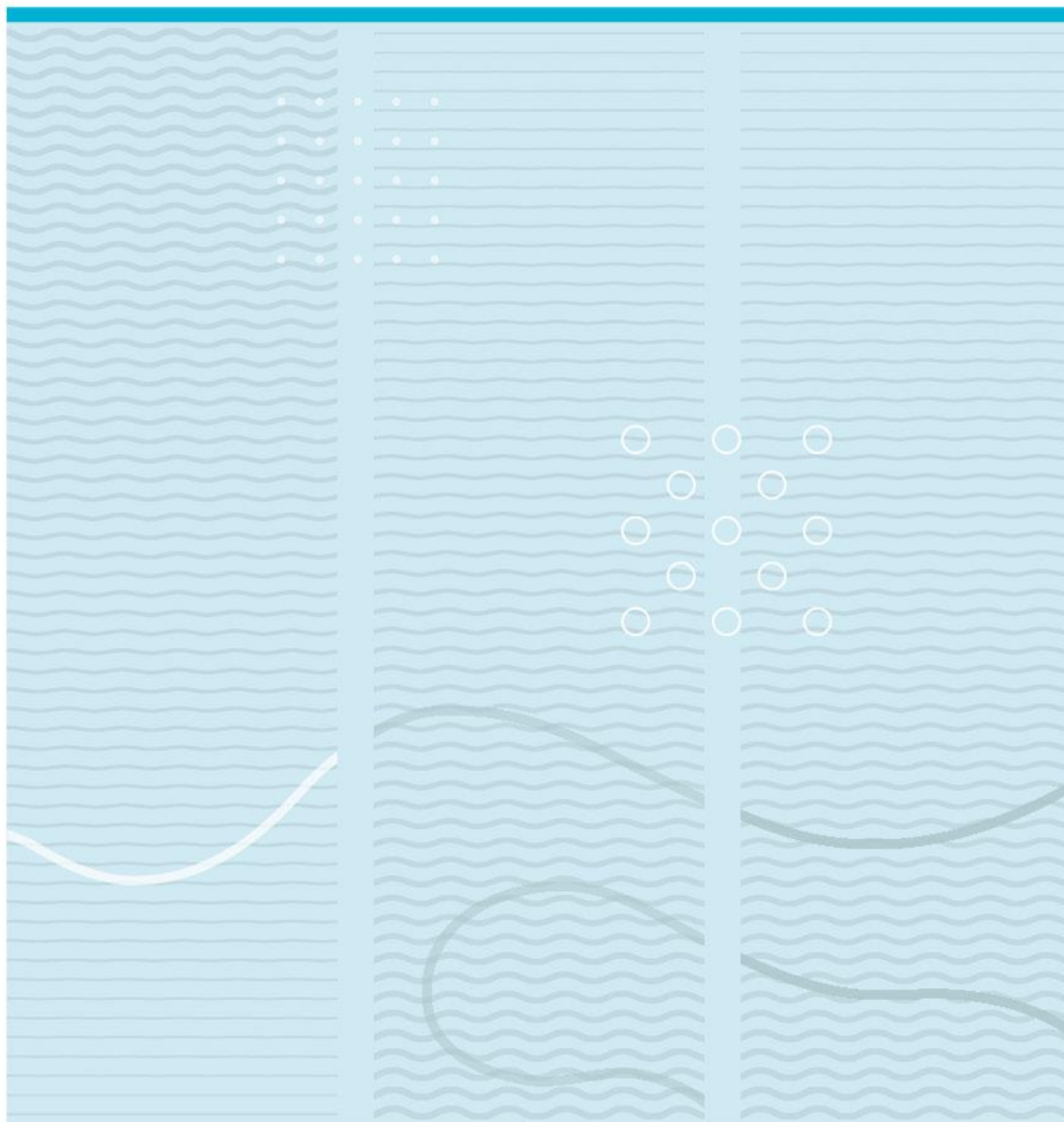





Linda Letmolie Solem

## Helsekompetansevennlige kommuner

- Hva skal til for å forenkle organisasjonen?



The background of the lower half of the page is a light blue color with a pattern of horizontal wavy lines. There are several vertical columns of small white dots and circles scattered across the background. A white curved line is visible at the bottom left, partially overlapping the text.

Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse, sosial- og velferdsfag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Linda Letmolie Solem

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

# Sammendrag

Helsekompetanse er i vinden, og det kommer stadig mer litteratur på temaet. I 2021 viste en studie blant innbyggere i Norge at ca 33% av oss ikke har kompetansen som er nødvendig for å ta gode valg og aktivt delta i «pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021). Samtidig som det arbeides for å styrke den enkeltes helsekompetanse, rettes oppmerksomheten mot blant annet helsetjenestens mulighet for å bli lettere å forstå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Brach et al. (2012) trekker frem 10 kjennetegn ved en organisasjon som er enkle å forstå og benytte seg av, både for innbyggere og pasienter - en «health literate organization», som på norsk oversettes til helsekompetansevennlige organisasjoner (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021). Fra før av vet vi at helseorganisasjoner kan være vanskelige å forstå, og at det ikke alltid er slik at tilbudene blir brukt likt og er likeverdige (Trezona et al., 2017).

Med dette studiet ønsket jeg å undersøke hvordan kommuner i Norge kan jobbe for å senke terskelen og oppnå mer likeverdige tjenester, på tross av ulik helsekompetanse blant innbyggerne. For å undersøke om kommuner er opptatt av å være helsekompetansevennlige gjennomførte jeg en spørreundersøkelse blant folkehelsekoordinatorene i Norge. I etterkant av spørreundersøkelsen intervjuet jeg en kommune om hvordan de jobber med å bli mer helsekompetansevennlige.

Resultatene mine viser at kommuner i Norge verken er enige eller uenige i at de er helsekompetansevennlige, og det betyr at vi har mye å gå på. Kommunene ønsker seg støtte og drahjelp både lokalt og nasjonalt, i arbeidet med å endre struktur og holdninger samt forenkle og tilpasse tilbud og tjenester. Videre peker resultatene på at denne jobben burde gjøres i et samarbeid mellom ansatte, innbyggere og kommunen som organisasjon samt nasjonale myndigheter. Min studie finner heller ingen forskjell i helsekompetansevennlighet mellom små og store kommuner.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>7</b>
1.1	<i>Oppgavens oppbygning.....</i>	<i>10</i>
<b>2</b>	<b>Relevant forskning og teori .....</b>	<b>11</b>
2.1	<i>Helse.....</i>	<i>11</i>
2.1.1	<i>Helse er å være frisk.....</i>	<i>11</i>
2.1.2	<i>Helse som noe positivt: velbefinnende, evne og funksjon.....</i>	<i>11</i>
2.2	<i>Helsefremmende arbeid .....</i>	<i>12</i>
2.3	<i>Kommune som setting for å fremme helse.....</i>	<i>13</i>
2.4	<i>Likeverdige tjenester og sosial ulikhet.....</i>	<i>16</i>
2.5	<i>Helsekompetanse.....</i>	<i>16</i>
2.5.1	<i>Helsekompetanse i Norge .....</i>	<i>20</i>
2.6	<i>Helsekompetansevennlige organisasjoner.....</i>	<i>22</i>
<b>3</b>	<b>Problemstilling .....</b>	<b>26</b>
3.1	<i>Definisjoner og avgrensninger.....</i>	<i>26</i>
<b>4</b>	<b>Metode.....</b>	<b>27</b>
4.1	<i>Vitenskapsteori.....</i>	<i>27</i>
4.2	<i>Blandet metode.....</i>	<i>28</i>
4.3	<i>Datainnsamling.....</i>	<i>30</i>
4.4	<i>Kvantitativ spørreundersøkelse.....</i>	<i>30</i>
4.4.1	<i>Utvikling av spørsmål .....</i>	<i>31</i>
4.4.2	<i>Utvalg og rekruttering .....</i>	<i>34</i>
4.4.3	<i>Måleinstrument .....</i>	<i>35</i>
4.4.4	<i>Analyser .....</i>	<i>36</i>
4.4.5	<i>Kvalitativ analyse av åpent spørsmål i spørreundersøkelsen.....</i>	<i>38</i>
4.5	<i>Kvalitative forskningsintervjuer.....</i>	<i>38</i>
4.5.1	<i>Utvalg og rekruttering .....</i>	<i>39</i>
4.5.2	<i>Datainnsamling .....</i>	<i>40</i>

4.5.3	Transkripsjon .....	42
4.5.4	Analyser .....	42
4.6	<i>Forskningsetikk</i> .....	44
4.6.1	Personvern.....	44
4.6.2	Etiske refleksjoner.....	44
4.6.3	Min rolle som forsker.....	45
4.7	<i>Refleksjoner</i> .....	46
4.7.1	Utvalg.....	46
4.7.2	Spørsmål.....	46
4.7.3	Gjennomføring .....	47
<b>5</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>49</b>
5.1	<i>Utvalg</i> .....	49
5.2	<i>Deskriptiv statistikk av spørreundersøkelsen</i> .....	50
5.3	<i>Helsekompetanse i kommunen</i> .....	1
5.3.1	Strukturer og holdninger .....	2
5.3.2	Støtte og drahjelp .....	3
5.3.3	Forenkle og tilpasse informasjon til mottaker.....	4
5.3.4	Medvirkning i kommunene .....	5
5.4	<i>Kommunestørrelsens og helseregionens betydning</i> .....	6
5.5	<i>Kommunene i Norge assosierer helsekompetanse med kompetanse hos innbyggere</i> .....	8
<b>6</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>10</b>
6.1	<i>Kommuner i Norge er opptatt av å være helsekompetansevennlige</i> .....	10
6.1.1	Tydligere strukturer og holdninger innad i kommunen.....	10
6.1.2	Mer støtte og drahjelp lokalt og nasjonalt.....	12
6.1.3	Rom for å forenkle og tilpasse .....	12
6.1.4	Bruker- og innbyggermedvirkning.....	13
6.2	<i>Kommunestørrelsens betydning for kommunens helsekompetansevennlighet</i> .....	13
6.3	<i>Helsekompetanse er nødvendig på flere nivå</i> .....	14
6.4	<i>Metodebetraktninger</i> .....	14

6.4.1	Intern validitet .....	15
6.4.2	Ekstern validitet .....	16
6.4.3	Reliabilitet .....	16
6.4.4	Implikasjoner av funnene .....	17
<b>7</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>19</b>
<b>8</b>	<b>Oversikt figurer og tabeller.....</b>	<b>20</b>
<b>9</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>21</b>

## Forord

Etter fire år med læring, utvikling og mange spennende samtaler rundt lunsjbordet, er dagen for innlevering av masteroppgaven endelig her. Arbeidet med oppgaven har vært spennende, lærerik og tidvis krevende. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg tilegnet meg ny kunnskap om både forskningsmetoder og helsekompetanse. Dette er kunnskap jeg vil ta med meg både i jobb, men også privat.

Jeg vil takke alle som bidro både i spørreundersøkelse og intervjuer, men også de som bidro med innspill og oppmuntrende ord underveis i prosessen. Takk til min veileder Anne Inga Hilsen som har stått med meg i medvind og motvind. Takk til arbeidsplassen min som gjorde det mulig for meg å både studere og jobbe, og ikke minst takk til familien min for tålmodighet og støtte.

Holmestrand 11. mai 2022

Linda Letmolie Solem

# 1 Innledning

Helsekompetanse handler om å inneha kompetanse for å kunne gjøre gode valg for seg selv. Grunnmuren i en helsekompetansevennlige organisasjoner bygger på egenskaper som skal gjøre det lettest mulig for innbyggere å gjøre gode valg for å forbedre eller opprettholde helsen.

Både nasjonale strategier og stortingsmeldinger beskriver hvor viktig det er å fremme god helse blant hele befolkningen (Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 19 (2018-2019)). God helse er viktig for den enkelte, samtidig har helsen og livskvaliteten til innbyggerne en innvirkning på utviklingen og bærekraften i samfunnet (St. meld. nr 19 (2018-2019)). For at samfunnet skal være bærekraftig også i fremtiden legges det nå større vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, økt brukerinnflytelse og økt støtte til innbyggernes egenmestring (Haugan & Rannestad, 2014).

Folkehelsemeldingen – Gode liv i eit trygt samfunn (Meld. St. 19 (2018-2019)) legger føringer for at den enkelte og samfunnet skal bli i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helse, og i flere nasjonale strategier pekes det på at pasienters medvirkning i egen behandling skal bli tydeligere. Eksempler på dette er «Ingen beslutninger om meg, tas uten meg» (Meld. St. nr 26 (2014-2015)), og at makten overføres til «Den som vet hvor skoen trykker» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). For at dette skal være mulig er det nødvendig at innbyggerne innehar kompetanse til å gjøre reelle valg for å fremme helse, forebygge sykdom eller gjøre samvalg i helsetjenesten (Trezona, Dodson & Osborne, 2017). Spørsmålet er om innbyggere innehar nettopp denne kompetansen.

Begrepet helsekompetanse er den norske oversettelsen av health literacy, og defineres som evnen til å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon relevant for helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019 s.5). Helsekompetanse står sentralt i både europeiske og globale helsepolitiske strategier, som WHO's Health 2020 og FN's bærekraftsmål (FN, 2021; WHO, 2013). Det pekes på at manglende helsekompetanse er et folkehelseproblem, da personer med lav helsekompetanse har mindre kjennskap til egen helse og utfall av behandling, har dårligere helse og hyppigere innleggelse på sykehus (Herndon, Chaney & Carden, 2010; Wolf, Gazmararian & Baker, 2007). Under et høynivåmøte i FN's generalforsamling i 2014 ble medlemslandene enige om å fremme helseopplæring og helsekompetanse innenfor ulike sektorer, med særlig vekt på



befolkningsgrupper med lav gjennomsnittlig helsekompetanse. Dette skulle gjøres ved å videreutvikle, styrke og implementere strategier og handlingsplaner (WHO, 2016 a). I 2016 ble medlemslandene i FN enige om å slutte seg til verdens helseorganisasjons (WHO) erklæring om at helsekompetanse er en viktig helsedeterminant tilsvarende boligforhold, hygiene og tilgang på helsetjenester (WHO, 2016 b). Studier peker også på at en lav helsekompetanse gjør det vanskeligere å delta i samvalg, implementere helsefremmende adferd og benytte seg av forebyggende tiltak for helsen (Institute of Medicine, Board on Neuroscience and Behavioral Health & Literacy, 2004).

Å inneha kompetanse til å finne, forstå og anvende informasjon er spesielt viktig i den tiden vi lever i der tilgangen til informasjon er stor. WHO beskriver helsekompetanse som en nøkkelkomponent for å oppnå helse og livskvalitet i vårt moderne samfunn, der mengden av og kvaliteten på informasjonen varierer (Kickbusch, Pelikan, Apfel & Tsouros, 2013). Helsekompetanse har også vist seg å være en av de sterkeste predikene for helse, sammen med alder, inntekt, jobbstatus, utdanningsnivå og etnisitet (Kickbusch et al., 2013). Helsekompetanse er både et middel og resultat for økt medbestemmelse og bemyndigelse av personer både i lokalsamfunn og helsesettinger (Kickbusch et al., 2013). Helsekompetanse pekes derfor på som et viktig element som burde styrkes både på samfunnsnivå og på individnivå, i de settingene man lever, leker og jobber i.

Også i Norge har oppmerksomheten mot helsekompetanse økt de siste 10 år, og i 2019 kom den nasjonale strategien for å øke helsekompetansen i den norske befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Strategien retter seg spesielt mot helse- og omsorgstjenestene og pasient- og brukerorganisasjoner. Ett av formålene med denne strategien er å bidra til likeverdige helsetjenester. Lovverket i Norge beskriver at tjenestetilbudet skal være likeverdig og tilgjengelig for pasient og pårørende, samtidig som tilbudet skal være tilrettelagt den enkeltes behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) peker på at informasjon som gis skal være tilpasset den enkeltes evne til å motta informasjon. Mye av ansvaret for at informasjon overføres fra fagperson til pasient ligger dermed hos fagpersonen og dens organisasjon.

Rapporten Bærekraftig samfunnsutvikling og folkehelse (Helsedirektoratet, 2018) peker på status og gir anbefalinger i folkehelsearbeidet. Rapporten anbefalte blant annet å kartlegge helsekompetansen i befolkningen. I 2020 gjennomførte Le, Finbråten, Pettersen og Guttersrud (2021) en undersøkelse av helsekompetanse blant innbyggere i Norge som viser at også her er det store forskjeller i befolkningens helsekompetanse. Når man vet at mange har utfordringer med å forholde seg til helseinformasjon blir det neste steget å vurdere om den informasjonen som blir gitt er av en slik art at flest mulig har mulighet til å forstå den.

Det er mye forskning på individuell helsekompetanse og sammenhengen mellom helsekompetanse og helse på individnivå. Derimot viser det seg å være mindre forskning på avsenderen av informasjon og den settingen kompetansen er nødvendig i (Kowalski et al., 2015). Begrepet «health literate organization» dukket opp som et tiltak for å gjøre helsetjenesten lettere å forstå og finne frem i. Brach et al. (2012) beskriver 10 egenskaper som kjennetegner en «health literate organization», og Le, Finbråten, Pettersen, Joranger og Guttersrud (2021) oversetter dette begrepet til norsk som helsekompetansevennlige organisasjoner. Brach et al. (2012) beskriver at en helsekompetansevennlig organisasjon er en organisasjon som jobber for å gjøre det enklere for pasienter og innbyggere å forstå og benytte den aktuelle helsetjenesten. Samtidig er helsekompetanse relatert til settingen kompetansen er nødvendig i, fordi befolkningens mulighet for å forstå helseinformasjon er relatert til de krav som stilles av omgivelsene.

Med dette studiet ønsker jeg å se hvordan kommuner i Norge kan jobbe for å oppnå mer likeverdige tjenester, til tross for den ulike helsekompetansen som finnes blant innbyggerne.

## 1.1 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 inneholder en presentasjon av relevant teori og empiri som danner bakgrunnen for studien. Kapittel 3 presenterer problemstilling og forskningsspørsmål. I kapittel 4 beskriver jeg studiens design og metoder, og jeg reflekterer rundt metode og gjennomføring av studiet. Undersøkelsens resultater presenteres i kapittel 5. Kapittel 6 er en diskusjon av resultatene i lys av teori, og jeg reflekterer over validitet og reliabilitet i den samlede studien. Til slutt gjør jeg en kort oppsummering av funn og mulig konklusjon i kapittel 7. I kapittel 8 gis en oversikt over tabeller og figurer brukt i oppgaven. Kapittel 9 er en oversikt over referanser som er benyttet i oppgaven. Helt til slutt ligger vedlegg.

## 2 Relevant forskning og teori

I dette kapittelet beskriver jeg teoretiske perspektiver og vesentlig bakgrunnsinformasjon for studien.

### 2.1 Helse

Begrepet helse er komplekst og brukes i mange ulike betydninger og sammenhenger (Green, Tones, Cross & Woodal, 2015). Mæland (2009) beskrev i sin bok «Hva er helse?» ulike perspektiver på nettopp helse. Jeg vil med utgangspunkt i denne boken belyse begrepet helse.

#### 2.1.1 Helse er å være frisk

Tradisjonelt har den biometriske helseforståelsen stått sterkt. Sykdom og helse har blitt sett på som dikotome tilstander, der mennesket er enten frisk eller syk. Dette blir ofte kalt en patogen tilnærming, der man ser på hvordan sykdom oppstår, utvikles og forløper. Som følge av dette synet på helse kan vi bare få god helse dersom vi identifiserer risikofaktorer og fjerner disse (Hjort, 1994; Mæland, 2009).

Som en motpol til dette perspektivet er også tanken om at sykdom er et like mangfoldig begrep som helse, og blir derfor et usikkert utgangspunkt for å definere helse (Mæland, 2009). Personer som lever med alvorlig sykdom kan også oppleve å ha god helse, og det viser seg at folk flest forbinder god helse med helt andre ting enn fravær av sykdom. Folk flest opplever helse som et relativt begrep som endres ut fra blant annet alder, livssituasjon og sykdomsbyrde (Fugelli & Ingstad, 2014). Disse perspektivene utfordrer tanken om at helse er å ikke være syk.

