	3 (11)	7 (5)	9 (6)	1 (9)	8 (5)	1 (9)
	HL29	6 (8)	8 (9)	12 (9)	0	10 (7)	2 (11)	11 (7)	3 (20)	4 (17)	10 (7)	13 (9)	1 (11)	13 (8)	1 (10)
Tyrkia	HL19	42 (34)	15 (24)	32 (30)	24 (32)	36 (36)	20 (24)	28 (23)	29 (48)	24 (30)	33 (32)	44 (30)	12 (36)	46 (30)	11 (34)
	HL22	33 (26)	12 (18)	21 (19)	23 (28)	31 (28)	13 (16)	23 (17)	22 (35)	24 (28)	21 (19)	36 (23)	8 (23)	35 (22)	10 (30)
	HL26	40 (31)	15 (23)	30 (27)	24 (30)	30 (28)	24 (29)	29 (22)	26 (42)	28 (33)	27 (25)	42 (27)	12 (34)	44 (28)	11 (33)
	HL29	40 (31)	19 (29)	42 (37)	16 (21)	33 (31)	25 (29)	28 (21)	31 (50)	24 (28)	35 (32)	49 (32)	9 (26)	52 (33)	7 (21)
Vietnam	HL19	21 (31)	39 (40)	25 (43)	35 (33)	36 (44)	19 (28)	43 (32)	12 (63)	29 (34)	29 (38)	38 (33)	20 (49)	34 (30)	24 (50)
	HL22	10 (13)	14 (13)	12 (17)	12 (10)	11 (12)	10 (14)	11 (7)	11 (44)	14 (14)	9 (11)	14 (11)	9 (18)	14 (11)	9 (16)
	HL26	26 (35)	34 (34)	28 (41)	32 (30)	33 (38)	20 (28)	46 (32)	10 (46)	31 (35)	28 (33)	40 (32)	17 (40)	35 (29)	22 (43)
	HL29	17 (21)	35 (30)	23 (32)	29 (23)	25 (25)	24 (32)	42 (26)	7 (28)	26 (26)	25 (28)	35 (26)	15 (28)	34 (27)	16 (25)

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

^{iv} G=godt, D=dårlig

Oppsummering

Personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller fra Vietnam opplever større utfordringer med å finne og forstå informasjon om vaksiner, samt vurdere og avgjøre hvilke vaksiner man har behov for sammenliknet med befolkningsutvalget. Svakere ferdigheter medfører konsekvenser når en skal avgjøre hvor vidt

en trenger vaksiner eller ikke. Dette kan ha betydning både når det gjelder vaksinasjonsprogrammet generelt, reisevaksinasjon og vaksiner mot koronavirus. Dermed bør slik informasjon gjøres mer tilgjengelig og være bedre tilpasset disse målgruppene.

3.4 Det helsetjenesterelaterte domenet (Healthcare)

Det helsetjenesterelaterte domenet omfatter personers ferdighet i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i helsetjenesterelaterte kontekster som pasient eller bruker av helsetjenesten, som for eksempel å finne ut hvor en kan få profesjonell hjelp dersom det er behov for det, finne informasjon om behandlinger, og vurdere fordelene og ulempene ved ulike behandlinger. Det omfatter også å kunne følge råd og anbefalinger fra legen eller ansatte på apotek, vite hva en bør gjøre i en akutsituasjon og anvende legemidler som foreskrevet. Svake ferdigheter innenfor det helsetjenesterelaterte domenet kan påvirke hvordan en agerer på ulike symptomer og mestrer egen sykdom.

Personer med innvandrerbakgrunn bruker fastlege sjeldnere og legges sjeldnere inn på sykehus sammenliknet med befolkningen ellers (Folkehelseinstituttet, 2018). Det kan imidlertid være flere grunner til at de i mindre grad oppsøker helsetjenesten. Det kan skyldes mindre kjennskap til helsetjenesten, ikke kjenner til hvor man skal henvende seg, eller har mindre kunnskap om symptomer, og hvilke symptomer som krever tilsyn av helsepersonell.

Tabell 23 gjengir de åtte spørsmålene som inngår i skalaen «HLS₁₉-Q8HC-NO», og **Figur 7** på neste side viser andelen i hvert av innvandererutvalgene og i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål. For eksempel henviser variabelnavnet HL11 til spørsmål 11 i HLS₁₉-Q47-NO_Norwegian.

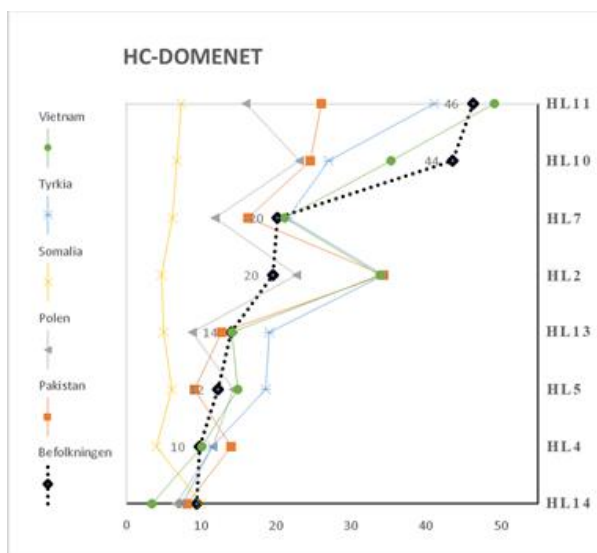
Tabell 23: Spørsmålene om helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (HLS₁₉-Q8HC-NO) og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Polen, C=Pakistan, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[HL2] finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	20	23	34	5	34	34
[HL4] finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk?	10	12	14	4	12	10
[HL5] forstå det som legen sier til deg?	12	14	9	6	19	15
[HL7] forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon?	20	12	16	6	22	21
[HL10] vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	44	23	25	7	27	35
[HL11] vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?	46	16	26	7	41	49
[HL13] bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	14	9	13	5	19	14
[HL14] følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	9	7	8	10	8	3

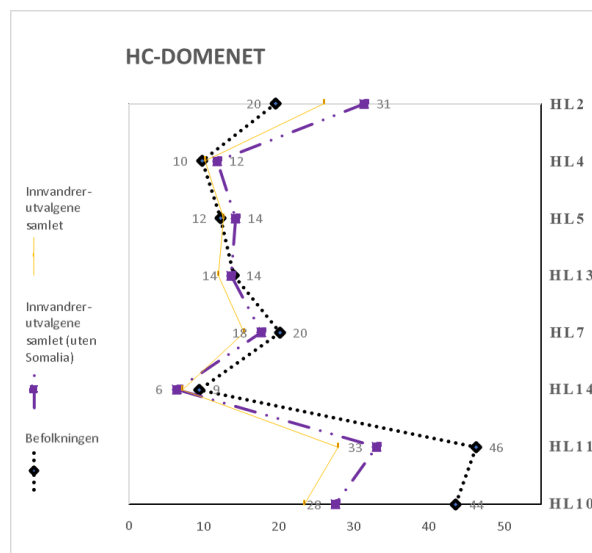
Hvis vi slår sammen andelene av innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 7b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmål HL2 (finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg). Forskjellen sammenliknet med

befolkningsutvalget er størst for personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller Vietnam, hvor over en tredjedel opplever dette som (veldig) vanskelig (**Figur 7a**). Størst forskjell i favør av innvandrertutvalgene samlet fant vi for spørsmål HL10 (vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger). Rundt halvparten av det vietnamesiske utvalget opplever det som (veldig) vanskelig å vurdere om de trenger en ny vurdering fra en annen lege («second opinion»; HL11). En stor andel av personer med tyrkisk opprinnelse opplever dette også som en utfordring (41%). Rundt en femdel av personer med bakgrunn fra Tyrkia rapporterer at de opplever det som (veldig) vanskelig å forstå det som legen sier (HL5), samt bruke denne informasjonen til å ta avgjørelser om egen sykdom (HL13). Personer med ulik språklig og kulturell bakgrunn, kan ha tolket og oppfattet innholdet i spørsmålene ulikt. Vi bør derfor være forsiktig med å sammenlikne befolkningsgruppene.

Figur 7: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsetjenesterelaterte domenet; 7a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 7b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 7a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsetjenesterelaterte domenet



Figur 7b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsetjenesterelaterte domenet, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)

Konstruktet «helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8-32 «poeng» på konstruktet. Med utgangspunkt i utvalget fra befolkningen har vi definert tre kumulative nivåer, der 3 er høyeste nivå (se **Tabell 24**). I **Tabell 24** har vi for befolkningen beregnet prosentandelen personer som skårer på hvert nivå. **Tabell 24** viser at 22 % i befolkningsutvalget skårte på nivå 1 eller under. Disse nådde «minstekravet» eller mer for nivå 1, men de nådde ikke opp til «minstekravet» for å skåre på nivå 2. Hele 78 % skårte på nivå 2 eller over – altså på nivå 2 eller 3.

Med utgangspunkt i utvalget fra befolkningen, kan vi si at personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, sannsynligvis opplever utfordringer med blant annet å forstå det som legen sier (HL5), finne informasjon om behandlinger av sykdommer (HL2) og forstå informasjon om hva som bør gjøres i en

medisinsk akuttstusjon (HL7). Vi gjør imidlertid oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 23** kun utgjør eksempler på typiske ferdigheter for helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet.

Tabell 24: Det helsetjenesterelaterte domenet (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2999	n=200	n=200	n=200	n=200	n=202
Nivå 3	21	4	28	26	9	5
Nivå 2	57	78	60	68	57	66
Nivå 1	21	12	11	6	31	29
Under nivå 1	1	7	2	1	4	0

¹en fjerdedel av personer med bakgrunn fra Pakistan valgte å besvare spørreundersøkelsen på norsk.

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 24** også fordeling av innvandrerutvalgene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi være forsiktige og ikke overtolke tallene, og det er usikkert om beskrivelsen av typiske ferdigheter på nivåene i sin helhet kan overføres fra befolkningsutvalget. Vi velger likevel å påpeke den relativt høye andelen på nivå 1 i det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget. Denne tolkningen finner støtte i hvordan disse innvandrerutvalgene svarte på enkeltspørsmålene som inngår i konstruktet helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (**Figur 7**).

Tabell 25 identifiserer eventuelle forskjeller *innenfor* hvert av innvandrerutvalgene, og viser gjennomsnittlig personestimat innenfor helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet for bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter), langvarig sykdom og botid i Norge. Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 25** er *ikke* basert på et ankerdesign.

Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir enkelte grupper små og det er vanskelig å kartlegge forskjeller. Det synes å være et mønster der helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet har sammenheng med utdanning (Polen og Vietnam) og økonomisk status (Tyrkia og Vietnam). Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det var betydelig færre personer som oppgav å ha lav økonomisk status sammenliknet med personer som oppga å ha høy status. Videre finner vi at kvinner med bakgrunn fra Vietnam har betydelig lavere helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet enn menn med samme bakgrunn. I det vietnamesiske utvalget skårer dessuten personer med langvarig sykdom betydelig lavere enn de som ikke har slik sykdom. Personer ≥ 46 år i det pakistanske utvalget har betydelig lavere gjennomsnittsskår enn de som er yngre. Personer i det tyrkiske utvalget som rapporterer en botid på fem år eller mindre ble funnet å ha betydelig lavere helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet enn de med lenger botid.

Tabell 25: Gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe (helsetjenesterelaterte domenet).

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	1,21 (n=1451)	1,35**# (n=1548)	1,29 (n=1595)	1,27 (n=1400)	1,10 (n=1107)	1,39** (n=1870)	1,33 (n=2720)	0,86** (n=227)	1,22 (n=1086)	1,31 (n=1882)	Ikke rapportert		
Pakistan	0,74 (n=107)	0,58 (n=93)	0,88 (n=79)	0,51* (n=117)	0,53 (n=112)	0,84 (n=83)	0,74 (n=166)	0,34 (n=28)	0,58 (n=71)	0,70 (n=123)	0,79 (n=26)	0,82 (n=16)	0,60 (n=138)
Polen	1,44 (n=112)	1,86 (n=88)	1,71 (n=119)	1,53 (n=80)	1,37 (n=88)	1,85* (n=106)	1,69 (n=167)	1,07 (n=28)	1,46 (n=69)	1,74 (n=125)	1,28 (n=33)	1,48 (n=69)	1,82 (n=92)
Somalia	1,60 (n=87)	1,67 (n=113)	1,64 (n=159)	1,87 (n=28)	1,68 (n=168)	1,51 (n=25)	1,65 (n=183)	1,51 (n=16)	1,48 (n=30)	1,70 (n=164)	1,85 (n=24)	1,82 (n=77)	1,54 (n=79)
Tyrkia	0,67 (n=134)	0,77 (n=66)	0,77 (n=116)	0,62 (n=82)	0,59 (n=112)	0,85 (n=87)	0,90 (n=136)	0,30** (n=64)	0,60 (n=90)	0,79 (n=110)	0,44* (n=45)	0,96 (n=18)	0,73 (n=134)
Vietnam	0,83 (n=85)	0,51* (n=117)	0,60 (n=73)	0,67 (n=129)	0,50 (n=103)	1,00** (n=77)	0,73 (n=165)	0,31* (n=26)	0,53 (n=105)	0,81* (n=92)	0,35 (n=16)	0,37 (n=17)	0,70 (n=166)

Merk: Spørsmål HL5 viste DIF for utdanning. Spørsmål HL2 viste DIF for langvarig sykdom. Spørsmål HL2, HL10 og HL14 viste DIF for språk.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

Signifikant delvis grunnet utvalgsstørrelsen, men forskjellen er mindre enn 0,3 (jf. rapport del I).

Oppsummering

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, finner vi at en større andel av det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget skårer på nivå 1 sammenliknet med befolkningsutvalget. Resultatene er i samsvar med en undersøkelse gjennomført blant innvandrere i Tyskland (Berens et al., 2021), hvor man fant at en betydelig andel av innvandrere hadde begrenset helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet. Personer som skårer på nivå 1 kan antas å ha til dels svak kompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet. For eksempel vil personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under sannsynligvis oppleve utfordringer med å forstå det som legen sier, finne opplysninger om behandlinger av sykdommer og forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon. Vanskeligheter med å forstå hva legen sier kan medføre misforståelser og mindre muligheter til å etterleve anbefalte helse råd. Det kan også utgjøre en barriere for aktiv deltakelse i dialogen (se også **kapittel 6 Kommunikasjon med helsepersonell**). Manglende kunnskap om hva som bør gjøres i en akutt situasjon, kan medføre at personer kommer senere til akuttbehandling, og kan være sykere når de først tar kontakt, noe som kan få konsekvenser for behandlingsmuligheter. I noen av innvandrerrutvalgene synes helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet å ha sammenheng med utdanning (Polen og Vietnam) og økonomisk status (Tyrkia og Vietnam).

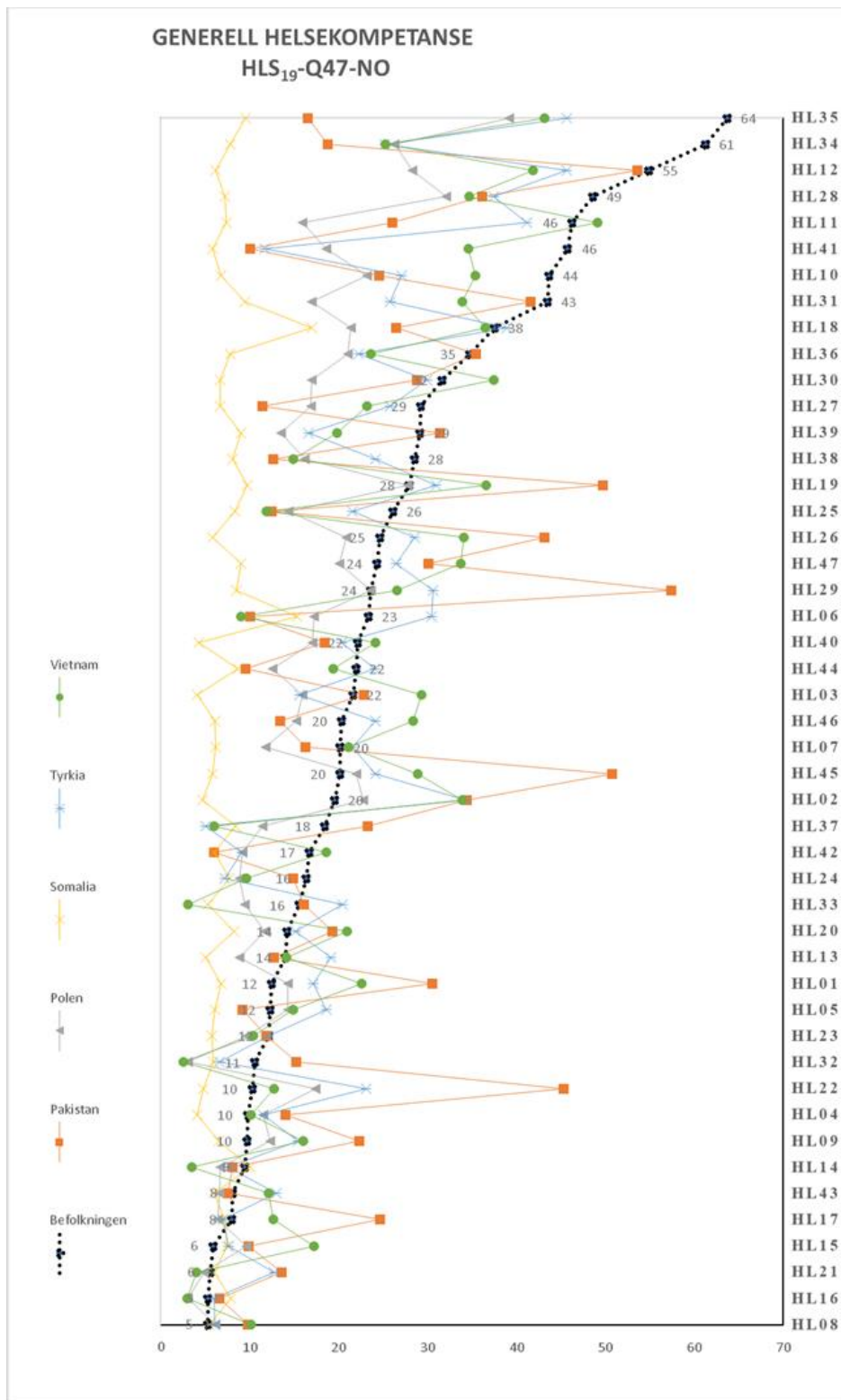
3.5 Generell helsekompetanse (Comprehensive Health Literacy)

Dagens folkehelsepolitikk søker å fremme gode levevaner og gjøre det enklere å ta helsevennlige valg (Meld. St. 19 (2018-2019), 2018). For å kunne gjøre helsevennlige valg, er en avhengig av tilgang på kvalitetssikret helseinformasjon som både er forståelig og anvendbar. Integrering gjennom kunnskap er et av flere tiltak som skal bidra til at personer med innvandrerbakgrunn skal kunne ta gode valg. For å nå personer med innvandrerbakgrunn må helseinformasjon være språklig og kulturelt tilpasset, og være tilgjengelig i foretrukne kanaler.

Generell helsekompetanse (GHL) omfatter de fire kognitive kategoriene – finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon – innenfor de tre helsedomenene – helsefremmende, sykdomsforebyggende og helsetjenesterelatert. **Figur 8** på neste side og tabellen i **appendiks III** viser prosentandelen for hvert av utvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de 47 spørsmålene (for ordlyd, se HLS₁₉-Q47-NO_Norwegian i **appendiks II**).

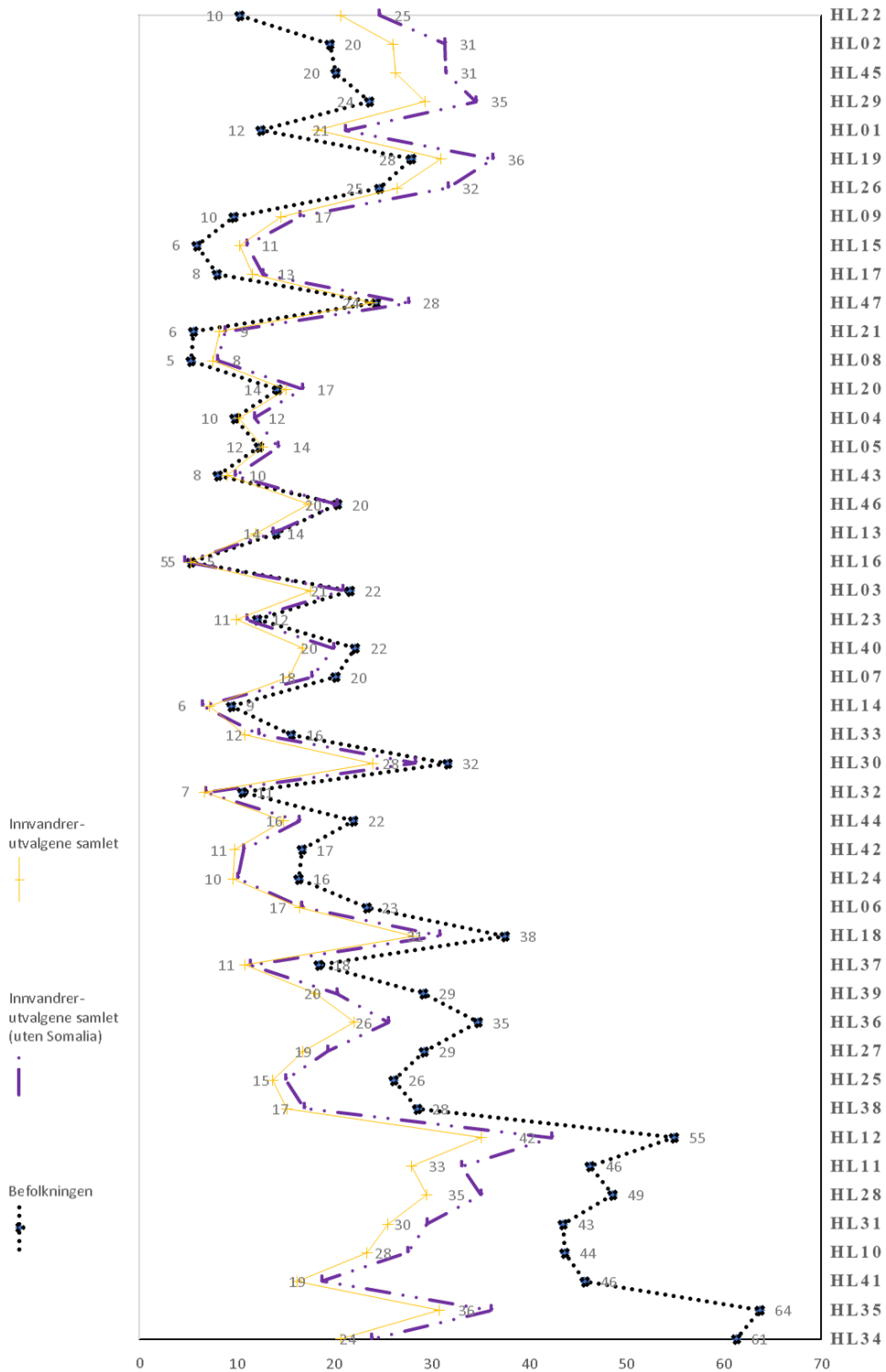
Hvis vi slår sammen utvalgene fra innvandrerbefolkningen og sammenlikner med befolkningsutvalget, svarte en høyere andel av innvandrerutvalgene (veldig) vanskelig på flere av de 47 spørsmålene (HL1, HL2, HL9, HL17, HL19, HL21, HL22, HL29, HL45; **Figur 8**). Den gjennomsnittlige forskjellen i favør av befolkningsutvalget er størst for spørsmål HL22 (forstå hvorfor en trenger vaksiner), spørsmål HL2 (finne informasjon om behandlinger av sykdommer) og spørsmål HL45 (bli med i et idrettslag eller en treningsgruppe, hvis en vil være fysisk aktiv).