#### 2.1.2 Helse som noe positivt: velbefinnende, evne og funksjon

Som en motvekt til det patogene synet på helse kom Antonovsky med et nytt begrep «salutogenese» (Antonovsky, 1979). Han mente at mennesket hele tiden befinner seg på et kontinuum der god og dårlig helse er ytterpunktene. En salutogen orientering ser på helse som noe positivt og er opptatt av hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde en posisjon på kontinuumet eller trekke individer i retning av god helse (Antonovsky, 1996). Hva positiv eller god helse er brukes også i mange ulike betydninger, men Mæland (2009) trekker frem en opplevelse av velbefinnende og god funksjon som

viktige egenskaper ved positiv helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerte i 1946 helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, hvor helse ikke er selve meningen med livet, men en ressurs for å leve et godt liv (WHO, 1986, 1998). Kritikere har pekt på at denne definisjonen gjør det umulig å oppnå god helse, samtidig har den vide definisjonen utvidet vår forståelse av helse (Green et al., 2015). Sosial fungeringsevne trekkes av Mæland (2009) som et viktig aspekt ved det å ha god helse, og Hjort (1994) peker på at helse er å «ha overskudd i forhold til hverdagens krav».

## 2.2 Helsefremmende arbeid

Å ha god helse gjennom livet er ofte et mål for den enkelte og for samfunnet som helhet. I 1986 satte WHO helsefremming på agendaen, og man ønsket å legge mer vekt på det å fremme helse. Helsefremming blir i Ottawacharteret definert som en prosess hvor den enkelte og fellesskapet, settes i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helsen (WHO, 1986). Den enkeltes helse påvirkes ikke bare av personlige faktorer og atferd, men også av de strukturelle faktorer som kulturelle, økonomiske og sosiale forhold enkeltindividet er en del av (Green et al., 2015). Å gi individer, grupper og organisasjoner større mulighet for ansvar, mestring og kontroll over egen situasjon pekes på som helt essensielt i det helsefremmende arbeidet (WHO, 1986).

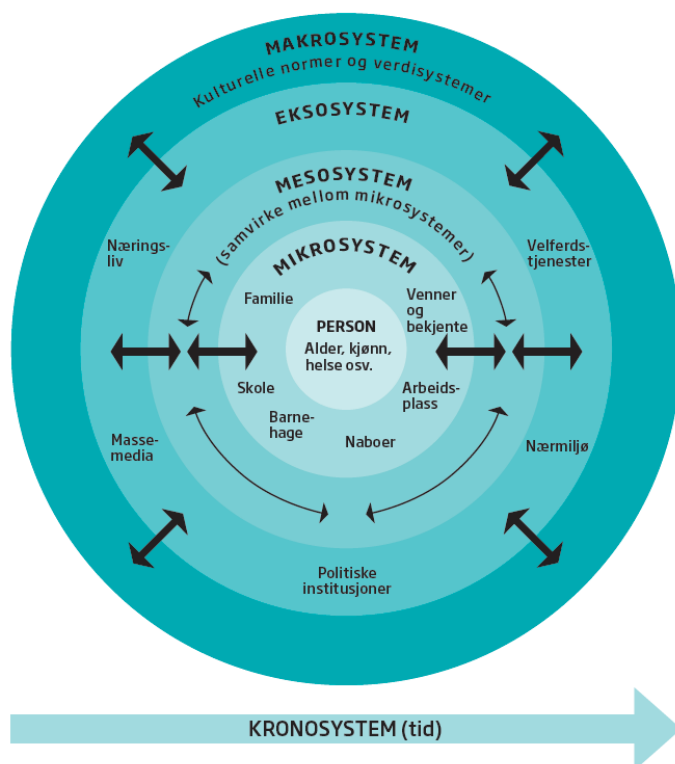
Videre ble det i Ottawacharteret trukket frem fem satsningsområder som har stor betydning for arbeidet med å fremme helse, hvorav det ene er *Å tilpasse helsetjenesten* – og det beskrives at helsesektorens rolle i økende grad burde bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester (WHO, 1986). Det ble foreslått at helsetjenestene skulle gjøre en maktomfordeling, der brukeren av helsetjenestene gis mer makt for å øke sin kontroll over egen helsetilstand og gis mulighet til å forbedre egen helse (WHO, 1986). Fagpersonen er ekspert på det faglige, pasient eller bruker er ekspert på seg selv. Dette betyr at helsetjenestene må snu om på tankegangen, fra et fokus på behandling av sykdom, til en mer pasientsentrert tilnærming der «hva er viktig for deg?» gis større rom og arbeide mer helsefremmende, samtidig med at befolkningen i større grad skal mestre å ta ansvar for egen helse (Haugan & Rannestad, 2014; Tveiten, 2020).

Helse påvirkes av et samspill mellom individet og omgivelsene og systemene individene beveger seg i. Det kan være for eksempel sykehus, familie eller lokalmiljø.

Helse kan ikke sees på som noe eget, men må sees i sammenheng med konteksten eller «settingen» individet er en del av (Scriven, 2012). Settinger blir av WHO (1998) definert som et sted eller en sosial kontekst der mennesker deltar i dagligdagse aktiviteter, og hvor miljø, organisatoriske og personlige faktorer virker sammen og påvirker individets helse. Green et al. (2015) skiller mellom *helsefremmende arbeid i settinger* og *settingstilnærming i helsefremmende arbeid*. Førstnevnte handler om å gjennomføre ekspertutviklede tiltak for å forebygge sykdom i en gitt målgruppe. Dette skiller seg fra *settingstilnærming i helsefremmende arbeid* som har et helhetlig systemperspektiv der fokus er på utvikling av de ressurser for helse som finnes i settingen. Settingstilnærming fordrer en koordinert tilnærming, der alle viktige interesser involveres (Scriven, 2012).

### 2.3 Kommune som setting for å fremme helse

Bronfenbrenner utviklet en utviklingsøkologisk modell for å beskrive ulike miljøfaktorer og hvordan disse påvirker menneskets utvikling og sosialisering. Modellen er delt i fem nivå; mikro-, meso-, ekso-, makro- og krononivået. Mikronivået peker på de nære relasjoner, mesonivået ser på hvordan de ulike arenaene i mikronivået spiller sammen, ekonivå er de arenaer vi vanligvis ikke deltar i selv, men som påvirker oss. Makronivå peker på lover, regler og kultur. Det siste nivået krononivået peker på tidsdimensjonen, dette nivået peker på hvordan endringer i livshistorien kan påvirke individet (Bronfenbrenner, 2005).



Figur 1 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 2005)

Alle bor i en kommune, og kommunen er en viktig setting der man kan legge til rette for å fremme og opprettholde helsen i befolkningen. Det er her livene leves, og det er her helse skapes. I Norge er kommunene leverandører av både helsetjenester og helsefremmende tilbud. De siste tiårene har de norske kommunene utviklet seg til å bli velferdskommuner, og i hovedsak er det i kommunen innbyggerne forventer å få sine velferdsbehov dekket (Kobro et al., 2018). Nå øker presset. En demografisk ubalanse i befolkningen, samtidig med en stadig mer opplyst befolkning som krever best mulige tilbud og tjenester, presser velferdsstaten (Meld. St. 29 (2016-2017)). Dette kan ifølge Kobro (2018) slå to veier. På den ene siden kan det bety økonomisk og ressursmessig knapphet som peker mot innsparinger og nedskaleringer. På den andre siden kan det oppstå en diskurs knyttet til sivilsamfunnets muligheter, evner og ressurser som peker mot et mer aktivt medborgerskap og samskaping mellom kommunen og innbyggerne, det Kobro (2018) beskriver som Kommune 3.0.

Kommuner er komplekse organisasjoner som er bygd opp etter ansvarsområder og er drevet av mandat og lovgivninger. Hver enhet har sine oppgaver og sine rapporteringsområder (Torfing, Sørensen & Røiseland, 2019). Gjennom

folkehelselovgivningen får kommunene en oppfordring til å tenke «helse i alt vi gjør». Folkehelseloven gjør det tydelig at kommuner skal involvere alle sektorer i det systematiske folkehelsearbeidet, og det er gjennom samarbeid man skal utjevne sosiale helseforskjeller, ha en bærekraftig utvikling, føre-var -tankegang og økt bruk av medvirkning (Folkehelseloven, 2011; Meld. St. 19 (2014-2015)). Flere kritiserer kommunens organisatoriske oppbygging med sektorer som fungerer som «siloer». Disse «siloene» har sine egne kulturer, budsjetter, og jobber ikke nødvendigvis sammen (Torfing et al., 2019).

En analyserapport av kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid beskriver at en konsekvens av kommunereformen kan være at avstander blir for store. Spesielt i arbeidet med folkehelse kan det være er det en ulempe. Rapporten peker også på at det spesielt i folkehelse er ildsjeler og engasjement som spiller en stor rolle, ikke kommunestørrelse. Derimot har kommunestørrelse en betydning når det gjelder samarbeid. I små kommuner er veien kortere, og man ser ofte at samarbeidet fungerer lettere. I større kommuner med høy grad av spesialisering har det vist seg at samarbeid kan bli mer tilfeldig. Videre beskrives det at lokal identitet og deltakelse er sentrale faktorer knyttet til kommunens rolle som lokaldemokratisk arena, og at lokaldemokratiet kan bli svekket med økende kommunestørrelse. Lokal identitet og deltakelse er ifølge rapporten helt sentrale i folkehelsearbeidet. Rapporten beskriver at samfunnsutviklingen med helsefremmende siktemål må i større grad bygge på demografiske prinsipper, der innbyggerne er med på å legge premissene gjennom, deltakelse og dialog (Bergem, Bachmann, Halvorsen, Skrove & Yttredal, 2016).

Kommuner tilhører ulike helseregioner. Det er i hovedsak basert på de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for helsetjenester til befolkningen i et avgrenset geografisk område. Hvert regionale helseforetak har med dette ansvar for egen helseregion. Helseregion er i hovedsak en måte å organisere spesialisthelsetjenesten på, hvor spesialisthelsetjenesten knytter seg mot kommunene. Modellen oppsto i 2002, hvor hensikten var å fordele ansvar og myndiggjøre spesialisthelsetjenesten. Det har vært diskutert om ordningen er god eller om den fører til mer ulikhet mellom de ulike regionene med tanke på kvalitet og effektivitet i helsevesenet (NOU 2016:25).



## 2.4 Likeverdige tjenester og sosial ulikhet

Det er et mål, både nasjonalt og internasjonalt, at alle skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester og helseinformasjon (FN, 2021; Trezona et al., 2017). I Norge har kommuner et spesielt ansvar for å tilrettelegge slik at innbyggere har mulighet for å ta valg når det gjelder helse og livskvalitet. I lovverket står det at helsetjenester skal være likeverdige og tilgjengelige for både pasient og pårørende (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I lovgivningen står det også at tjenester skal være tilpasset den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, og at det er de som yter helsetjenestene som skal tilrettelegge for dette. Lovverket beskriver også en involvering både på individ og systemnivå når det gjelder avgjørelser om egen helse og utforming av helse- og omsorgstjenester. Regjeringens mål er å skape «pasientens helsetjeneste», og det forutsetter at innbyggere har kunnskap og mulighet til å ivareta sin helse på best mulig måte. Dette er noe som helsetjenestene må legge til rette for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det er et mål å redusere sosiale helseforskjeller, og legge en større vekt på forebygging og tidlig innsats. For at innbyggere skal kunne delta i det samfunnet som beskrives her bør den enkelte inneha en kompetanse om hva som skaper helse, og hvilke determinanter som har en negativ innvirkning på helse.

Sosiale ulikheter i helse beskrives som systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier. Det er særlig utdanning, yrke og inntekt. Disse kategoriene er sosialt skapte, og det burde dermed være mulig å gjøre noe med de (Dalgard, 2008). Man ser en sammenheng der stigende utdanning og inntekt også viser seg som stigende opplev helse. Det vil si at det er en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse; litt bedre sosioøkonomisk status gir litt bedre helse, statistisk sett (Fosse, 2016). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen beskriver at helsekompetanse kan være et av svarene for å utjevne sosiale ulikheter i helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

## 2.5 Helsekompetanse

Helsekompetanse er et begrep som har eksistert i mange år, og spesielt på 1990 tallet var det mye forskning som beskrev hvordan personer med lav helsekompetanse mindre sannsynlig benytter seg av forebyggende tjenester, responderer dårligere på behandling,

har større sannsynlighet for sykehusinnleggelse og generelt har dårligere helse. Det var mest oppmerksomhet på det skrevne materialet, og man så at mange hadde utfordringer med både å lese og å forstå (Brach, 2017). Ved årtusenskiftet ble helsekompetanse utvidet til også å omhandle det muntlige språket, og klart språk ble mer sentralt. I Norge fikk vi ved årsskiftet 2022 en språklov som beskriver at offentlige organer også skal skrive klart og forståelig (Språkloven, 2022). Samtidig som oppmerksomheten mot det muntlige språket ble større var det også en større bevissthet om det å navigere både fysisk og i den digitale verden (Brach, 2017).

I den norske strategien for å øke helsekompetansen blant befolkningen (2019-2023) definerer Helse- og omsorgsdepartementet helsekompetanse slik:

*«Helsekompetanse handler om grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjonen 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 livskvalitet gjennom livsløpet.»*

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.5)

Helsekompetansen hos et individ kan måles ved blant annet HLS<sub>19</sub>-Q12. Utviklingen av disse spørsmålene baserer seg på et rammeverk som operasjonaliserer begrepet helsekompetanse gjennom fire kognitive domener (I – IV) og tre faglige domener eller livssituasjoner (a-c), se Tabell 1. De tre livssituasjonene peker på det å mestre en situasjon:

- a) som bruker av helsevesenet («Behandling og pleie»)
- b) som person med (og uten) risiko for å utvikle sykdom («Sykdomsforebygging»)
- c) som frisk person som skal forholde seg til helsefremmende informasjon og eventuelle helsefremmende tiltak lokalt og nasjonalt («Helsefremming»)

Tabell 1 Konseptuelt rammeverk for å måle helsekompetanse (oversatt og justert fra modellen til Sørensen et al. 2012) hentet fra Le et al. 2021 s.16

	I	II	III	IV	
	Finne (F=Find)	Forstå (U=Understand)	Vurdere (J=Judge)	Anvende (A=Apply)	
a)	<b>Helsetjeneste-relatert (HC)</b>	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)	<b>Sykdomsforebygging (DP)</b>	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)	<b>Helsefremming (HP)</b>	Evne til å skaffe seg informasjon om hva som er helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å forstå informasjon om helse-determinanter og deres betydning i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å tolke og vurdere informasjon om helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende helse-determinanter i sitt sosiale og fysiske miljø

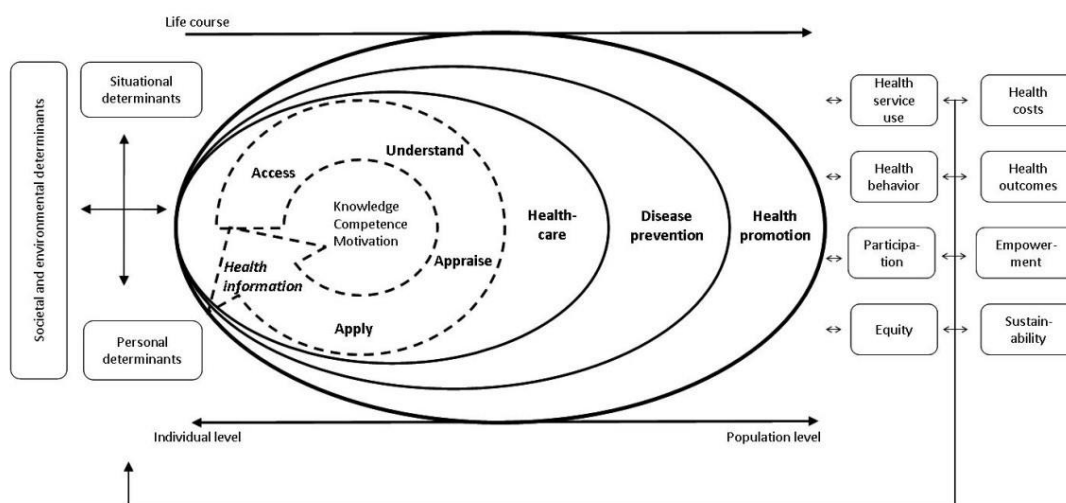
Gjennom et liv vil en person bevege seg fra en livssituasjon til en annen og kanskje tilbake igjen. Den enkeltes kognitive funksjon vil avgjøre individets evne til å navigere i systemet, samhandle med helsepersonell og ta i bruk helsefremmende tilbud og tiltak (Sørensen et al., 2012). Helsekompetanse trekkes også frem som en sentral determinant for helse-relatert adferd og utfall av helsekommunikasjon og folkehelsearbeid, og en variabel som samvarierer med helsen til individer, grupper og i hele populasjoner. Kunnskaper og ferdigheter assosiert med helsekompetanse vil være dynamiske da de endrer seg ut ifra setting, erfaringer og opplevelser (Schulz & Nakamoto, 2012).

Regjeringens mål er å skape «pasientens helsetjeneste», noe som forutsetter at pasienter og brukere har kunnskap og muligheter til å ivareta sin helse på best mulig måte, og helsetjenestene må da i større grad legge til rette for at pasienter og brukere tas med på beslutninger som omhandler de, gjennom å blant annet spørre «Hva er viktig for deg?» (Meld. St. 26 (2014-2015)). Man ser derimot at mange ikke er i stand til å tilegne seg kunnskap og dermed kanskje heller ikke kan ta reelt gode valg for egen helse. Ett av tiltakene er å øke kompetansen om helse i befolkningen (Haugan & Rannestad, 2014; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, 2019).

Nutbeam (2000) argumenterer for at helsekompetanse er et resultat av helsefremmende arbeid. Andre peker på at helsekompetanse er en del av empowerment, og på den måten bare «gammelt nytt» (Green et al., 2015). WHO definerer empowerment innen

helsefremmende arbeid som en prosess som setter personer i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse. Definisjonen peker både til prosesser på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (WHO, 1986). Schulz og Nakamoto (2012) peker på at det nettopp er en forskjell mellom helsekompetanse og empowerment, og peker på at det kan være uheldig med en ubalanse mellom empowerment og helsekompetanse. Høy grad av helsekompetanse kombinert med lav grad av opplevd empowerment mener de kan føre til en unødvendig avhengig pasient, og høy grad av opplevd empowerment kombinert med lav grad av helsekompetanse kan gi en farlig selvstendighet. Videre argumenterer de for å benytte begge perspektivene, både empowerment for å motivere til engasjement og helsekompetanse for at man skal bli i stand til å ta informerte og begrunnede valg.

Sørensen et al. (2012), se Figur 2, kombinerer kvalitetene til en konseptuell modell som skisserer hoveddimensjonene til helsekompetanse, representert i den ovale formen i midten av figuren, og en logisk modell som viser de proksimale og distale faktorene som også påvirker helsekompetansen.



Figur 2 Hoveddimensjonene i helsekompetanse (Sørensen et al. 2012)

Modellen innlemmer alle de tre faglige nivåene i helsekompetanse; helsetjenesterelatert, sykdomsforebyggende og helsefremmende perspektiv. Modellen er ment som et grunnlag for å utvikle intervensjoner for å øke helsekompetanse og gi et konseptuelt rammeverk for utvikling og validering av måleverktøy, og fange opp de ulike

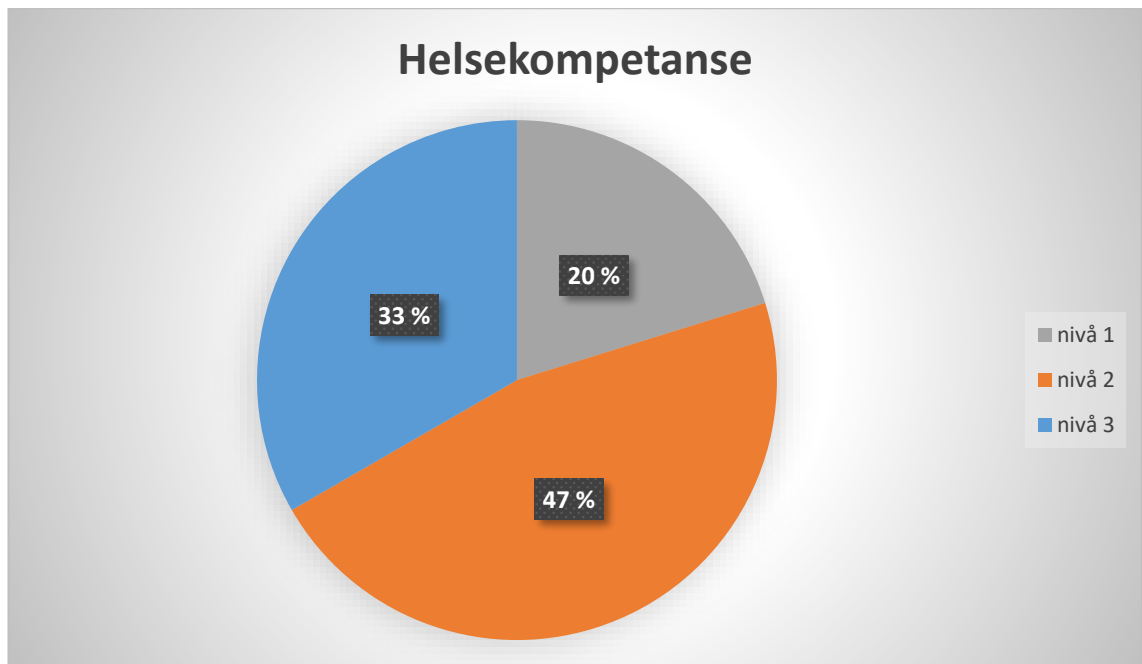
dimensjonene av helsekompetanse. Modellen setter også fingeren på viktigheten av å se både på det individuelle og gruppenivå.