Figur 8: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene i HLS₁₉-Q47-NO om generell helsekompetanse; 8a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 8b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandererutvalgene samlet (uten Somalia). Spørsmålene er gjengitt i **appendiks II**



Figur 8a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generell helsekompetanse

GENERELL HELSEKOMPETANSE HLS₁₉-Q47-NO



Figur 8b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvanderutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generell helsekompetanse, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvanderutvalgene samlet (uten Somalia)

Siden HLS₁₉-Q47 ikke kan ansees å være en tilstrekkelig endimensjonal måleskala for å kunne angi en samleskår for generell helsekompetanse, har vi anvendt den endimensjonale kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO til dette formålet. HLS₁₉-Q12-NO har vist seg å ha gode psykometriske egenskaper i befolkningsdata, og også akseptable psykometriske egenskaper i data fra innvandrerrutvalgene. Spørsmålene som inngår i dette instrumentet, oppfyller kravet om «lokal uavhengighet» også i data fra innvandrerrutvalgene. Personer fra de ulike innvandrerrutvalgene kan imidlertid ha tolket og oppfattet innholdet i spørsmålene ulikt, enten på bakgrunn av kulturelle forskjeller eller på bakgrunn av eventuelle svakheter i oversettingen. Vi bør derfor være forsiktig med å sammenlikne befolkningsgruppene.

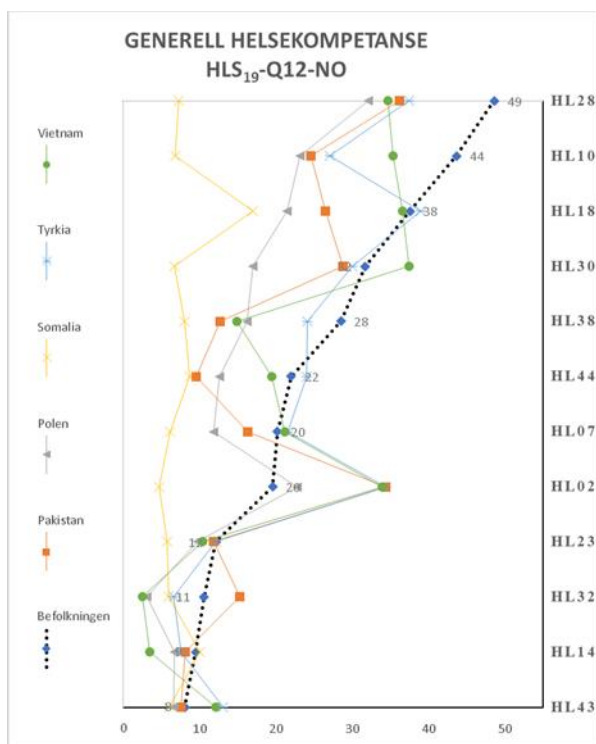
Tabell 26 nedenfor og **Figur 9** på neste side viser andelen personer i hver av innvandrerrutvalgene og i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene.

Tabell 26: Spørsmålene om generell helsekompetanse basert på kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

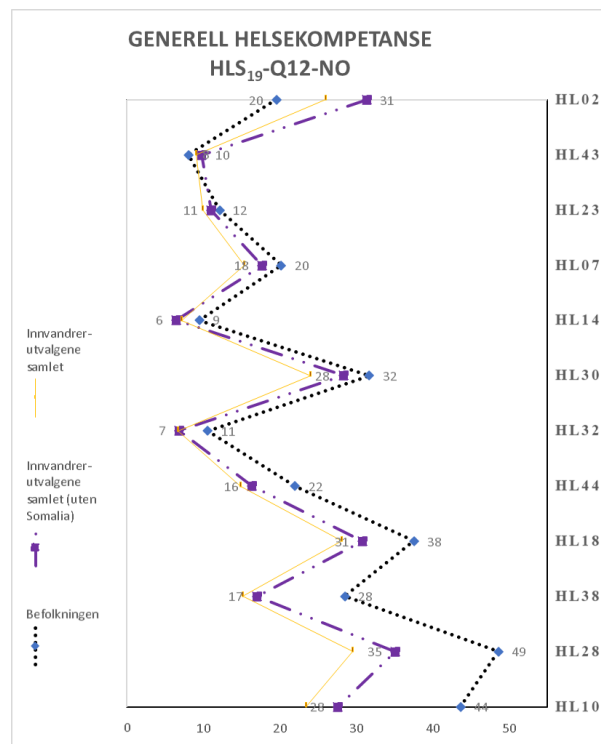
Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Polen, C=Pakistan, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[HL2] finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	20	23	34	5	34	34
[HL7] forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon?	20	12	16	6	22	21
[HL10] vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	44	23	25	7	27	35
[HL14] følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	9	7	8	10	8	3
[HL18] finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres?	38	21	26	17	39	37
[HL23] forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser?	12	10	12	6	12	10
[HL28] vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på?	49	32	36	7	37	35
[HL30] avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	32	17	29	7	30	37
[HL32] finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	11	3	15	6	7	3
[HL38] forstå informasjon på matemballasje?	29	16	13	8	24	15
[HL43] vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din?	8	7	8	6	13	12
[HL44] ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	22	13	10	9	24	19

Hvis vi slår sammen andelen av innvandrerrutvalgene som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 9b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmål HL2 (finne informasjon om behandlinger av sykdommer). Forskjellen sammenliknet med befolkningsutvalget er størst for tre av de fem innvandrerrutvalgene (Pakistan, Tyrkia og Vietnam), hvor over en tredjedel opplever dette som (veldig) vanskelig. Størst forskjell i favør av det samlede innvandrerrutvalget fant vi for spørsmål HL10 (vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger).

Figur 9: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene samlet som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generell helsekompetanse (kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO); 9a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 9b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandererutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 9a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generell helsekompetanse (kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO), rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig



Figur 9b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generell helsekompetanse (kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO), rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandererutvalgene samlet (uten Somalia)

Generell helsekompetanse er målt ved bruk av kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO som består av 12 spørsmål med fire svarkategorier hver. Respondentene kunne dermed oppnå 12-48 «poeng» på konstruktet. Med utgangspunkt i befolkningsutvalget har vi definert tre kumulative nivåer, der 3 er høyeste nivå (se **Tabell 27**). I **Tabell 27** har vi for befolkningsutvalget beregnet prosentandelen personer på hvert av de tre nivåene. Tabellen viser at 33 % av befolkningen skårer på nivå 1 eller under, men de nådde ikke opp til «minstekravet» for å skåre på nivå 2. Hele 46 % skårte på nivå 2, og 66 % skårte på nivå 2 eller over – altså på nivå 2 eller 3.

Med bakgrunn i utvalget fra befolkningen, kan vi si at personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, sannsynligvis opplever utfordringer med å ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen (HL44), forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon (HL7) og finne informasjon om behandlinger av sykdommer (HL2). Personer som så vidt når opp til nivå 2, vil sannsynligvis oppleve utfordringer med å vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på (HL28) og finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres (HL18). Personer på nivå 3 kjennetegnes ved at de har svært høy kompetanse og mener at de mestrer eller synes mange av «ferdighetene» i **Tabell 26** er til dels veldig lette.

Tabell 27: Generell helsekompetanse målt ved HLS₁₉-Q12-NO (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%) ⁱ	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2999	n=200	n=200	n=200	n=200	n=202
Nivå 3	20	3	29	19	7	6
Nivå 2	46	69	52	71	50	50
Nivå 1	31	23	18	10	40	43
Under nivå 1	2	6	2	1	3	1

ⁱen fjerdedel av personer med bakgrunn fra Pakistan valgte å besvare spørreundersøkelsen på norsk.

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 27** også fordeling av innvandrergruppene på de tre nå predefinerte nivåene. Her må vi være forsiktige og ikke overtolke tallene, og det er usikkert om beskrivelsen av typiske ferdigheter på nivåene i sin helhet kan overføres fra befolkningsutvalget. Vi velger likevel å påpeke den relativt høye andelen på nivå 1 i det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget.

Tabell 28 på neste side identifiserer eventuelle forskjeller *innenfor* hvert av innvandrerutvalgene, og viser gjennomsnittlig personestimat innenfor generell helsekompetanse for bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter), langvarig sykdom og botid i Norge. Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 28** er *ikke* basert på et ankerdesign.

Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir enkelte grupper små og det er vanskelig å kartlegge forskjeller. Det synes imidlertid å være et mønster der generell helsekompetanse har sammenheng med utdanning og økonomisk status. Blant alle innvandrerutvalgene, bortsett fra blant personer med bakgrunn fra Somalia, fant vi at de som rapporterte videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå hadde betydelig lavere gjennomsnittsskår for generell helsekompetanse sammenliknet med de som rapporterte høyere utdanning. For tre av innvandrerutvalgene (personer med bakgrunn fra Pakistan, Tyrkia eller Vietnam) hadde personer som rapporterte lav økonomisk status betydelig lavere helsekompetanse enn de som rapporterte høy økonomisk status. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det var betydelig færre personer som oppgav å ha lav økonomisk status sammenliknet med personer som oppgav å ha høy status. Videre fant vi at kvinner med bakgrunn fra Vietnam hadde betydelig lavere generell helsekompetanse enn menn med samme bakgrunn. Blant personer med bakgrunn fra Pakistan hadde personer som var 46 år eller eldre, lavere gjennomsnittlig poengskår sammenliknet med dem som var yngre. Vi fant ikke betydelige forskjeller i helsekompetanse for botid.

Tabell 28: Generell helseinformasjon målt ved HLS₁₉-Q12-NO (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	0,99 (n=1451)	1,19**# (n=1548)	1,14 (n=1595)	1,05*# (n=1399)	0,95 (n=1107)	1,18**# (n=1870)	1,13 (n=2720)	0,73** (n=227)	1,00 (n=1086)	1,14**# (n=1882)	Ikke rapportert		
Pakistan	0,77 (n=107)	0,56 (n=93)	0,88 (n=79)	0,54* (n=117)	0,53 (n=112)	0,87* (n=83)	0,78 (n=166)	0,27* (n=28)	0,58 (n=71)	0,72 (n=123)	0,79 (n=26)	0,81 (n=16)	0,57 (n=138)
Polen	1,42 (n=112)	1,75 (n=88)	1,55 (n=119)	1,60 (n=80)	1,35 (n=88)	1,78* (n=106)	1,63 (n=167)	1,03 (n=28)	1,42 (n=69)	1,64 (n=125)	1,38 (n=33)	1,50 (n=69)	1,66 (n=92)
Somalia	1,40 (n=87)	1,39 (n=113)	1,41 (n=159)	1,53 (n=28)	1,44 (n=168)	1,21 (n=25)	1,40 (n=183)	1,31 (n=16)	1,20 (n=30)	1,45 (n=164)	1,52 (n=24)	1,42 (n=77)	1,39 (n=79)
Tyrkia	0,63 (n=134)	0,74 (n=66)	0,73 (n=116)	0,58 (n=82)	0,53 (n=112)	0,85* (n=87)	0,84 (n=136)	0,29** (n=64)	0,55 (n=90)	0,76 (n=110)	0,64 (n=45)	0,78 (n=18)	0,64 (n=134)
Vietnam	0,87 (n=85)	0,60* (n=117)	0,71 (n=73)	0,71 (n=129)	0,59 (n=103)	0,98** (n=77)	0,78 (n=165)	0,37* (n=26)	0,62 (n=105)	0,83 (n=92)	0,49 (n=16)	0,61 (n=17)	0,74 (n=166)

Merk: Spørsmål HL2 viste DIF for alder og for langvarig sykdom. Spørsmål HL43 viste mulig non-uniform DIF for langvarig sykdom. Spørsmål HL30 viste DIF for økonomisk status. Spørsmålene HL2, HL10, HL14, HL28, HL32, HL43 og HL44 viste DIF for språk. I tillegg viste spørsmål HL30 mulig non-uniform DIF for språk.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

Signifikant delvis grunnet utvalgsstørrelsen, men forskjellen er mindre enn 0,3 (jf. rapport del I).

3.6 Oppsummering

Generell helsekompetanse omfatter de fire kognitive domeneene finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon innenfor tre helsefaglige domener; helsetjenesterelatert, sykdomsforebygging og helsefremming.

Sammenliknet med befolkningsutvalget, hvor 1 av 3 var på eller under det laveste nivået (nivå 1) for generell helsekompetanse, er en større andel av personer med bakgrunn fra Tyrkia og personer med bakgrunn fra Vietnam på dette nivået. Noe uventet, er en lavere andel av personer med bakgrunn fra Pakistan, Polen eller Somalia på samme nivå. Imidlertid er det usikkert om respondentene har svart med utgangspunkt i kjennskap til norsk helsevesen eller om de har svart på bakgrunn av erfaringer med helsevesenet i opprinnelseslandet. Dermed er det mulig at utfordringene med lav helsekompetanse kan være enda større i møte med norsk helsevesen. Personer som skårer på nivå 1 eller under kan anses å ha svak generell helsekompetanse og dermed begrensede muligheter til å forholde seg til helseinformasjon. Sammenliknet med utvalget fra generell befolkning, opplever personer med innvandrerbakgrunn spesielt utfordringer med å finne informasjon om behandlinger av sykdommer. Dermed må slik informasjon gjøres mer tilgjengelig, også tilgjengelig på ulike språk. Det bør kartlegges videre hvilke informasjonskanaler som kan være best egnet til å nå de ulike målgruppene. For å ivareta brukervedvirkning og tilpassing av informasjon, bør personer med innvandrerbakgrunn i større grad integreres i utarbeidelse av informasjonsmateriell og planlegging av ulike informasjonskampanjer.

Lav generell helsekompetanse var forbundet med lav utdanning og lav økonomisk status i de fleste innvandrerutvalgene. Sosial ulikhet i helse er en sentral folkehelseutfordring i Norge (Meld. St. 19 (2018 – 2019)). Tiltak for å styrke personers helsekompetanse kan bidra til å redusere ulikheter i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Gjennom tilpasset helseinformasjon vil den enkelte i større grad kunne

ta helsevennlige valg og muligens også i større grad kunne mestre egen helsesituasjon. For å tilpasse helseinformasjon til personer med innvandrerbakgrunn, er det nødvendig at helsepersonell har kultursensitiv kompetanse og kjennskap til forståelse av helse og sykdom i ulike kulturer og religioner. Det er først når helsetjenesten er tilrettelagt til den enkelte at vi kan tilby likeverdige helsetjenester (Departementene, 2019). For å styrke helsekompetansen i de ulike populasjonene, vil utdanning være en sentral faktor. For å øke helsekompetansen vil det være viktig å styrke lese- og skriveopplæringen, opplæring om kropp og helse, samt styrke kompetansen i å kritisk vurdere informasjon fra ulike kilder. Dette er dessuten i tråd med tiltaket om integrering gjennom kunnskap. Imidlertid gjør vi oppmerksom på at sammenhengen mellom helsekompetanse og sosioøkonomiske variabler bør undersøkes nærmere med mer inngående analyser.

Kapittel 4:

Digital helsekompetanse

Digital helsekompetanse handler om ferdigheter som å bruke søkeverktøy, mestre søkestrategier og kritisk vurdere kilder og velge ut relevant *digital helseinformasjon*. Digital helsekompetanse handler også om beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*, og denne samvarierer med personers *generelle digitale ferdigheter*.

I likhet med andre offentlige tjenester, digitaliseres helse- og omsorgstjenesten stadig mer (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). Brukere av offentlige helsetjenester tilbys i dag ulike digitale produkter og tjenester, slik som apper, elektroniske helsejournaler, interaktive nettsteder og *digital helseinformasjon* på nettsider og portaler. Teknologi skaper muligheter og løser problemer, men medfører også nye utfordringer. Internett har skapt nye muligheter ved å øke tilgjengeligheten av helseinformasjon (Prestin et al., 2015; Zhang et al., 2017) og dermed styrke befolkningens og innvandrerbefolkningens muligheter til å løse helseproblemer. Det kan imidlertid være utfordrende å finne og forstå informasjonen; avgjøre om den er gyldig og pålitelig; vurdere dens kvalitet og relevans; og avgjøre hvordan informasjonen best kan brukes til å løse helseproblemer (Deursen, 2012; Suri et al., 2016; Vicente & Madden, 2017). Feilinformasjon og feil bruk av helseinformasjon funnet på Internett kan medføre psykiske plager og livstruende skader (Chesser et al., 2016; Hanif et al., 2009; McInnes & Haglund, 2011; McInnis & Merajver, 2011).

I befolkningsutvalget oppga personer med høy alder, lavt utdanningsnivå og langvarig sykdom svakere *generelle digitale ferdigheter* enn henholdsvis yngre aldersgrupper, personer med utdanning utover videregående opplæring og de uten kroniske lidelser (Le et al., 2021, s. 51). De førstnevnte gruppene er følgelig svakere forberedt på å ta i bruk *digitale helsetjenester* (Le et al., 2021, s. 53).

I henhold til aktivitets- og redegjøringspliktene (ARP) arbeider sektormyndighetene aktivt og målrettet for å fremme likestilling og hindre at digitaliseringen av offentlige helsetjenester bidrar til diskriminering på grunn av alder, utdanningsnivå og sykdom. I lys av Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion 2020–2023 (Departementene, 2019), ser vi i dette kapitlet nærmere på mulige utfordringer knyttet til det å yte likeverdige digitale *helsetjenester* overfor etniske minoriteter. Ulike digitale prosjekter har de senere årene understøttet «livshendelsen» «å være ny i Norge» (IMDi, 2021, s. 8), og det er kjent at innvandrerpopulasjoner kan lide under redusert tilgang til helsetjenester og svakere digital helsekompetanse (Chesser et al., 2016).

4.1 Digital helseinformasjon (DHI)

Digital helsekompetanse er et samlebegrep som omfatter blant annet *digital helseinformasjon*. Sentralt står ferdighetene å kunne bruke søkeverktøy, beherske søkestrategier, kritisk vurdere informasjonskilder og velge ut relevant digital helseinformasjon (Utdanningsdirektoratet, 2017). Denne betraktningen hviler på en antakelse om at personer som kan finne, forstå, vurdere og bruke digital helseinformasjon til å ta beslutninger om helse, står bedre rustet i et livslangt perspektiv. Digital helseinformasjon inngår derfor i et bredt anlagt folkehelsearbeid med oppstart tidlig i livsløpet, og dette finner støtte i forskning som viser til at digitale tjenester har forebyggende (se **Kapittel 3.2**) og helsefremmende (se **Kapittel 3.1**) effekter innenfor flere relevante områder (Heron & Smyth, 2010; Krishna et al., 2009; Wantland et al., 2004). Tilgjengelig tilgang til helseinformasjon kan også videreutvikle folks ferdigheter innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (se **Kapittel 3.3**), slik at de i rollen som pasient står styrket i møtet med helsevesenet og kan kommunisere med helsepersonell (se **Kapittel 6**).

Kvalitetssikret helseinformasjon som blir formidlet på en kultursensitiv måte av personer som har innvandrersgrupperes tillit og respekt, kan styrke ulike innvandrerspopulasjoners helsekunnskaper og dermed forebygge fysisk og psykisk sykdom. Utvikling av målrettet, kultursensitiv og språklig tilpasset helseinformasjon forutsetter brukermedvirkning, men for å nå ut til de tilsiktede mottakergruppene, må informasjonen formidles gjennom foretrukne kanaler. Her står vi ovenfor en utfordring, for i gjennomsnitt oppgir en høyere andel av personer i innvanderutvalgene enn i befolkningsutvalget, at de ikke søker etter helseinformasjon på Internett. Bare respondenter som svarte bekreftende på at de hadde søkt etter helseinformasjon på Internett³ (88 % i befolkningsutvalget og 71 % av innvanderutvalgene samlet), ble bedt om å svare på spørsmålene i **Tabell 29**. Konstruktet «digital helseinformasjon» består av åtte spørsmål (**Tabell 29**), og enkelte tekniske detaljer finnes i rapport del I (Le et al., 2021, s. 47–48). At nær 30 % av både menn og kvinner i innvanderutvalgene samlet oppga at de «aldri» har søkt etter helseinformasjon på Internett, peker på et behov for å øke minoritetsspråklige personers «kunnskap om og interesse for Internett som medium» (Ljørdal, 2005, s. 47). I det somaliske utvalget, bekreftet bare 49 % at de hadde prøvd å finne informasjon om helse på Internett. Dette til tross for at 88 % av dem oppga at de brukte digitale enheter med nettilkopling.

Tabell 29: Spørsmålene som inngår i konstruktet «digital helseinformasjon» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: Når du søker etter helseinformasjon på Internett, hvor lett eller vanskelig er det for deg å...	A	B*	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Pakistan, C=Polen, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[DHI1] bruke egnede søkeord for å finne informasjonen du leter etter på nett?	9	15	10	8	10	9
[DHI2] finne akkurat den informasjonen som du søker etter?	22	14	15	7	20	21
[DHI3] forstå informasjonen?	14	16	9	7	17	13
[DHI4] vurdere om informasjonen er til å stole på?	31	55	24	8	43	26
[DHI5] vurdere om informasjonen er gitt med den hensikt å selge produkter eller tjenester?	23	26	17	18	34	26
[DHI6] besøke flere Internettsider for å se om de gir tilsvarende informasjon om et tema?	9	21	8	9	10	23
[DHI7] vurdere om informasjonen gjelder i ditt tilfelle?	26	30	11	5	23	20
[DHI8] bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?	29	46	12	8	32	24

* Tallgrunnlag fra oppsett 1.

Figur 10 viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål i konstruktet «digital helseinformasjon». For utvalget fra befolkningen viser **Figur 10a** et skille mellom spørsmål som handler om å finne og forstå informasjon (DHI1–3 og 6) og de øvrige spørsmålene som handler om mer kognitivt krevende ferdigheter, slik som å analysere, vurdere og ta i bruk informasjonen. Dette skillet er ikke like tydelig i innvanderutvalgene, hvor det å finne og forstå informasjon vil kunne variere med for eksempel mengden helseinformasjon på eget morsmål. For spørsmålene i **Tabell 29** som handler om å finne digital

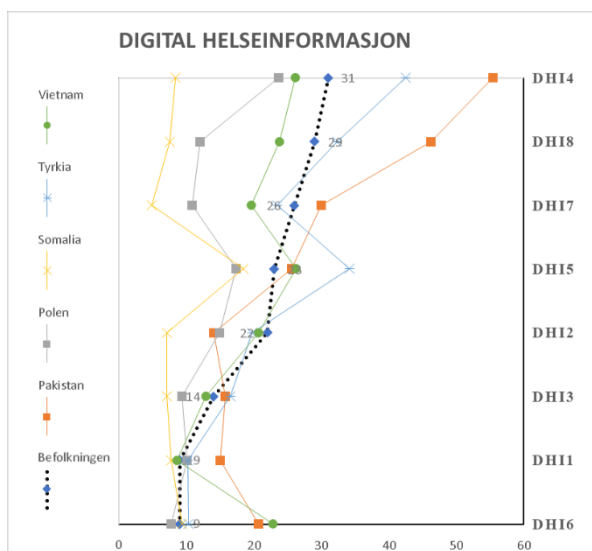
³ variabelen C-HI1a

helseinformasjon (DHI2), finne liknende informasjon på ulike nettsider (DHI6) og bruke informasjonen til å løse helseproblemer (DHI 8), kan **Figur 10a** styrke en hypotese om at digital helseinformasjon er mindre tilgjengelig for personer med tyrkisk og vietnamesisk bakgrunn enn for de med polsk og somalisk bakgrunn.