### 2.5.1 Helsekompetanse i Norge

I 2020 ble det gjennomført befolkningsstudier av helsekompetanse av den generelle befolkningen i Norge. Rapportene viser at også i Norge har en vesentlig andel av befolkningen vansker med å forhold seg til helseinformasjon (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021). Ikke bare har dette betydning for den enkeltes helse, men også samfunnets helseutgifter. Det er en betydelig andel som rapporterer at det er vanskelig å navigere i helsevesenet, og rapporten trekker frem at helse- og omsorgstjenestene må bevisstgjøres på viktigheten av helsekompetanse, og mestre å tilpasse både informasjon og kommunikasjon (Le, Finbråten, Pettersen & Guttersrud, 2021). Rapporten undersøker fire evner; finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, hos innbyggerne innenfor tre ulike domener; helsetjenesterelatert, sykdomsforebygging og helsefremming, Tabell 1.

Rapporten opererer med tre nivåer av generell helsekompetanse målt ved HLS<sub>19</sub>-Q12-NO. 20% av den norske befolkningen har det høyeste nivået av helsekompetanse (nivå 3) og 46% nivå 2, se figur 3. «Pasientens helsetjeneste» beskriver at pasienter og brukere skal «ta valg» og «aktivt delta i beslutninger om egen helse» (Meld. St. 34 (2015-2016)), dette krever ifølge Le, Finbråten, Pettersen og Guttersrud (2021) en skår på nivå 2 av generell helsekompetanse. Det vil si at 33% av de spurte i undersøkelsen ikke innehar tilstrekkelig kunnskap for å kunne ta kunnskapsbaserte valg.

Undersøkelsen viser også at eldre personer og personer med varige helseutfordringer skårer lavere på helsekompetanse enn gjennomsnittet (Le et al., 2021). Ved å øke helsekompetansen blant innbyggere vil man kanskje kunne styrke innbyggers mulighet for autonomi og kunnskapsbaserte valg, som igjen kan bidra til å holde flest mulig friske så lenge som mulig og til mestring av utfordringer i livet og i hverdagen. Mye kunnskap er utviklet, men denne kunnskapen er nødvendigvis ikke tilgjengelig for de det gjelder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Solvoll, Devik, Løkken & Moe, 2020).



*Figur 3 Andeler innenfor hvert nivå av individuell helsekompetanse i Norge*

I 2021 ble det gjennomført en studie av helsekompetanse i fem utvalgte innvanderpopulasjoner med bakgrunn fra: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller Vietnam. Resultatet tyder på et behov for å sette inn både kortsiktige og langsiktige tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen i Norge (Le, Finbråten, Pettersen, Joranger, et al., 2021). Rapporten peker på at personer med innvandrerbakgrunn synes å ha større utfordringer med å finne informasjon om behandling av sykdommer. Studien peker på at nettopp informasjon om behandling av sykdommer i større grad burde bli oversatt til flere språk. Rapporten trekker også frem at for å ivareta brukermedvirkning og tilpasset informasjon burde innvandrere i større grad delta i utviklingen av informasjonsmateriell og planlegging av informasjonskampanjer (Le, Finbråten, Pettersen, Joranger, et al., 2021). Videre peker rapporten på at vansker med å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon om hva som er helsefremmende synes å ha en sammenheng med både økonomisk status og alder, mens innfor det sykdomsforebyggende domenet og helsetjenestedomenet er utdanning og økonomisk status som viser sammenheng med lav helsekompetanse. Rapporten peker også på at en side av saken er kompetansen ute blant innbyggere, den andre siden av saken er avsender av informasjonen.

De siste årene har det blitt mer og mer tydelig at helsekompetanse bare er en side av mynten, og at det er vel så viktig med et systemperspektiv der man jobber for å legge til rette omgivelsene og kravene som stilles til individet (Brach, 2017).

## 2.6 Helsekompetansevennlige organisasjoner

Siden starten av 2000 tallet har det vokst frem et nytt perspektiv på helsekompetanse. Det ble mer og mer tydelig at setting, kultur og kompleksiteten i organisasjoner har stor betydning for likeverdig tilgang på informasjon og helseressurser. Samtidig ble det mer klart at det ikke er den enkeltes ansvar å tilpasse seg systemet, med at det er systemet som må gjøre grep for å gjøre det enkelt å navigere, forstå og bruke informasjon som kan være med på å ta vare på den enkeltes helse (Bremer et al., 2021).

For å bistå med et skifte mot et mer fokusert systemperspektiv, utarbeidet medlemmer av the National Academies Roundtable on Health Literacy egenskaper ved en helsekompetansevennlig organisasjon. Det ble til slutt 10 egenskaper som beskriver «health literate organizations», definert som organisasjoner som gjør det lettere for folk å navigere, forstå og bruke informasjon og tjenester som gjør det lettere å ta vare på helsen sin, se figur 4 (Brach, 2017; Brach et al., 2012). Le et al. (2021) oversetter «health literate organization» til helsekompetansevennlige organisasjoner. En helsekompetansevennlig organisasjon har ikke bare prosjekter og informasjon tilpasset en gruppe, for eksempel personer med diabetes, men har et tankesett der helsekompetanse er en naturlig del i alle ledd i organisasjonen beskriver Brach (2017).

Med å navigere mens både den fysiske forflytningen inne på for eksempel et sykehus eller på nettsider, men det mens også navigering på det mer abstrakte nivå å finne frem i ulike «systemer» (Kowalski et al., 2015). Å forstå handler om både det å bruke ord som er presist men enkelt, klart språk, men også at flere og flere har behov for tolk og brosjyrer på ulike språk. Det kan også innebære teknikker som Teach-back, en teknikk der man sjekker ut om informasjonen som er gitt er forstått. Å bruke handler om å evne å ta til seg og gjøre noe med informasjonen (Brach et al., 2012).

Det er viktig at kommunene tar et ansvar for å tilrettelegge og tilpasse sin virksomhet til en befolkning med varierende grad av helsekompetanse. Denne formen for helsekompetansevennlige organisasjoner tar utgangspunkt i å levere likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, og forutsetter kommunikasjon og tilrettelegging for innbyggernes varierte helsekompetansenivå (Trezona et al., 2017). Oppmerksomheten har den siste tiden vært rettet mot systemer og organisasjoner, der det spesielt nevnes at helsesystemet burde reorganiseres slik at informasjon i større grad er tilgjengelig for pasienter, pårørende og innbyggere ellers. Organisasjoner har et ansvar for å gi forståelig informasjon, og spesielt viktig er det at helsetjenester som skal være likeverdige og tilgjengelig for alle (Brach & Harris, 2021). Forskning viser at helsesystemene i liten grad responderer tilstrekkelig på utfordringene knyttet til lav helsekompetanse (Palumbo, 2017; Paasche-Orlow, 2011).



*Figur 4 Fundamentet til en helsekompetansevennlig organisasjon. Hentet fra (Brach et al., 2012, s 4)*

Individets helsekompetanse varierer ut ifra settingen man er i og kravene som stilles av omgivelsene. Organisasjoner kan kompensere for befolkningens ulike grad av helsekompetanse ved å legge forholdene til rette (Baker, 2006; Nutbeam, 2008). Det kan blant annet være gjennom rutiner, klart språk eller visuelle virkemidler (Kowalski et



al., 2015). Personer som i det vanlige har en høy grad av forståelse for helseinformasjon kan også i stressede og sårbare situasjoner få vansker med å forstå og anvende denne informasjon (Bremer et al., 2021; Sørensen et al., 2021). Gjennom å være en helsekompetansevennlig organisasjon vil man kunne øke effekt av tiltak, og personer vil kunne få bedre utbytte av helsetilbud og helsetjenester (Brach et al., 2012). Det er godt dokumentert at personer med lav helsekompetanse oftere enn andre trenger akutthjelp, sykehusinnleggelse og – reinnleggelse (Bailey et al., 2015; Canadian Council on Learning, 2008; Griffey, Kennedy, McGownan, Goodman & Kaphingst, 2014). Gjennom å implementere egenskapene til en helsekompetansevennlig organisasjon, selv i en liten grad, vil organisasjonene bli mer lydhøre for den enkeltes behov, og da spesielt de med en begrenset helsekompetanse, samtidig vil organisasjonene gjøre et betydelig bidrag til forbedret folkehelse (Brach et al., 2012).

For virkelig å ta helsekompetanse på alvor beskriver Sørensen et al. (2021) et behov for åtte handlingsområder for å imøtekomme den strukturelle transformasjonen som er nødvendig på mikro-, meso- og makronivå nivå. En helsekyndig arbeidsstyrke, helsekyndig organisasjon, datastyring for helsekompetanse, menneskesentret tjenester og miljøer basert på brukerengasjement, helsekunnskapsledelse, helsekompetanseinvesteringer og økonomiske ressurser, helsekunnskapsinformert teknologi og innovasjon, og partnerskap og tverrsektorielt samarbeid. Videre beskriver artikkelen at investering i helsekompetansesystemets kapasitet sikrer en imperativ og systemisk innsats og transformasjon, som kan multipliseres og opprettholdes over tid og som er motstandsdyktig mot eksterne trender og hendelser. Dette er ifølge forfatterne sentralt i stedet for å stole på organisatorisk og individuell atferdsendring alene. Likevel gjenstår det fortsatt utfordringer, bl.a. å spesifisere de økonomiske fordelene mer i detalj, utvikle og integrere datasyringssystemer og gå utover helsevesenet for å engasjere seg i helsekompetansesystemer innenfor en bredere samfunnskontekst (Sørensen et al., 2021).

Bremer et al. (2021) gjorde en større undersøkelse av hvilke tester som finnes innen helsekompetansevennlige organisasjoner. De peker på at det burde undersøkes nærmere hvilke kjerneegenskaper som finnes i helsekompetansevennlige organisasjoner, og hvordan dette kan iverksettes i praksis, slik at det også skal være enkelt for organisasjonene å bli mer helsekompetansevennlig.

Kommunene har mange spennende, men også krevende oppgaver, og lite tyder på at det blir roligere i tiden fremover. Med stadig høyere krav til tilbud og tjenester som kommunene leverer og en demografisk ubalanse står kommunene ovenfor flere utfordringer. Med denne studien ønsker jeg å undersøke om kommunene i Norge er opptatt av å være helsekompetansevennlige, og hva som er nødvendig for å bli mer helsekompetansevennlige.

### 3 Problemstilling

Med utgangspunkt i teori og empiri på feltet kan det oppsummeres med at helsekompetanse er et viktig satsningsområde, men at det også er nødvendig å rette oppmerksomheten mot avsender av informasjon og se på hvordan organisasjoner kan bli mer helsekompetansevennlige. Til nå er det få studier som har sett på kommune som leverandør av helsekunnskap, noe som har truffet min interesse. Dette ledet frem til min studies problemstilling og forskningsspørsmål:

Overordnet problemstilling

*Hvordan kan kommunene fremme helsekompetanse for innbyggerne?*

Jeg har tre forskningsspørsmål som støtte for å besvare problemstillingen:

Forskningsspørsmål:

- Er kommunene i Norge opptatt av å være helsekompetansevennlige?
- Har innbyggertall noe å si for hvor opptatt kommunene er av å være helsekompetansevennlige?
- Hvordan tenker kommunene at kompetanse hos innbyggere henger sammen med kompetanse i organisasjonen?

#### 3.1 Definisjoner og avgrensninger

I denne studien har jeg valgt å beskrive utvalget knyttet til spørreundersøkelsen for respondenter og utvalg knyttet til intervju som informanter. Dette for å gjøre det lettere å for leseren å vite hvilket datamateriale jeg beskriver.

Studien tar utgangspunkt i en helhetlig og salutogen forståelse av helse.

## 4 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for hvordan jeg gjennomførte min datainnsamling, rekruttering- og inklusjonskriterier, databehandlingsprosessen, refleksjoner rundt det forskningsetiske og studiens metodiske begrensninger.

### 4.1 Vitenskapsteori

Forskning bygger på et ønske om å bringe frem kunnskap om virkeligheten som er gyldig og troverdig, og vitenskapelige metoder er strategier eller handlingsplaner som skal sikre at den vitenskapelige virksomhet er faglig forsvarlig. Forskningsmetoden beskriver en strategi som konkretiserer valg og bruk av metode for å belyse en problemstilling (Baum, MacDougall & Smith, 2006; Jacobsen, 2015). Forskere bruker i hovedsak kvalitative eller kvantitativ forskning, eller kombinerer de to, for å belyse sin problemstilling. De to tilnærmingene er ulike, men like viktige for å bringe frem kunnskap (Jacobsen, 2015).

Et skille mellom de to tilnærmingene er filosofiske antakelser for å understøtte forskerens virkelighetsforståelse. Den kvantitative tilnærmingen tar utgangspunkt i en positivistisk tankegang, med røtter i naturvitenskapen, mens den kvalitative tilnærmingen bruker konstruktivismen for å beskrive virkeligheten, der den sosiale virkeligheten stadig er i endring (Jacobsen, 2015). Noen argumenterer for at det å blande disse metodene vil være umulig, med tanke på de ulike filosofiske virkelighetsforståelsene, andre argumenterer for at det er nyttig å blande disse (John Creswell, 2014).

Kjennetegn ved en kvantitativ tilnærming er at man metodisk vil starte i teori for så å finne empiri som kan bekrefte eller avkrefte teorien. Forskningsprosessen er preget av struktur, og man ønsker en avstand mellom forsker og det som studeres. Empiri fremvises gjerne som tall, og funnene antar man å i noen grad kunne generalisere (Jacobsen, 2015). Kvalitativ tilnærming derimot kjennetegnes ved en metodisk tilnærming der man går fra empiri til teori, og forskningsprosessen er mer fleksibel. Forskeren har alltid en påvirkning på de som studeres og man bruker ord for å beskrive empirien. Funnene vil være svært reliable for de som blir studert, men være mindre generaliserbare. I en kvalitativ tilnærming vil man peke på at mennesket er en del av en setting, og at settingen er av stor betydning for utfall. I samspill mellom forsker og

respondenter samler forsker inn data og tolker disse basert på forskerens forståelse av dataene som ble samlet inn og settingen det ble gjort i. Oppsummert er hovedforskjellen hvorvidt empiri innhentes med tall eller ord (Jacobsen, 2015).

## 4.2 Blandet metode

Denne studien søker å undersøke i hvilken grad kommuner i Norge er helsekompetansevennlige, og hvordan de kan jobbe for å tilrettelegge slik at alle innbyggere skal ha en lik tilgang og mulighet til å benytte helsekunnskap for å styrke eller opprettholde god helse. Jeg benyttet en blandet metode der jeg innhenter både kvantitative og kvalitative data. Å blande metoder vil kunne øke troverdigheten gjennom at problemstillingen belyses fra ulike innfallsvinkler, eller gjøre hele studien mer komplisert og rotete. Målet med å bruke denne metoden er å maksimere fordelene med begge metodene, og bakgrunnen er at blandet metode kan bidra til en forbedret og mer reflektert praksis (Kleven & Hjordemaal, 2018). Fordi kvalitative og kvantitativ tilnærming i hovedsak gir ulik type data kan det være en fordel å kombinere de to innenfor samme forskningsprosjekt (Thagaard, 2018).

Det finnes en rekke blandede metoder. JW Creswell, Clark, Gutmann og Hanson (2003) utarbeidet en oversikt over de mest brukte blandede metodene. En av disse, the mixed-methods sequential explanatory design, er en mye brukt metode der forskeren først samler inn og analyserer kvantitativ data, før innsamling av de kvalitative dataene (JW Creswell et al., 2003; Ivankova, Creswell & Stick, 2006). Begrunnelsen for denne tilnærmingen er at de kvantitative dataene og den påfølgende analysen vil gi en generell forståelse av forskningsspørsmålene mine. En svakhet med kvantitativ forskning med en deduktiv tilnærming er at forskeren allerede har definert svarkategorier basert på teori, og det gir ikke rom for deltakernes egne erfaringer og referanserammer (Jacobsen, 2015). De kvalitative dataene og foredler og forklarer de statistiske resultater ved å utforske svarene mer i dybden. En ulempe er at blandet metode kan være mer tidkrevende uten å finne mer kunnskap (J. W. Creswell & Clark, 2017; Ivankova et al., 2006).

En utfordring ved å benytte blandet metode er hvilken vekt man skal tillegge hver av metodene (Ivankova et al., 2006). En annen utfordring er kompleksiteten ved å blande to ulike metoder som tradisjonelt har røtter i ulike virkelighetsforståelser og

forskningstradisjoner. Når man blander metoder er det nødvendig å være bevisst i fortolkning og forståelse, da de ulike metodene gir ulik data. Det er også viktig å merke seg at og å blande metoder ikke vil øke funnenes validitet, men gi en annen innsikt (Risjord, Dunbar & Moloney, 2002).

Den kvantitative spørreundersøkelsen var i utgangspunktet ment som en temperaturmåler for å undersøke i hvilken grad kommuner i Norge er opptatt av og jobber med elementene i en helsekompetansevennlig organisasjon. Begrepet er helt nytt, men enkeltelementene er allerede eksisterende fokusområder i flere nasjonale føringer og strategier. Den kvantitative undersøkelsen gjennomførte jeg som et spørreskjema, og jeg analyserte den kvantitative undersøkelsen før jeg startet den kvalitative delen. Arbeidet med å skaffe intervjuobjekter viste seg å være mye vanskeligere enn jeg hadde forutsett. Jeg tok kontakt via epost med flere aktuelle informanter, men noen svarte at de ikke hadde mulighet grunnet høyt arbeidspress mens andre aldri svarte. Da svarprosenten på spørreundersøkelsen var større enn jeg hadde forventet, og arbeidet med å skaffe intervjuobjekter var mer utfordrende enn forventet, skiftet jeg fokus og la mer vekt på de kvantitative dataene og bruke de kvalitative dataene for å sette farge på oppgaven. Med utgangspunkt i analysen av spørreundersøkelsen gjennomførte jeg intervjuer for å utdype og diskutere noen av de resultatene fra analysen av de kvantitative dataene. I min studie ligger de 10 egenskapene til helsekompetansevennlige organisasjoner som beskrevet av Brach et al. (2012) som et rammeverk både i min spørreundersøkelse og intervjuer.

Ved oppstart av studien tok jeg kontakt med Helsedirektoratet og prosjektlederne for Strategi for å øke helsekompetanse blant befolkningen (2019-2023). Gjennom samtale med de fikk jeg et bakteppe og forståelse for hvordan Helsedirektoratet tenker om å tilrettelegge for helsekompetanse i kommunene, og at de nå i 2021/22 skal jobbe mer med nettopp helsekompetansevennlige organisasjoner. Jeg var også i kontakt med de før jeg sendte ut spørreundersøkelsen.

### 4.3 Datainnsamling

Tabell 2 gir en forenklet oversikt over datainnsamlingen.

*Tabell 2 Oversikt over datainnsamlingen*

Litteraturgjennomgang	Frie søk på internett (Google Scholar) og enkle litteratursøk i aktuelle databaser (Medline, PubMed, Oria) med søkeord: Helsekompetanse, health literacy, organisatinoal health literacy. Litteraturgjennomgangen dannet bakgrunnen for å vurdere tilgjengelig forskning og danne bakteppet for utviklingen av spørreskjema og intervjuguide.
Spørreundersøkelse	Kvantitativ spørreundersøkelse til alle folkehelsekoordinatorer i Norge
Dybdeintervju	Semistrukturert dybdeintervjuer med støtte i intervjuguide

### 4.4 Kvantitativ spørreundersøkelse

Gjennom spørreundersøkelsen ønsket jeg å systematisk samle inn data fra mange enheter med predefinerte spørsmål. Undersøkelsen er dermed ekstensiv og relativt lukket. Undersøkelsen skal gi en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er hentet fra (Jacobsen, 2015). I en strukturert spørreundersøkelse er det ikke mulig å legge til tilleggsspørsmål, og alle respondentene stilles de samme spørsmålene. Spørsmålene burde dermed være formulert på en lettfattelig måte (Jacobsen, 2015). Hensikten med denne metoden var å samle inn data som jeg siden la inn i SPSS for å gjøre statistiske analyser.

En av utfordringene ved bruk av kvantitativ metode er at begreper må standardiseres før undersøkelsen gjennomføres. Begrepsmessig gyldighet blir dermed sentralt for at undersøkelsen skal undersøke det den er ment å undersøke (Jacobsen, 2015).

Det er flere utfordringer knyttet til å bruke spørreundersøkelse som datagrunnlag. Et eksempel er at det kan være vanskelig å få et representativt utvalg. En annen utfordring kan være frafallsskjevhet, nemlig at respondentene kan ha en spesiell interesse for det som undersøkes. Når respondentene blir bedt om å oppgi en holdning eller mening kan respondentene bli preget av konteksten spørsmålene blir presentert i og svare på en annen måte enn de ville gjort om spørsmålet hadde blitt stilt på en annen måte (Jacobsen, 2015).

Det kan også oppstå målefeil i en spørreundersøkelse. Det kan være at respondentene svarer uten å forstå spørsmålet, eller respondentenes sinnstilstand kan ha en innvirkning på svarene. Rekkefølge på spørsmål kan også ha en innvirkning på om man fullfører undersøkelsen eller ikke (Dalland, 2017).

#### 4.4.1 Utvikling av spørsmål

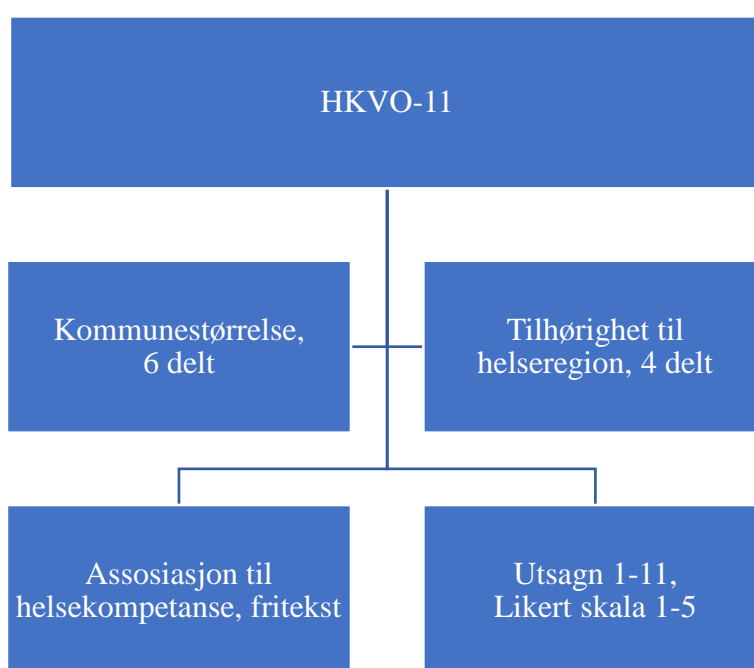
Helsekompetanse er et relativt abstrakt begrep, noe som stiller større krav til operasjonalisering. For å gjøre et abstrakt begrep målbart må man finne fram til konkrete indikasjoner på begrepet, og på den måten måle begrepet indirekte. Å operasjonalisere et komplekst begrep er utfordrende, og det kan ofte være nyttig å ta utgangspunkt i allerede eksisterende forskning (Jacobsen, 2015). Jeg tok utgangspunkt i de 10 egenskapene ved en helsekompetansevennlig organisasjon utviklet av Brach et al. (2012), og så på hvordan disse var omformulert i Kowalski et al. (2015) sitt instrument hvor de 10 egenskapene er omgjort til utsagn for å kartlegge helsekompetansevennlige sykehus. Kowalski et al. (2015) sitt instrument er utarbeidet for sykehus i Tyskland som jobber spesielt med kreftpasienter, og det var nødvendig å både oversette språk, men også med tanke på norsk kultur og norsk kontekst.

Jeg valgte å ha to spørsmål knyttet til lederspesspektivet da jeg ønsket å få med både perspektivet på likeverdig tilgang på tjenester og brukermedvirkning. Dette er begge sentrale egenskaper i helsekompetansevennlige organisasjoner (Brach et al., 2012; Sørensen et al., 2021; Sørensen et al., 2012). Utsagn knyttet til innbyggernes/pasientenes medvirkning delte jeg også i to da det inneholdt medvirkning både i planlegging og evaluering av tjenester. Flere trekker frem viktigheten av medvirkning i hele systemet og i alle deler, fra ide til evaluering (Hofstad, Raanaas, Nordh, Aamodt & Hjellset, 2016; Kobro et al., 2018; Kobro, Vareide & Hatling, 2012).



Utsagnet om «high-risk situations» tok jeg ikke med da det er kommuner jeg forholder meg til og ikke akuttsykehus, se tabell 3.

Jeg endte da med en spørreundersøkelse med 11 spørsmål på ordinalt målenivå med fem svaralternativ i en Likert skala; svært enig, enig, verken enig/uenig, uenig, svært uenig. Med bakgrunn i min problemstilling vurderte jeg at det å ha en midtkategori verken enig/uenig også ville gi meg en verdi, og valgte derfor å ta med denne midtkategorien. Undersøkelsen har jeg kalt HKVO-11 (HelseKompetanseVennlige Organisasjoner med 11 utsagn) se figur 5 og vedlegg 2 for undersøkelsen som helhet.



*Figur 5 Oversikt over spørreundersøkelsen HKVO-11*

Spørsmålene formulerte jeg som utsagn. Ifølge Jacobsen (2015) er forskningen uklar på hva som er best, spørsmål eller utsagn, men for å måle abstrakte fenomener benyttes oftest utsagn. Jeg valgte også å ta utgangspunkt i positivt ladde utsagn. Et spørsmålsbatteri basert på Likert skala er plasseffektiv, men faren er at respondenten fort kan havne i en rytme der han/hun svarer på en side av skalaen (Jacobsen, 2015). I utarbeidelsen av utsagnene forsøkte jeg å ha korte og enkle utsagn.

Rekkefølgen spørsmålene kommer i er vesentlig for å få gode svar. Jeg forsøkte å ha en tilnærming der jeg starter vidt og de mer konkrete spørsmålene kom til slutt. For å få

flest mulig svar laget jeg en kort undersøkelse som skulle ta maks 5 minutter å gjennomføre. Dette for at flest mulig skulle ta seg tid til å gjennomføre undersøkelsen.

I tabell 3 under er mine utsagn knyttet mot elementene i en helsekompetansevennlig organisasjon:

*Tabell 3 Kjennetegn på en helekompetansevennlig organisasjon fra Brach et al. 2012, og mine utsagn brukt i spørreundersøkelsen HKVO-11*

<b>The attributes of a health care organization (Brach et al. 2012)</b>	<b>HKVO-11</b>
Has leadership that makes health literacy integral to its mission, structure, and operations	(1) Ledelsen i vår kommune er opptatt av brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon  (2) Ledelsen i vår kommune er opptatt av likeverdige tilgang til kommunens tilbud og tjenester, gjennom blant annet tilrettelagt informasjon
Integrates health literacy into planning, evaluation measures, patient safety, and quality improvement	(3) Vi har rutiner som beskriver hvordan vi skal jobbe med brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon og informasjon til innbyggerne
Prepares the workforce to be health literate and monitors progress	(4) Ansatte får opplæring i teknikker/verktøy for å gjøre informasjon lettere tilgjengelig, som f.eks klart språk
Includes population served in the design, implementation, and evaluation of health information and services.	(5) Innbyggere er med i prosesser rundt planlegging av tilbud og tjenester i kommunen  (6) Innbyggere er med i prosesser der vi evaluerer tjenester og tilbud i kommunen
Meets the needs of population with a range of health literacy skills while avoiding stigmatization.	(7) Vi har brosjyrer på ulike språk
Uses health literacy strategies in interpersonal communications and confirms understanding at all points of contact.	(8) Ansatte får opplæring i metoder for å sikre at innbyggere har forstått nødvendig informasjon
Provides easy access to health information and services and navigation assistance	(9) Det er lett å navigere og finne informasjon om kommunens tilbud og tjenester
Designs and distribute print, audiovisual, and social media content that is easy to understand and act on.	(10) Vi jobber kontinuerlig med klart språk i alle våre skriftlige og digitale dokumenter
Addresses health literacy in high-risk situation, including transitions and communications about medicines.	Ekkludert
Communicates clearly what health plans cover and what individuals will have to pay for services.	(11) Vi er tydelige på hvilke rettigheter man har som innbygger, pasient og bruker

En av utfordringene med å benytte et spørreskjema er begrepsmessig gyldighet, å vite at spørsmålene/utsagnene måler det fenomenet som det er ment å måle. Det er viktig å hele tiden være kritisk og reflektere over bruk av ord, rekkefølge og innhold i spørsmålene. Det er også nyttig å gjøre en test for å finne ut om spørsmålene gir mening for andre enn meg som har laget de (Jacobsen, 2015). Kowalski et al. (2015) gjorde et større arbeid for å finne ut hvilke spørsmål som kan treffe begrepet helsekompetansevennlige organisasjoner med bakgrunn i Brach et al. (2012) sin beskrivelse av de 10 egenskapene. Kowalski et al. (2015) hadde i utgangspunktet mange flere variabler enn de 10 utsagnene de til slutt endte på. I utarbeidelsen av mitt spørreskjema gikk jeg igjennom alle de variablene de beskrev, men la hovedvekt på de 10 variablene Kowalski et al. (2015) endte på.

Kanskje skulle jeg hatt mange flere variabler, bakgrunnen for at jeg ikke gjorde det var ønsket om en relativt høy svarprosent. Jeg gikk igjennom spørsmålene mine med fagpersoner som har kjennskap til helsekompetanse, og jeg testet undersøkelsen på bekjente og kollegaer som jobber innen helse før jeg sendte ut undersøkelsen til utvalget mitt. Basert på teori, pilotundersøkelser og oppgavens størrelse antok jeg at de 11 spørsmålene til sammen danner et instrument som kan gi et samlet mål på konseptet helsekompetansevennlige organisasjoner.

Respondentene fikk to bakenforliggende spørsmål, 6 delt inndeling i antall innbyggere i kommunen, jf. SSB sine anbefalinger for inndeling av kommuner (SSB, 1998), og tilhørighet til helseregion (SSB, 2007). De fikk også ett åpent spørsmål hvor jeg ba utvalget beskrive hva de assosierte med helsekompetanse. Spørreskjemaet er dermed semistrukturert. Bakgrunnsspørsmålene kom først, så det åpne spørsmålene før de 11 påstandene, se figur 5.

#### 4.4.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget i spørreundersøkelsen er alle folkehelsekoordinatorer i Norge når undersøkelsen ble sendt ut i september 2021. Det er ikke sikkert at folkehelsekoordinatorer er de riktige å spørre, kanskje ville det vært like nyttig å spørre leder for kommunalområdet helse- og omsorg. Min bakgrunn for å velge folkehelsekoordinatorer er at man i den type stilling har en bredere oversikt over både helsefremmende tilbud i kommunen og tilbud for å begrense eller leve med sykdom.

Helsekompetanse er tredelt og handler om kunnskap relatert til helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming, beskrevet i tabell 1. Helsekompetanse handler like mye om kunnskap om det som holder deg frisk som det som skal gjøre at du blir mindre syk. Informantene i intervjuene vil i større grad representere det sykdomsforebyggende og det helsetjenesterelaterte perspektivet.

Når jeg sendte ut spørreundersøkelsen var det 356 kommuner i Norge. Det er et stort utvalg. Da jeg gjennom å være student ved USN har mulighet til å benytte elektroniske spørreskjema, nettskjema.no (Universitetet i Oslo, 2021), og analyseverktøyet SPSS, antok jeg at det var overkommelig for meg å sende undersøkelsen til alle kommunene i Norge. Dermed behøvde jeg ikke å gjøre et utvalg, utover det å velge at jeg ville at folkehelsekoordinatorerne skulle besvare undersøkelsen.

Jeg valgte å sende undersøkelsen ut pr epost. Epostadresser lette jeg etter på hver enkelt kommunes nettsider. Mange hadde beskrevet kontaktinformasjon til kommunens folkehelsekoordinator, og de sendte jeg spørreundersøkelsen direkte til. I første omgang var dette 202 personer. Jeg fikk 24 eposter tilbake, enten som feilmelding, eller personer som svarte meg at de ikke lenger hadde stillingen som folkehelsekoordinator. Jeg sendte da spørreundersøkelsen til disse kommunenes postmottak. I de resterende kommunene, 154 stykk, sendte jeg spørreundersøkelsen direkte til kommunenes postmottak. I epostene som måtte inntre kommunens postmottak oppfordret jeg til å videresende spørreundersøkelsen til kommunens folkehelsekoordinator.

10 dager etter første epost hadde jeg mottatt 89 svar, og jeg sendte en påminnelse om spørreundersøkelsen til alle. Spørreundersøkelsen var anonym, og jeg vet ikke hvem som har svart eller ikke. Svarfristen var 3 uker etter første epost, da hadde jeg 126 svar. Det er en svarprosent på ca 35,4% ( $126/356 * 100$ ). Det er en relativt lav svarprosent som i utgangspunktet ikke er tilfredsstillende. Det kommer da an på hvem jeg har mistet, om det er en skjevfordeling, eller om det utvalget som har svart er representativt (Jacobsen, 2015).

#### 4.4.3 Måleinstrument

Jeg brukte nettskjema.no som verktøy i spørreundersøkelsen. Nettskjema er et sikkert og mye brukt datainnsamlingsverktøy, spesielt for spørreundersøkelser og datainnsamling på nett for universitets- og høyskolesektoren (Universitetet i Oslo,

2021). Nettskjema har en god mobilløsning, og spørreundersøkelsen kan besvares både på mobil og på pc. Før jeg sendte ut undersøkelsen testet jeg hvordan det var å besvare undersøkelsen både på mobilnettleser og pc. Dette førte til at jeg gjorde noen endringer for å gjøre undersøkelsen mer tydelig på mobil.

En av svakhetene til web-baserte undersøkelser er svarprosent og representativitet (Jacobsen, 2015). Jeg antar at alle folkehelsekoordinatorene er i stand til å svare på undersøkelsen digitalt, da arbeidslivet i dag i høy grad er digitalisert. En annen mulig årsak til lav svarprosent er kommunenes oppmerksomhet mot helsekompetanse. Begrepet er et relativt nytt, og kanskje ikke noe en folkehelsekoordinator har kjennskap til, enda. Ved å ha en web-basert undersøkelse minimerer man kontakten mellom forsker og respondent, og man mister muligheten for å inngå en dialog og oppklare eller forklare (Jacobsen, 2015).

For å lage en spørreundersøkelse i nettskjema må jeg logge inn via FEIDE. Verktøyet var enkelt å benytte, og frembrakte et spørreskjema som kunne hentes opp via en lenke. Lenken sendte jeg til utvalget via epost. Svarene på spørreundersøkelsen kommer direkte inn i nettskjema, og hvem som besvarte undersøkelsen var helt anonym. Nettskjema gir mulighet for å overføre filer til Excel, som videre kunne overføres til SPSS, så overføring av datamateriale var en enkel operasjon.

I eposten beskrev jeg kort hensikten med studien og kort om helsekompetanse. Vedlagt eposten lå informasjonsskriv til deltakere i spørreundersøkelsen, se vedlegg 1.

#### 4.4.4 Analyser

Den begrepsmessige gyldigheten ble tatt som en forutsetning begrunnet i teori, og på bakgrunn av det ble reliabiliteten og validiteten til instrumentet undersøkt. Analyser ble gjort i SPSS.

#### *Deskriptiv statistikk*

Deskriptiv statistikk utføres for å se hvordan enhetene fordeler seg på variablene i et datamateriale. Analysen brukes for å beskrive karakteristikken av utvalget som er undersøkt og fokuserer spesielt på to områder: sentraltendens og spredning. Sentraltendens ser ofte på gjennomsnittverdier, mens spredning måles gjennom

standardavvik. Det er også nyttig å se på verdienes fordeling ved å kartlegge skjevhet (Jacobsen, 2015).

En undersøkelse er først pålitelig dersom den er valid, måler det den er ment å måle, og reliabel, at den gir konsistente resultater. Instrumentets indre konsistens vil bli målt med Cronbachs Alfa. Jo nærmere Cronbachs Alfa er til 1 jo høyere intern konsistens har studien (Christophersen, 2018; Tavakol & Dennick, 2011). Disse testene til hensikt å beskrive om undersøkelsen har en intern konsistens. Deskriptive data og indre konsistens for HKVO-11 instrumentets variabler, er beskrevet i tabell 6.

For å få et inntrykk av grad av oppmerksomhet mot det å være helsekompetansevennlig vil jeg regne ut sum skår på alle variablene, utsagn 1-11. Sum skår, ofte beskrevet som en parsell i litteraturen, kan defineres som en aggregert indikator som består av summen av to eller flere variabler (Little, Cunningham, Shahar & Widaman, 2002). Utsagnene i min studie har til hensikt å undersøke et fenomen og det gir dermed mening å slå sammen skårene på disse utsagnene.

### ***Bivariate sammenhenger***

For å undersøke spørsmålenes korrelasjon til hverandre vil jeg gjøre en korrelasjonsanalyse. En sterk korrelasjon er over .50, en middels er mellom .30- .50, mens en svak korrelasjon er under 0.30 (Hair, Black, Babin & Anderson, 2019).

### ***ANOVA***

For å undersøke om tilhørighet til helseregion eller kommunestørrelse har en innvirkning på total sum HKVO-11 vil jeg gjøre en analyse av varians, ANOVA. ANOVA kan brukes for å teste likhet mellom to eller flere utvalg (Hair et al., 2019). Jeg ønsker å teste om gjennomsnittet av variansen mellom gruppene, helseregion og kommunestørrelse, er større enn variansen innen gruppene. Den avhengige variabelen blir da sum og uavhengig variabler blir helseregion eller kommunestørrelse.

### ***Validitet og reliabilitet***

Reliabiliteten i studien er også avhengig av at jeg har oversatt betydning av innholdet i de 10 egenskapene på en god måte. For å redusere sannsynligheten for feil gikk jeg igjennom spørsmålene med personer som har kjennskap til begrepet

helsekompetansevennlige organisasjoner, og jeg sendte spørreskjema ut til testpersoner som har noe kjennskap til både metode og helsekompetanse. En ytterligere beskrivelse av hele studiens validitet og reliabilitet beskrives under punkt 6.4.

#### 4.4.5 Kvalitativ analyse av åpent spørsmål i spørreundersøkelsen

For å gjøre en kvalitativ analyse av svarene på fritextspørsmålet måtte jeg sammenfatte materialet til et håndterbart format (Malterud, 2017). Jeg bearbeidet rådataen og systematiserte over i temaer. Her vil nok min forforståelse ha satt sitt preg på bearbeidelsen, men det var liten grad nødvendig med teksttolkning, da dataene var ganske konkrete i fin form, og respondentenes mening er formidlet nokså ufortolket (Malterud, 2017). Jeg leste først igjennom utsagnene flere ganger for å danne meg et bilde av hva de omhandlet. Det ble fort tydelig at folkehelsekoordinatorene snakker om «de», innbyggerne og deres kompetanse, men også mange pekte innover på ansatte og kommunen sin kompetanse og kunnskap. Allikevel var det noen utsagn som ikke passet inn i noen av disse kategoriene. Jeg leste så igjen igjennom alle utsagnene og flyttet de som ikke hørte helt under temaet, og satt da igjen med fire tema, se tabell 9.

### 4.5 Kvalitative forskningsintervjuer

Målet med kvalitative forskningsintervju er å fremme betydningen av folks erfaringer og opplevelser (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015). Et slikt intervju bygger på dagligdagse samtaler som er profesjonelt styrt og som danner kunnskap i samspill mellom forsker og informant, gjennom en samtale om et tema som begge parter interesserer seg for (Kvale et al., 2015). Å samle inn data på denne måten egner seg når det er relativt få enheter som undersøkes. Denne formen for undersøkelse gir mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål og utforske svarene i dialog (Jacobsen, 2015). Det blir da en intensiv og relativt åpen undersøkelse.

Det finnes ulike måter å gjennomføre et intervju på. I denne studien er det valgt semistrukturert intervju. Denne formen for intervju søker å få tak i beskrivelser av intervjupersonens livsverden og forklaringer av meningen bak fenomenet som blir undersøkt. Semistrukturert peker på at intervjuet ligger et sted mellom helt åpne samtaler og lukkede spørreskjemasamtaler. Samtalen er styrt av forsker som ønsker å få belyst ulike tema beskrevet i en intervjuguide, men at informanten i størst mulig grad får tid til å reflektere og selv trekke samtalen framover (Nilssen, 2012). I en kvalitativ

intervjusetting kan informanten ta forskeren med steder forskeren ikke visste fantes, og det kan være en utfordring som intervjuer å vite når informanten er på ville veier, eller en ny vei (Jacobsen, 2015; Nilssen, 2012).