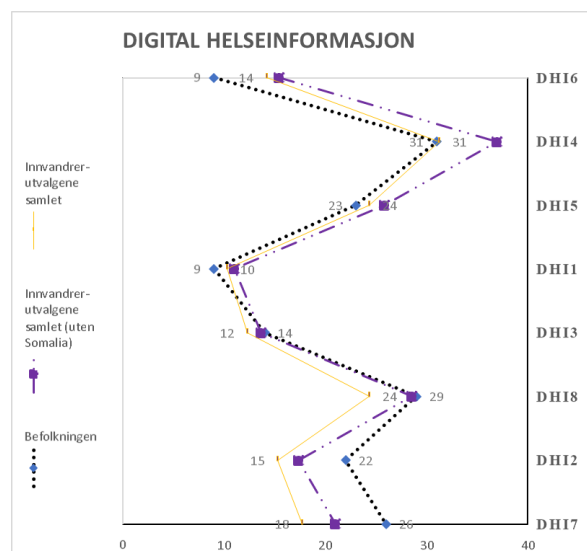
Det å kritisk vurdere avsenders hensikt (DHI5) oppfattes gjennomgående som relativt sett vanskelig i alle innvandrertilvalgene, og er et interessant fellestrekk. Det kraftige utslaget på DHI5 blant personer med somalisk bakgrunn skyldes nok delvis måletekniske problemer. Denne gruppa kan ha tolket og oppfattet spørsmålet annerledes enn de andre innvanderergruppene (kulturell forskjell), eller så ser vi konturene av svakheter i oversettingen til Somali (språklig forskjell). Slike kulturelle og/eller språklige forskjeller er eksempel på det vi i **Kapittel 2.4** refererte til som DIF (differential item functioning).

Hvis vi slår sammen andelen av innvandrertilvalgene (uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 10b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmål DHI6 (besøke flere Internettisider for å se om de gir tilsvarende informasjon) og spørsmål DHI4 (vurdere om informasjonen er til å stole på). Sammenliknet med befolkningsutvalget svarer altså innvandrertilvalgene i større grad (veldig) vanskelig på disse spørsmålene. Det er størst forskjell i favør av innvandrertilvalgene på for eksempel DHI2 (finne akkurat den informasjonen en søker etter) og spørsmål DHI7 (vurdere om informasjonen gjelder i det aktuelle tilfellet).

Figur 10: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertilvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om digital helseinformasjon; 10a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 10b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertilvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 10a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertilvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om digital helseinformasjon



Figur 10b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertilvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om digital helseinformasjon, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertilvalgene samlet (uten Somalia)

Det å avgjøre om helseinformasjonen vi finner på Internett er pålitelig (DHI4), krever gode kunnskaper i og om helse, og ferdigheter innenfor naturvitenskaplige praksiser og tenkemåter. DHI4 kan imidlertid også avdekke kulturelle tilbøyeligheter til å stole på det som fremstår som autoriteter. **Figur 10** viser at det tyrkiske og de polske utvalget har rangert DHI4 som vanskeligst, mens personene med bakgrunn fra Vietnam og de fra Somalia har rangert DHI5 som vanskeligst. Dette bruddet på invarians skyldes DIF som kan relateres til kulturelle forskjeller og/eller forskjeller i oversettingen.

Konstruktet «digital helseinformasjon» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier, og respondentene kan dermed oppnå 8–32 «poeng». **Tabell 30** viser andelen personer i befolkningsutvalget som nådde opp til hvert av tre kumulative nivåer. Nivå 3 signaliserer høyest kompetanse. For eksempel forventer vi at personer i befolkningsutvalget som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, har problemer med å vurdere om informasjonen de finner på Internett er til å stole på (DHI4). De vil også oppleve vansker med å anvende informasjonen til å løse helseproblemer (DHI8).

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 30** også fordeling av innvandrergруппene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi være forsiktige og ikke overtolke tallene, og vi nøyer oss derfor med å påpeke den relativt høye andelen på nivå 1 i det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget. Denne tolkningen finner støtte i hvordan innvandrertutvalgene svarte på enkeltspørsmålene som inngår i konstruktet (**Figur 10**).

Tabell 30: Digital helseinformasjon (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2634	n=121	n=162	n=87	n=129	n=140
Nivå 3	14	Ikke rapportert	16	37	4	5
Nivå 2	31		32	38	19	14
Nivå 1	46		47	21	68	70
Under nivå 1	8		5	5	9	11

Merk: Bare respondenter som bekreftet at de «hadde søkt etter helseinformasjon på Internett», svarte på spørsmålene om «digital helseinformasjon».

Tabell 31 på neste side identifiserer eventuelle forskjeller *innenfor* hvert innvandrertvalg på grunn av kjønn, alder, utdanning, langvarig sykdom, botid i Norge og økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter). Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir gruppene små, og det er vanskelig å klarlegge forskjeller. Det synes å være et mønster der kompetanse i å søke etter digital helseinformasjon har sammenheng med utdanningsbakgrunn, og det virker rimelig. Gruppene med «lav økonomisk status» består av så få personer at det er vanskelig å trekke en konklusjon. Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 31** er *ikke* basert på et ankerdesign, og verdiene kan ikke direkte sammenliknes med verdiene for befolkningsutvalget.

Tabell 31: Digital helseinformasjon (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	1,60 (n=1282)	1,88** (1352)	1,93 (n=1443)	1,53** (n=1186)	1,50 (n=956)	1,90** (n=1653)	1,79 (n=2387)	1,10** (n=188)	1,64 (n=939)	1,82* (n=1673)	Ikke rapportert		
Pakistan	Ikke rapportert												
Polen	2,09 (n=103)	2,05 (n=59)	2,39 (n=93)	1,64* (n=68)	1,58 (n=77)	2,59** (n=79)	2,24 (n=132)	1,33** (n=27)	1,65 (n=61)	2,36* (n=98)	2,38 (n=22)	2,11 (n=61)	1,97 (n=77)
Somalia	3,18 (n=33)	3,52 (n=54)	3,66 (n=61)	2,66 (n=24)	3,18 (n=56)	3,74 (n=27)	3,18 (n=67)	2,92 (n=11)	2,98 (n=19)	3,47 (n=67)	1,18** (n=10)	3,90 (n=24)	3,56 (n=46)
Tyrkia	0,91 (n=68)	1,12 (n=61)	1,02 (n=77)	0,98 (n=49)	,77 (n=69)	1,29* (n=60)	1,19 (n=92)	0,55 (n=35)	0,87 (n=58)	1,05 (n=67)	0,95 (n=27)	1,16 (n=6)	0,96 (n=93)
Vietnam	1,41 (n=63)	0,94* (n=77)	1,34 (n=58)	1,01 (n=81)	0,79 (n=54)	1,45* (n=79)	1,24 (n=114)	0,74 (n=20)	1,07 (n=65)	1,22 (n=75)	1,31 (n=19)	0,70 (n=8)	1,15 (n=111)

Merk: Få personer i hver gruppe for innvanderutvalgene fordi bare respondenter som bekreftet at de «hadde søkt etter helseinformasjon på Internett», svarte på spørsmålene om «digital helseinformasjon». Spørsmål DH13 viste mulig non-uniform DIF for «langvarig sykdom». Spørsmål DH14 og DH15 viste DIF for språk, men skyldes utslag for somali.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

4.2 Generelle digitale ferdigheter («Digital skills» DSK)

Digital helsekompetanse er et flerdimensjonalt begrep (Norman, 2011; Skinner et al., 2006) som inkluderer *generelle digitale ferdigheter*. Eksempler på slike ferdigheter er å ta begrunnede valg om hvilke digitale verktøy vi trenger, installere disse, bruke verktøyene til selv å utvikle innhold, lagre ulike typer digital informasjon, og dele informasjon når vi kommuniserer og samarbeider digitalt med andre. Slike ferdigheter finner vi igjen under områdene «problemløsning, innholdsproduksjon, informasjonsbehandling og kommunikasjon/samarbeid» i EUs «Digital Competence Framework for Citizens» kalt DigComp (Carretero et al., 2017). Ferdigheter som å programmere og beskytte digitale enheter mot skadelig programvare er i seg selv ikke vesentlige for digital helsekompetanse, men de reflekterer høy mestring og gode digitale ferdigheter.

En eldre undersøkelse fant at omtrent 90 % av innvandrere fra Polen, Somalia og Vietnam bruker PC og Internett daglig (Guthu & Holm, 2010, s. 3), og i vår undersøkelse svarte 92 % at de bruker digital enhet med nettilkobling. Innvandrere holder kontakt med opprinnelseslandet og har derfor erfaring med digitale kommunikasjonsverktøy, men kunnskapen overføres i liten grad til andre områder (Guthu & Holm, 2010, s. 3), slik som «problemløsning, innholdsproduksjon og informasjonsbehandling».

Guthu & Holm (2010, s. 33) fant at åtte av ti innvandrere fra Polen mestret informasjonsteknologi, mens dette gjaldt under halvparten av innvanderne fra Vietnam og Somalia. Offentlige kurstilbud kan gi innføring i grunnleggende digital kompetanse, men ferdighetene må utvikles kontinuerlig i utdannings- eller jobbsammenheng. Deltakelse i arbeidslivet er derfor en indikator for digital kompetanse, fordi det øker hyppigheten av og variasjonen i bruk av digitale verktøy (Guthu & Gravdahl, 2008, s. 16).

I vår studie var andelen arbeidsledige høyest for de med bakgrunn fra Somalia (22 %) og lavest for de med bakgrunn fra Polen (4 %), mens den var 7 % for de fra Vietnam og 11 % for de fra Tyrkia. Personer

med bakgrunn fra Somalia hadde også lavt utdanningsnivå (**Tabell 34**). Innvandrere som står utenfor arbeidslivet og har lav eller ingen fullført utdanning, kan mangle digitale ferdigheter (Guthu & Holm, 2010, s. 3). Sysselsatte med innvandrerbakgrunn kan dessuten stå i jobber der de i mindre grad bruker digitale verktøy (Guthu & Holm, 2010, s. 10), og dette reduserer deres muligheter for å øve ferdigheter med overføringsverdi til digital helsekompetanse.

Måling av generelle digitale ferdigheter var en nasjonal tilpasning av HLS₁₉ i Norge, og den norske gruppa utviklet spørsmål med utgangspunkt i DigComp. Konstruktet *generelle digitale ferdigheter* (**Tabell 32**) er konseptuelt balansert med tre spørsmål innenfor hvert av områdene informasjonsbehandling (spørsmålene DSK12–14), kommunikasjon/samarbeid (DSK22–24), innholdsproduksjon (DSK31–33) og problemløsning (DSK52–54).

Bare respondenter som svarte bekræftende på at de «bruker en digital enhet, slik som PC, nettbrett eller mobiltelefon med nettilkopling»⁴ (97 % i befolkningsutvalget og 92 % i utvalgene fra innvandrerbefolkningen), ble bedt om å svare på spørsmålene i **Tabell 32**. Blant personer med bakgrunn fra Vietnam svarte «bare» 87 % at de bruker en digital enhet, mens hele 98 % i det polske utvalget bekreftet det samme.

Tabell 32: Spørsmålene som inngår i konstruktet «generelle digitale ferdigheter» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å ...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Pakistan, C=Polen, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[DSK12] lagre og hente frem informasjon på digitale enheter?	7	Ikke gjennomført	13	15	15	18
[DSK13] ta sikkerhetskopi (backup) av filer?	21		23	14	24	26
[DSK14] bruke skybasert databehandling?	22		34	29	30	40
[DSK22] dele digital informasjon?	6		11	22	9	21
[DSK23] bruke nettbaserte tjenester?	4		6	17	13	28
[DSK24] samarbeide digitalt?	12		17	29	26	29
[DSK31] bruke digitale verktøy til å lage tabeller, grafer og figurer?	30		43	36	46	45
[DSK32] sette inn fotnote, endre tekstformat, redigere tabeller og figurer i et elektronisk dokument?	21		31	34	47	42
[DSK33] endre innstillinger på programmer og applikasjoner?	27		35	41	41	43
[DSK52] laste ned, installere, oppdatere og slette programvare?	18		23	37	31	31
[DSK53] ta i bruk nye digitale verktøy og løsninger?	23		28	33	33	47
[DSK54] avgjøre hvilke digitale verktøy du trenger for å løse en bestemt oppgave?	27		28	30	33	34

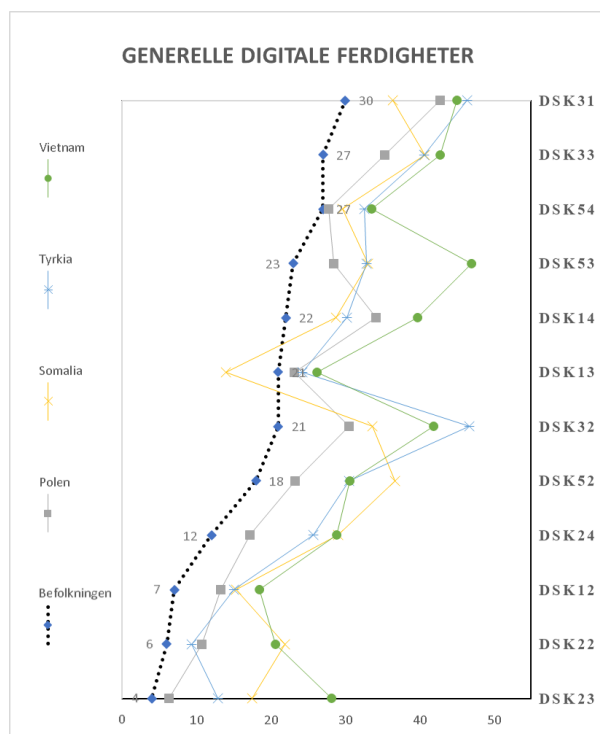
Figur 11 viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de 12 spørsmålene i **Tabell 32**. I befolkningsutvalget var det spørsmålene om «innholdsproduksjon» (DSK31–33) som flest svarte (veldig)

⁴ variabelen C-HI1b

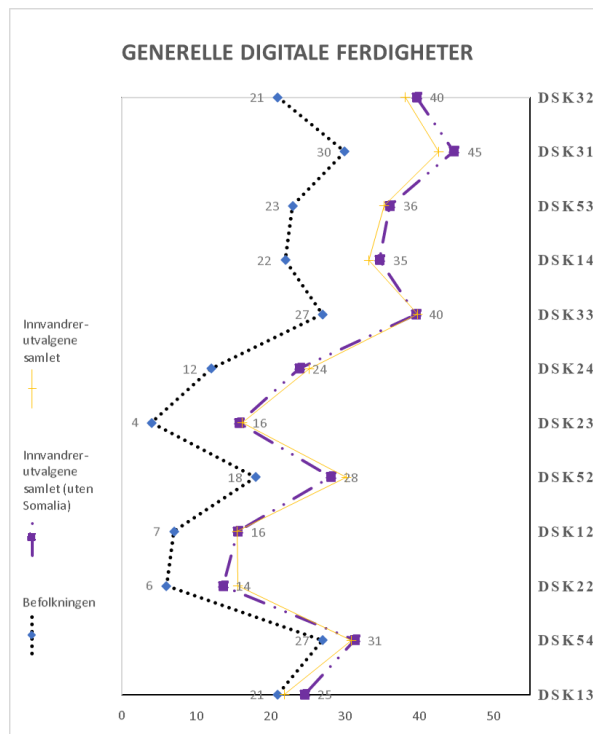
vanskelig på, og dernest spørsmålene (DSK52–54) om problemløsning. Relativt sett færre svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om «kommunikasjon/samarbeid» (DSK22–24). Utvalget fra innvandrerpulasjonene responderte på tilsvarende måte, og de forsterket faktisk det nevnte svarmønsteret.

Hvis vi slår sammen andelen av innvandrertutvalgene (uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 11b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmålene DSK32 (redigere elektroniske dokumenter), DSK31 (bruke digitale verktøy til å lage tabeller, grafer og figurer) og DSK53 (ta i bruk nye digitale verktøy og løsninger). Dette er, som nevnt innledningsvis, ferdigheter mange typisk øver opp i jobbsammenheng, og innvandrere har nok i mindre grad jobber der de bruker digitale enheter.

Figur 11: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om generelle digitale ferdigheter; 11a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 11b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 11a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generelle digitale ferdigheter



Figur 11b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generelle digitale ferdigheter, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene samlet (uten Somalia)

Linjene som knytter sammen datapunktene i **Figur 11b**, krysser ikke hverandre. Det betyr at innvandrertutvalgene samlet sett i større grad svarte (veldig) vanskelig på alle spørsmålene, og den gjennomsnittlige forskjellen i andelen som svarte (veldig) vanskelig er hele 10 prosentpoeng. Utvalgene fra innvandrerpulasjonene selvrapporterte dermed gjennomgående betydelig svakere generelle digitale ferdigheter enn utvalget fra befolkningen.

Enkelte tekniske detaljer om spørsmålene i konstruktet «generelle digitale ferdigheter» finnes i rapport del I (Le et al., 2021, s. 50). Konstruktet består av 12 spørsmål som hver har fire svarkategorier, og

respondentene kan dermed oppnå 12–48 «poeng» på konstruktet. Vi har definert tre nivåer, der 3 er høyeste nivå (se **Tabell 33**). **Tabell 33** viser for eksempel at i utvalget fra befolkningen skårte 72 % på eller over nivå 2. I dette utvalget vil personer på nivå 1 typisk svare (veldig) vanskelig på omtrent halvparten av spørsmålene i **Tabell 32**. I **Figur 11** er spørsmålene rangert etter «vanskegrad» i befolkningsutvalget. Det er usikkert hvorvidt denne beskrivelsen av kompetanse er direkte overførbart til innvandrertutvalgene.

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan personer i befolkningen svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 33** også fordeling av innvandrergруппene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi være forbeholdne og ikke overtolke tallene, og vi nøyer oss derfor med å si at i det polske og i det vietnamesiske utvalget synes mange å skåre på eller under nivå 1 (se beskrivelser av nivåene i Le et al. (2021, s. 51)).

Tabell 33: Andelen personer på hvert nivå (generelle digitale ferdigheter)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2893	n=0	n=194	n=156	n=142	n=173
Nivå 3	46	Ikke rapportert	16	37	23	10
Nivå 2	26		32	27	32	36
Nivå 1	19		47	14	29	30
Under nivå 1	9		5	22	16	24

Merk: Bare respondenter som bekreftet at de «bruker en digital enhet, slik som PC, nettbrett eller mobiltelefon med nettilkopling», svarte på spørsmålene om «generelle digitale ferdigheter».

Tabell 34: Generelle digitale ferdigheter (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	2,38 (n=1446)	1,70** (n=1447)	2,78 (n=1524)	1,20** (n=1364)	1,77 (n=1078)	2,23** (n=1781)	2,06 (n=2623)	1,55** (n=204)	1,60 (n=1033)	2,29** (n=1838)	Ikke rapportert		
Pakistan	Ikke rapportert												
Polen	1,79 (n=131)	2,01 (n=63)	2,97 (n=103)	0,58** (n=89)	1,12 (n=100)	2,72** (n=86)	2,19 (n=154)	0,59** (n=35)	0,94 (n=73)	2,49** (n=117)	3,09 (n=22)	2,24 (n=67)	1,36** (n=103)
Somalia	1,53 (n=61)	1,91 (n=95)	2,03 (n=110)	1,18 (n=37)	1,45 (n=116)	2,80* (n=31)	1,49 (n=126)	0,97 (n=13)	1,06 (n=24)	1,88 (n=129)	0,66 (n=18)	1,44 (n=58)	2,03 (n=69)
Tyrkia	1,23 (n=77)	1,58 (n=65)	1,83 (n=85)	0,66** (n=55)	0,58 (n=77)	2,35** (n=65)	1,65 (n=98)	0,73* (n=42)	0,75 (n=67)	1,90** (n=71)	2,68 (n=28)	0,86 (n=8)	1,06** (n=103)
Vietnam	1,01 (n=82)	0,34** (n=91)	1,36 (n=68)	0,21** (n=104)	-0,24 (n=79)	1,68** (n=84)	0,88 (n=137)	-0,28** (n=29)	0,43 (n=81)	0,86* (n=92)	1,44 (n=23)	0,77 (n=11)	0,49 (n=137)

Merk: Få personer i hver gruppe for innvandrertutvalgene fordi bare respondenter som bekreftet at de «bruker en digital enhet, slik som PC, nettbrett eller mobiltelefon med nettilkopling», svarte på spørsmålene om «generelle digitale ferdigheter». Spørsmål DSK13 viste non-uniform DIF for variabelen «langvarig sykdom», og alle spørsmålene unntatt DSK12, DSK14 og DSK24 viste DIF på språk. En mulig årsak kan være at de som velger å svare på morsmålet sitt ikke kjenner innholdet i enkelte «moderne» tekniske termer, at noen grupper ikke har utviklet språket i takt med samfunnsutviklingen, og at de ulike innvandrertutvalgene dermed tolker spørsmålene på ulike måter.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 34** er *ikke* basert på et ankerdesign, og verdiene kan ikke direkte sammenliknes opp mot verdiene for utvalget fra befolkningen. Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir gruppene små og det kan være vanskelig å klarlegge forskjeller. Det synes imidlertid å være et mønster der innvandrertutvalgenes generelle digitale ferdigheter har sammenheng med alder, utdanningsnivå, økonomisk status og langvarig sykdom. I rapport del I konkluderte vi til dels det samme for utvalget fra befolkningen (Le et al., 2021, s. 51), og det er kjent at digital kompetanse stiger med utdanningsnivået og er lavere blant eldre borgere (Guthu & Gravdahl, 2008, s. 18–19).

4.3 **Bruk av digitale helsetjenester («Digital health care» DHC)**

Begrepet *digital helsekompetanse* omfatter også kompetanse i *bruk av digitale helsetjenester*, slik som bruk av elektroniske verktøy til oppfølging av egen helse og sykdom (ferdigheter) og motivasjon og interesse for å ta slike tjenester i bruk (holdninger). Dette kan være å gjennomføre e-læringskurs, bruke elektroniske journaler og kommunisere digitalt med helsepersonell, slik som å gjennomføre videosamtale og ved bruk av apper registrere og rapportere egne måleresultater. *Bruk av digitale helsetjenester* kan foregå på «personlig nivå» i form av puls/treningsklokker og på «sosialt nivå» gjennom digitale tjenester levert helt eller delvis på avstand (medisinsk avstandsoppfølging). Eksempler på de sistnevnte tjenestene er e-konsultasjon med lege, nettbasert behandling, digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus (Le et al., 2021, s. 52). *Digitale helsetjenester* kan øke effektivitet og kvalitet i helsetjenesten (Buntin et al., 2011) gjennom redusert bruk av fysiske helsetjenester (Chaudhry et al., 2006), økt oppmøte til konsultasjon og forsterket etterlevelse av helsepersonellens anbefalinger (Direktoratet for e-helse, 2020).