Gjennom intervjuene ønsket jeg at mine informanter delte sine erfaringer om begreper knyttet til helsekompetanse, og reflektere over resultatene fra spørreundersøkelsen. Valg av denne metoden for datainnsamling gjorde jeg for å få frem informantenes egne tanker rundt emnet, slik at jeg som forsker skal få et innblikk i deres syn samt i etterkant sette sammen og gjøre en tolkning av det som blir sagt.

#### 4.5.1 Utvalg og rekruttering

For å kunne besvare studiets problemstilling og forskningsspørsmål ble det rekruttert informanter som hadde noe kjennskap til eller erfaring med begrepene som ligger til grunn i helsekompetanse. Utvalget er dermed strategisk i den hensikt å få belyst problemstillingen best mulig (Nilssen, 2012). For at en kommune skal være helsekompetansevennlig er det nødvendig at begrepet er integrert i hele organisasjonen (Brach et al., 2012), og jeg ønsker derfor å intervjuere personer i ulike nivå av en kommune. På bakgrunn av studiens omfang og begrensninger ble det satt noen inklusjonskriterier.

Kriterier for aktuelle informanter innad i en kommune:

- Helsepersonell som arbeider med direkte pasientkontakt
- Ledere av relevante enheter i kommunen som arbeider med helsefremmende og forebyggende tjenester
- Representanter fra helseforvaltning i kommunen

For å komme i kontakt med aktuelle informanter sendte jeg først epost til en kommune med et innbyggertall mellom 10 000 – 19 999. Eposten inneholdt informasjon om studien og tema, se vedlegg 3. Jeg beskrev i eposten at intervjuene kunne ta mellom 30-45 minutter, og at de kunne gjennomføres enten fysisk eller digitalt. Rekrutteringen viste seg å være vanskeligere enn jeg hadde forutsett. Jeg startet med å kontakte representanter for helseforvaltning og ledere av helsefremmende og forebyggende tjenester, da det er få personer som jobber med det i en mellomstor kommune. Det tok



lang tid å få svar og jeg sende flere eposter for å etterlyse svar. Til slutt svarte noen at de ikke hadde mulighet til å delta i studien grunnet høyt arbeidspress som følge av pandemien, andre fikk jeg aldri svar fra. Det gjorde at jeg valgte å bytte kommune og heller forsøke å komme i kontakt med personer i en større kommune, som kanskje har flere ansatte i de ulike nivåene. Tabell 4 viser en oversikt over utvalget:

Informantene jeg intervjuet jobber i en kommune, men på ulike nivå:

*Tabell 4 Utvalg i kvalitativ spørreundersøkelse*

Antall	Plassering i kommunen	Pseudonym
1	Utøver med direkte kontakt med pasient og pårørende	Informant 1
1	Ansvarlig for opplæring, veiledning og oppfølging av personer i endring	Informant 2
1	Rådgiver med pårørende kontakt og systemoversikt	Informant 3

Undersøkelsen ble gjort i en kommune i Helseregion Sør-Øst med et innbyggertall 20000 eller mer.

#### 4.5.2 Datainnsamling

I forkant av undersøkelsen utarbeidet jeg en intervjuguide. Denne intervjuguiden var endel av min søknad til NSD, og måtte derfor være på plass før jeg hadde gjennomført de kvantitative undersøkelsene. Intervjuguiden baserer seg på de samme spørsmålene som i spørreundersøkelsen og refleksjoner rundt resultatene av de kvantitative dataene. Jeg gjennomførte to korte pilotintervjuer via Teams med personer som hadde noe kjennskap til tema og metoden. Dette var nyttig både for å undersøke om teknikken og spørsmålene fungerte.

Høsten 2021 hadde vi fremdeles en pandemi gående, og det ga ringvirkninger også i valg av gjennomføringsmetode. Informantene fikk selv valget om å gjennomføre intervjuene fysisk eller digitalt, men alle opplevde det mest trygt og effektivt å gjennomføre intervjuet digitalt. Å gjennomføre intervjuer via video er tidseffektivt for både forsker og informant. Samtidig gir det større avstand mellom oss, og det begrenser også muligheten for småsnakk som kan bidra til å trygge informanten i intervjusituasjonen (Nilssen, 2012). Mange har i dag mye erfaring med videosamtaler, spesielt i arbeidssammenheng. Det kommer stadig mer forskning på hvordan videosamtaler/videokonferanser påvirker kvaliteten på forskningen. Noen peker på at kvaliteten ikke er dårligere enn om man møtes fysisk, andre det motsatte (Walløe &

Shah, 2021). Jeg valgte å benytte Teams for gjennomføringen av intervjuene, da kommunen jeg undersøkte benyttet dette verktøyet i det daglige. Informasjonen jeg er ute etter er verken taushetsbelagt eller sensitivt, og det er derfor mulig å benytte Teams som plattform. I forkant av intervjuet informerer jeg om at jeg ikke ønsker sensitiv eller taushetsbelagt informasjon.

Jeg valgte å ta opp intervjuene via nettskjema.no (Universitetet i Oslo, 2021). Først opprettet jeg et skjema/innhentingsside på nettsiden før jeg lastet ned en app på telefonen, «Diktafon». Diktafonappen krypterer lydfilen og overfører den direkte til nettsiden nettskjema.no. Når diktafonappen er startet på telefonen er det ikke mulig å samtidig ta opp lyd direkte på telefonen. Det er en måte å sikre seg at opptaket bare blir gjort og oppbevart på sikkert vis. På nettskjema.no ligger materialet sikkert, og det kun forskeren som har tilgang med innlogging via Feide (Universitetet i Oslo, 2021). Dataene vil bli slettet når studien er fullført og godkjent.

Før lydopptaker ble satt på og intervjuet startet forklarte jeg også kort hva studien går ut på og respondentens personvern, slik beskrevet i vedlegg 4. Jeg informerte også om at jeg kom til å gjøre noen notater underveis, så om jeg så ned så var det for å skrive noe. Erfaringen min fra pilotintervjuene var at det opplevdes negativt for de som ble intervjuet om jeg så ned eller bort, og jeg forsøkte derfor å gjøre dette så lite som mulig, og heller sette meg ned rett etter intervjuet og skrive ned de erfaringene og opplevelsene jeg gjorde underveis i intervjuet. Alle deltakerne fikk i forkant av intervjuet skriftlig informasjon om studien.

I invitasjonen til intervjuet satte vi av 1 time. Intervjuene varte mellom 25 min til 45 minutter, pluss litt småsnakk før og etter lydopptaket. Jeg forsøkte å fortsette å stille spørsmål til intervjuobjektene ikke lenger kom opp med nye egenskaper, men heller gjentok seg (Nilssen, 2012). Samtalene foregikk mellom november 2021 og januar 2022.

Intervjuene var som tidligere beskrevet semistrukturert. Jeg benyttet meg av intervjuguiden, vedlegg 4, som baserte seg på Brach et al. (2012) sin beskrivelse av de 10 egenskapene ved helsekompetansevennlige organisasjoner. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men mer som en form for huskeliste. To av informantene jeg intervjuet var svært engasjerte, og det var bare nødvendig å nevne noen et ord så fløt informasjon og refleksjoner ut. Samtidig som jeg fulgte intervjuguiden forsøkte jeg å følge opp det

informantene beskrev for å både få en størst mulig forståelse av deres refleksjoner og erfaringer.

### 4.5.3 Transkripsjon

Jeg startet med å transkribere alle intervjuene. For å kunne trekke noe fornuftig ut av informasjonen man mottar i et intervju er det nødvendig å forenkle og strukturere (Jacobsen, 2015). Dette kan oppleves som et paradoks da kvalitative undersøkelser i seg selv i størst grad er opptatt av å innhente et mangfold av ulike nyanser og perspektiver. Et mangfold av tanker vil på den andre siden være svært vanskelig å trekke noe fornuftig ut av, og det er derfor nødvendig å få en viss struktur også på de kvalitative dataene (Dalland, 2017). Nettskjema.no gir mulighet for å spille av opptaket i ulike hastigheter, noe som er svært nyttig ved ord for ord transkribering (Universitetet i Oslo, 2021). For å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt som ble sagt hørte jeg på intervjuet gjentatte ganger. Jeg fokuserte på å skrive ned alle pauser, småord og latter for å gi en så korrekt gjengivelse av intervjuet som mulig. Under transkriberingen anonymiserte jeg materialet. Transkriberingen gjorde jeg rett etter at intervjuene hadde blitt gjennomført. Jeg noterte også ned mine umiddelbare tanker og refleksjoner etter hvert av intervjuene.

### 4.5.4 Analyser

I kvalitativ metode er analyse en form for tolking av teksten, der man stiller spørsmål til dataene som er samlet inn, samt leser og organiserer det empiriske materialet systematisk (Jacobsen, 2015). Jeg har valgt å gjøre det Thagaard (2018) beskriver som temaanalyse. Et av hovedpoengene er å gå i dybden på de enkelte tema og studere informasjonen hver av deltakerne har gitt om hvert tema. Gjennom å sammenlikne informasjonen fra alle deltakerne kan man få en mer dyptgående forståelse av hva hvert av temaene inneholder. Flere kritiserer denne formen for analyse da den ikke ivaretar et helhetlig perspektiv. Når man sammenlikner et utsnitt av tekst fra de ulike deltakerne i undersøkelsen, vil kanskje ikke deltakeren kjenne seg så godt igjen i det endelige resultatet. Det er dermed viktig at jeg i analysen setter utsnittene inn i den konteksten de ble gitt. Analyser av sammenhenger mellom temaene gir grunnlag for en helhetlig forståelse av materialet (Thagaard, 2018).

Første steg er å sette seg inn i materialet, markere tekst og skrive eventuelle kommentarer i marginen, for så å lete etter menig og mønster i materialet. Neste steg er å lage de første kodene og knytte kodeord til utsnitt av data som fremhever meningsinnholdet. Deretter lete etter mer overordnede tema og samle de relevante kodene under mer overordnede tema (Braun & Clarke, 2006). Mine overordnede tema er mine forskningsspørsmål og resultat etter den kvantitative undersøkelsen. Tema som kommer frem i intervjuene blir undertema til disse overordnede temaene. Før jeg lander på endelige undertema må jeg undersøke litteraturen og kritisk vurdere om mine undertema skal slås sammen eller eventuelt deles. Den analytiske prosessen preges ofte av å skifte mellom å utforske meningsinnholdet i empirien og å innarbeide teoretiske begreper (Thagaard, 2018). Analyseprosessen i det kvalitative arbeidet kan være både en induktiv og deduktiv tilnærming. Den induktive prosessen innebærer å jobbe fra data til begreper for å utvikle en form for forståelse av de temaene som utforskes. En deduktiv prosess gjøres for å undersøke om det er noe i litteraturen som støtter opp under de tema om er undersøkt. Å lytte til fotfolkets egne refleksjoner rundt ulike tema er nyttig for å utvikle en forståelse av dataenes meningsinnhold (Braun & Clarke, 2006; Thagaard, 2018). Er det tema som kommer frem i undersøkelsen som ikke hører under mine forskningsspørsmål vil jeg lage egne overordnede tema for dette.

### ***Validitet og reliabilitet***

Validitet og reliabilitet kan brukes for å diskutere forskningsfunnenes sannhetsverdi (Kvale et al., 2015). I kvalitativ forskning vil validitet handle om å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Forskeren må stille seg spørsmål om den valgte metoden undersøker det fenomenet det er ment å undersøke (Malterud, 2017). Underveis i hele forskningsprosessen er det nødvendig å stille seg spørsmål om man undersøker det man ønsker å undersøke, og om forskerens før-forståelse preger prosessen (Kvale et al., 2015). Dette er noe jeg har fokusert på gjennom hele studien. Jeg har hele tiden gått tilbake til Brach et al. (2012) sin beskrivelse av de 10 egenskapene som ligger til grunn for helsekompetansevennlige organisasjoner. Samtidig var det jeg som oversatte de 10 utsagnene til Kowalski et al. (2015), både språklig fra engelsk til norsk, men også inn i norsk kontekst. Det er her en feilmargin da jeg kan ha oversatt feil eller gjort feil vektning i spørsmålene. Samtidig har jeg testet ut spørsmålene på personer som har kjennskap til både begrepet helsekompetansevennlige organisasjoner og metodene jeg har brukt.

Om forskningen er reliabel, eller pålitelig, handler om studiens troverdighet og nøyaktighet, samt forskningsresultatenes konsistens. Reliabilitet blir ofte sett i sammenheng med hvor vidt det er mulig for andre forskere å reprodusere de samme resultatene på et annet tidspunkt (Kvale et al., 2015). Mine spørsmål var teoridrevet og på den måten relativt reliabel. I kapittel 6.4 gjør jeg en ytterligere vurdering av hele studiens validitet og reliabilitet.

## 4.6 Forskningsetikk

Forskning er søken etter ny og bedre innsikt. Forskning er en virksomhet som blir styrt av normer og verdier, og er både systematisk og sosialt organisert. Søken etter sannhet er den viktigste forpliktelsen, samtidig er det aldri noen garanti for at forskningen når dette målet (Forskningsetikk, 2019). De forskningsetiske retningslinjene som ble utviklet av de nasjonale forskningsetiske komiteene i 2014 viser et bredt begrep om forskningsetikk, fra ansvar for god vitenskapelig praksis, til ansvar for berørte av forskningen og ansvar for bruk av kunnskapen. De fire prinsippene for forskning er; respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet (Forskningsetikk, 2019).

### 4.6.1 Personvern

Respondentene i studien har fått informasjon om studien og hva dataene jeg hentet inn skulle brukes til. De som deltok i intervju, fikk informasjonen både skriftlig og muntlig. Jeg brukte NSD sine maler for informasjon til respondenter, og laget et skjema for de som deltok på spørreundersøkelse og ett for de som deltok på intervju. Jeg informerte om at deltakelsen var frivillig, og at de ville være anonyme. Informantene jeg intervjuet fikk også informasjon om at de kunne trekke seg uten å oppgi grunn. All data er anonymisert, og det skal ikke være mulig å spore opplysninger tilbake til enkeltpersoner. Lydopptak og spørreskjema ligger kun lagret på nettskjema.no, og all data blir slettet når oppgaven er levert og godkjent.

### 4.6.2 Ethiske refleksjoner

Når man benytter kvalitative metoder og intervju som metode reiser det seg noen områder det er nødvendig å reflektere over. For å få til et godt samspill er det nødvendig å skape tillitt og trygghet hos deltakerne. Å presisere anonymitet og taushetsplikt er også nødvendig. Jeg valgte å snakke med en kommune jeg visste hadde arbeidet med

likeverdige helsetjenester og brukermedvirkning, slik at informantene allerede hadde noen formening om helsekompetanse og hvordan det arbeides med i kommunen. Forskningsetikk handler også om at jeg refererer riktig og at jeg fremmer innsikten jeg får gjennom datainnsamling på riktig måte med respekt og kreditering.

#### 4.6.3 Min rolle som forsker

Jeg jobber til vanlig i en kommune og har arbeidsoppgaver knyttet til både informasjon om helse og kommunikasjon til både ansatte og innbyggere. Min faglige kompetanse og arbeidserfaring tilsier at jeg allerede har reflektert mye rundt elementene under helsekompetanse og hvordan dette kan jobbes med i kommunen. Samtidig som jeg sitter på noe kompetanse innenfor helsekompetanse er kompetansen som forsker mindre.

Å håndtere både kvalitativ og kvantitativ forskning har vært utfordrende og veldig lærerikt. Det å undersøke mange kommuner og dykke ned i en var spennende, men utfordret også min rolle som forsker. Å intervjuere var spesielt krevende med tanke på det å balansere respekt ovenfor informanten og det han/hun ønsket å snakke om, samtidig som jeg forsøkte å holde samtalen innenfor rammene av min problemstilling. Kanskje var det også ekstra krevende å skape en god relasjon når intervjuene kun var digitale.

Gjennom hele prosessen har jeg reflektert og gjort justeringer, selv om jeg er usikker på om refleksjonene alltid har ført meg framover. Som tidligere beskrevet har jeg lite erfaring fra det å være forsker, og jeg har brukt mye tid på å reflektere og vurdere alle mulige løsninger og utfordringer på veien fra problemstilling til diskusjon av mine resultater. I intervjuet forsøkte jeg å være så nøytral som mulig i både bekledning og språk for å senke terskelen og skape tillitt. Jeg var bevisst belysning slik at ansiktet mitt kom så tydelig som mulig fram for respondenten, og jeg var svært bevisst mine ansiktsuttrykk og gjorde tydelige nikk og smil for å skape trygghet.

I alle epostene jeg skrev til folkehelsekoordinatorene reflekterte jeg over hvilke ord jeg skulle bruke og jeg forsøkte å vekke interessen for å besvare undersøkelsen uten å ha noen form for premie utover den refleksjonen hver enkelt gjorde når de gjennomførte undersøkelsen. I selve eposten oppsummerte jeg bakgrunnen for studien mens jeg la ved informasjonsskrivet som vedlegg.

## 4.7 Refleksjoner

Jeg vil nå beskrive mine refleksjoner rundt metode og gjennomføring av undersøkelsen.

### 4.7.1 Utvalg

Både i den kvantitative og kvalitative delen av min studie er det feilkilder. Felles for begge metodene er feil i utvalg. I spørreundersøkelsen valgte jeg å sende spørsmålene til folkehelsekoordinatorene. Det er ikke sikkert de opplever seg kvalifisert til å besvare spørsmål om helsekompetanse, og kanskje ville jeg fått en høyere svarprosent om jeg hadde valgt å sende undersøkelsen til for eksempel leder for helse- og omsorgstjenesten. I den kvalitative delen av undersøkelsen ønsket jeg å snakke med personer i ulike deler/nivåer i en kommune. Det viste seg å ikke være så enkelt, og det tok tid å få tak i respondenter. Jeg ønsket å intervju personer i den samme kommunen, og det gjorde det enda vanskeligere. Utvalget er også hele tiden begrenset til hvem jeg tenker har kunnskap om tema, og det er dermed også en feilkilde. En masteroppgave har et begrenset rammeverk, tidsmessig og arbeidsmessig, og jeg gjorde derfor noen avgrensninger med tanke på intervjuer. Det er flere perspektiver i en organisasjon det hadde vært spennende å intervju, men som ble avgrenset i denne studien.

### 4.7.2 Spørsmål

Utsagnene i undersøkelsen er utarbeidet på bakgrunn av Brach et al. (2012), og Kowalski et al. (2015). Disse artiklene er på engelsk, og de er utarbeidet i USA og Tyskland som har en annen organisering av helsetjenesten enn vi har her i Norge. Det er derfor en feilmargin i min oversettelse og omgjøring av innhold. Jeg valgte å ha en relativt kort undersøkelse for å få flest mulig svar. Kvaliteten på spørsmålene kunne vært bedre, mer gjennomtenkt og testet på flere. En annen aveiing jeg gjorde var hvor konkrete de ulike spørsmålene skulle være. Mer konkrete spørsmål gir kanskje bedre svar, samtidig er kommunenorge ulik, og det finnes en rekke verktøy som kan brukes innenfor for eksempel tilrettelagt informasjon. Det var ikke min hensikt å finne ut hvilket verktøy de bruker mest. Hensikten med min spørreundersøkelse var å få en temperaturmåling på hvilken oppmerksomhet kommunene har på helsekompetanse, og jeg tenker at det da var mest riktig med en variasjon av konkrete og mindre konkrete utsagn.

### 4.7.3 Gjennomføring

Måten utsagnene er formulert og i hvilken rekkefølge de stilles er også relevant å reflektere over både i spørreundersøkelsen og i intervjuene. De første utsagnene var mest mulig åpne mens de mer konkrete utsagnene kom senere i undersøkelsen. Det var et mål for meg at de første spørsmålene skulle være enklere å svare på.

Jeg tenkte mye igjennom hvordan eposten til folkehelsekoordinatorene skulle se ut visuelt, tidspunkt for utsendelse og innhold i eposten. Selve undersøkelsen valgte jeg å ha som en skala fra 1-5 hvor man enten kan flytte en pil eller skrive inn et tall. Jeg valgte den utformingen da det er en tidseffektiv måte å gjennomføre en undersøkelse på. Bakgrunns spørsmålene hadde forutbestemte svaralternativ i en rullepil, som gjorde det lett å velge innbyggerintervall og helseregion. Det var et mål for meg at undersøkelsen skulle oppleves enkel, rask og konkret.

I planleggingen av intervjuene tenkte jeg at de første spørsmålene skulle være åpne, og ettersom samtalen gikk kunne spørsmålene bli mer konkrete, direkte og med større kompleksitet. I intervjuene opplevde jeg at informantene raskt ble trygge. Det var også tydelig hos to av informantene at helsekompetanse engasjerte de.