Ifølge studien til Guthu & Holm, som ble gjennomført for omtrent 10 år siden, var innvandrerbefolkninger i Norge mindre «teknologisk selvhjulpne» enn majoritetsbefolkningen (Guthu & Holm, 2010, s. 13–15). *Bruk av digitale helsetjenester* krever at folk er teknologisk selvhjulpne – kan utføre tekniske operasjoner på egenhånd. Eksempler på slike operasjoner med overføringsverdi til *bruk av digitale helsetjenester* er å kunne installere og åpne programmer på datamaskinen, bytte SIM-kort i mobiltelefonen, opprette egen e-postadresse, og skaffe digital signatur som bank-id. Ferdigheter i det å formidle og utveksle informasjon ved bruk av digitale verktøy, slik som «å taste inn opplysninger til det offentlige», har også verdi. Ifølge Guthu & Holm (2010, s. 14–15) er dette operasjoner majoritetsbefolkningen mestrer bedre enn «våre utvalgte» innvandrergrupper. Vi så ovenfor at innvandrerutvalgene i vår egen studie selvrapporterte langt svakere generelle digitale ferdigheter enn befolkningsutvalget.

Konstruktet *bruk av digitale helsetjenester* ble, i likhet med konstruktet *generelle digitale ferdigheter*, utviklet av norsk NST som en nasjonal tilpasning av HLS₁₉ i Norge. **Tabell 35** på neste side viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av sju spørsmål som inngår i konstruktet.

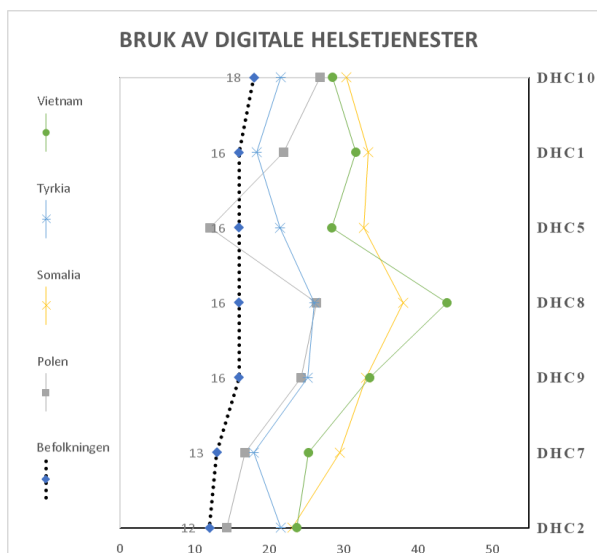
Hvis vi igjen velger å slå sammen andelene av innvandrerutvalgene (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 12b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmålene DHC8 (gjennomføre e-læringskurs), DHC9 (registrere helseopplysninger i helsejournal på Internett) og DHC1 (gjennomføre videokonsultasjon). I likhet med **Figur 11b** ser vi igjen at innvandrerutvalgene samlet sett i større grad svarte (veldig) vanskelig på alle spørsmålene (**Figur 12b**), og den gjennomsnittlige *forskjellen* i andelen som svarte (veldig) vanskelig er hele 11 prosentpoeng. Relativt få i befolkningsutvalget svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene i **Figur 12**, men

innvandererutvalgene selvrapporterte gjennomgående svakere beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*. Dette kan nok delvis forklares med svake *generelle digitale ferdigheter*.

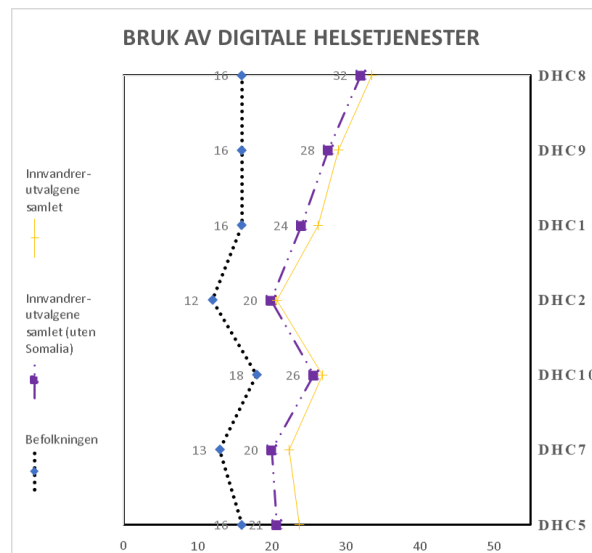
Tabell 35: Spørsmålene som inngår i konstruktet «bruk av digitale helsetjenester» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

I takt med teknologiutviklingen blir det stadig større krav til tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Dette gjør at helsetjenesten må jobbe på nye måter. Derfor blir flere helsetjenester digitalisert. Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil det være for deg å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Pakistan, C=Polen, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[DHC1] gjennomføre videosamtale med helsepersonell på mobiltelefon eller nettbrett?	16	Ikke gjennomført	22	33	18	32
[DHC2] følge veiledninger fra helsepersonell under en videosamtale?	12		14	23	22	24
[DHC5] bruke mobiltelefon eller nettbrett til å registrere resultater fra målinger du selv tar?	16		12	33	22	28
[DHC7] gi tilbakemelding til helsepersonell via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett?	13		17	30	18	25
[DHC8] gjennomføre e-læringskurs for å lære hvordan du følger opp og mestrer egen sykdom?	16		26	38	26	44
[DHC9] registrere egne helseopplysninger i din personlige helsejournal på Internett?	16		24	33	25	34
[DHC10] kommunisere digitalt med helsepersonell om kritiske endringer i helsestilstanden din?	18		27	30	22	29

Figur 12: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om bruk av digitale helsetjenester; 12a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 12b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandererutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 12a: Andelen i befolkningsutvalget og i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om bruk av digitale helsetjenester



Figur 12b: Andelen i befolkningsutvalget og i innvandererutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om bruk av digitale helsetjenester, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og i innvandererutvalgene samlet (uten Somalia)

Enkelte tekniske detaljer om spørsmålene i konstruktet *bruk av digitale helsetjenester* finnes i rapport del I (Le et al., 2021, s. 52). Konstruktet *bruk av digitale helsetjenester* består av 7 spørsmål som hver har fire svarkategorier, og respondentene kan dermed oppnå 7–28 «poeng» på konstruktet. Med utgangspunkt i

befolkningsutvalget definerte vi tre kumulative nivåer, der 3 er høyeste nivå (**Tabell 36**). Vi forventer at personer i befolkningsutvalget som skårer på øvre halvdel av nivå 1 eller over, har kompetanse som tilsvarer at de kan mestre de fleste ferdighetene i **Tabell 35** (Le et al., 2021, s. 53).

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 36** også fordeling av innvandrergруппene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi igjen trå varsomt og ikke overtolke tallene, og vi begrenser oss derfor til å skrive at **Tabell 36** bekrefter de tidligere indikerte forskjellene mellom befolkningsutvalget og innvandrertutvalgene.

Tabell 36: Digitale helsetjenester (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2917	n=0	n=192	n=157	n=149	n=198
Nivå 3	40	Ikke rapportert	22	26	9	7
Nivå 2	35		44	36	50	41
Nivå 1	20		28	26	40	43
Under nivå 1	5		5	13	1	9

Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, ser vi et mønster der innvandreres beredskap til å ta i bruk digitale helsetjenester har sammenheng med utdanningsnivå og økonomisk status (**Tabell 37**). I enkelte utvalg er det også sammenheng med alder (Polen og Vietnam) og langvarig sykdom (Polen og Tyrkia). Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 37** er ikke basert på et ankerdesign, og verdiene kan derfor ikke direkte sammenliknes med verdiene for befolkningsutvalget.

Tabell 37: Digitale helsetjenester (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	1,94 (n=1457)	1,94 (n=1460)	2,38 (n=1510)	1,47** (n=1402)	1,41 (n=1104)	2,30** (n=1776)	2,02 (n=2634)	1,13** (n=217)	1,70 (n=1053)	2,08** (n=1840)	Ikke rapportert		
Pakistan	Ikke rapportert												
Polen	1,57 (n=129)	1,81 (n=63)	2,07 (n=105)	1,10** (n=85)	1,16 (n=97)	2,29** (n=87)	1,89 (n=152)	0,77** (n=35)	1,08 (n=74)	2,03* (n=114)	2,69 (n=21)	1,54 (n=68)	1,51 (n=100)
Somalia	1,50 (n=60)	1,63 (n=97)	1,72 (n=106)	1,30 (n=42)	1,29 (n=116)	2,48* (n=34)	1,45 (n=132)	1,41 (n=13)	1,55 (n=25)	1,60 (n=129)	0,51 (n=16)	1,28 (n=59)	1,89 (n=72)
Tyrkia	1,09 (n=82)	1,30 (n=67)	1,34 (n=85)	0,97 (n=62)	0,69 (n=83)	1,81** (n=66)	1,49 (n=102)	0,47** (n=45)	0,76 (n=73)	1,50** (n=73)	1,64 (n=29)	0,21 (n=9)	1,14 (n=108)
Vietnam	0,81 (n=94)	0,42 (n=104)	1,19 (n=70)	0,29** (n=127)	-0,05 (n=102)	1,42** (n=86)	0,83 (n=154)	-0,02* (n=34)	0,43 (n=99)	0,78 (n=99)	1,01 (n=24)	0,72 (n=11)	0,54 (n=161)

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå

4.4 Oppsummering

Svake *generelle digitale ferdigheter* gjør det vanskelig å finne kvalitetssikret *digital helseinformasjon* som fremmer helse og forebygger sykdom, mestre *digitale helsetjenester* og bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen helse og sykdom. Svake ferdigheter innenfor *digital helseinformasjon* kan virke ekskluderende med tanke på tilgang til ny og oppdatert helseinformasjon. Tenkelige konsekvenser er redusert mulighet for å nå sitt helsepotensiale (EuroHealthNet, 2019; Sørensen, 2019) og økt sannsynlighet for helsetap og dermed utenforskap i arbeidslivet. Deltakelse i arbeidslivet påvirker på sin side folks *generelle digitale ferdigheter*.

Personer i innvandrerrutvalgene bruker i stor grad digitale enheter med Internettilkopling, men søker i mindre grad etter helseinformasjon enn personene i befolkningsutvalget. Sammenliknet med befolkningsutvalget rapporterer noen innvandrerrutvalg (Tyrkia og Vietnam) lavere ferdigheter innenfor *digital helseinformasjon*. Kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon* har sammenheng med utdanningsbakgrunn.

Innvandrerrutvalgene rapporterer betydelig svakere *generelle digitale ferdigheter* enn befolkningsutvalget, og *generelle digitale ferdigheter* har sammenheng med alder, utdanningsnivå, økonomisk status og langvarig sykdom. Svake *generelle digitale ferdigheter* medfører svakere beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*. Innvandreres beredskap til å ta i bruk digitale helsetjenester synes å henge sammen med deres utdanningsnivå og økonomisk status, og i enkelte utvalg er det også sammenheng med alder (Polen og Vietnam) og langvarig sykdom (Polen og Tyrkia).

Kapittel 5:

Om å navigere i helsevesenet

I et sammensatt og fragmentert helsevesen må brukere kunne «navigere» på system- og organisasjonsnivå for å finne «rett behandling til rett tid». Dette forutsetter at brukere og pasienter har evne til å orientere seg i et omfattende tjenestelandskap og oppdatere seg på rettigheter og ansvar.

Fremskritt innenfor naturvitenskap og teknologi gir nye muligheter innenfor medisin, og dette medfører flere og mer spesialiserte helsetjenester. Brukere av tjenestene får dermed flere typer behandlinger å vurdere og velge mellom, og mer informasjon om helse og sykdom blir tilgjengelig. Samtidig blir helsevesenet stadig mer komplekst og oppdelt, bestående av tjenester på ulike nivåer og organisasjonsformer. Eksempler på dette er kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester, avtalespesialister og private helseaktører. Helsetjenester og pasient- og brukerrettigheter reguleres gjennom ulike lovverk, og lovverkene kan være utfordrende både å finne, orientere seg i og forstå.

5.1 Om å navigere på system- og organisasjonsnivå

Det å navigere i helsesystemet betyr å kommunisere og håndtere spesifikk helseinformasjon i en egen kontekst, der målet er å motta «riktig behandling til riktig tid» (Griese et al., 2020; Jessup et al., 2017; Tyshler & Dooley, 2012). Det å kunne navigere på «systemnivå» innebærer å ha *oversikt* over hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer, slik som dets struktur, nivåinndeling, tjenestetyper og funksjon. Brukere må rette oppmerksomheten mot egenandeler og kostnader, mot pågående systemendringer og mulige konsekvenser av disse på kort og lang sikt. De må også kjenne sine rettigheter og hvilket ansvar de selv har. Det å kunne navigere på «organisasjonsnivå» handler om å identifisere og avgjøre hvilke *konkrete* tjenester de trenger og ønsker å bruke. Det handler også om å få tilgang til tjenestene, finne riktige personer, og vurdere kvalitet basert på indikatorer. Brukere må for eksempel sette seg inn i eventuelle krav og regler for tilgang til og bruk av spesielle tjenester. De må også avgjøre om de har behov for mer informasjon, hvor de kan finne den, og om de trenger hjelp og råd fra brukerorganisasjoner og rådgivningstjenester.

Som kunnskapsgrunnlag for å forstå hvordan personer fra innvandrertvalgene responderte på spørsmålene om å navigere i det norske helsesystemet, har vi brukt innsiktsrapporten «Livshendelsen Ny i Norge» (IMDi, 2020) og dens kunnskapsgrunnlag «Informasjonsinnhenting for Livshendelsen Ny i Norge» (IMDi, 2021). Disse dokumentene identifiserer utfordringer ved det å skulle skape sammenhengende og brukervennlige tjenester overfor asylsøkere, arbeidsinnvandrere, familieinnvandrere og overføringsflyktninger, der gruppen flyktninger har svakest helse (Folkehelseinstituttet, 2018; Meld. St. 19 (2018-2019), 2018). Det legges vekt på å yte riktige og tilstrekkelige tjenester etter bosetting, og at det velges en kommune med riktige ressurser. Spesifikt for *navigering i helsevesenet* er at det gis praktisk informasjon om helse og NAV, og dette kan innbefatte informasjon om ansvar og rettigheter, ulike offentlige helsetjenester og helsevesenets oppbygging. Det er likevel slik at mange i enkelte innvandrerepopulasjoner kan ha «mangelfull kunnskap om helsetjenestene i Norge» (Meld. St. 19 (2018-2019), 2018, s. 158). Tilbakemeldingen fra brukerne er at informasjonen verdsettes og fungerer godt, særlig når den gis direkte på eget morsmål ved bruk av tolk. Vi tar også med at de nevnte dokumentene for eksempel peker på at helsesjekk fungerer godt, at brukerne opplever helsepersonell som dyktige, at de opplever å bli tatt vare på, og at

helsemyndighetene synes å være godt orientert om helsetilstanden. Voksne asylsøkere verdsetter særlig tilbudet om kartlegging av psykisk helsetilstand.

Måleskalaen *navigering i helsevesenet* måler de to nevnte aspektene – navigering på system- og på organisasjonsnivå. Etter pilotering i Norge ble skalaen delvis revidert av norsk NST, og den reviderte skalaen er måleteknisk sett endimensjonal. Den reviderte skalaen er konseptuelt balansert med seks spørsmål innenfor hver delskala, og begge delskalaene har tilstrekkelig høy reliabilitet til å separere respondenter i et tilfredsstillende antall strata ut fra deres ferdighetsnivå. **Tabell 38** viser spørsmålene som ble brukt i Norge, men uten instruksjonene til telefonintervjueren. **Figur 13** på neste side viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål.

Tabell 38: Spørsmålene som inngår i konstruktet «å navigere i helsevesenet» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

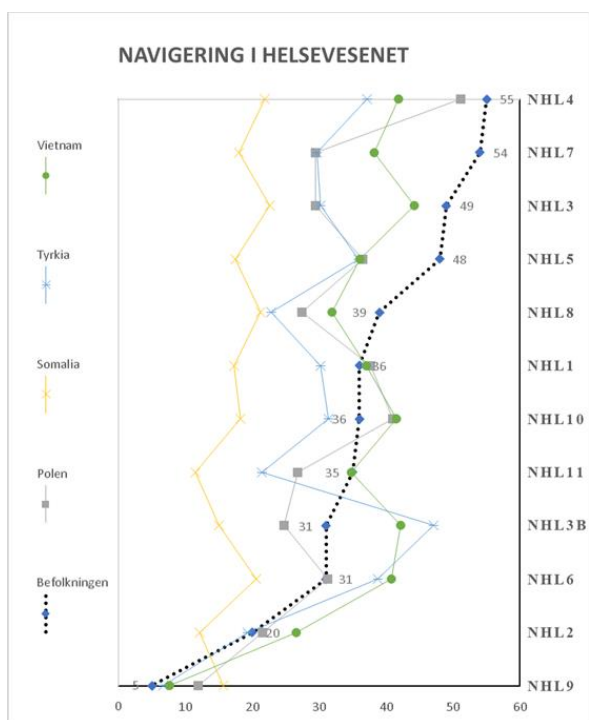
Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Pakistan, C=Polen, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[NHL1] forstå informasjon om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer?	36	Ikke gjennomført	38	17	30	37
[NHL2] vurdere hvilken type helsetjeneste du trenger når du har et helseproblem?	20		22	12	19	27
[NHL3] vurdere om en helseforsikring dekker ditt behov for en bestemt helsetjeneste?	49		29	23	30	44
[NHL3b] finne ut om en helsetjeneste krever egenandel?	31		25	15	47	42
[NHL4] forstå informasjon om pågående helsereformer som kan påvirke helsetjenestetilbudet ditt?	55		51	22	37	42
[NHL5] finne ut hvilke rettigheter du har som pasient eller bruker av helsetjenester?	48		36	17	36	36
[NHL6] avgjøre hvilket helsetilbud du skal velge, om du har behov for et?	31		31	21	39	41
[NHL7] finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste?	54		29	18	30	38
[NHL8] vurdere om en bestemt helsetjeneste dekker ditt behov for helsehjelp?	39		27	21	23	32
[NHL9] vite hvordan du bestiller time hos primærhelsetjenesten?	5		12	16	7	8
[NHL10] finne ut hvordan brukerorganisasjoner e.l. kan hjelpe deg å finne frem i helsevesenet?	36		41	18	31	42
[NHL11] finne riktig kontaktperson for ditt behov på en helseinstitusjon?	35	27	11	21	35	

Figur 13a synliggjør at personer fra innvanderpopulasjonene er relativt godt informert om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer (systemnivå), og hvordan de skal få tilgang til tjenestene de ønsker å bruke (organisasjonsnivå). Hvis vi slår sammen andelen av innvanderutvalgene som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med andelen i befolkningsutvalget, viser **Figur 13b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmål NHL3b (finne ut om en helsetjeneste krever egenandel) og forskjell i favør av innvanderutvalgene på for eksempel NHL5 (finne ut hvilke rettigheter en har som pasient eller bruker av helsetjenester) og spørsmål NHL7 (finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste), hvor forskjellen er hele 25 prosentpoeng.

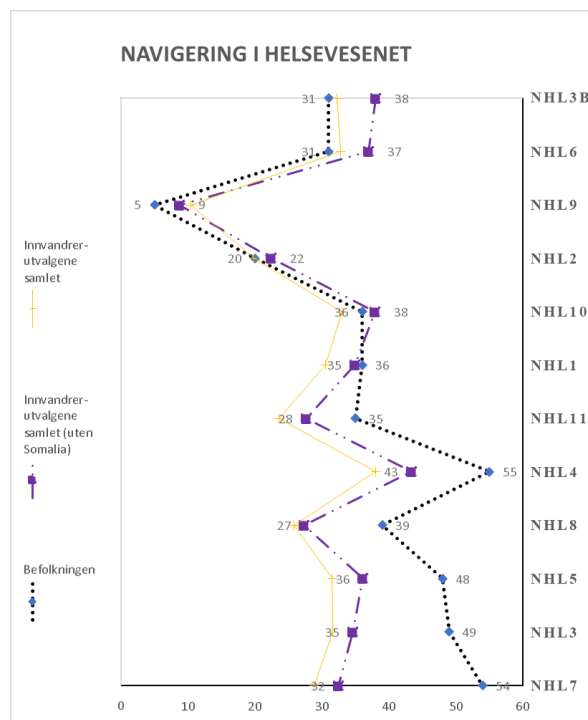
Konstruktet «navigering i helsevesenet» består av 12 spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 12–48 «poeng». **Tabell 39** på neste side viser for eksempel at i befolkningsutvalget skårte 32 % på nivå 2. Med utgangspunkt i dette utvalget, kan vi si at personer på nivå 2 kjennetegnes ved at de typisk synes det er «lett» å finne ut hvilke rettigheter en har som pasient eller bruker av helsetjenester (NHL5), vurdere om en helseforsikring dekker en bestemt helsetjeneste (NHL3), og finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste (NHL7). Personer som skårer under nivå 1 forventes ikke å ha disse ferdighetene. Det er usikkert om denne beskrivelsen av kompetanse kan overføres til innvandrertilvalg og videre generaliseres til innvanderpopulasjonene.

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan personer i befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 39** også fordeling av innvandergruppene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi være svært forsiktige med å ikke overtolke tallene, og vi nøyer oss derfor med å si at **Tabell 39** tyder på en mulig trend der en høyere andel i noen innvandrertilvalg (Polen, Somalia og Tyrkia) når opp til nivå 2 sammenliknet med andelen i befolkningsutvalget. Videre synes personer med bakgrunn fra Vietnam å ha svakest navigeringskompetanse.

Figur 13: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertilvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om navigering i helsevesenet; 13a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 13b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertilvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 13a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertilvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om navigering i helsevesenet



Figur 13b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertilvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om navigering i helsevesenet, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertilvalgene samlet (uten Somalia)

Tabell 39: Å kunne navigere i helsevesenet (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2989	n=0	n=195	n=176	n=151	n=199
Nivå 3	17	Ikke rapportert	24	53	9	5
Nivå 2	32		34	28	46	41
Nivå 1	33		24	10	29	32
Under nivå 1	19		19	9	16	22

Tabell 40 identifiserer forskjeller *innenfor* hvert innvandererutvalg på grunn av kjønn, alder, utdanning, langvarig sykdom, botid i Norge og økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter). Gjennomsnittsverdiene i **Tabell 40** er *ikke* basert på et ankerdesign, og verdiene kan ikke direkte sammenliknes opp mot verdiene for befolkningsutvalget. Det synes å være et mønster der navigeringskompetanse har sammenheng med økonomisk status og i enkelte utvalg ha sammenheng med langvarig sykdom (Tyrkia og Vietnam).