Intervjuene ble gjort via videosamtale, noe jeg tror hadde en innvirkning på intervjuet. I dag har vi blitt vant til å snakke over skjerm, både på jobb og fritid. Jeg tror derfor det er en mindre feilkilde nå enn om jeg hadde gjennomført intervjuer via videosamtale for to år siden. Samtidig kjenner jeg at jeg gir færre «oppmuntrende» ord, det ser jeg også av transkriberingen. Kanskje kommer det av at når man snakker sammen i en videosamtale, kan lyd og bilde henge litt, og man er mer vant til å vente på hverandre. Jeg ser også at respondentene heller stopper opp og er litt stille enn at de avbryter seg selv. I ett av intervjuene hadde informanten problemer med nettverksforbindelsen og det ble dermed litt pauser og om igjen snakk. Jeg opplevde at nettverksproblemene gjorde noe med flyten og innholdet i den samtalen. Samtidig er intervju over video mye mer tidseffektivt. Informantene jeg intervjuet hadde god kompetanse på bruk av Teams og det var ingen utfordringer til den tekniske biten av intervjuet.

Å intervju er krevende. Jeg forsøkte å være betryggende, stille åpne spørsmål, følge opp det respondentene trekker frem og samtidig forsøke å holde informantene inne på temaet. Det var både utfordrende og gøy. Jeg er glad for at jeg gjennomførte noen test



intervjuer i forkant, det gjorde at jeg var mer trygg i den ekte intervjusituasjonen. Å være nøytral er helt umulig, og hvordan jeg opptrer, hvordan jeg ordlegger meg og responderer vil være preget av min forutforståelse, kunnskap og personlighet (Neumann & Neumann, 2012). I analysen av både intervju og spørreskjemaet er det jeg som analyserer og ser sammenhenger. Det er en hjelp å benytte analyseverktøy, men det er allikevel meg som ser svarene. Spesielt i analysen av de kvalitative dataene forsøkte jeg å la ordene forklare for meg, og forsøke å fri meg fra mine mulige forutinntatte holdninger. Gjennom denne studien ønsker jeg å bringe frem kunnskap om virkeligheten som er gyldig og troverdig. Hvilken kunnskap jeg har klart å bringe frem er begrenset av min kunnskap og evne til å lage spørsmål og lytte.

Å velge blandet metode kan ha vært en styrke eller svakhet for min oppgave. Å innhente ulik informasjon for så å sy den sammen er krevende, men veldig lærerikt for meg. Jeg startet oppgaven min med å tenke at det var de kvalitative intervjuene som skulle være hovedkilden, men ettersom jeg fikk flere svar på spørreundersøkelsen enn jeg forventet valgte jeg å legge noe mer vekt på de kvantitative dataene. Det var utfordrende å få tak i respondenter til intervjuene. Jeg sendte mange eposter og purreposter for å til slutt få tre intervjuobjekter. Det gjorde at jeg var veldig takknemlig og ydmyk ovenfor de som faktisk tok seg tid til å snakke med meg.

## 5 Resultater

Hensikten med denne studien var å undersøke i hvilken grad kommuner i Norge er helsekompetansevennlige, og hvordan de kan jobbe for å tilrettelegge slik at alle innbyggere skal ha en lik tilgang og mulighet til å benytte helsekunnskap for å forbedre eller opprettholde helsen. Jeg utviklet et instrument HKVO-11 som har til hensikt å undersøke kommunenes oppmerksomhet mot å være helsekompetansevennlig, og jeg intervjuet ansatte i en kommune rundt samme tema. I dette kapitlet vil jeg beskrive validiteten av undersøkelsen og presentere resultatene mine i lys av mine forskningsspørsmål. I kvalitativ metode er det mer vanlig å lage og teste hypoteser, og jeg har dermed gjort om forskningsspørsmålene til hypoteser:

- Kommuner i Norge er opptatt av å være helsekompetansevennlige.
- Jo mindre kommunene er, jo mer helsekompetansevennlig er de.
- Kommuner assosierer helsekompetanse med kompetanse hos innbyggere.

Jeg vil beskrive utvalget som besvarte spørreundersøkelsen for respondenter og intervjuobjektene mine som informanter.

### 5.1 Utvalg

I den kvantitative delen av min undersøkelse sendte jeg ut 356 spørreundersøkelser og fikk tilbake 126 svar. Fordelingen av respondenter på bakgrunnsvariablene beskrives i tabell 5. En respondent besvarte ikke hvor mange innbyggere det bor i kommunen han/hun representerer. Antall innbyggere i kommunen gjorde folkehelsekoordinatorene selv en vurdering av, og det er derfor en viss feilmargin. Det mangler svar i intervall 50 000 innbyggere eller mer fra Helseregion Vest og Nord.

Tabell 5 Respondenter fordelt på størrelse og tilhørighet til helseregion

	Under 2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000-49999	50000 eller mer	Antall og svarprosent
Helseregion Sør-Øst	8	9	15	7	9	4	52 (42%)
Helseregion Vest	4	7	3	7	4	0	25 (36%)
Helseregion Midt-Norge	5	8	7	5	3	1	29 (34%)
Helseregion Nord	10	4	2	1	2	0	19 (24%)
Antall og svarprosent	27 (38%)	28 (28%)	27 (28%)	20 (39%)	18 (41%)	5 (26%)	

Når det gjelder tilknytning til helseregion er det størst svarprosent fra helseregion Sør-Øst, mens det er lavest svarprosent fra helseregion Nord. Utvalget mitt er overrepresentert av kommuner i helseregion Sør-Øst, både i antall og prosent av den totale populasjonen.

Ikke alle respondentene besvarte alle spørsmålene. I den deskriptive statistikken har jeg med alle svarene. I videre analyser er  $N=116$ , da det var 10 ufullstendige datasett.

Utvalget i den kvalitative delen av min studie jobber i en kommune i Helseregion Sør-Øst med et innbyggertall 20000 eller mer, men på ulike nivå, se tabell 5.

## 5.2 Deskriptiv statistikk av spørreundersøkelsen

Utsagnene folkehelsekoordinatorene skulle ta stilling til gikk fra svært enig til svært uenig. For å få en mer logisk visning av diagrammer i analysen valgte jeg å kode om slik at 1 ble svært uenig og 5 svært enig. Frekvenstabell over svarene viser en spredning fra 1 til 5 på alle spørsmålene.

Tabell 6 Frekvenstabell over svar på undersøkelsen HKVO-11

	Verken					
	Svært uenig	2 Uenig	enig/uenig	Enig	Svært enig	Missing
(1)Ledelsen i vår kommune er opptatt av brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon	12 (9.5)	33 (26.2)	38 (30.2)	30 (23.8)	13 (10.3)	
(2)Ledelsen i vår kommune er opptatt av likeverdige tilgang til kommunens tilbud og tjenester, gjennom blant annet tilrettelagt informasjon	8 (6.3)	35 (27.8)	43 (34.1)	35 (27.8)	5 (4)	
(3)Vi har rutiner som beskriver hvordan vi skal jobbe med brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon og informasjon til innbyggerne	3 (2.4)	40 (31.7)	48 (38.1)	29 (23)	3 (2.4)	3 (2.4)
(4)Ansatte får opplæring i teknikker/verktøy for å gjøre informasjon lettere tilgjengelig, som f.eks klart språk	13 (10.3)	33 (26.2)	27 (21.4)	36 (28.6)	16 (12.7)	1 (.8)
(5)Innbyggere er med i prosesser rundt planlegging av tilbud og tjenester i kommunen	9 (7.1)	33 (26.2)	34 (27)	32 (25.4)	15 (11.9)	3 (2.4)
(6)Innbyggere er med i prosesser der vi evaluerer tjenester og tilbud i kommunen	12 (9.5)	28 (22.2)	42 (33.3)	34 (27)	8 (6.3)	2 (1.6)
(7)Vi har brosjyrer på ulike språk	5 (4)	32 (25.4)	41 (32.5)	36 (28.6)	10 (7.9)	2 (1.6)
(8)Ansatte får opplæring i metoder for å sikre at innbyggere har forstått nødvendig informasjon	13 (10.3)	24 (19)	41 (32.5)	36 (28.6)	11 (8.7)	1 (.8)
(9)Det er lett å navigere og finne informasjon om kommunens tilbud og tjenester	10 (7.9)	21 (16.7)	40 (31.7)	31 (24.6)	21 (16.7)	3 (2.4)
(10)Vi jobber kontinuerlig med klart språk i alle våre skriftlige og digitale dokumenter	9 (7.1)	30 (23.8)	51 (40.5)	28 (22.2)	6 (4.8)	2 (1.6)
(11)Vi er tydelige på hvilke rettigheter man har som innbygger, pasient og bruker	1 (.8)	32 (25.4)	54 (42.9)	32 (25.4)	4 (3.2)	3 (2.4)

Antall svar på hvert svaralternativ. Prosent i parentes

Resultatene viser at kommunene i gjennomsnitt skårer svært tett mot midten, verken enig/uenig (tabell 7). Det er allikevel tydelig at det er en variasjon mellom kommunene, da hele skalaen er i bruk i hvert av spørsmålene (tabell 6). Utsagnet kommunene er mest samstemte om er «Vi er tydelige på hvilke rettigheter man har som innbygger, pasient og bruker», dette utsagnet har det minste standardavviket, og gjennomsnittet ligger over 3. Utsagnet kommunene er mest uenige om er «Ansatte får opplæring i teknikker/verktøy for å gjøre informasjon lettere tilgjengelig, som f.eks klart språk». Det er også interessant å merke seg at det spørsmålet flest svarte svært enig på er «Det er lett å navigere og finne informasjon om kommunens tilbud og tjenester».

Tabell 7 Deskriptiv statistikk av spørreundersøkelsen HKVO-11

	N(%)	M	SD	S	Mi	min	maks	CA <sub>id</sub>
(1)Ledelsen i vår kommune er opptatt av brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon	126(100)	2.99	1.14	.048	0			.754
(2)Ledelsen i vår kommune er opptatt av likeverdige tilgang til kommunens tilbud og tjenester, gjennom blant annet tilrettelagt informasjon	126(100)	2.95	.99	-.056	0			.747
(3)Vi har rutiner som beskriver hvordan vi skal jobbe med brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon og informasjon til innbyggerne	123 (98)	2.91	.87	.175	3			.719
(4)Ansatte får opplæring i teknikker/verktøy for å gjøre informasjon lettere tilgjengelig, som f.eks klart språk	125 (99)	3.07	1.22	-.058	1			.723
(5)Innbyggere er med i prosesser rundt planlegging av tilbud og tjenester i kommunen	123 (98)	3.09	1.15	.022	3			.736
(6)Innbyggere er med i prosesser der vi evaluerer tjenester og tilbud i kommunen	124 (98)	2.98	1.07	-.127	2			.860
(7)Vi har brosjyrer på ulike språk	124 (98)	3.11	1.01	.008	2			.737
(8)Ansatte får opplæring i metoder for å sikre at innbyggere har forstått nødvendig informasjon	125 (99)	3.06	1.12	-.198	1			.712
(9)Det er lett å navigere og finne informasjon om kommunens tilbud og tjenester	123 (97)	3.26	1.17	-.181	3			.719
(10)Vi jobber kontinuerlig med klart språk i alle våre skriftlige og digitale dokumenter	124 (98)	2.94	.98	-.029	2			.745
(11)Vi er tydelige på hvilke rettigheter man har som innbygger, pasient og bruker	123 (97)	3.05	.83	.172	3			.734
<b>HKVO sum</b>	116	33.32	6.33		10	19	49	.767
<b>HKVO gjennomsnitt</b>	116	3.03	.58		10	1.73	4.45	

M= gjennomsnitt, SD= Standard avvik, S= Skewness, Mi= missing, CA<sub>id</sub>= Cronbachs Alfa if deleted . Median er 3 på alle utsagnene. Modus er 3 på alle bortsett fra utsagn nr 4, der er modus 4. Alle utsagn har min skår 1 og maks 5.

Spørreundersøkelsens indre konsistens ble kalkulert ved hjelp av Cronbachs Alfa, det vil si; i hvilken grad folkehelsekoordinatorene svarte konsekvent på de 11 utsagnene. Cronbachs Alfa indikerte god mot høy statistisk intern reliabilitet (.767). Ett av utsagnene skiller seg ut fra de resterende. Ved å fjerne utsagn 6 vil Cronbachs alfa stige til .86, tabell 6.  $CA_{id}$ . Spørsmål 6 indikerer medvirkning, noe som er sentralt i helsekompetansevennlige organisasjoner (Brach et al., 2012; Sørensen et al., 2012), og jeg valgte å beholde også dette spørsmålet da en Cronbachs Alfa på .767 er tilfredsstillende (Christophersen, 2018; Hair et al., 2019).

Tabell 8 Korrelasjonsmatrise HKVO-11

	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Ledelsen i vår kommune er opptatt av brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon og informasjon til innbyggerne	126	—									
2	Ledelsen i vår kommune er opptatt av likeverdig tilgang til kommunens tilbud og tjenester, gjennom blant annet tilrettelagt informasjon	126	.751**	—								
3	Våre rutiner beskriver hvordan vi skal jobbe med brukermedvirkning og forståelig kommunikasjon og informasjon til innbyggere	123	.435**	.412**	—							
4	Ansatte får opplæring i teknikker/verktøy for å gjøre informasjon lettere tilgjengelig, som f.eks klart språk	125	.267**	.196	.494**	—						
5	Ansatte får opplæring i metoder for å sikre at innbyggere har forstått nødvendig informasjon	123	-0,060	-0,047	.502**	.629**	—					
6	Innbyggere er med i prosesser rundt planlegging av tilbud og tjenester i kommunen	124	-.592**	-.460**	-.523**	-.300**	-.247**	—				
7	Innbyggere er med i prosesser der vi evaluerer tjenester og tilbud i kommunen	124	.407**	.283**	.555**	.343**	.417**	-.651**	—			
8	Vi jobber kontinuerlig med klart språk i alle våre skriftlige og digitale dokumenter	125	.531**	.462**	.553**	.589**	.378**	-.464**	.423**	—		
9	Vi har brosjyrer/informasjon på ulike språk	123	.142	.199	.444**	.459**	.516**	-.373**	.406**	.442**	—	
10	Det er lett å navigere og finne informasjon om kommunens tilbud og tjenester	124	.226	.355**	.404**	.308**	.395**	-.298**	.335**	.323**	.320**	—
11	Vi er tydelige på hvilke rettigheter man har som innbygger, pasient og bruker	123	.387**	.428**	.535**	.331**	.315**	-.372**	.419**	.471**	.391**	.416**

\*\* Middels til sterk korelasjon



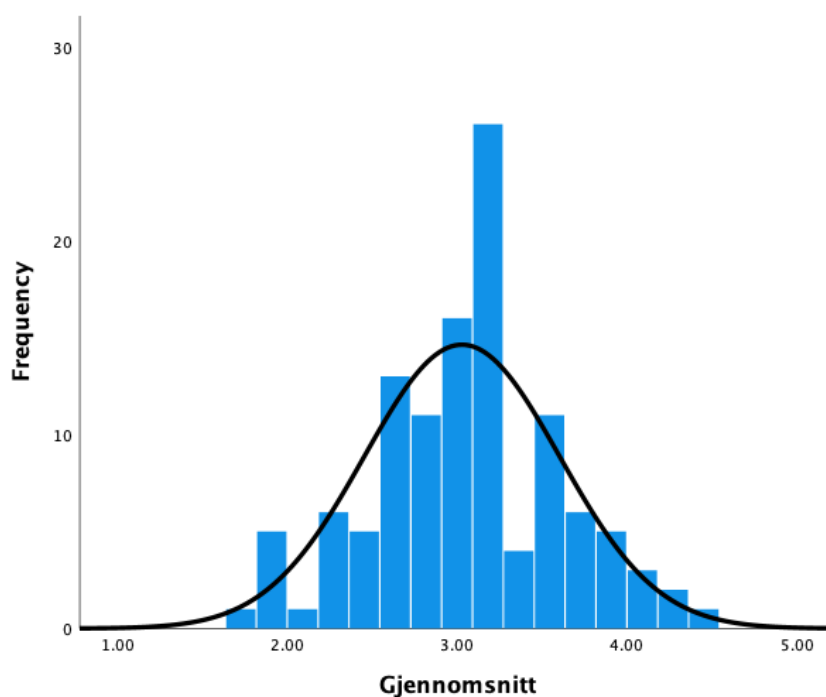
Til sammen indikerer disse funnene en akseptabel intern reliabilitet. Med andre ord, det er en sammenheng mellom variablene, og det kan se ut som om utsagnene undersøker det samme fenomenet.

### 5.3 Helsekompetanse i kommunen

Min hypotese er at kommuner er opptatt av å være helsekompetansevennlige.

Gjennomsnittlig sum skår på hele spørreundersøkelsen er 33.3, med et standardavvik på 6.3 hvor modus er 35. Kommunen som skårer lavest får totalsum 19 og den som skårer høyest får totalsum 49. Høyest mulig skår på undersøkelsen er 55, laveste er 11.

Dette gir et gjennomsnitt på 3.03 (33.3/antall utsagn (11)) og et standardavvik på .58, se figur 6. Det vil da si at kommunene gjennomsnittlig skårer tett mot verken enig/uenig på undersøkelsen.



Figur 6 Antall kommuner fordelt på gjennomsnittskår HKVO-11 (N=116, Gjennomsnitt 3.03, St.avvik .575))

Informantene i intervjuene beskriver mer detaljert hvordan de jobber for å være helsekompetansevennlige. Teamanalysen av intervjuene peker på at det er noen områder informantene trekker frem som sentrale for å fortsette å være eller bli enda mer helsekompetansevennlig. De trekker frem fem områder det ønskes en større oppmerksomhet mot:

### 5.3.1 Strukturer og holdninger

Informantene beskriver at kommunen de jobber i har en visjon om å være helsekompetansevennlig, men de er usikre på i hvilken grad det kommer til uttrykk i arbeidshverdagen til de ansatte og for innbyggere i kommunen. Informantene jeg intervjuer peker på at de nok er opptatt av begrepene som ligger til grunn for å være helsekompetansevennlige, men at det fortsatt er mye å hente. En beskriver at holdningen er der og at det eksisterer planer hvor elementene i helsekompetansevennlighet er beskrevet:

*«Jeg opplever det i personalgruppen, at det er holdningen. Også vet jeg at det er ting i strategiplanen som peker på de tingene de [elementene i helsekompetanse]. At det er formuleringer som peker mot det.»*

Informant 3

Flere av informantene peker også på at ikke alle deler eller nivåer av kommunen som har like stor erfaring og tradisjon for å jobbe bredt ut i befolkningen og inn mot blant annet sårbare grupper. Alle informantene savner mer bevissthet om og systematisk arbeid med helsekompetansevennlighet i kommunen:

*«Jeg mener at vi har egentlig ganske mye å gå på. Jeg tror vi kunne jobbet mer strukturert rundt helsekompetanse. At det ble mer tydelig og at vi kan jobbe mer sammen om det. Spesielt når vi utformer tjenesteområdet.»*

Informant 3

Alle informantene beskriver at det nok er svært ulikt i de ulike deler av kommunen hvor stor oppmerksomhet det er på det å være helsekompetansevennlig. To av informantene jeg snakker med beskriver også at de selv har en ekstra interesse for helsekompetanse og at de områdene hvor de jobber har gjort endringer i drift for å i større grad ivareta for eksempel sårbare grupper. Både rettet mot ansatte og innbyggere. Men dette arbeidet er stykkevis og delt og ikke gjennomført i organisasjonen som helhet.

Informanten som jobber tettest på brukeren i min undersøkelse opplever at begrepene i helsekompetanse er lite satt i system, at det skjer sporadisk og tilfeldig. Informanten

bruker begrep som «de» og «vi» når han beskriver arbeidet med blant annet brukermedvirkning og informasjon:

*«De driver hele tiden med prosjekter som de jobber med brukermedvirkning, både hos innbyggere og pasienter og ja. Sånn forskjellige steder da. (...) Når det gjelder selve de ansatte, jeg føler at jo lengre ned i systemet (eeeh), det blir mindre og mindre brukermedvirkning. Det blir litt sånn bare informasjon, informasjon. Sånn skal det være, sånn skal det være. Til den laveste person må bare ta imot informasjonen.»*

Informant 1

En annen informant peker på ledelsen ønsker en form for holdning, men at den nødvendigvis ikke er gjennomgående helt ut til innbygger. Informanten peker også på at det kan være en utfordring for de ansatte som jobber direkte med innbyggere, og at de kan stå i en form for skvis mellom forventninger fra innbygger og forventninger fra helseledelsen i kommunen. Informanten beskriver det på denne måten:

*«Det er en holdning i kommunens helseledelse, jeg tror det er holdningen, jeg tror det er holdningen blant ansatte, men jeg vet ikke da sånn at de klarer å gjøre det da. (...) De ansatte står i en skvis mellom det innbyggere ønsker, det kommunen tror innbyggere ønsker seg og det vi faktisk gir.»*

Informant 3

En informant beskriver også hvordan man som ansatt står i en form for skvis mellom forventninger fra leder og det som står beskrevet i for eksempel planer, og møtet med innbygger og dens behov og ønsker.