Tabell 40: Å kunne navigere i helsevesenet (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)

Gj. snittlig personestimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	0,64 (n=1489)	0,83 (n=1500)	0,73 (n=1535)	0,74 (n=1449)	0,69 (n=1136)	0,76 (n=1814)	0,78 (n=2701)	0,19** (n=219)	0,67 (n=1076)	0,77 (n=1890)	Ikke rapportert		
Pakistan	Ikke rapportert												
Polen	1,00 (n=132)	1,57 (n=63)	1,42 (n=104)	0,87 (n=89)	0,92 (n=101)	1,45 (n=86)	1,43 (n=152)	0,20** (n=34)	0,83 (n=74)	1,42 (n=117)	1,28 (n=22)	1,17 (n=65)	1,18 (n=105)
Somalia	2,58 (n=64)	2,77 (n=112)	2,85 (n=120)	2,11 (n=45)	2,54 (n=133)	2,87 (n=34)	2,54 (n=141)	2,60 (n=17)	2,08 (n=27)	2,83 (n=146)	1,76 (n=19)	2,86 (n=64)	2,70 (n=79)
Tyrkia	0,82 (n=83)	0,73 (n=68)	0,60 (n=87)	1,05 (n=62)	0,69 (n=85)	0,89 (n=66)	1,06 (n=104)	0,10** (n=45)	0,49 (n=74)	0,96* (n=73)	0,19 (n=28)	0,20 (n=9)	0,93* (n=111)
Vietnam	0,59 (n=94)	0,26 (n=105)	0,61 (n=70)	0,31 (n=128)	-0,04 (n=103)	0,99** (n=86)	0,63 (n=155)	-0,45** (n=34)	0,21 (n=100)	0,62* (n=99)	0,25 (n=24)	-0,07 (n=11)	0,48 (n=162)

Merk: Spørsmål NHL3b, NHL4 og NHL9 viste DIF for språk.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

5.2 Oppsummering

Personer i innvandererutvalgene synes å være «relativt godt» informert om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer (systemnivå), og hvordan de skal få tilgang til tjenestene de ønsker å bruke (organisasjonsnivå). Det synes å være sammenheng mellom navigeringskompetanse og økonomisk status, og i enkelte utvalg samvarierer navigeringskompetanse med langvarig sykdom (Tyrkia og Vietnam).

Ferdighetene som spørsmålene i dette konstruktet viser til, anses å være relativt krevende. Analysene viste imidlertid at språk i betydelig grad har påvirket svarene på flere av spørsmålene, og resultatene skal dermed tolkes med forsiktighet. Fenomenet bør undersøkes nærmere gjennom kvalitative oppfølgingsstudier.

Kapittel 6:

Om å kommunisere med helsepersonell

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig for at pasienten/brukeren skal kunne følge opp og mestre helsesituasjonen. På en annen side er kommunikasjon viktig for å kunne stille diagnose, ta riktige beslutninger om behandling og planlegge hensiktsmessig oppfølging. Utbyttet av kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient/bruker er avhengig av at begge har visse ferdigheter. Pasienten/brukeren vil antakelig ha større utbytte av kommunikasjonen dersom vedkommende kan delta aktivt i dialogen med helsepersonell. Imidlertid plikter helsepersonell å tilpasse sin kommunikasjon til pasienten/brukeren.

«Pasientens helsetjeneste» stiller krav til brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene, og det er forventninger om at pasienter og brukere kan kommunisere med helsepersonell (Elwyn et al., 2016; Meijers et al., 2019). Klar kommunikasjon og forståelse mellom helsepersonell og pasienter er avgjørende i klinisk praksis (Tauqeer, 2017). Mens språklige barrierer kan være årsaker til mange problemer og hindringer i helsetjenesten (Buarqoub, 2019), påvirker kommunikasjonen samtidig pasienters og brukeres tilfredshet med helsetjenesten (Langewitz et al., 2002; Stahl & Nadj-Kittler, 2013). Studier viser at helsepersonell stort sett mener at de kommuniserer godt, samtidig er brukerne dessverre ikke like fornøyde med tjenestene. Mulige årsaker er at helsepersonell overvurderer både egne kommunikasjonsevner, brukernes helsekompetanse og deres språklige ferdigheter (Ashton et al., 2003; Le, 2013; Le et al., 2013).

6.1 Kommunikasjon med helsepersonell sett fra brukerens perspektiv

God kommunikasjon er avgjørende for å kunne sette diagnose, bestemme og iverksette tiltak, og at pasienten mestrer helsesituasjonen. God kommunikasjon med helsepersonell kan påvirke helseutfall, og kommunikasjon blir stadig viktigere grunnet endringer i pasientenes rolle, kravet om mer pasientdeltakelse og samvalg (Elwyn et al., 2016; Meijers et al., 2019). Målet er at pasienten skal være aktiv deltaker i egen helse og behandling (Meld. St. 7 (2019–2020), 2019, s. 18). I denne undersøkelsen refererer «kommunikasjon» til dialogen mellom helsepersonell og brukere av helsetjenester.

For innvandrere kan språk og kulturelle forskjeller føre til utfordringer i kommunikasjonen mellom pasient/bruker og helsepersonell (Ahmed et al., 2017; Wiking et al., 2009). Kommunikasjonsutfordringene kan medføre misforståelser, mangelfull etterlevelse av anbefalte helseråd og begrenset mulighet for samvalg. Innvandrere kan dessuten være engstelige for ikke å bli forstått av helsepersonell, både språklig og kulturelt. Kommunikasjonsutfordringer og manglende tillit kan også medføre at man utsetter det å kontakte helsevesenet. Kulturelle forskjeller når det gjelder maktfordeling kan også påvirke kommunikasjonen mellom pasient/bruker og helsepersonell.

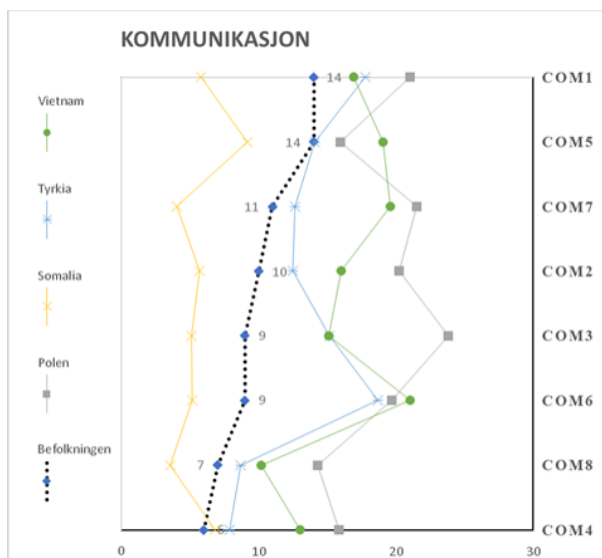
Etter pilotering ble måleskalaen «kommunikasjon med helsepersonell» revidert og tilpasset norske forhold. **Tabell 41** viser spørsmålene som ble brukt i Norge med andelen i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig for hvert spørsmål. Andelen som svarte (veldig) vanskelig for hvert spørsmål er dessuten illustrert i **Figur 14**. Generelt sett opplever en høyere andel i innvandrertutvalgene utfordringer i kommunikasjon med helsepersonell enn andelen i befolkningsutvalget. Hvis vi slår sammen andelen av innvandrertutvalgene som svarte (veldig) vanskelig og sammenlikner med befolkningsutvalget, viser **Figur 14b** størst forskjell i favør av befolkningsutvalget på spørsmål COM6 (diskutere helsen din med helsepersonell).

Rundt en femtedel av personer i det polske, tyrkiske eller det vietnamesiske utvalget oppgir dette som utfordrende. Blant personer med bakgrunn fra Polen opplever en fjerdedel det som (veldig) vanskelig å forstå det som helsepersonell sier til dem (COM 3). Rundt 15 % av personer i det tyrkiske og det vietnamesiske utvalget opplever det samme. Dersom man i tillegg opplever det som (veldig) vanskelig å spørre dersom det er noe man ikke forstår (COM4), kan dette medføre at misforståelser oppstår. Rundt en femtedel av personer med bakgrunn fra Polen eller med bakgrunn fra Vietnam oppgir dessuten utfordringer i det å være aktiv i dialogen med helsepersonell om avgjørelser rundt helsen (COM 7) (Tabell 41 og Figur 14a og b). Dette kan medføre utfordringer i å realisere pasientens helsetjeneste, med økt pasientdeltakelse og samvalgsprosesser.

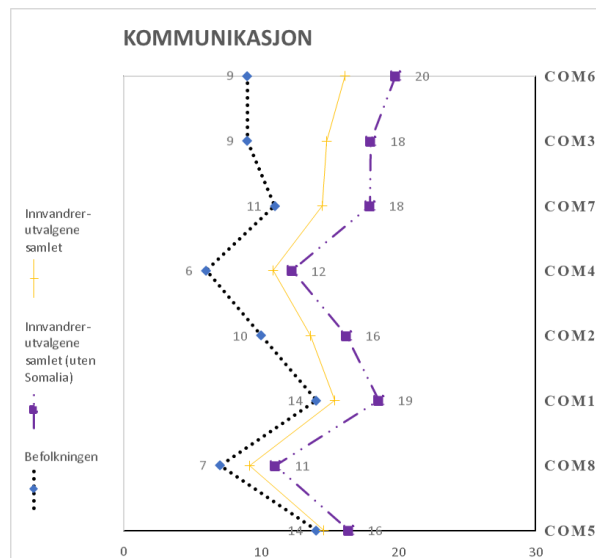
Tabell 41: Spørsmålene om kommunikasjon med helsepersonell og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Pakistan, C=Polen, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[COM1] beskrive til helsepersonell hvordan du opplever helsen eller helseproblemet ditt?	14	Ikke gjennomført	21	6	18	17
[COM2] be helsepersonell om mer informasjon, hvis du trenger det?	10		20	6	13	16
[COM3] forstå det som helsepersonell sier til deg?	9		24	5	15	15
[COM4] spørre helsepersonell hvis det er noe du ikke forstår?	6		16	7	8	13
[COM5] fortelle helsepersonell hvordan du selv ønsker å følge opp helsen din?	14		16	9	14	19
[COM6] diskutere helsen din med helsepersonell?	9		20	5	19	21
[COM7] være aktiv i dialogen med helsepersonell om avgjørelser rundt helsen din?	11		22	4	13	20
[COM8] bruke informasjon som helsepersonell gir deg, til å ta vare på helsen din?	7		14	4	9	10

Figur 14: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om kommunikasjon med helsepersonell; 14a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 14b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandererutvalgene samlet (uten Somalia)



Figur 14a: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om kommunikasjon med helsepersonell



Figur 14b: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandererutvalgene samlet (med og uten Somalia) som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om kommunikasjon med helsepersonell, rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandererutvalgene samlet (uten Somalia)

Konstruktet «kommunikasjon med helsepersonell» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier (se **Tabell 41** og **Figur 14**). Respondentene kunne dermed oppnå 8–32 «poeng» på konstruktet. Med utgangspunkt i utvalget fra befolkningen har vi definert tre kumulative nivåer, der 3 er høyeste nivå (**Tabell 42**). I **Tabell 42** har vi for befolkningsutvalget beregnet prosentandelen personer som skårer på hvert nivå. For eksempel viser **Tabell 42** at 12 % i befolkningsutvalget skårte på nivå 1 eller under. Hele 42 % skårte på nivå 2, og 89 % skårte på nivå 2 eller over – altså på nivå 2 eller 3.

Med utgangspunkt i utvalget fra befolkningen, kan vi si at personer som skårer i nedre halvdel av nivå 1 og under, sannsynligvis opplever utfordringer med å forstå det som helsepersonell sier (Com3) og diskutere helsen med helsepersonell (Com6). Personer som skårer på nivå 1 eller under vil dessuten sannsynligvis oppleve utfordringer med å beskrive til helsepersonell hvordan de opplever helsen eller helseproblemet (Com1), uttrykke egne ønsker for oppfølging av helsetilstanden (Com5), være aktive i dialogen sammen med helsepersonell (Com7), og be helsepersonell om mer informasjon (Com2). Vi gjør oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 41** bare eksemplifiserer typiske ferdigheter.

Tabell 42: Kommunikasjon med helsepersonell (andelen personer på hvert nivå)

Nivå	Befolkningen (%)	Innvandrerbakgrunn				
		Pakistan (%)	Polen (%)	Somalia (%)	Tyrkia (%)	Vietnam (%)
	n=2989	n=0	n=191	n=177	n=152	n=200
Nivå 3	47	Ikke rapportert	26	70	18	11
Nivå 2	42		51	26	66	69
Nivå 1	11		20	4	15	20
Under nivå 1	1		3	1	1	2

Basert på et ankerdesign (se **Kapittel 2.4**) som tar utgangspunkt i hvordan befolkningsutvalget svarte på spørsmålene, rapporterer **Tabell 42** også fordeling av innvandrergruppene på de tre predefinerte nivåene. Her må vi være forsiktige og ikke overtolke resultatene, og det er usikkert om beskrivelsen av typiske ferdigheter på nivåene i sin helhet kan overføres fra befolkningsutvalget. Vi velger likevel å påpeke at det er en høyere andel på eller under nivå 1 i flere innvandrerutvalg (Polen, Tyrkia og Vietnam) sammenliknet med befolkningsutvalget. Denne tolkningen finner støtte i hvordan disse innvandrerutvalgene svarte på enkeltspørsmålene som inngår i dette konstruktet (**Figur 14**).

Som for befolkningsutvalget rapporterer majoriteten av personene med innvandrerbakgrunn stort sett høy kompetanse i å kommunisere med helsepersonell. Imidlertid hadde rundt 30 % av personene med bakgrunn fra Somalia helsefaglig utdanning. For personer med bakgrunn fra Tyrkia, Polen eller med bakgrunn fra Vietnam hadde henholdsvis 21 %, 16 % og 17 % av utvalgene slik utdanning.

Tabell 43 viser gjennomsnittlig personestimat innenfor kommunikasjonskompetanse for bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning, økonomisk status (evne til å betale regninger og dekke økonomiske utgifter), langvarig sykdom og botid i Norge, og har til hensikt å identifisere eventuelle forskjeller innenfor hvert innvandrerutvalg.

Tabell 43: Kommunikasjon med helsepersonell (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)

Gj. snittlig person-estimat	Kjønn ⁱ		Alder		Utdanning ⁱⁱ		Økonomisk status ⁱⁱⁱ		Langvarig sykdom		Botid (år)		
	M	K	16-45	≥ 46	A	B	H	L	JA	NEI	≤5	6-10	≥11
Befolkningen	2,57 (n=1488)	2,74** (n=1501)	2,58 (n=1540)	2,74** (n=1444)	2,39 (n=1135)	2,83** (n=1815)	2,72 (n=2702)	1,94** (n=217)	2,51 (n=1074)	2,74** (n=1892)	Ikke rapportert		
Pakistan	Ikke rapportert												
Polen	1,46 (n=130)	2,20* (n=61)	2,13 (n=102)	1,13** (n=87)	1,33 (n=98)	2,16** (n=85)	2,03 (n=152)	0,40** (n=35)	1,38 (n=75)	1,92 (n=112)	2,04 (n=21)	1,38 (n=65)	1,86 (n=102)
Somalia	3,31 (n=65)	3,57 (n=112)	3,65 (n=120)	2,94* (n=46)	3,32 (n=133)	3,78 (n=34)	3,30 (n=141)	3,58 (n=17)	3,31 (n=27)	3,51 (n=147)	2,81 (n=19)	3,50 (n=64)	3,62 (n=80)
Tyrkia	1,44 (n=83)	1,77 (n=69)	1,53 (n=87)	1,73 (n=62)	1,20 (n=86)	2,09** (n=66)	1,87 (n=105)	0,94** (n=45)	1,41 (n=74)	1,67 (n=74)	1,09 (n=29)	0,60 (n=9)	1,74* (n=111)
Vietnam	1,23 (n=94)	1,02 (n=106)	1,31 (n=70)	1,01 (n=129)	0,55 (n=103)	1,78** (n=86)	1,32 (n=156)	0,27** (n=34)	0,99 (n=100)	1,24 (n=100)	1,10 (n=24)	0,97 (n=11)	1,14 (n=163)

Merk: Spørsmål COM3 og COM5 viste mulig non-uniform DIF for utdanning. Spørsmål COM3 viste også mulig non-uniform DIF for økonomisk status. Spørsmål COM1, COM5 og COM6 viste mulig non-uniform DIF for språk.

ⁱ M=mann, K=kvinne

ⁱⁱ A=til og med VGO, B=over VGO, VGO=Videregående opplæring

ⁱⁱⁱ H=høy, L=lav, Høy=ikke problemer med å betale regninger

* Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 5 % nivå.

** Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant til 1 % nivå.

Signifikant delvis grunnet utvalgsstørrelsen, men forskjellen er mindre enn 0,3 (jf. rapport del I).

Når vi splitter opp utvalgene med hensyn på bakgrunnsfaktorer, blir enkelte grupper små og det er vanskelig å kartlegge forskjeller. Det synes imidlertid å være et mønster der kommunikasjonskompetanse har sammenheng med utdanning og økonomisk status. For tre av innvanderutvalgene (Polen, Tyrkia og Vietnam) hadde personer med videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå eller lav selvrapportert økonomisk status, betydelig lavere kommunikasjonskompetanse enn de som har høyere utdanning eller høy økonomisk status. Blant personer med bakgrunn fra Polen skårer kvinner betydelig høyere enn menn med samme bakgrunn. Kvinner fra Somalia eller Tyrkia har også høyere gjennomsnittlig poengsum enn menn med samme bakgrunn, mens det er motsatt for personer med bakgrunn fra Vietnam. Personer i den yngste aldersgruppen (≤45 år) med bakgrunn fra Polen eller med bakgrunn fra Somalia skilte seg ut med betydelig høyere kommunikasjonskompetanse enn den eldste aldersgruppen (≥46 år). Tilsvarende tendenser fant vi også blant personer med bakgrunn fra Vietnam, mens det var motsatt blant personer med bakgrunn fra Tyrkia. Personer med bakgrunn fra Tyrkia med en botid i Norge på 11 år eller mer hadde betydelig høyere gjennomsnittsskår enn de med kortere botid. Utover dette fant vi ikke betydelige forskjeller i kommunikasjonskompetanse for botid.

6.2 Oppsummering

Tre av innvanderutvalgene (Polen, Tyrkia og Vietnam) rapporterer svakere kommunikasjonskompetanse enn befolkningsutvalget. Innvanderes ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell har sammenheng med utdanningsnivå og økonomisk status, med unntak av personer med bakgrunn fra Somalia. I gjennomsnitt oppga personer med videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå og personer som rapporterte lav økonomisk status, svakere ferdighet enn andre. Blant personer med bakgrunn fra Polen, fant vi dessuten at menn hadde lavere ferdighet enn kvinner og at personer i den eldste aldersgruppa hadde svakere ferdighet enn de som er yngre. Vi fant også at den eldste aldersgruppa hadde svakere ferdighet enn de yngre blant personer med bakgrunn fra Somalia.

For å legge til rette for at personer med ulik språklig og kulturell bakgrunn kan være aktive deltakere i samtalen med helsepersonell, vil det være avgjørende at kommunikasjonen er både språklig og kulturelt tilpasset. Helsepersonell bør i samtaler med personer med begrenset kommunikasjonskompetanse bruke et enkelt og forståelig språk. Personer med begrensede norskkunnskaper skal ha tilbud om tolk. Bruk av tolk kan bidra til å sikre likeverdig helsetjeneste og øke mulighetene for samvalg blant personer med svake norskferdigheter (Meld. St. 7 (2019–2020), 2019, s. 23). Bruk av kvalifisert tolk kan styrke personsentrert omsorg, bedre resultat og at pasienten/brukeren bli mer fornøyd med samtalen med helsepersonell (Wiking et al., 2009).

I kommunikasjon med personer med lave kommunikasjonsferdigheter er det viktig at helsepersonell anvender ulike typer støttemateriell. Dette kan dreie seg om bruk av bilder, piktogrammer eller korte filmer. Støttematerialet bør også være kulturelt tilpasset. Pasienten/brukerens bakgrunn og ønsker må respekteres. For å oppnå økt pasientdeltakelse og kunne veilede personen i samvalgsprosesser, er det viktig at helsepersonell legger til rette for at den enkelte får uttrykt hvordan de opplever helsetilstanden ut fra sitt perspektiv og hvilke ønsker de har. Helsepersonell bør videre undersøke hva personen har forstått og sitter igjen med av kunnskap etter samtalen (bruke teach-back teknikk).

Kapittel 7:

Helsekostnader og samfunnsøkonomi

Helsetjenestekostnader og QALYs (kvalitetsjusterte leveår) kan bli påvirket av individers helsekompetanse. Generell helsekompetanse (Q12) ble benyttet til å studere samfunnsøkonomiske størrelser gjennom helsetjenestekostnader og QALY's.

Vi foretar her analyser av 1) befolkningsutvalget eksklusiv de vi her definerer til å ha «innvandrerbakgrunn» («Befolkningen»), 2) alle innvandrere («Alle med innvandrerbakgrunn») og 3) hvert enkelt av de fem innvandrere (Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam). For detaljer, se i **Kapittel 2**.

Lav helsekompetanse er ofte assosiert med økt bruk av helsetjenester blant eldre, etniske minoriteter og personer med lavere utdanning (Howard et al., 2006; Kindig et al., 2004; Schillinger et al., 2002; Sudore et al., 2006), og helsekompetanse i form av en personlig helsedeterminant er forbundet med bruk av helsetjenester og helsekostnader (Andersen & Newman, 2005). Personer med lav helsekompetanse gir økt helsetjenestekostnader i et behandlingsforløp, samtidig som tjenester er mindre virkningsfulle på disse (Howard et al., 2005).

7.1 **Helsetjenestekostnader**

Som eksempel på helsetjeneste, vi vil her studere hvilken betydning generell helsekompetanse har for antall ganger man oppsøker fastlegen pr. år.

Generell helsekompetanse (Q12) ble funnet å samvariere (korrelerer) signifikant med hvor mange ganger respondentene hadde vært hos fastlegen siste år for det samlede innvandrereutvalget og for fire av innvandrereutvalgene (Pakistan, Polen, Somalia og Tyrkia). For det sammenslåtte utvalget «Alle med innvandrerbakgrunn» påvirket Q12 antall fastlegebesøk signifikant via sin interaksjon med utdanning ($b = -.06$ og $p = .009$) (se **Tabell 44**). For det norske utvalget (befolkningen) er Q12 nært ved å være signifikant ved sin $p = 0,07$. I tillegg viste analysen basert på Cont modell (Poisson, robust) signifikant ($p = 0,038$) sammenheng mellom Q12 og antall fastlegebesøk. «Befolkningen» er derfor også tatt med i **Figur 15**. Derimot er Vietnam-utvalget utelatt da det ifølge analysen er svært usikkert om det foreligger noen sammenheng mellom Q12 og fastlegebesøk ($p = 0,510$).