### 5.3.2 Støtte og drahjelp

Flere av respondentene peker på at det burde være mer støtte og drahjelp fra nasjonale myndigheter i dette arbeidet, både konkret i form av brosjyrer og informasjon generelt. De peker spesielt på et behov for støtte i form av rapporteringer og styring i prosjektmidler. En av mine informanter ønsker at politiske og lovgivende etater skal være større pådrivere for dette arbeidet:

*«Det er tankevekkende, det er prosjekter som starter av Helsedirektoratet, og de har ikke en tanke, synes jeg, joda de har oversatt brosjyrer til ulike språk, ellers så synes jeg at vi ikke får nok støtte ovenfra, eller nok på en måte input på hvordan vi skal håndtere sånne utfordringer.»*

Informant 2

Den samme informanten peker på dette med prosjekter og studier som sjelden retter seg mot de med lav helsekompetanse:

*«Når vi da for eksempel har vært en del av studier så prater vi for, du kan ikke gjennomføre denne om vi bare kan inkludere, det blir ikke representativt i det hele tatt, om bare de sterkeste kan klare det. Det er et hjertesukk.»*

Informant 2

Flere av informantene beskriver at kommunene fort blir opptatte av å gjøre de tingene det skal rapporteres på, og at det er lite rapportering på de elementene som ligger til grunn for helsekompetanse. Informantene ønsker også mer støtte fra leder da de ofte opplever seg selv som ildsjeler for å gjøre tilbud og tjenester mer tilgjengelig for den totale befolkningen.

### 5.3.3 Forenkle og tilpasse informasjon til mottaker

En informant peker på at alle har nytte av at informasjon forenkles. Informanten beskriver også at hun bruker bilder og konkreter for å være helt sikker på at det som formidles forstås. En annen informant trekker spesielt frem at det er lav oppmerksomhet mot det at vi har en flerkulturell befolkning i Norge, og informanten beskriver at han er svært bevisst kulturforskjeller når de for eksempel lager informasjonsmateriell:

*«Et viktig tema for oss er likeverdige tjenester. Fordi vi ser at vi treffer ikke. Hvis vi ikke gir ekstra innsats ut.»*

Informant 1

En informant beskriver at kvinner og menn bruker tilbud ulikt, og informanten opplever at yngre høyt utdannede kvinner benytter seg mer av tilbudene enn andre. Informanten

opplever det som et tankekors både med tanke på hvilke typer tjenester vi tilbyr, men også på hvilken måte og hvor tilbudene formidles.

En informant beskriver også hvordan det er vanskelig for mange å navigere seg frem til hvilke tiltak og tilbud som finnes i kommunen, og at alle ikke har kompetanse eller overskudd til å navigere seg frem til for eksempel et spørreskjema. Informanten peker videre på at det er utfordrende å møte et system med store avstander, og hvor ansatte har liten oversikt utover sine egne tilbud og tjenester.

En annen informant beskriver at det å nå ut til alle innbyggere er noe de jobber spesielt mye mot, og trekker linjer mot sosial ulikhet i helse. Informanten beskriver hvordan de jobber aktivt med å treffe de som har det største behovet, og beskriver at hvilke kanaler man bruker for å gi informasjon sier mye om hvem man treffer med informasjonen. En informant forteller at de i større grad benytter lokale personligheter for å spre informasjon fremfor informasjon på blant annet Facebook:

*“Sånn som for eksempel Facebook, jeg tror ikke vi treffer så mange av en annen kultur der for eksempel, men jeg tror jo at det er lokalmiljøene som er veldig viktige og hvis vi har noen personer som har vært hos oss så, så prøver vi å bruke de.»*

Informant 2

Fastleger og apotek er også hyppig brukte informasjonssteder. Hun forteller at de på den måten når helt andre innbyggere enn de tidligere nådde med mer tradisjonelle informasjonssteder.

En av informantene beskriver at den økte digitaliseringen av tilbud under pandemien har ført til at en ny gruppe, yngre menn, har begynt å benytte seg av tilbudene. Dette er en gruppe de over en lengre tid har forsøkt å nå, men som de ikke tidligere har lyktes med å treffe. Informanten forteller at digitale tilbud er noe de ønsker å fortsette med.

#### 5.3.4 Medvirkning i kommunene

I min spørreundersøkelse var spørsmål om innbyggers mulighet for medvirkning delt i to utsagn. Det ene utsagnet tok for seg medvirkning i planlegging, den andre tok for seg medvirkning i evaluering. I arbeidet med korrelasjonsanalysen av spørreundersøkelsen

var det spesielt utsagnet om medvirkning i planlegging som utmerket seg, *Innbyggere er med i prosesser rundt planlegging av tilbud og tjenester*. Dette spørsmålet er negativt korrelert til alle de andre spørsmålene. Det vil si at en høy skår på dette utsagnet generelt finnes med lave verdier av de andre utsagnene.

Informantene i intervjuene peker på medvirkning som en sentral del av arbeidet med å bli mer helsekompetansevennlige. De peker også på utfordringer med medvirkning. En trekker spesielt frem at pårørende som blir invitert til medvirkning takker nei og sier at det har de ikke overskudd til. Informanten beskriver også at i de tilfellene hvor man får til en medvirkning er det svært gunstig både for kommunen og for den enkelte. Spesielt i planlegging av tjenester er det nødvendig med medvirkning trekker informanten frem. En annen informant peker på metoden og verktøyet som benyttes for å innhente informasjon fra deltakere/pasienter/pårørende:

*«Også tenkte jeg FORMS på våre deltakere tenkte jeg, så kjente jeg at det reiv inni meg. Jeg tror ikke det er veien å gå. (...) Så må man tenke at ok, skal du igjennom det skjema dersom du ikke forstår det som står der, det er bare et veldig enkelt skjema med 6 spm, det er det mange som sliter med. Er det bare frustrasjon? Kan det svaret brukes til noe fornuftig?»*

Informant 2

Informantene mener at det er helt sentralt med medvirkning i alle deler av en prosess, men de opplever det vanskelig å få til på en god måte.

## 5.4 Kommunestørrelsens og helseregionens betydning

En av mine hypoteser er at kommunestørrelse har en betydning for kommunens søkelys på helsekompetanse, de minste er best. For å undersøke dette gjorde jeg bivariate tester for å identifisere mønstre og eventuelt bekrefte min hypotese i det kvantitative materialet.

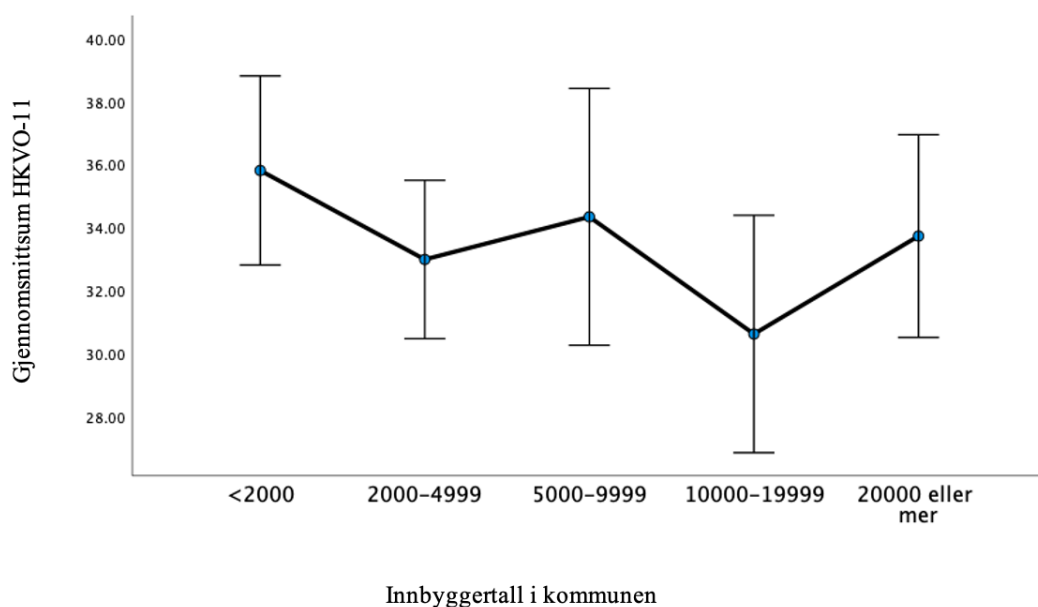
Da jeg ikke har respondenter i hvert av intervallene måtte jeg starte med å slå sammen to intervaller 20 000-49 9999 og >50 000 for å kunne gjøre statistiske analyser på samvariasjon, se tabell 8.

Tabell 9 Redigert respondenter fordelt på størrelse og tilhørighet til helseregion

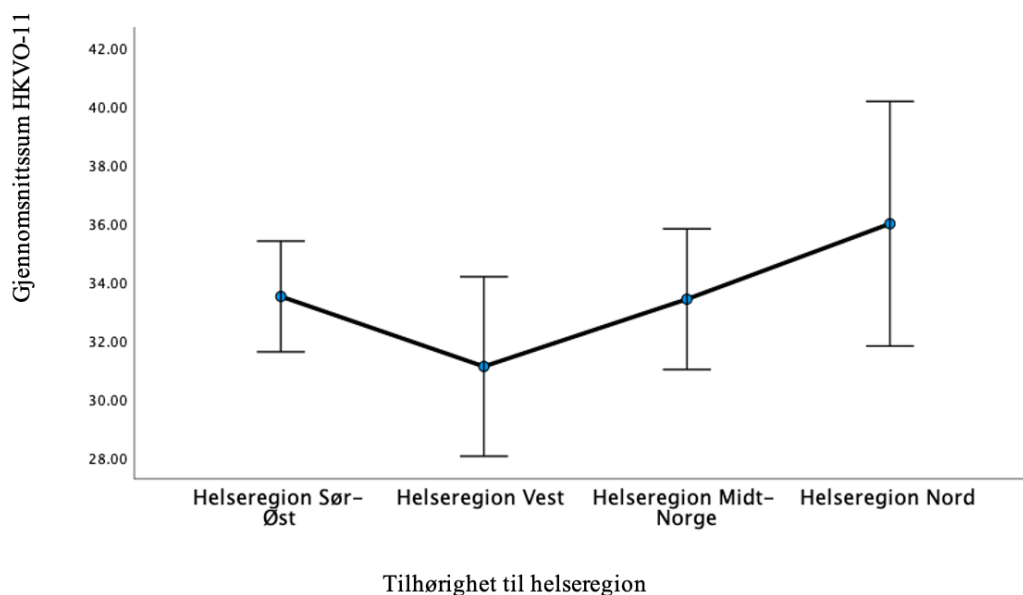
	Under 2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000 eller mer	Antall
Helseregion Sør-Øst	8	9	15	7	13	53
Helseregion Vest	4	7	3	7	4	25
Helseregion Midt-Norge	5	8	7	5	4	29
Helseregion Nord	10	4	2	1	2	19
Antall	27	28	27	20	23	125

En respondent besvarte ikke hvilket innbyggerintervall han/hun representerer.

Ved å se på gjennomsnittskår kan det se ut til at det er en sammenheng mellom størrelse og grad av oppmerksomhet mot å være helsekompetansevennlig. Ved nærmere analyser ser det annerledes ut. En ANOVA fant ingen signifikant forskjell mellom kommuner av forskjellig størrelse når det kom til helsekompetansevennlighet ( $F(4,121)=1.243, p = 0.30$ ). Det var heller ikke noen forskjell mellom helseregioner som måle med en ANOVA ( $F(4,121)=1.231, p = 0.303$ ). Kommunestørrelse og tilhørighet har i min studie ingen betydning for sum HKVO-11.



Figur 7 Gjennomsnittssum HKVO-11 fordelt på innbyggertall i kommunen



Figur 8 Gjennomsnittssum HKVO-11 fordelt på tilhørighet til helseregion

To av informantene i intervjuene beskriver at de ser opp til større kommuner da de opplever at disse har et større apparat som arbeider med elementene i helsekompetanse. En representant peker på tilgjengelighet og mindre kommune som en fordel:

*«At vi er en liten kommune med tilgjengelig, ja, folk bor jo nærme rådhuset og det er godt kjent hvor kommunen og administrasjonen er.»*

Informant 3

Informantene har ingen tanker om ulikheter mellom helseregioner, men har et inntrykk av at i områder der det er mange store kommuner er også oppmerksomheten mot helsekompetanse større.

## 5.5 Kommunene i Norge assosierer helsekompetanse med kompetanse hos innbyggere

I spørreundersøkelsen fikk folkehelsekoordinatorerne et åpent spørsmål om hva de assosierer med helsekompetanse. Tabell 9 viser resultatet av analysen av folkehelsekoordinatorernes assosiasjoner:



Tabell 10 Folkehelsekoordinatorenes assosiasjoner med helsekompetanse

Tema	Eksempler på utsagn
Kompetanse hos innbyggere	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evne til å ta til seg og anvende kunnskap om helse</li><li>• Egenomsorg, være i stand til å ivareta sin egenomsorg</li><li>• Kompetanse du kan anvende og praktisere for å ta vare på egen helse</li></ul>
Kompetanse hos ansatte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kunnskap og ferdigheter innen helse, f.eks sykepleie, helsefagarbeider og lege</li><li>• Helsefaglig utdanning</li></ul>
Kompetanse i organisasjonen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trygge og relevante helsetjenester</li><li>• Medmenneskelighet og helhet</li></ul>
Kompetanse på samfunnsnivå	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan sikre god folkehelse</li><li>• Hvordan ta vare på og forbedre helsetilstand – på individ-, gruppe- og befolkningsnivå</li></ul>

Informantene i intervjuene beskriver også et behov for tiltak i ulike deler kommunen som organisasjon, men også i samfunnet generelt og nasjonalt.

## 6 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere mine funn og teori på feltet sett opp mot min problemstilling og mine forskningsspørsmål.

### 6.1 Kommuner i Norge er opptatt av å være helsekompetansevennlige

Resultatene i min spørreundersøkelse viser at de 116 kommunene som responderte i snitt verken er enige eller uenige i at de er helsekompetansevennlige (gjennomsnitt HKVO-11 er 3.03,  $SD=.58$ ). Dette stemmer overens med det som står i strategi for å øke helsekompetansen blant innbyggere i befolkningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Der trekkes det frem at kommuner i Norge allerede har mange tiltak som gjør det enklere for innbyggere å både finne og bruke informasjon om helse, men at det fremdeles er rom for forbedring. Helsekompetansevennlighet beskrives som en holdning som burde ligge som en grunnmur i selve organisasjonen. For å være helsekompetansevennlig er det nødvendig å både jobbe konkret med å organisere arbeidet, samtidig som det er en kontinuerlig prosess der organisasjonen hele tiden burde jobbe for å forbedre seg (Brach et al., 2012). Mine resultater fra intervjuene trekker frem fire hovedområder som de jeg intervjuet ønsket en større oppmerksomhet mot i kommunen de representerer:

#### 6.1.1 Tydeligere strukturer og holdninger innad i kommunen

Informantene jeg intervjuet pekte på at kommunen de jobber i nok er opptatt av begrepene som ligger til grunn for å være helsekompetansevennlig, men at det fortsatt er mye å hente. Innad i kommunen er det ulikt både hvor opptatt avdelingene og enhetene er av å være helsekompetansevennlige, og det er ulikt hvordan de jobber med de ulike elementene i en helsekompetansevennlig organisasjon. Informantene trakk spesielt frem at medvirkning og tilrettelagt informasjon, både i form av ulike språk og annerkjennelse av innbyggernes ulike kulturer, hadde et ulikt fokus. Det er allerede mye som skjer i kommunen innfor dette feltet, men det er lite kommunisert og kommunen selv opplever det som ustrukturert. Dette kan peke mot et behov for et mer strukturert arbeid med helsekompetansevennlighet i kommunen. Samtidig er både helsekompetanse og helsekompetansevennlige organisasjoner relativt nye begrep, og det er ikke så rart at kommunen ikke har innarbeidet noen struktur for dette arbeidet ennå. Som vi ser av

Bronfenbrenner (2005) sin økologiske modell og Sørensen et al. (2012) sin modell over helsekompetanse er det tydelig at det er behov for et samarbeid mellom delene i en kommune, og det er en fordel at holdningene innbyggerne møter i de ulike delene av kommunen er relativt lik for å kunne styrke innbyggernes helsekompetanse. Brach et al. (2012) peker også på at i en helsekompetansevennlig organisasjon er det nødvendig at hele organisasjonen ser viktigheten og jobber for å bli mer helsekompetansevennlig.

Resultatene mine peker også på et ønske om en gjennomgående holdningsendring der man i større grad retter oppmerksomheten mot innbygger som en likeverdig samarbeidspartner. Dette viser seg også i spørreundersøkelsen, da respondentene i snitt verken er enige eller uenige i at innbyggere blir tatt med i evaluering og planlegging av kommunens tilbud og tjenester. Dette stemmer overens med både internasjonale og nasjonale strategier og stortingsmeldinger, der det pekes på at arbeidet med medvirkning er mer eller mindre tilfeldig og det er både rom og behov for en forbedring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Meld. St. 19 (2018-2019); Meld. St. 26 (2014-2015); WHO, 1986). Bergheim et al. (2016) peker på hvor viktig det er å involvere innbyggere både i utforming og evaluering av tilbud og tjenester. De peker på at nettopp dette med involvering er helt essensielt for folkehelsearbeidet i kommunene, og det er helt essensielt for å få til en bærekraftig kommune. Informantene opplever på sin side at holdningsendringen der man ser på innbyggeren som en likeverdig samarbeidspartner utfordrer dagens kommunestruktur. De opplever en avstand mellom enheter og avdelinger, og de har mindre oversikt over hva andre enheter og avdelinger gjør eller arbeider, «vi og de». Dette peker også Kobro et al. (2018) på i sin beskrivelse av dagens kommuner. Samtidig peker Kobro et al. (2018) på at det kanskje her ligger et mulighetsrom for å imøtekomme den demografiske endringen som er i ferd med å skje i norske kommuner (Meld. St. 29 (2016-2017)). Han peker på at det er en ressurs som er lite brukt. Informantene i min studie peker på at holdningen og visjonene er der, men at de er usikre på om disse holdningen når ut til innbyggeren. En informant trekker frem at ansatte kan oppleve å stå i en forventningsskvis mellom helseledelsens og innbyggers forventninger, og at det er viktig å ta den forventningsskvisen på alvor. Samtidig peker informantene på at kommunen mangler verktøy for å stå i disse utfordringene.

### 6.1.2 Mer støtte og drahjelp lokalt og nasjonalt

For å nettopp kunne stå i disse forventningsskvisene ønsker kommunen jeg snakket med mer støtte ikke bare lokalt, fra helseledelse og kommuneledelsen, men også nasjonalt. Lokalt ønsker de seg interne strukturer, mer kunnskapsdeling og en mer enhetlig holdning. Fra det konkrete med bruk av tolk og brosjyrer som speiler kommunens mangfold, til holdninger og visjoner i kommune, næringsliv og lokalsamfunn. De ønsker også drahjelp nasjonalt for å bli stimulert til å bli mer helsekompetansevennlige, og peker på informasjonsmateriell og tilskuddsmidler, men også rapporteringspunkter for å bli mer bevisste dette arbeidet. Dette stemmer overens med tidligere forskning som peker på at kommuner fort blir mer opptatte av punkter det skal rapporteres på enn bare anbefalte arbeidsmetoder (Torfing et al., 2019). Resultatene peker på mange måter mot et behov for å en større oppmerksomhet mot helsekompetanse i alle delene av Bronfenbrenner (2005) sin utviklingsøkologiske modell, der de ulike nivåene snakker samme språk og stiller de samme forventningene, for å kunne påvirke innbyggernes mulighet for å forbedre eller opprettholde helse.