Sammenhengen mellom fastlegebesøk og *helsekompetanse* varierer en del mellom utvalgene både i styrke og form. I **Figur 15** ser vi at for personer med tyrkisk og polsk bakgrunn er antallet fastlegebesøk relativt høyt ved Q12 lik 1, og synker bratt med stigende helsekompetanse. Endringen i antall fastlegebesøk pr. år mellom Q12 lik 2 og 4 er på ca. 7,8 besøk for både det polske og tyrkiske utvalget. Den samme endringen i Q12 for innvandreregruppen samlet utgjør en nedgang i 1,6 fastlegebesøk. For personer med bakgrunn fra Pakistan og Somalia ser vi derimot et annet forhold mellom Q12 og estimert antall fastlegebesøk. Pakistan-utvalget går fra kun 1,5 fastlegebesøk ved Q12 lik 1 og stiger til et toppunkt på 5,6 fastlegebesøk ved Q12 lik 2,5, for så å synke igjen ved ytterligere stigende Q12, og ender på kun 1,79 fastlegebesøk pr. år når Q12 lik 4. Somalia-utvalget stiger gjennom hele forløpet fra kun 2,2 fastlegebesøk til 6,4 besøk ved Q12 lik 4. Felles for populasjonene med bakgrunn fra Pakistan og Somalia er at de ved Q12 lik 1 har et antall fastlegebesøk pr. år som er klart lavere enn gjennomsnittet på 4,1 fastlegebesøk for utvalgene med innvandrerbakgrunn og 3,0 for befolkningen for øvrig. Det kan dermed se ut til at økning i helsekompetansen fra 1 til 1,5-2 for disse to gruppene korrelerer med en normalisering i antall

fastlegebesøk. Usikkerhetene knyttet til utvalgene omtalt i **Kapittel 7**, innebærer imidlertid at usikkerheten er stor rundt funnene for disse.

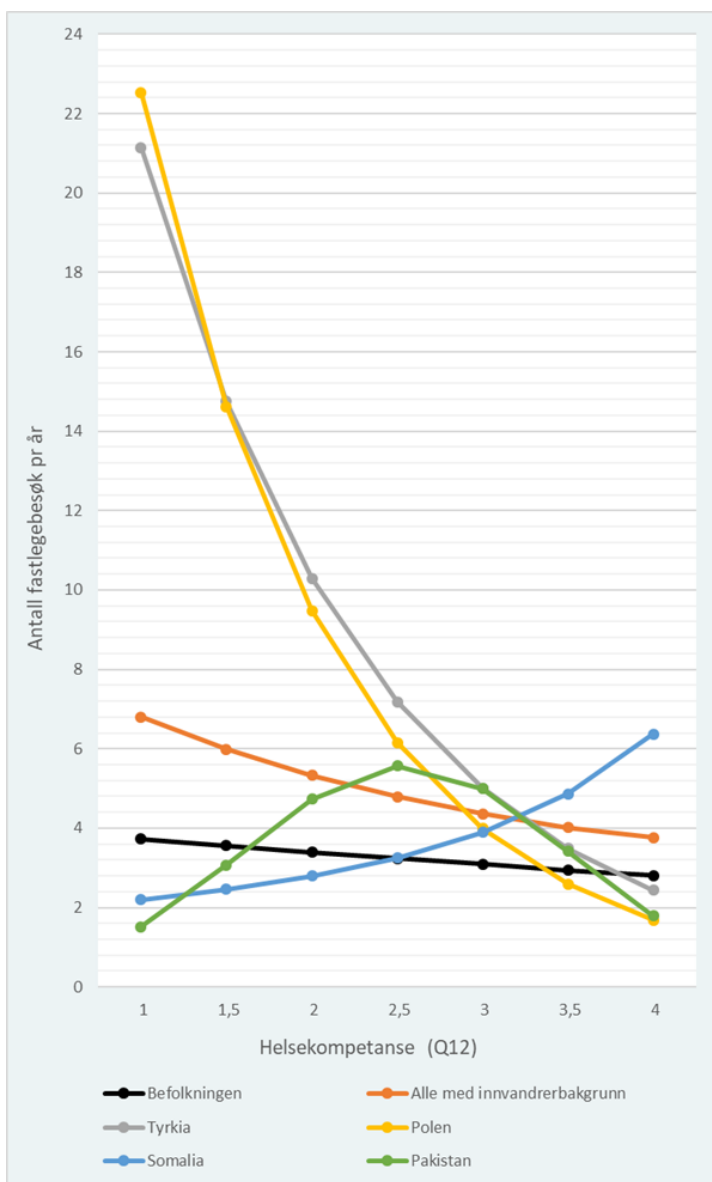
Tabell 44: Hvordan ulike personfaktorer og kovariater samvarierer med den avhengige variabelen «Antall fastlegebesøk siste år»

Variable	Befolkningen	Alle med innvandrerbakgrunn	Pakistan	Polen	Somalia	Tyrkia	Vietnam
Q12	-0,095 (p=,07)	0,557 (p=,083)	2,760*	-0,865***	1,368**	-0,720**	-0,145 (p=,510)
Alder ^a	-0,019***	0,069***		-0,094 (p=,087)	0,020*	0,117**	0,016*
Kjønn	-0,381***	-0,317**	-0,436*	-1,201***	,069	-0,349*	
Utdanning, år	0,0005	0,236**	-0,076**	-0,091*	0,270*	-0,051*	0,138**
Arbeidsløs		-0,160		-0,487	-0,361		
Helseutdanning	-0,109*			-0,446 P=,190			
Student	-0,328***						
Pensjonert		0,296**					
Probl. med å lese/skrive norsk							
Botid	-		0,012*		0,115*	0,025***	
Botid kvadrert ^b	-				-0,383*		
Q12 kvadrert			-0,541				
Alder kvadrert ^c		-0,066***		0,118 (p = ,053)		-0,125**	
Utdanning kvad.	-0,004**						-0,006**
Utd. x Q12		-0,060**			-0,088*		
Utd. x alder	0,141***						
Kjønn x arbeidsløs		0,874**		1,817*	1,404*		
Kjønn x helseutd.				1,222*			
Konstant	2,493***	-1,672	-1,024	7,543***	-4,383**	1,408	0,291
n	4 241	1 077	130	214	167	286	255

a: Der «Botid» viste seg å være signifikant tas også «Alder» med selv om den ikke er signifikant. Dette for å kontrollere effekten av botid for levetid.

b: Botid kvadrert = (Botid x Botid)/100.

c: Alder kvadrert = (Alder x Alder)/100. Estimator: Generalized linear models, GLM (link function (log) og Distribution family (gamma)) er benyttet (robust).



Figur 15: De ulike utvalgenes estimerte verdier for antall fastlegebesøk pr. år (y-aksen) ved ulike verdier for generell helsekompetanse, Q12 (x-aksen)

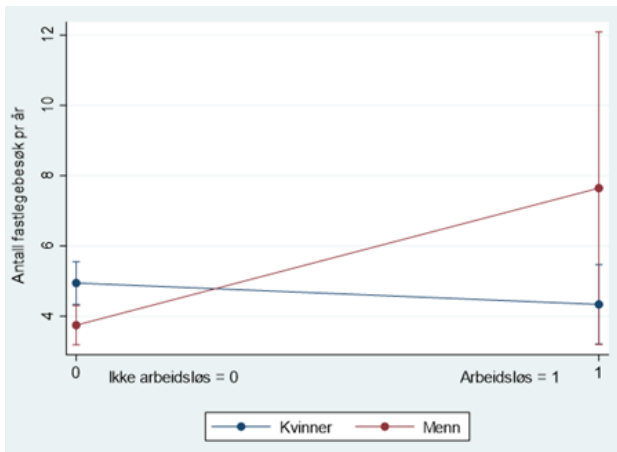
grad avtar antall fastlegebesøk med stigende helsekompetanse. Vi ser videre at den kombinasjonen som gir færrest årlige fastlegebesøk er kombinasjonen høy helsekompetanse og høy utdanning.

Evnen til å lese og skrive norsk har ingen signifikant betydning for antall fastlegebesøk i innvandrerutvalgene, heller ikke når utvalgene slås sammen. Botid har heller ingen signifikant betydning i det sammenlånne innvandrerutvalget, men har det for det somaliske, det pakistanske og det tyrkiske utvalget. For de to siste samvarierer stigende botid signifikant med økende antall fastlegebesøk. Mens for det somaliske utvalget starter en med kun 2,2 fastlegebesøk ved botid på 0 år og stiger til et toppunkt på 5,2 fastlegebesøk ved en botid på 15 år, for så å synke igjen ved ytterligere økning i botiden. For det polske utvalget fant vi samspill (statistisk interaksjon) mellom kjønn og om en har helseutdanning (**Figur 18**). Vi ser at uten helseutdanning ligger menn under (2,3 besøk) og kvinner over (6,7 besøk) gjennomsnittet for antall fastlegebesøk, mens for personer med helseutdanning er forskjellene utlignet (hhv. 4,3 og 4,9 besøk), og om lag som gjennomsnittet for innvandrerutvalgene samlet.

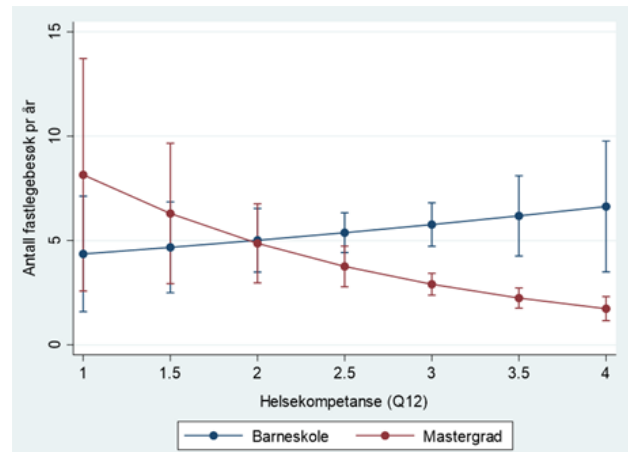
Ser vi «Alle med innvandrerbakgrunn» samlet, ser vi at i tillegg til helsekompetanse samvarierer alder, kjønn, utdanning og om en er pensjonist, signifikant med antall fastlegebesøk. Om en er arbeidsløs har i tillegg en signifikant betydning via samspill med kjønn.

Vi fant samspill mellom kjønn og arbeidsløshet for innvandrerutvalgene samlet. I **Figur 16** ser vi at for ikke-arbeidsløse er det liten forskjell i fastlegebesøk mellom kvinner (4,9 besøk) og menn (3,6 besøk), mens dersom begge grupper er arbeidsløse er det betydelig flere fastlegebesøk blant menn (7,4 besøk) enn blant kvinner (4,2 besøk). For analysen er det kontrollert for de andre nevnte variablene.

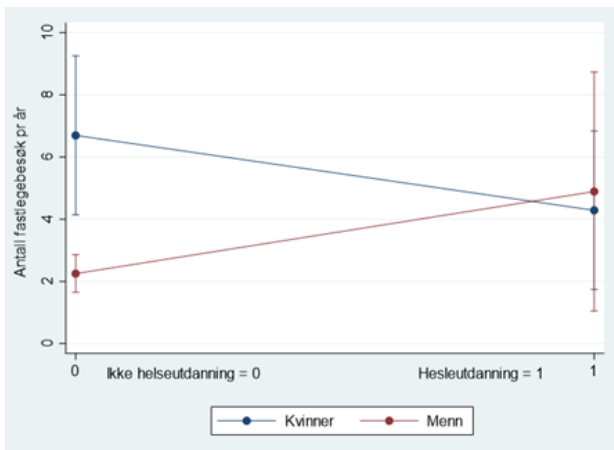
Videre ser vi at det er samspillseffekter (statistisk interaksjon) mellom helsekompetanse og utdanningsnivå for innvandrerutvalgene samlet som innebærer at betydningen av økt helsekompetanse avhenger av utdanningsnivået. **Figur 17** viser at ved kun barneskole stiger antall fastlegebesøk fra 4,4 ved Q12 lik 1 til 6,6 fastlegebesøk ved Q12 = 4. Derimot for personer med master-



Figur 16: Antall legebeseøk pr. år for innvandrertilvalgene samlet og samspillet mellom kjønn og om en er arbeidsløs. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer



Figur 17: Antall legebeseøk pr. år for innvandrertilvalgene samlet og samspillet mellom generell helsekompetanse og utdanning. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer



Figur 18: Antall legebeseøk pr. år for det polske utvalget og samspillet mellom kjønn og om en har helseutdanning eller ikke. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer

7.2 Helserelatert livskvalitet

I dette kapittelet studerer vi sammenhengen mellom generell helsekompetanse og helsereelatert livskvalitet. Respondentenes skår på EQ-5D-5L-skalaen blir benyttet som mål for helsereelatert livskvalitet i dette kapittelet. EQ-5D er ofte benyttet i økonomiske analyser for å estimere helseeffekten av nye intervensjoner i helsevesenet, og benyttes ofte for å beregne antall kvalitetsjusterte leveår (QALYs) et gitt tiltak kan bidra med.

Generell helsekompetanse (Q12) ble funnet å samvariere signifikant med respondentenes skår på EQ-5D for «Befolkningen», for «Alle med innvandrerbakgrunn» samlet og utvalgene fra hhv. Vietnam, Tyrkia og Pakistan (**Tabell 45**). For Somalia hadde Q12 en p-verdi på 0,086 som indikerer mulig signifikant sammenheng også her om utvalget hadde vært noe større. Utvalget for Polen svarte i meget liten grad på spørsmålene EQ-5D er basert på, og vi har derfor ikke kunne gjøre tilsvarende analyser for dette utvalget. For Polen-utvalget ble det i stedet gjort analyse med hensyn til selvopplevd helse, og der fant vi signifikant sammenheng mellom generell helsekompetanse og selvopplevd helse (BETA = ,21 og p = ,007).

Tabell 45: Hvordan ulike egenskaper ved respondenter med ulike landbakgrunn samvarierer med den avhengige variabelen helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). Multipl lineær regresjon er benyttet (robust) og ustandardiserte regresjonskoeffisienter er rapportert

Variable	Befolkningen	Alle med innvandrerbakgrunn	Pakistan	Polen ^d	Somalia	Tyrkia	Vietnam	
Q12	0,025***	0,106***	-0,260 (p = ,085)	Ikke rapportert	0,123 (p = ,086)	0,258***	2,466**	
Alder ^a	-0,0006**	-0,015***	-0,001				-0,034**	
Kjønn	0,034***							0,115**
Utdanning, år	-0,009							
Arbeidsløs	-0,061**							
Helseutdanning	0,091*						-,002*	
Student	0,038***							
Pensjonert		-0,159***				-,514*		
Probl. med å lese/skrive norsk	-0,026**	-0,047**	-0,062*					
Botid	-	-0,009***	-0,003*				-,004*	
Botid kvadrert ^b	-	0,018**						
Q12 kvadrert			0,064*					-0,371**
Alder kvadrert ^c		0,015***					0,033**	0,014**
Utdanning kvad.	0,0006*							
Utd. x Q12	-0,006*							
Utd. x helseutd.	0,873***	1,081	1,355			0,547	0,997	-2,772
Konstant	0,873***	1,081	1,355			0,547	0,997	-2,772
n	2 289	538	135			121	170	120
R ²	0,07	0,24	0,21		0,28	0,26	0,30	

a: Der «Botid» viste seg å være signifikant tas også «Alder» med selv om den ikke er signifikant. Dette for å kontrollere effekten av botid for levetid.

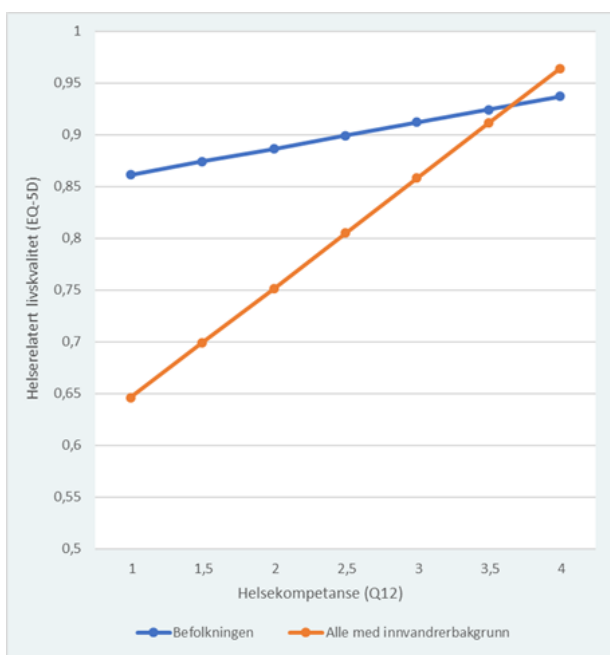
b: Botid kvadrert = (Botid x Botid)/100.

c: Alder kvadrert = (Alder x Alder)/100.

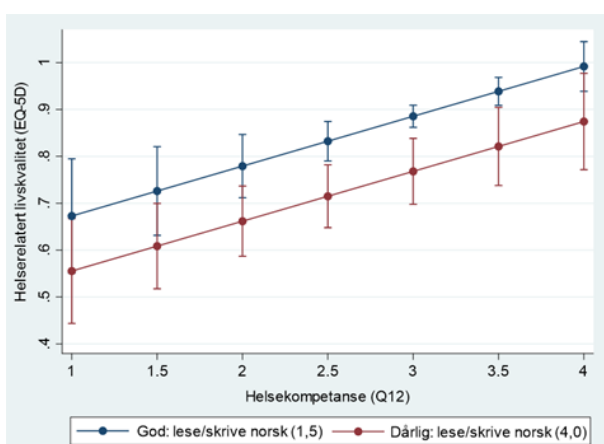
d: Tall for Polen er ikke beregnet pga. kun 8 respondenter svarte på alle delspørsmålene EQ-5D-skåren er basert på.

For personer med lavest helsekompetanse (Q12 = 1) skårer innvandrertutvalgene samlet (0,65, 95 % KI 0,53-0,76) langt lavere på helserelatert livskvalitet (EQ-5D) enn for befolkningen for øvrig (0,86, 95 % KI 0,83-0,88) (se **Figur 19**). Med økt helsekompetanse stiger imidlertid helserelatert livskvalitet relativt raskt for innvandrertutvalgene samlet (0,96, 95 % KI 0,91-1,00) og ender på om lag samme nivå som befolkningen (0,94, 95 % KI 0,92-0,95) ved en helsekompetanse lik 4. Dette kan indikere at helsekompetansens betydning for helserelatert livskvalitet er større for de aktuelle innvandrertutvalgene enn for den norske befolkningen.

Noe uventet, synes ikke utdanning å samvariere signifikant med helserelatert livskvalitet for innvandrertutvalgene, enten disse sees samlet eller hver for seg. Vi fant verken at utdanning hadde lineær eller ikke-lineær relasjon til EQ-5D og heller ikke at utdanning hadde samspill med utvalgte variabler.



Figur 19: Sammenhengen mellom EQ-5D og Q12 for alle personer med innvandrerbakgrunn sett under ett og for befolkningen for øvrig



Figur 20: Sammenhengen mellom EQ-5D, Q12 og norskferdigheter for alle med innvandrerbakgrunn

økonomisk relevante variablene «Antall fastlegebesøk siste år» og helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). Vi finner at generell helsekompetanse samvarierer signifikant med antall fastlegebesøk for utvalget «Alle med innvandrerbakgrunn» og for tre av innvandrerutvalgene (Pakistan, Somalia og Tyrkia). I tre av innvandrerutvalgene (Pakistan, Tyrkia og Vietnam), det samlede innvandrerutvalget og befolkningsutvalget observerte vi samvariasjon mellom helsekompetanse og helserelatert livskvalitet (EQ-5D). Generelt kan analysene tyde på at en stigning i helsekompetanse for innvandrerpopulasjonene i større grad slår ut i endringer i antall fastlegebesøk og helserelatert livskvalitet, enn for befolkningen for øvrig sett.

Blant innvandrerutvalgene er det kun i det vietnamesiske at kjønn er av signifikant betydning, og kun i det tyrkiske at helseutdanning er av signifikant betydning.

Lese- og skriveferdigheter i norsk viser signifikant samvariasjon med helserelatert livskvalitet både i det pakistanske utvalget og for innvandrerutvalgene samlet. Vi ser av **Figur 20** at helserelatert livskvalitet er 0,12 enheter lavere blant de som er dårlige til å lese og skrive norsk (4 på en ferdighetsskala fra 1 – 4 der 4 er dårligst) enn blant de som er relativt gode (ferdighet = 1,5)

Resultatene fra analysene av utvalgene basert på enkeltlandene Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam må tolkes med forsiktighet. Dette som følge av muligheter for betydelige skjevheter i utvalgene (meget lav svarprosent i enkelte utvalg), mulig at strategisk svargiving har forekommet (f.eks. pga. respondenters usikkerhet om hva deres svar skal brukes til) og at mange enkeltpørsmål ikke besvares. Lav svarprosent og mye «missing» gjør at utvalgene vi til slutt står igjen med i analysene er relativt små. Dette gjelder både for analysene mht. EQ-5D og antall fastlegebesøk.

7.3 Oppsummering

Vi har i **Kapittel 7** studert hvordan generell helsekompetanse samvarierer med de to helse-

Kapittel 8:

Noen mulige implikasjoner

For første gang har Norge kartlagt helsekompetansen hos utvalgte innvandrerpulasjoner. Denne rapporten har gitt et første bilde av helsekompetansen hos fem innvandrergupper i Norge med bakgrunn fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller fra Vietnam.

Gjennom telefonintervju samlet HLS₁₉-undersøkelsen inn data på mange helserelaterte variabler. Dataene kan gi grunnlag for å utarbeide og iverksette kunnskapsbaserte tiltak overfor subgrupper innen de fem innvandrerpulasjonene som har spesielt lav helsekompetanse. For å oppnå en bredere og dypere forståelse av fenomenet helsekompetanse hos innvandrere i Norge, bør det også initieres mer forskning. Rapporten peker på noen utviklingsmuligheter (effekt mål); hvilken innvirkning enkelte funn kan ha på fremtidens helsepolitikkutforming og nasjonale folkehelsesatsninger (både universelle og målrettede tiltak). Videre kan rapporten gi grunnlag for å vurdere organisatoriske og kommunikasjonsmessige endringer av de norske helsetjenestene for å styrke og videreutvikle helsekommunikasjon mellom institusjon og enkeltindivid. Slike tilpasninger er en forutsetning for å kunne nå målet om «pasientens helsetjeneste».

8.1 Potensielle utviklings- og satsningsområder

Helsemyndigheters målrettede kampanjearbeid under Covid-19 pandemien kan ha hatt en viss effekt hos noen innvandrergupper. I våre innvandrerrutvalg, svarte mellom 54 til 74 prosent av personer med bakgrunn fra Pakistan, Somalia, Tyrkia eller Vietnam at situasjonen med korona har påvirket deres svar i undersøkelsen, mens kun 28 prosent i befolkningsutvalget svarte det samme. Uansett, viser resultater i vår rapport at det fortsatt er store utfordringer med svak helsekompetanse av ulik karakter hos innvandrerguppene.

Hvis vi tar utgangspunkt i Folkehelseinstituttets rapporter om Covid-19 blant personer født utenfor Norge (Indseth et al., 2021; Vist et al., 2021), så ser man at innvandrerbakgrunn i seg selv er en relativ sårbarhetsfaktor når det gjelder helse. Det kan ha sammenheng med økt risiko for enkelte typer lungeinflammasjoner og infeksjoner, som igjen kan gi dårligere prognose etter pådratt covid-19-smitte. Slik kunnskap sammen med funn i vår rapport indikerer at det er avgjørende å satse mer for å styrke helsekompetansen i innvandrerbefolkningen.

Like viktig er det også å styrke helsepersonells bevissthet om at det er variasjon i helsekompetansen til innvandrergupper. Denne bevisstheten bør lede til «helsekompetanse-tilpasset» helsekommunikasjon i 1:1-settinger, både muntlig, skriftlig og billedlig. Bevisstheten bør også heves opp på organisasjons- og systemnivå. Allerede det første møtet innvandrere får med helsevesen og helsemyndigheter i Norge, må være «helsekompetansevennlig». Det skal være forholdsvis enkelt for dem, med sine varierende ferdigheter i norsk språk og forkunnskap om sammenhenger mellom kropp og helse, å få den helsehjelp de kan kreve og som gjenspeiles i slagordet «en likeverdig helsetjeneste».

Undervisningsopplegg om helsekompetanse har også en naturlig plass innen pasientopplæring hos Lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene. Her bør det satses på å gi opplæring i: a) å kunne lese og forstå viktig helseinformasjon, hvilket forutsetter betydelig språklig og faglig forenkling av informasjonen, b) basal kroppslig anatomi og fysiologi, c) hvordan en best mulig kan interagere med helsepersonell og helseforetak om sitt helseanliggende (blant annet lære å kunne benytte diverse elektronisk

baserte kommunikasjonsverktøy, f.eks. helseapper), samt d) å kunne kritisk vurdere og kvalitetssortere helseinformasjonen som man eksponeres for fra de mange ulike kildene i samfunnet. Likeledes bør slike temaer og ferdighetsøvelser også integreres i norskopplæring og undervisning i «50 timers samfunnskunnskap» til nyankomne innvandrere.

Utdanningsinstitusjoner har ansvar for å gi studenter opplæring om helsekompetanse. Denne rapporten (del I og del II) gir grunnlag for operasjonalisering av læringsutbyttebeskrivelser som omhandler helsekompetanse, jf. nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) hvor NOKUT evaluerer implementeringen (NOKUT, 2021), og for implementeringen av grunnskolenes tverrfaglige tema *folkehelse og livsmestring* i de nye læreplanene i kjølvannet av Kunnskapsløftet 2020. Grunnskole og videregående opplæring bør tilby ungdom opplæring i aspekter som gjenspeiler begrepsinnholdet i helsekompetanse, slik som hvordan smittsomme sykdommer kan forebygges, å kunne identifisere eksempler på helsefremmende livsstil, og forholde seg kritisk til ulike informasjonskilder. Dette er forslag som foruten å ha empirisk belegg i denne rapporten, også fremkommer i kjølvannet av de erfaringer helsemyndigheter har hatt med covid-19-kommunikasjon overfor både innvandrergrupper og generell norsk befolkning.

Det er også nødvendig med mer forskning på helsekompetanse hos innvandrere. For å oppnå bredere og dypere kunnskap om helsekompetansen hos innvandrere i Norge, bør det initieres mer forskning, både kvantitativ og kvalitativ – og forskning rettet mot andre populasjoner enn de fem som denne rapporten omtaler. Det er også sannsynlig at helsekompetansen kan variere betydelig om man sammenlikner innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Sannsynligvis kan variasjonen også være merkbar mellom «tredjegerasjonsinnvandrere» og de to forannevnte grupper og den generelle befolkningen.

Et generelt prinsipp for alle former for individrettet helsekommunikasjon er at det må skapes *relasjon* og *tillit* mellom sender og mottaker. Sender kan være helsepersonell, helseinstitusjoner og helsemyndigheter, mens mottaker er i dette rapporttilfellet innvandrere fordelt i de fem undersøkte gruppene. En viktig forutsetning for etablering av relasjon og tillit er at selve helsekommunikasjonen «støyer» minst mulig, både på det verbale og non-verbale plan.

Relasjonsbygging mellom partene i helsekommunikasjonen kan for eksempel bestå i at sender og mottaker har samme etniske og hovedspråklige bakgrunn, at sender kjenner til de *kultursensitive* og trolig spesifikke kodene og normene som gjelder for kommunikasjon med mottaker i den aktuelle etniske gruppen, at sender har betydelig kunnskap, innsikt i og erfaring med det norske helsevesenet og myndigheter, og at sender representerer en troverdig «rollemodell» for mottaker. Dessuten må en slik rollemodell inneha et forholdsvis høyt nivå av helsekompetanse.

Sannsynligvis oppnår en troverdig rollemodell fra samme etniske innvandrergruppe som mottaker automatisk tillit fra mottaker. Det har vist seg at mange innvandrere er skeptiske eller mangler tillit til offentlige myndigheter, noe som kan ha sammenheng med negative erfaringer de har fra sitt opprinnelsesland (Utrop, 2021). Utover å innlede et godt samarbeid med religiøse, bruker-, interesse- og frivillige organisasjoner, bør norske helsemyndigheter på ulike nivåer også etablere en ressursmessig «beredskapstropp». Den kan bestå av godt skolerte rollemodeller fra innvandrergrupper som kan tre inn og bidra de gangene det er nødvendig å formidle viktig helseinformasjon spesielt til disse gruppene, f.eks. om beskyttende

covid-19-tiltak og vaksinerings. En type rollemodeller kan være de såkalte Bydelsmødrene som tilhører innvandringsgrupper i Oslo (Stiftelsen DAM, 2021).

Andre tiltak for både å tilpasse helsekommunikasjon til innvandreres varierende helsekompetanse og for å bidra til å øke denne kompetansen hos dem, er å formidle helseinformasjon og helsebudskap på det språket som målgruppen behersker best. Dessuten å forsøke å begrense anvendelse av for dem ukjent fagterminologi, ha en kultursensitiv tilnærming, samt bruke de formidlingsplattformer og kanaler som de hyppigst benytter seg av. Det er mulig at mange innvandrere ikke ser så ofte verken på norske TV-kanaler (som f.eks. NRK Dagsnytt) eller benytter norskspråklige helseinformasjonskilder (NRK.no, 2009). Eksempel på en god digital plattform for formidling av helseinformasjon på flere språk er www.zanzu.no. I tillegg til fullstendig oversatt helseinformasjon på aktuelle språk, tilbyr denne websiden også lydfunksjonaliteter for brukere som ikke så godt kan lese og forstå skriftlig informasjon.

Det pågår flere nasjonale utviklingsprosesser der oppnådd (digital) helsekompetanse bør betraktes som en naturlig komponent og suksessfaktor. Digitalisering av offentlig sektor kan være ett eksempel der vi blant annet må ta hensyn til befolkningens digitale helsekompetanse og ferdigheter, særlig for de målgruppene som befinner seg i den komplekse livshendelsen «Ny i Norge». Videre bør helsekompetansen kningen integreres i de etablerte helsefelleskapene hvor målet er å få til bedre samarbeid om pasienten mellom sykehus og kommuner. Helsefelleskapene handler dermed om å skape «pasientens helsetjeneste», og en slik helsetjeneste må være tuftet på en helsekompetansevennlig organisasjonsmodell. En helsekompetansevennlig helsetjeneste/institusjon/organisasjon/helsevesen gjør det enklere for brukerne å navigere i, og bruke helseinformasjon og tjenester til å ta vare på egen og pårørendes helse.

Helse- og omsorgsdepartementet ga, i sitt tildelingsbrev for 2020 til Helsedirektoratet, også et oppdrag om å gjennomføre en nasjonal kartlegging av helsekompetansevennlige organisasjoner (i regi av samarbeidet med M-POHL). Denne kommende kartleggingen vil danne et evidensbasert kunnskapsgrunnlag for videre utvikling av helsekompetansevennlige helsetjenester i Norge.

Referanser

- Aftenposten. (2011). *Reiser til utlandet for å få legehjelp*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/8qz41/reiser-til-utlandet-for-aa-faa-legehjelp>
- Ahmed, S., Lee, S., Shommu, N., Rumana, N., & Turin, T. (2017). Experiences of communication barriers between physicians and immigrant patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Experience Journal*, 4(1), 122–140.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4). <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- 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. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services. *Journal of general internal medicine*, 18(2), 146–152.
- Berens, E.-M., Ganahl, K., Vogt, D., & Schaeffer, D. (2021). Health literacy in the domain of healthcare among older migrants in Germany (North Rhine-Westphalia). Findings from a cross-sectional survey. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 17(1), 62–74. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-09-2019-0078>
- Buarqoub, I. a. S. (2019). Language barriers to effective communication. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 24(Esp.6), 64–77.
- Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The benefits of health information technology: A review of the recent literature shows predominantly positive results. *Health affairs*, 30(3), 464–471.
- Cameron, A. C., & Trivedi, P. K. (2010). *Microeconometrics using stata* (Bd. 2). Stata Press books.
- Carretero, S., Vuorikari, R., & Punie, Y. (2017). *DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens with eight proficiency levels and examples of use: EUR 28558 EN, doi:10.2760/38842* [Science for Policy report].
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., Morton, S. C., & Shekelle, P. G. (2006). Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Annals of internal medicine*, 144(10), 742–752.
- Chesser, A., Burke, A., Reyes, J., & Rohrberg, T. (2016). Navigating the digital divide: A systematic review of eHealth literacy in underserved populations in the United States. *Informatics for Health and Social Care*, 41(1), 1–19. <https://doi.org/10.3109/17538157.2014.948171>
- Czapka, E. A., & Sagbakken, M. (2016). “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC health services research*, 16(1), 1–14.
- Deb, P., Norton, E. C., & Manning, W. G. (2017). *Health econometrics using Stata* (Bd. 3). Stata Press College Station.
- Departementene. (2019). *Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion 2020-2023* [Politisk dokument]. Departementene.
- Deursen, A. J. A. M. van. (2012). Internet skill-related problems in accessing online health information. *International Journal of Medical Informatics*, 81(1), 61–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.10.005>

- Direktoratet for e-helse. (2020). *DIGI-UNG programmet*. <https://ehelse.no/prosjekt/digi-ung>
- Elwyn, G., Frosch, D. L., & Kobrin, S. (2016). Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *Implementation Science: IS*, 11, 114. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>
- EuroHealthNet. (2019). *Addressing digital health literacy is essential to avoid widening health inequalities*. <https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/addressing-digital-health-literacy-essential-avoid-widening-health-inequalities>
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. M. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: A systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), 54–64. <https://doi.org/10.1111/inr.12373>
- Finbråten, H. S., & Pettersen, K. S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 97(5), 60–63.
- Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2017). Validating the European Health Literacy Survey Questionnaire in people with type 2 diabetes: Latent trait analyses applying multidimensional Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2730–2744.
- Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2018). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: Latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC health services research*, 18(1), 1–17.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helse i innvandrerbefolkningen*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Foronda, C. L. (2008). A concept analysis of cultural sensitivity. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 207–212.
- Fowler, R. A., Fletcher, T., Fischer, W. A., Lamontagne, F., Jacob, S., Brett-Major, D., Lawler, J. V., Jacquerioz, F. A., Houlihan, C., O'Dempsey, T., Ferri, M., Adachi, T., Lamah, M.-C., Bah, E. I., Mayet, T., Schieffelin, J., McLellan, S. L., Senga, M., Kato, Y., ... Bausch, D. (2014). Caring for Critically Ill Patients with Ebola Virus Disease. Perspectives from West Africa. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(7), 733–737. <https://doi.org/10.1164/rccm.201408-1514CP>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: The missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Glick, H. A., Doshi, J. A., Sonnad, S. S., & Polsky, D. (2015). *Economic evaluation in clinical trials* (Second). Oxford University Press.
- Griese, L., Berens, E.-M., Nowak, P., Pelikan, J. M., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- Guthu, L., & Gravdahl, B. (2008). *BORGER OG BRUKER. En analyse av den norske befolkningens digitale kompetanse* [Forskningsrapport]. Kompetanse Norge (Vox). https://www.kompetansenorge.no/contentassets/b8053dd989464f98bc72c4372f20608e/borger_og_bruker_sec.pdf
- Guthu, L., & Holm, S. (2010). *Innvandrere på nett—En analyse av innvandreres digitale kompetanse* [Forskningsrapport]. Kompetanse Norge (Vox). https://www.kompetansenorge.no/contentassets/eab2d86f40aa4f118e3b8d6b59565208/innvandrere_pa_net2.pdf

- Hanif, F., Read, J. C., Goodacre, J. A., Chaudhry, A., & Gibbs, P. (2009). The role of quality tools in assessing reliability of the internet for health information. *Informatics for Health and Social Care*, 34(4), 231–243.
- Heath, S. (2017). *Cultural Barriers Limit Immigrant Patient-Provider Interactions*. Patient Engagement HIT - xtelligent HEALTHCARE MEDIA. <https://patientengagementhit.com/news/cultural-barriers-limit-immigrant-patient-provider-interactions>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester—God helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017* [Politisk dokument]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023* [Politisk dokument]. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heron, K. E., & Smyth, J. M. (2010). Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British journal of health psychology*, 15(1), 1–39.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*, 118(4), 371–377.
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 857–861.
- Huynh, H. (1998). On score locations of binary and partial credit items and their applications to item mapping and criterion-referenced interpretation. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 23(1), 35–56.
- IMDi. (2020). *Informasjonsinnhenting for Livshendelsen Ny i Norge* (s. 80) [Rambøll / Halogen rapport]. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- IMDi. (2021). *Innsiktsrapport—Livshendelsen Ny i Norge* [Forskningsrapport]. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. <https://www.imdi.no/contentassets/9d289d578a9f49ffb5db6345b8e55c49/innsiktsrapport-livshendelsen-ny-i-norge.pdf>
- Indseth, T., Elgersma, I. H., Strand, B. H., Telle, K., Labberton, A. S., Arnesen, T., Nygård, K. M., & Godøy, A. (2021). *Covid-19 blant personer født utenfor Norge, justert for yrke, trangbodddhet, medisinsk risikogruppe, utdanning og inntekt* [FHI-rapport]. Folkehelseinstituttet.
- Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A., & Buchbinder, R. (2017). Health literacy of recently hospitalised patients: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research*, 17(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1973-6>
- Kale, E. (2018). *Communication Barriers in Healthcare Consultations with Immigrant Patients* [Doctoral dissertation, PhD dissertation]. University of Oslo.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health Literacy—The Solid Facts*. Copenhagen
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press.
- Kjøllestad, M., Straiton, M. L., Øien-Ødegaard, C., Aambø, A., Holmboe, O., Johansen, R., Grewal, N. K., & Indseth, T. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016*

[Forskningsrapport]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvand-rere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/>

- Kolen, M. J., & Brennan, R. L. (2014). *Test equating, scaling, and linking: Methods and practices*. Springer Science & Business Media.
- Krishna, S., Boren, S. A., & Balas, E. A. (2009). Healthcare via cell phones: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 15(3), 231–240.
- Langewitz, W., Conen, D., Nübling, M., & Weber, H. (2002). Kommunikation ist wesentlich-Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 52(08), 348–354.
- Le, C. (2013). *Når er «litt norsk» for lite: En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten* (Forskningsrapport Nr. 2/2013). Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI). <https://www.fhi.no/publ/2013/nar-er-litt-norsk-for-lite-en-kvalitativ-undersokelse-av-tolkebruk-i-helset/>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del 1. The International Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19)–Et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII*. (Forskningsrapport IS-2959; s. 145). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
- Le, C., Kale, E., Jareg, K., & Kumar, B. N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(10), 999–1005.
- Leszko, M., & Timoszyk-Tomczak, C. (2019). Correlates of Health Literacy Among Polish Immigrants With Chronic Health Conditions: Preliminary Results. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 5, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2333721419894772>
- Levin-Zamir, D., Leung, A. Y. M., Dodson, S., & Rowlands, G. (2017). Health literacy in selected populations: Individuals, families, and communities from the international and cultural perspective. *Information Services & Use*, 37(2), 131–151. <https://doi.org/10.3233/ISU-170834>
- Ljødal, H. (2005). *Folkebiblioteket som offentlig møteplass i en digital tid*. Kulturrådet. <https://www.kulturradet.no/vis-publikasjon/-/folkebiblioteket-som-offentlig-moteplass-i-en-digital-tid>
- Mantwill, S., & Schulz, P. J. (2017). Low health literacy and healthcare utilization among immigrants and non-immigrants in Switzerland. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2020–2027. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.023>
- Matterne, U., Egger, N., Tempes, J., Tischer, C., Lander, J., Dierks, M.-L., Bitzer, E.-M., & Apfelbacher, C. (2021). Health literacy in the general population in the context of epidemic or pandemic coronavirus outbreak situations: Rapid scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 223–234. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.012>
- McInnes, N., & Haglund, B. J. (2011). Readability of online health information: Implications for health literacy. *Informatics for health and social care*, 36(4), 173–189.
- McInnis, M. G., & Merajver, S. D. (2011). Global mental health: Global strengths and strategies: Task-shifting in a shifting health economy. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(3), 165–171.
- Meijers, M. C., Noordman, J., Spreeuwenberg, P., Olde Hartman, T. C., & van Dulmen, S. (2019). Shared decision-making in general practice: An observational study comparing 2007 with 2015. *Family practice*, 36(3), 357–364.
- Meld. St. 7 (2019–2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* [Stortingsmelding]. Helse- og omsorgsdepartementet.

- Meld. St. 19 (2018-2019). (2018). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn* [Stortingsmelding]. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOKUT. (2021). *Evaluering av implementeringen av RETHOS*. Nokut. <https://www.nokut.no/prosjekter-i-nokut/evaluering-av-implementeringen-av-rethos/>
- Norman, C. (2011). eHealth literacy 2.0: Problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e125.
- NOU. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien: Rapport fra Koronakommisjonen* [Norges offentlige utredninger (NOU)]. Statsministerens kontor (SMK). https://www.koronakommisjonen.no/files/2021/04/Koronakommisjonens_rapport_NOU.pdf
- NRK.no. (2009, august 25). - *Innvandrere ser helst på TV* [Kultur]. NRK. <https://www.nrk.no/kultur/--innvandrere-ser-helst-pa-tv-1.6746351>
- OECD. (2017). *Ministerial Statement. The Next Generation of Health Reform—OECD Health Ministerial Meeting in Paris*, [Politisk dokument]. Organization for Economic Co-operation and Development - OECD. <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Policy Press. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/24879>
- Prestin, A., Vieux, S. N., & Chou, W. S. (2015). Is Online Health Activity Alive and Well or Flatlining? Findings From 10 Years of the Health Information National Trends Survey. *Journal of Health Communication*, 20(7), 790–798. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018590>
- Pullenayegum, E. M., Tarride, J., Xie, F., Goeree, R., Gerstein, H. C., & O'Reilly, D. (2010). Analysis of health utility data when some subjects attain the upper bound of 1: Are Tobit and CLAD models appropriate? *Value in Health*, 13(4), 487–494.
- RUMM Laboratory. (2019). *RUMM2030 Plus Edition: Advanced RUMM2030*. Rumm Laboratory Pty Ltd.
- Schaeffer, D., Berens, E.-M., & Vogt, D. (2017). Health Literacy in the German Population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(4), 53–60. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0053>
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA*, 288(4), 475–482. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
- Sentell, T., & Braun, K. L. (2012). Low Health Literacy, Limited English Proficiency, and Health Status in Asians, Latinos, and Other Racial/Ethnic Groups in California. *Journal of Health Communication*, 17(sup3), 82–99. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712621>
- Skinner, H. A., Maley, O., & Norman, C. D. (2006). Developing internet-based eHealth promotion programs: The Spiral Technology Action Research (STAR) model. *Health Promot Pract*, 7(4), 406–417. <https://doi.org/10.1177/1524839905278889>
- Smith, E. V. (2002). Detecting and evaluating the impact of multidimensionality using item fit statistics and principal component analysis of residuals. *Journal of applied measurement*, 3(2), 205–231.
- SSB. (2021a). 09623: *Innvandrere 16 år og over. Absolutte tall, etter utdanningsnivå, statistikkvariabel, år og landbakgrunn*. Statistikkbanken. <https://www.ssb.no/statbank/table/09623/tableViewLayout1/>
- SSB. (2021b). *Innvandrere etter innvandringsgrunn*. Statistikkbanken; tabellnr. 08348, 06313, 06318, 07113. <https://www.ssb.no/statbank/list/innvgrunn/>

- Stahl, K., & Nadj-Kittler, M. (2013). *Zentrale Faktoren der Patienten-und Mitarbeiterzufriedenheit*. Institut Deutschland gGmbH.
- Stiftelsen DAM. (2021). *Bydelsmødre for mestring og livskvalitet*. Stiftelsen Dam. <https://dam.no/prosjekter/bydelsmoedre-for-mestring-og-livskvalitet/>
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Newman, A. B., Rosano, C., Rooks, R., Rubin, S. M., Ayonayon, H. N., & Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 806–812. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x>
- Suri, V. R., Majid, S., Chang, Y.-K., & Foo, S. (2016). Assessing the influence of health literacy on health information behaviors: A multi-domain skills-based approach. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 1038–1045. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.017>
- Sørensen, K. (2019). *Digital Health Literacy*. WHO Symposium on the future of digital health systems 7. february 2019, Copenhagen, Denmark.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., & Uiters, E. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058.
- 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), 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5. utg.). Pearson Boston.
- Tauqeer, Z. (2017). To Understand and Be Understood: The Ethics of Language, Literacy, and Hierarchy in Medicine. *AMA Journal of Ethics*, 19(3), 234–237. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.3.fred1-1703>
- Tronstad, K., Nygaard, M. O., & Bask, M. (2018). *Accumulation of welfare problems among immigrants in Norway* [NIBR Report 2018:8]. Norwegian Institute for Urban and Regional Research (NIBR).
- Tyshler, L. B., & Dooley, M. (2012). Getting the Right Care at the Right Time: Empowering Patients with Effective CKD Modality Education. *ASN Kidney News*, 4(8), 15–16.
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Rammeverk for grunnleggende ferdigheter*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeverk/rammeverk-for-grunnleggende-ferdigheter/>
- Utrop. (2021). Pandemisenteret ved Universitetet i Bergen: Derfor topper innvandrere smittestatistikken. *Utrop*. <https://www.utrop.no/nyheter/nytt/241218/>
- Van Wyke, J., & Andrich, D. (2006). A typology of polytomously scored mathematics items disclosed by the Rasch model: Implications for constructing a continuum of achievement. In: Report No 2 ARC Linkage Grant LP0454080. Maintaining Invariant Scales in State, National and International Level Assessments. Perth, Western Australia. Murdoch University. *Unpublished report, Perth, Australia*.
- Veierød, M. B., Lydersen, S., & Laake, P. (2012). *Medical statistics in clinical and epidemiological research*. Gyldendal akademisk.

- Vicente, M. R., & Madden, G. (2017). Assessing eHealth skills across Europeans. *Health Policy and Technology*, 6(2), 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2017.04.001>
- Vist, G. E., Aerntz-Hansen, E. H., Vedøy, T. F., Spilker, R. S., Hafstad, E. V., & Giske, L. (2021). *Insidens og alvorlig utfall ved covid-19 i innvandrere- og minoritetsgrupper og i grupper med ulik sosioøkonomisk status* [Systematic Review]. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2021/insidens-og-alvorlig-utfall-ved-covid-19-i-innvandrere-og-minoritetsgrupper/>
- Vrålstad, S., & Wiggen, K. S. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Rapporter 2017/13; Levekår blant innvandrere i Norge, s. 247). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekår-blant-innvandrere-i-norge-2016>
- Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *J Med Internet Res*, 6(4), 40–50.
- Ward, M., Kristiansen, M., & Sørensen, K. (2019). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78(1), 81–95.
- WHO. (2016a). *Noncommunicable disease health literacy and the SDGs*. World Health Organization. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-ncds/en/>
- WHO. (2016b). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. World Health Organization. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
- Wiking, E., Saleh-Stattin, N., Johansson, S.-E., & Sundquist, J. (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: A study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 290–297. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00622.x>
- Wright, B. D. (2001). Separation, reliability and skewed distributions: Statistically different levels of performance. *Rasch Measurement Transactions*, 14(4), 786.
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1030. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
- Xiao, Z., Lee, J., & Liu, W. (2020). Korean and Vietnamese immigrants are not the same: Health literacy, health status, and quality of life. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 30(6), 711–729.
- Zhang, Y., Sun, Y., & Kim, Y. (2017). The influence of individual differences on consumer's selection of online sources for health information. *Computers in Human Behavior*, 67, 303–312. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.008>

Figurregister

Figur 1: Konseptuelt rammeverk for å måle helsekompetanse (oversatt og justert fra modellen til Sørensen et al. 2012).....	19
Figur 2: Norsk HLS₁₉ prosjektorganisasjon	20
Figur 3: Diagrammet visualiserer fenomenet DIF for spørsmålet DHI4 «Når du søker etter helseinformasjon på Internett, hvor lett vil du si det er å vurdere om informasjonen er til å stole på?». Personer med lik sumskår på konstruktet «digital helseinformasjon» (DHI), som dermed har samme plassering på x-aksen, responderer ulikt avhengig av deres språklige og/eller kulturelle bakgrunn. Svarene er dermed påvirket av andre faktorer i tillegg til personenes ferdighet innenfor det vi har kalt digital helseinformasjon	36
Figur 4: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsefremmende domenet; 4a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 4b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia).....	44
Figur 5: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det sykdomsforebyggende domenet; 5a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 5b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia).....	48
Figur 6: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene om vaksiner; 6a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 6b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia)	51
Figur 7: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de utvalgte spørsmålene innenfor det helsetjenesterelaterte domenet; 7a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 7b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia).....	54
Figur 8: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene i HLS₁₉-Q47-NO om generell helsekompetanse; 8a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 8b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia). Spørsmålene er gjengitt i appendiks II.....	58
Figur 9: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene samlet som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om generell helsekompetanse (kortversjonen HLS₁₉-Q12-NO); 9a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 9b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia).....	61
Figur 10: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrerutvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om digital helseinformasjon; 10a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 10b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrerutvalgene samlet (uten Somalia)	68

Figur 11: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om generelle digitale ferdigheter; 11a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 11b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertvalgene samlet (uten Somalia)	72
Figur 12: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om bruk av digitale helsetjenester; 12a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 12b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertvalgene samlet (uten Somalia)	75
Figur 13: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertvalgene som svarte (veldig) vanskelig på de ulike spørsmålene om navigering i helsevesenet; 13a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 13b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertvalgene samlet (uten Somalia)	81
Figur 14: Andelen i befolkningsutvalget og andelen i innvandrertvalgene som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål om kommunikasjon med helsepersonell; 14a) rangert etter andelen i befolkningsutvalget som svarte (veldig) vanskelig og 14b) rangert etter forskjellen mellom befolkningsutvalget og innvandrertvalgene samlet (uten Somalia)	85
Figur 15: De ulike utvalgenes estimerte verdier for antall fastlegebesøk pr. år (y-aksen) ved ulike verdier for generell helsekompetanse, Q12 (x-aksen)	92
Figur 16: Antall legebesøk pr. år for innvandrertvalgene samlet og samspillet mellom kjønn og om en er arbeidsløs. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer	93
Figur 17: Antall legebesøk pr. år for innvandrertvalgene samlet og samspillet mellom generell helsekompetanse og utdanning. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer	93
Figur 18: Antall legebesøk pr. år for det polske utvalget og samspillet mellom kjønn og om en har helseutdanning eller ikke. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer	93
Figur 19: Sammenhengen mellom EQ-5D og Q12 for alle personer med innvandrerbakgrunn sett under ett og for befolkningen for øvrig	95
Figur 20: Sammenhengen mellom EQ-5D, Q12 og norskferdigheter for alle med innvandrerbakgrunn.....	95

Tabellregister

Tabell 1: Andelen personer som meldte tilbake at svarene deres var påvirket av situasjonen med korona	23
Tabell 2: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det polske utvalget	28
Tabell 3: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det somaliske utvalget	29
Tabell 4: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det tyrkiske utvalget	30
Tabell 5: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det pakistanske (urdu-talende) utvalget	31
Tabell 6: Oversikt over frafall og responsrate m.m. for det vietnamesiske utvalget	32
Tabell 7: Kjønnfordelingen	34
Tabell 8: Aldersfordelingen, ved bruk av to kategorier	34
Tabell 9: Fordelingen av høyeste utdanningsnivå, ved bruk to kategorier	34
Tabell 10: Fordelingen av økonomisk status, ved bruk av to kategorier	35
Tabell 11: Andel respondenter som har en eller flere langvarige sykdommer	35
Tabell 12: Fordelingen av botid i Norge, ved bruk av tre kategorier	35
Tabell 13: Oversikt over spørsmålene som inngår i måleskalaer for generell helsekompetanse (GHL), det helsefremmende domenet (HP), det sykdomsforebyggende domenet (DP) og det helsetjenesterelaterte domenet (HC)	39
Tabell 14: Uavhengige variabler som ble benyttet til å «forklare» varians i de avhengige variablene	40
Tabell 15: Spørsmålene om helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet (HLS ₁₉ -Q8HP-NO) og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	44
Tabell 16: Det helsefremmende domenet (andelen personer på hvert nivå)	45
Tabell 17: Gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe (det helsefremmende domenet)	46
Tabell 18: Spørsmålene om helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet (HLS ₁₉ -Q8DP-NO) og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	47
Tabell 19: Det sykdomsforebyggende domenet (andelen personer på hvert nivå)	49
Tabell 20: Gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe (sykdomsforebyggende domenet)	50
Tabell 21: Spørsmålene om vaksiner, og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	51
Tabell 22: Andelen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om vaksiner, fordelt på ulike bakgrunnsvariabler	52
Tabell 23: Spørsmålene om helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (HLS ₁₉ -Q8HC-NO) og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	53
Tabell 24: Det helsetjenesterelaterte domenet (andelen personer på hvert nivå)	55
Tabell 25: Gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe (helsetjenesterelaterte domenet)	56
Tabell 26: Spørsmålene om generell helsekompetanse basert på kortversjonen HLS ₁₉ -Q12-NO og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	60
Tabell 27: Generell helsekompetanse målt ved HLS ₁₉ -Q12-NO (andelen personer på hvert nivå)	62
Tabell 28: Generell helseinformasjon målt ved HLS ₁₉ -Q12-NO (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)	63

Tabell 29: Spørsmålene som inngår i konstruktet «digital helseinformasjon» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	67
Tabell 30: Digital helseinformasjon (andelen personer på hvert nivå)	69
Tabell 31: Digital helseinformasjon (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe).....	70
Tabell 32: Spørsmålene som inngår i konstruktet «generelle digitale ferdigheter» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	71
Tabell 33: Andelen personer på hvert nivå (generelle digitale ferdigheter)	73
Tabell 34: Generelle digitale ferdigheter (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe) ..	73
Tabell 35: Spørsmålene som inngår i konstruktet «bruk av digitale helsetjenester» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig.....	75
Tabell 36: Digitale helsetjenester (andelen personer på hvert nivå)	76
Tabell 37: Digitale helsetjenester (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe).....	76
Tabell 38: Spørsmålene som inngår i konstruktet «å navigere i helsevesenet» og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	80
Tabell 39: Å kunne navigere i helsevesenet (andelen personer på hvert nivå).....	82
Tabell 40: Å kunne navigere i helsevesenet (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)	82
Tabell 41: Spørsmålene om kommunikasjon med helsepersonell og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig.....	85
Tabell 42: Kommunikasjon med helsepersonell (andelen personer på hvert nivå)	86
Tabell 43: Kommunikasjon med helsepersonell (gjennomsnittlig Rasch-basert personestimat for hver gruppe)	87
Tabell 44: Hvordan ulike personfaktorer og kovariater samvarierer med den avhengige variabelen «Antall fastlegebesøk siste år»	91
Tabell 45: Hvordan ulike egenskaper ved respondenter med ulike landbakgrunn samvarierer med den avhengige variabelen helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). Multippel lineær regresjon er benyttet (robust) og ustandardiserte regresjonskoeffisienter er rapportert.....	94
Tabell 46: Spørsmålene i måleinstrumentet HLS₁₉-Q47-NO og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig	118

Appendiks

I. Vilkår for bruk av HLS₁₉ relaterte måleinstrumenter/skalaer

Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS₁₉) er M-POHL sitt første prosjekt, som innebærer et internasjonalt samarbeid om en kvantitativ komparativ storskalaundersøkelse. HLS₁₉ undersøkelsen bygger på tidligere erfaringer fra HLS-EU-undersøkelsen. I skrivende stund, gjennomføres HLS₁₉ i 17 deltagerland. I tråd med «CONCEPT NOTE for a WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL Network) within the European Health Information Initiative (EHII)» og «the Vienna Statement on the measurement of population and organizational health literacy in Europe», planlegger M-POHL nettverket fortsettelsen hvor neste trinn i denne longitudinelle studien er en ny befolkningsundersøkelse 2024–2026 (HLS₂₄).

Det nasjonale studiesenteret for HLS₁₉ i Norge (NSC), som ble plassert hos OsloMet, har bestått av det nasjonale forskerteamet for HLS₁₉ i Norge (NST) (se **Figur 2**). NST har stått for gjennomføringen av HLS₁₉-studien i Norge, (videre) utviklet HLS₁₉ instrumenter, oversatt disse til seks språk (engelsk, urdu, polsk, somali, tyrkisk og vietnamesisk), analysert dataene og utarbeidet de nasjonale rapportene Befolkningens helsekompetanse del I og II. NST er også medforfattere i den internasjonale komparative rapporten som ferdigstilles tentativt høsten 2021.

Følgende oversikt over instrumenter som NST har (videre) utviklet. Disse foreligger nå på sju språk: norsk, engelsk, urdu, polsk, somali, tyrkisk og vietnamesisk. NST vil utarbeide et eget hefte / en instrumentsamling der alle instrumenter og skalaer på sju språk presenteres. Heftet vil også inneholde veiledning for bruk av skalaer (bruksmanual).

Det internasjonale samarbeidet har definert vilkår for bruk av HLS₁₉ instrumenter og deres skalaer. Bruk av HLS₁₉ instrumenter og deres skalaer i forskningsprosjekter må søkes til NST. I søknaden om bruk av HLS₁₉ instrumenter og deres skalaer må det oppgis hensikt med studien samt informasjon om hvilken populasjon instrumentet skal anvendes i. Det vil etter hvert bli utarbeidet en "bruksmanual" for hvordan skalaene skal anvendes og tilhørende innsamlede data bør analyseres. Det tas sikte på at slik manual deles med den som har fått tillatelse til å bruke HLS₁₉ instrumentene og deres skalaer.

Nedenstående kriterier forespeilet det internasjonale styringsdokumentet må være oppfylt før skalaer kan tillates brukt av andre forskere og i andre forskningsstudier.

- Validering av alle skalaer benyttet i det norske spørreskjemaet for HLS₁₉ må være utført av NST Norge og foreligge som en vitenskapelig publikasjon *før* spørreskjemaet med dets skalaer kan brukes av andre forskere i egne studier.
- Bare «non-profitable» akademiske og offentlige forskningsaktører kan få tillatelse til å bruke hele eller deler av det norske HLS₁₉-spørreskjemaet i sine egne studier.

- Alle som gis tilgang til bruk av hele spørreskjemaet for den norske HLS₁₉-studien må bruke følgende henvisning:
 - HLS₁₉-instrumentet som ble brukt i denne forskningen, er utviklet av «*HLS₁₉ – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021 tilknyttet M-POHL*».
 - The HLS₁₉ Instrument used in this research was developed within «*HLS₁₉ – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021 of M-POHL*».
- Søkere som ønsker å bruke skalaer spesifikt til stede i det norske spørreskjemaet for HLS₁₉ og utviklet/videreutviklet av NST Norge, må benytte følgende henvisning til disse skalaene:
 - «*X- skalaen(e) er (videre) utviklet av NST Norge tilknyttet M-POHL og HLS₁₉ – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021*», samt referere til dens vitenskapelige publikasjon.

Oversikt over og offisielle navn for de HLS₁₉ instrumenter og skalaer (videre) utviklet av norsk NST:

- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q47-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring comprehensive health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q12-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy (short version). M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q8HP-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy within the health promotion domain. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q8DP-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy within the disease prevention domain. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q8HC-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy within the healthcare domain. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-DHL-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-DHI-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy within the dimension of digital health information. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-DSK-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy within the dimension of digital skills. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-DHC-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy within the dimension of utilization of digital healthcare services. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-NHL-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring navigation health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-COM-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring communication health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-HCE-NO_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy related health costs and health economics. M-POHL. Oslo.

The generic version of (English) HLS₁₉-Instrument 47 items:

- HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q47 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Vienna.

The generic version of (English) HLS₁₉-Instrument 16 items:

- HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q16 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Vienna.

The generic version of (English) HLS₁₉-Instrument 12 items:

- HLS₁₉ (2020): HLS₁₉-Q12 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Vienna.

The HLS₁₉ Study Protocol:

- HLS₁₉ (2020): The HLS₁₉ Study Protocol. M-POHL. Vienna.

II. HLS₁₉-Q47-NO_Norwegian

NST vil utarbeide et eget hefte / en instrumentsamling som presenterer alle instrumentene på sju ulike språk. I denne rapporten presenteres det kun hovedinstrumentet HLS₁₉-Q47-NO som grunnlag for frekvensfordelingen rapportert i **appendiks III**.

HLS ₁₉ -Q47-NO_Norwegian							
HLS ₁₉ HLS-EU Item nr.	HLS ₁₉ Matrix Item nr.	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL1	HL1-HC-F	finne informasjon om symptomer på sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL2	HL2-HC-F	finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL3	HL3-HC-F	finne informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL4	HL4-HC-F	finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk? [Instruksjon: lege, sykepleier, ansatte på apotek, psykolog]	1	2	3	4	999
CORE- HL5	HL5-HC-U	forstå det som legen sier til deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL6	HL6-HC-U	forstå pakningsvedleggene som følger med legemidlene dine? [Instruksjon: informasjon eller instruksjoner i vedleggene]	1	2	3	4	999
CORE- HL7	HL7-HC-U	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL8	HL8-HC-U	forstå skriftlig og muntlig instruksjon fra legen eller ansatte på apotek om hvordan du skal ta et legemiddel som er på resept?	1	2	3	4	999
CORE- HL9	HL9-HC-J	vurdere om informasjon fra legen din gjelder i ditt tilfelle?	1	2	3	4	999
CORE- HL10	HL10-HC-J	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	1	2	3	4	999
CORE- HL11	HL11-HC-J	vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?	1	2	3	4	999
CORE- HL12	HL12-HC-J	vurdere om massemedienes informasjon om sykdom er til å stole på? [Instruksjon: aviser, TV eller Internett]	1	2	3	4	999
CORE- HL13	HL13-HC-A	bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	1	2	3	4	999
CORE- HL14	HL14-HC-A	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	1	2	3	4	999
CORE- HL15	HL15-HC-A	ringe etter ambulanse i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL16	HL16-HC-A	handle på bakgrunn av råd fra legen din eller ansatte på apotek? [Instruksjon: gjøre som legen foreslår]	1	2	3	4	999
CORE- HL17	HL17-DP-F	finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999

CORE-HL18	HL18-DP-F	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres? [Instruksjon: stress, depresjon eller angst]	1	2	3	4	999
CORE-HL19	HL19-DP-F	finne informasjon om vaksiner som anbefales til deg eller familien din?	1	2	3	4	999
CORE-HL20	HL20-DP-F	finne informasjon om hvordan håndtere risikofaktorer som påvirker helsen, som overvekt, høyt blodtrykk og høyt kolesterol?	1	2	3	4	999
CORE-HL21	HL21-DP-U	forstå informasjon om usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE-HL22	HL22-DP-U	forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	1	2	3	4	999
CORE-HL23	HL23-DP-U	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser? [Instruksjon: måle blodsukkeret, måle blodtrykket]	1	2	3	4	999
CORE-HL24	HL24-DP-J	vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE-HL25	HL25-DP-J	vurdere om du har behov for å bli undersøkt av en lege?	1	2	3	4	999
CORE-HL26	HL26-DP-J	vurdere hvilke vaksiner du eller familien din trenger?	1	2	3	4	999
CORE-HL27	HL27-DP-J	vurdere hvilke helseundersøkelser du bør ta? [Instruksjon: tarmkreft-screening, måle blodsukkeret, måle blodtrykket]	1	2	3	4	999
CORE-HL28	HL28-DP-J	vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på? [Instruksjon: aviser, TV eller Internett]	1	2	3	4	999
CORE-HL29	HL29-DP-A	avgjøre om du har behov for influensavaksine?	1	2	3	4	999
CORE-HL30	HL30-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL31	HL31-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia? [Instruksjon: aviser, TV eller Internett]	1	2	3	4	999
CORE-HL32	HL32-HP-F	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	1	2	3	4	999
CORE-HL33	HL33-HP-F	finne informasjon om aktiviteter som er bra for din psykiske helse og trivsel? [Instruksjon: avspenning, mosjon, yoga]	1	2	3	4	999
CORE-HL34	HL34-HP-F	finne ut hvordan nabolaget ditt kan bli mer helsevennlig? [Instruksjon: redusere støy og forurensning, utvikle grøntområder og gi rom for fritidsaktiviteter]	1	2	3	4	999
CORE-HL35	HL35-HP-F	finne informasjon om lovendringer som kan påvirke helsen til deg eller familien din? [Instruksjon: nye screeningsprogrammer, omorganisering av helsevesenet, tobakksavgift eller røykeforbud]	1	2	3	4	999
CORE-HL36	HL36-HP-F	finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?	1	2	3	4	999
CORE-HL37	HL37-HP-U	forstå råd om helse fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL38	HL38-HP-U	forstå informasjon på matemballasje?	1	2	3	4	999
CORE-HL39	HL39-HP-U	forstå informasjon i massemedia om hvordan du kan bedre helsen? [Instruksjon: aviser, TV eller Internett]	1	2	3	4	999
CORE-HL40	HL40-HP-U	forstå informasjon om hvordan du kan bevare god psykisk helse? [Instruksjon: forstå informasjon som handler om mental helse og trivsel fra ulike avsendere]	1	2	3	4	999

CORE-HL41	HL41-HP-J	vurdere hvordan nabolaget ditt kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL42	HL42-HP-J	vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL43	HL43-HP-J	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din? [Instruksjon: spise- og drikkevaner, mosjon]	1	2	3	4	999
CORE-HL44	HL44-HP-A	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL45	HL45-HP-A	bli med i et idrettslag eller en treningsgruppe, hvis du vil være fysisk aktiv?	1	2	3	4	999
CORE-HL46	HL46-HP-A	påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen din å gjøre? [Instruksjon: levekår har å gjøre med boforhold, nærmiljø, økonomi, sosiale relasjoner, jobbsituasjon]	1	2	3	4	999
CORE-HL47	HL47-HP-A	ta del i aktiviteter som bedrer folks helse og trivsel i lokalsamfunnet ditt? [Instruksjon: redusere støy og forurensning, utvikle grøntområder og gi rom for fritidsaktiviteter]	1	2	3	4	999

III. Prosentandel i seks befolkningsgrupper som har svart (veldig) vanskelig på hvert spørsmål i HLS₁₉-Q47-NO

Tabell 46: Spørsmålene i måleinstrumentet HLS₁₉-Q47-NO og andelen personer (%) i hvert utvalg som svarte (veldig) vanskelig

Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	A	B	C	D	E	F
	A=Befolkningen, B=Pakistan, C=Polen, D=Somalia, E=Tyrkia, F=Vietnam					
[1] finne informasjon om symptomer på sykdommer som gjelder deg?	13	31	14	7	17	23
[2] finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	20	34	23	5	34	34
[3] finne informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon?	22	23	16	4	16	29
[4] finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk?	10	14	12	4	12	10
[5] forstå det som legen sier til deg?	12	9	14	6	19	15
[6] forstå pakningsvedleggene som følger med legemidlene dine?	23	10	17	15	30	9
[7] forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon?	20	16	12	6	22	21
[8] forstå skriftlig og muntlig instruksjon fra legen eller ansatte på apotek om hvordan du skal ta et legemiddel som er på resept?	5	10	6	5	6	10
[9] vurdere om informasjon fra legen din gjelder i ditt tilfelle?	10	22	12	6	15	16
[10] vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	44	25	23	7	27	35
[11] vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?	46	26	16	7	41	49
[12] vurdere om massemedienes informasjon om sykdom er til å stole på?	55	54	28	6	46	42
[13] bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	14	13	9	5	19	14
[14] følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	9	8	7	10	8	3
[15] ringe etter ambulanse i en medisinsk akutsituasjon?	6	10	10	7	8	17
[16] handle på bakgrunn av råd fra legen din eller ansatte på apotek??	5	7	3	8	6	3
[17] finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	8	25	6	7	7	13
[18] finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres?	38	26	21	17	39	37
[19] finne informasjon om vaksiner som anbefales til deg eller familien din?	28	50	28	10	31	37
[20] finne informasjon om hvordan håndtere risikofaktorer som påvirker helsen, som overvekt, høyt blodtrykk og høyt kolesterol?	14	19	12	8	15	21
[21] forstå informasjon om usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	6	14	5	6	13	4
[22] forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	10	45	17	5	23	13
[23] forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser?	12	12	10	6	12	10
[24] vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	16	15	9	8	7	10
[25] vurdere om du har behov for å bli undersøkt av en lege?	26	12	14	8	22	12
[26] vurdere hvilke vaksiner du eller familien din trenger?	25	43	21	6	28	34

[27] vurdere hvilke helseundersøkelser du bør ta?	29	11	17	7	26	23
[28] vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på?	49	36	32	7	37	35
[29] avgjøre om du har behov for influensavaksine?	24	57	24	8	31	27
[30] avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	32	29	17	7	30	37
[31] avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia?	43	42	17	9	26	34
[32] finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	11	15	3	6	7	3
[33] finne informasjon om aktiviteter som er bra for din psykiske helse og trivsel?	16	16	9	5	20	3
[34] finne ut hvordan nabolaget ditt kan bli mer helsevennlig?	61	19	26	8	25	25
[35] finne informasjon om lovendringer som kan påvirke helsen til deg eller familien din?	64	16	39	10	46	43
[36] finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?	35	35	21	8	22	24
[37] forstå råd om helse fra familie eller venner?	18	23	11	8	5	6
[38] forstå informasjon på matemballasje?	29	13	16	8	24	15
[39] forstå informasjon i massemedia om hvordan du kan bedre helsen?	29	31	13	9	17	20
[40] forstå informasjon om hvordan du kan bevare god psykisk helse?	22	18	17	4	20	24
[41] vurdere hvordan nabolaget ditt kan påvirke helsen og trivselen din?	46	10	19	6	12	35
[42] vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	17	6	9	6	9	19
[43] vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din?	8	8	7	6	13	12
[44] ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	22	10	13	9	24	19
[45] bli med i et idrettslag eller en treningsgruppe, hvis du vil være fysisk aktiv?	20	51	22	6	24	29
[46] påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen din å gjøre?	20	13	15	6	24	28
[47] ta del i aktiviteter som bedrer folks helse og trivsel i lokalsamfunnet ditt?	24	30	20	9	26	34

**Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge:
Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam
Befolkningens helsekompetanse, del II**

Utgitt

Juni 2021

Bestillingsnummer

IS-2988

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Forsidebilde

@ Christopher Le

Helsedirektoratet

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no