### 6.1.3 Rom for å forenkle og tilpasse

Noe av det informantene etterlyser er forenklet og tilpasset informasjon. Informantene i min studie peker på at de vet noe om hvem de ikke treffer, og at noen har rutiner for å forsøke å nå ut til de som ikke nødvendigvis møter opp/søker om tjenester og tilbud selv. De beskriver ulike måter de tilpasser informasjon på for å nå ut til flest mulig. Det kan være bruk av bilder som støtte til muntlig informasjon eller aktivt bruk av nøkkelpersoner i ulike lokalmiljøet. De beskriver allikevel at dette ikke er noe som er gjennomgående for hele kommunen, men at de opplever det mer som et tilfeldig arbeid preget av ildsjeler, både blant innbyggere og ansatte. På tross av at lovverket i Norge er tydelig på at tjenester og tilbud skal være likeverdig og tilpasset (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) ser vi at helsen blant innbyggere i Norge også følger den sosiale helsegradienten, der høyere utdanning og bedre lønn samvarierer med bedre helse (Dalgard, 2008). Tidligere forskning beskriver at å bli mer helsekompetansevennlige kan være et virkemiddel for å få en mer likeverdig fordeling av helsetjenester og -tilbud, og kanskje bidra til å utjevne den sosiale helsegradienten (Fosse, 2016). Kanskje kan kommunene ved å bli mer helsekompetansevennlige være med å bremse eller redusere helsegradienten.

#### 6.1.4 Bruker- og innbyggermedvirkning

Brach et al (2012) beskriver at medvirkning bør skje i alle deler både i planlegging, implementering og evaluering av tilbud og tjenester i kommunen. Informantene i kommunen jeg intervjuet beskriver at pasienter og pårørende er lite med i planlegging av tjenestene og evaluering av tjenester på strukturnivå, men de er med på individnivå. I min spørreundersøkelse er det færre som har med innbyggere i evaluering av tilbud og tjenester, men det er noen flere som har med innbyggere i planlegging av tjenester og tilbud. En av informantene peker på en tretthet hos pasienter/pårørende når det gjelder medvirkning. Kanskje ville det være mer hensiktsmessig at disse er med medvirkning i oppstart og planlegging av tjenester, da det nok kan oppleves som lite hensiktsmessig å medvirke i en evaluering av noe du i utgangspunktet ikke hadde så stor tro på. Denne trettheten for medvirkning er viktig å ta med seg i det videre arbeidet, da det å medvirke ikke burde oppleves som en belastning, men som en mulighet (Kobro et al., 2018).

På mange måter viser også teori og forskning rundt det å være en helsekompetansevennlig organisasjon at kommuner må tenke nytt og kanskje mer åpent. En kommune 3.0 der innbyggere i mye større grad er en del av det som skjer inne på rådhuset, og at deres kompetanse på blant annet helse må økes mens terskelen for hva man trenger av kompetanse senkes av de som sitter med myndigheten. Kobro et al. (2012) peker på at suksessrike kommuner er de som blant annet gir rom for ildsjeler i både offentlig, privat og sivilsamfunnet, og at organiseringen av arbeidet bør være et samarbeid mellom innbyggere, ansatte og pasienter.

Resultatene fra min studie peker på et behov for modeller og verktøy for medvirkning som ikke hindrer de med lav helsekompetanse å delta. Samtidig som det burde gis rom for å medvirke i alle deler av helsetjenesten, fra planlegging til evaluering (Arnstein, 2019).

## 6.2 Kommunestørrelsens betydning for kommunens helsekompetansevennlighet

Min studie peker mot at det ikke er noen sammenheng mellom kommunestørrelse og oppmerksomhet på helsekompetansevennlighet. Min hypotese, jo mindre jo bedre, kan ikke bekreftes. Samtidig er utvalget mitt begrenset og det er få store kommuner som har

svart i min undersøkelse, så det er mulig at virkeligheten er annerledes enn mine resultater tilsier. Informantene jeg intervjuet var delt i sin oppfatning om hvilke kommuner som hadde best grep på dette å være helsekompetansevennlig. To trodde det var de store kommunene som hadde best grep på dette med helsekompetanse, mens en pekte på at det i mindre kommuner er kortere vei og flere som kjenner flere, og at det dermed kan være lettere å nå frem. I analyserapporten om folkehelse og kommunesammenslåing (Bergem et al., 2016) diskuteres også dette temaet, og de samme argumentene som informantene trekker opp drøftes. I store kommuner er det kanskje mer kompetanse, men også ofte dårligere samarbeid. I mindre kommuner er det tett samarbeid, men mindre ressurser innen hvert kompetansefelt. En skulle da kanskje tenke at det finnes en best mulig størrelse på kommunene, men det bekreftes verken av mine resultater eller Bergem et al. (2016) sin rapport.

### 6.3 Helsekompetanse er nødvendig på flere nivå

Resultatene mine peker på at kommuner assosierer helsekompetanse som en kompetanse som er nødvendig på mange nivå. Det handler om innbyggers kompetanse, de ansattes kompetanse og utdanning, organisasjonens holdninger og strukturer og til slutt handler det om den kompetansen vi har på samfunnsnivå om hva som fremmer eller hemmer helse, se Tabell 10 Folkehelsekoordinatorenes assosiasjoner med helsekompetanse. Disse assosiasjonene kan peke på Bronfenbrenner (2005) sin økologiske utviklingsmodell som setter søkelys på sammenhengen mellom individet og samfunnet rundt. Som individer er vi prisgitt de omgivelsene vi er i og hvilken sammenheng det er mellom nivåene. Jo sterkere sammenhengen er, jo mer mening og påvirkning har samfunnet på individet. Også Sørensen et al. (2012) sin modell for helsekompetanse tar med seg viktigheten av å jobbe på individ og gruppenivå. Som folkehelsekoordinatorene påpeker, er det nødvendig med kompetanse om helse på alle nivå. Et interessant aspekt er også at både Bronfenbrenner (2005) og Sørensen et al. (2012) har med seg tidsaspektet. Hvilke livserfaringer individet har med seg er en vesentlig faktor og burde tas hensyn til.

### 6.4 Metodebetraktninger

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til generalisering fra utvalg til populasjon (Jacobsen, 2015). Det vil også være usikkerhet knyttet opp mot tidsaspektet, da

samfunnet og kunnskapen i samfunnet går fort. I denne studien antas resultatene å kunne peke på noen aspekt ved kommunen i Norge sin helsekompetansevennlighet, men begrenset.

#### 6.4.1 Intern validitet

Intern validitet handler om i hvilken grad metoden og referanserammen som er brukt i studien var egnet til å gi gyldige og relevante svar på problemstillingen og mine hypoteser (Malterud, 2017). Jeg valgte i denne studien å benytte blandet metode. I den kvantitative delen valgte jeg å spørre folkehelsekoordinatorene da de skal ha en oversikt over kommunens folkehelse, og de sitter på informasjon fra kommunenes arbeid med folkehelse. I den kvalitative delen gjorde jeg intervjuer der jeg valgte ut intervjuobjektene gjennom strategisk utvalg der jeg ønsket å snakke med personer som hadde arbeidsoppgaver der elementer av helsekompetanse var sentralt. Nettopp for å belyse problemstillingen min best mulig (Malterud, 2017). Da det er et mål for myndighetene at vi skal tenkte «helse i alt» ville det ikke vært interessant å snakke med andre deler av en kommune, som for eksempel personer som jobber med kommunens samfunnsplan (Meld. St. 19 (2018-2019)). Da ville jeg kanskje fått andre svar. Samtidig er helsekompetanse et relativt nytt begrep, og det er ikke sikkert at de ville hatt så gode refleksjoner rundt tema.

Hvor mange informanter det er nødvendig å inkludere for å få et valid resultat avhenger av formålet med studien og inntil metningspunktet er nådd, der ytterligere innhenting av data ikke tilfører ny kunnskap (Kvale et al., 2015). Både grunnet mitt metodevalg, utfordringer med å få tak i intervjuobjekter og hva som er mulig å gjennomføre i en masteroppgave stoppet jeg på 3 intervju. Få intervjuobjekter vil kanskje gjøre at det er vanskelig å få frem nyanser i analysearbeidet (Kvale et al., 2015). Da det var intervjuer av personer på ulike nivå i kommunen, var også informasjonen og kompetansen de satt på ulik. Hensikten med å velge informanter fra ulike nivå var å få et bilde av forankring og grad av oppmerksomhet på de ulike nivåene, noe jeg opplever at de gir.

I arbeidet med å finne tema og undertema har jeg hatt god nytte av å diskutere med medstudenter og kollegaer som har relevant kompetanse og erfaring med den type arbeid.

#### 6.4.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om i hvilken grad mine resultater er generaliserbare eller overførbare (Malterud, 2017). I både den kvalitative og kvantitative undersøkelsen min er utvalget for lite til å kunne generalisere resultatene (Kvale et al., 2015). To av de jeg intervjuet hadde en stor informasjonsstyrke og beskrev fargerikt og grundig sine tanker og erfaringer med elementer knyttet til helsekompetanse (Malterud, 2017). Den siste informanten var også engasjert, men hadde lavere informasjonsstyrke og svarte i kortere trekk enn de to andre. Utvalget i den kvalitative delen av studien var fra en kommune og et svært begrenset antall. Utvalget i den kvantitative delen var større, men ikke så stort at resultatene kan gjøre noe mer enn å peke på tendenser. Ulik grad av informasjonsstyrke kan også gjøre at noen stemmer ble høyere enn andres. Min studies eksterne validitet er begrenset, men den kan gi et godt bilde av hvordan arbeidet med helsekompetansevennlighet kan foregå i en kommune.

#### 6.4.3 Reliabilitet

En studies reliabilitet vurderes etter hvor nøyaktig og troverdige forskningen er, og i hvilken grad forskningens resultat kan reproduseres på et annet tidspunkt av andre forskere (Kvale et al., 2015). I den kvantitative delen av studien er det lettere å reprodusere resultatene da spørsmålene er lukket og gitt uten at jeg som forsker har en stor innvirkning i det respondenten besvarer undersøkelsen. Samtidig er verden hele tiden i bevegelse, og det er lite sannsynlig at respondentene ville svart akkurat det samme om vi hadde gjentatt undersøkelsen i dag. Helsekompetanse er et begrep som er i vinden om dagen, og man vil anta at det skjer mye i kommunene knyttet til disse elementene i tiden fremover.

Når det gjelder den kvalitative delen er jeg som forsker og intervjuer i større grad med på å farge informantenes svar. Jeg har lite erfaring med å intervjuer, noe som kan ha påvirket mine data som følge av manglende erfaring. En styrke var at jeg har kjennskap til tema og at jeg arbeider i en kommune. Jeg har på den måten innsikt i hvordan en kommune fungerer og hvilke retningslinjer og føringer som kommuner får. Under intervjuene forsøkte jeg å være interessert, positiv og lytte aktivt. Informantene oppfattet spørsmålene ulikt, og svarene deres bar også preg av hvor de jobbet til vanlig og hvilke utfordringer de sto i den dagen jeg snakket med dem. Underveis i intervjuene forsøkte jeg å gjenta noe av det informantene beskrev, for å forsikre meg om at jeg



hadde forstått meningsinnholdet. Jeg stilte også oppfølgings spørsmål for å få en mer utfyllende forklaring.

Analysen av det kvantitative materialet er beskrevet mest mulig nøyaktig for at leseren skal kunne følge og at andre forskere skal kunne reprodusere mine resultater. I den kvalitative delen har jeg forsøkt å beskrive analysemetoden best mulig i kapittel 4, slik at andre forskere skal kunne reprodusere mine resultater også her.

Som beskrevet i kapittel 4.7 er det en usikkerhet knyttet til det at spørreskjemaet gir rom for subjektive tolkninger av spørsmål, og det at man i en spørreundersøkelse kan komme i en situasjon der man svarer omtrent det samme på alle spørsmålene. Kanskje er også kjennskapen til helsekompetanse begrenset hos folkehelsekoordinatorerne som besvarer undersøkelsen slik at de lettere legger seg mot midten enig/uenig. På den andre siden hadde jeg et åpent spørsmål der folkehelsekoordinatorerne selv skulle beskrive hva de assosierte med helsekompetanse hvorav bare en skrev: «*ingenting*». Informantene jeg snakket med var strategisk utvalgt, noe som vil si at jeg henvendte meg til de som mest sannsynlig hadde noe erfaring og kompetanse på feltet.

En svært sentral samarbeidspartner som ikke er undersøkt i denne studien er innbyggeren selv og hvordan den opplever kommunens helsekompetansevennlighet. For å undersøke om kommuner i Norge er helsekompetansevennlige er det nødvendig å trekke inn innbyggere. Det hadde vært interessant å sett på hvordan innbyggere opplever helsekompetansevennligheten til kommunen. Det var det ikke rom for i min undersøkelse.

For å ivareta gyldighet i dette studiet har jeg gjennom hele prosessen vært kritisk både til mine fortolkninger og mine forutinntatte holdninger. Jeg har vært åpen om hvordan jeg har praktisert forskningen og på best mulig måte forsøkt å redegjøre for de valgene jeg har gjort underveis i prosjektet. Jeg har også forholdt meg til allerede eksisterende undersøkelser og litteratur på området.

#### 6.4.4 Implikasjoner av funnene

Resultatene i denne studien har bidratt til en ny og større forståelse av hva som skal til for at kommunene skal kunne forenkle seg. Mine resultater peker blant annet hvor

viktig det er med en gjennomgående struktur, fra nasjonalt nivå og til ansatte og innbyggere.

Det trengs mer forskning, både kvantitativt og kvalitativt, slik at vi kan få en bedre forståelse av hva helsekompetansevennlige organisasjoner er og hvordan kommuner kan jobbe for å bli mer helsekompetansevennlige. Denne studien gir ikke svar på hva som oppleves som det viktigste innsatsområdet, og heller ikke hvordan innbyggere selv ønsker at en helsekompetansevennlig kommune skal se ut.

## 7 Konklusjon

Både for individet, men også for samfunnet, er det et mål at flest mulig skal oppleve god helse. Helse oppleves for mange å være frisk og ha overskudd til de aktivitetene som gir glede i hverdagen, og handler om alt annet enn tilbud og tjenester i kommunen, men mange er i løpet av livet pasient eller pårørende i en helsetjeneste (Meland, 2009; Hjort, 1994). For å nå visjonen om god helse for alle har regjeringen blant annet satt et mål om å skape «pasientens helsetjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Både for å sette pasienten i fokus, men også fordi vi vet at for å møte de kommende demografiske utfordringene i Norge er det nødvendig å snu alle steiner og bruke alle de ressursene vi har på best mulig måte (Haugan & Rannestad, 2014; Tveiten, 2020).

For å være med å skape «pasientens helsetjeneste» er det hensiktsmessig at kommunene senker terskelen for hvilken kompetanse som trengs for å forstå og anvende alle de gode tiltakene og tilbudene som allerede finnes i kommunene. Arbeidet med å bli mer helsekompetansevennlig er i gang, men mine resultater peker på at arbeidet med fordel kan bli mer strukturert, både lokalt og nasjonalt.

Samlet sett er kommuner i Norge midt på treet opptatt av å være helsekompetansevennlige. Det betyr at det er mye å gå på, og at det kan være store rom for å forenkle tilgang og tilgjengelighet på helseinformasjon. Det kan være både enkle forbedringer som mer klart språk og bruk av nye informasjonskanaler, til større og mer strukturelle endringer som samskaping mellom kommune og pasient/innbygger eller nye rapporteringspunkter for kommunen. Resultatene i denne studien viser også at det er små forskjeller mellom store og små kommuner.

Arbeidet med å bli mer helsekompetansevennlig bør ta utgangspunkt i en holistisk og helhetlig tankegang, der både ansatte, innbyggere og kommunen som organisasjon samt nasjonale myndigheter, er naturlige deltakere i utviklingsarbeidet for å gi innbyggere lik mulighet til å forbedre eller opprettholde helsen. Dette vises også i Sørensen et al. (201) sin modell over helsekompetanse. Kanskje kreves det endringer i måten kommunen er organisert og hvordan ansatte møter innbyggere. Samtidig peker min studie på et ønske og et behov for støtte og veiledning fra statlige myndigheter på veien mot å bli mer og mer helsekompetansevennlig.

## 8 Oversikt figurer og tabeller

Figurer:

Figur 1 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner, 2005)

Figur 2 Hoveddimensjonene i helsekompetanse (Sørensen et al. 2012)

Figur 3 Andeler innenfor hvert nivå av individuell helsekompetanse i Norge

Figur 4 Fundamentet til en helsekompetansevennlig organisasjon. Hentet fra (Brach et al., 2012, s 4)

Figur 5 Oversikt over spørreundersøkelsen HKVO-11

Figur 6 Antall kommuner fordelt på gjennomsnittskår HKVO-11 (N=116, Gjennomsnitt 3.03, St.avvik .575))

Figur 7 Gjennomsnittssum HKVO-11 fordelt på innbyggerintervall i kommunen

Figur 8 Gjennomsnittssum HKVO-11 fordelt på tilhørighet til helseregion

Tabeller:

Tabell 1 Konseptuelt rammeverk for å måle helsekompetanse (oversatt og justert fra modellen til Sørensen et al. 2012) hentet fra Le et al. 2021 s.16

Tabell 2 Oversikt over datainnsamlingen

Tabell 3 Kjennetegn på en helsekompetansevennlig organisasjon fra Brach et al. 2012, og mine utsagn brukt i spørreundersøkelsen HKVO-11

Tabell 4 Utvalg i kvalitativ spørreundersøkelse

Tabell 5 Respondenter fordelt på størrelse og tilhørighet til helseregion

Tabell 6 Frekvenstabell over svar på undersøkelsen HKVO-11

Tabell 7 Deskriptiv statistikk over spørreundersøkelsen HKVO-11

Tabell 8 Korrelasjonsmatrise HKVO-11

Tabell 9 Redigert respondenter fordelt på størrelse og tilhørighet til helseregion

Tabell 10: Tabell 10 Folkehelsekoordinatorenes assosiasjoner med helsekompetanse

## 9 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arnstein, S. R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), 24-34.  
<https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388>
- Bailey, S. C., Fang, G., Annis, I. E., O'Connor, R., Paasche-Orlow, M. K. & Wolf, M. S. (2015). Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *BMJ open*, 5(6), e006975.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med*, 21(8), 878-883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Baum, F., MacDougall, C. & Smith, D. (2006). Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*, 60(10), 854-857.  
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
- Bergem, R., Bachmann, K., Halvorsen, L. J., Skrove, G. K. & Yttredal, E. R. (2016). Kommunereformen og lokalt folkehelsearbeid.
- Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Studies in health technology and informatics*, 240, 203.
- Brach, C. & Harris, L. M. (2021). Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. *J Gen Intern Med*, 36(4), 1084-1085. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06384-y>
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., ... Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O. & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? – a scoping review on organizational health literacy. *BMC health services research*, 21(1), 1-664. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06604-z>

- Bronfenbrenner, U. (Red.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*.
- Canadian Council on Learning. (2008). Health literacy in Canada: A healthy understanding. I: Canadian Council on Learning Ottawa, Ontario, Canada.
- Christophersen, K.-A. (2018). *Introduksjon til statistisk analyse : regresjonsbaserte metoder og anvendelse : med oppgaver og oppgaveløsninger* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Creswell, J. (2014). *Educational research : planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (Fourth, Pearson new international edition. utg.). Harlow, England: Pearson.
- Creswell, J., Clark, V. P., Gutmann, M. & Hanson, W. (2003). Advanced mixed methods research designs. I A. Tashakkori & C. Teddlie (Red.), *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences* (s. 209-240). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* Sage publications.
- Dalgard, O. S. (2008). Psykisk helse og sosial ulikhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (03), 247-257.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- FN. (2021, 21.10.2021). FNs bærekraftsmål. Hentet 01.02.2022 fra <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskningsetikk. (2019, dd). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 02.02.2021 fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Fosse, E. (2016). Kommunenes rolle i å utjevne sosiale helseforskjeller - Norge som eksempel. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 93, nr 5, 492-500.
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2014). *Helse på norsk: god helse slik folk ser det* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodal, J. (2015). *Health Promotion. Planning and strategies*. (3. utg.). London: SAGE Publications.

- Griffey, R. T., Kennedy, S. K., McGownan, L., Goodman, M. & Kaphingst, K. A. (2014). Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Academic Emergency Medicine*, 21(10), 1109-1115.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed. utg.). Andover: Cengage Learning EMEA.
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for øke helsekompetansen i befolkningen*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m ( LOV-2011-06-24-30).
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling, Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (Rapport IS-2748). Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf)
- Herndon, J. B. P., Chaney, M. M. S. & Carden, D. M. D. (2010). Health Literacy and Emergency Department Outcomes: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*, 57(4), 334-345. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.035>
- Hjort, P. F. (1994). *Helse for alle! : foredrag og artikler 1974-93*. Oslo: Folkehelsa.
- Hofstad, H., Raanaas, R. K., Nordh, H., Aamodt, G. & Hjellset, V. T. (2016). Helsefremmende lokalsamfunn – hva sier forskningen? *Plan*, (03-04), 32-37.
- Institute of Medicine, Board on Neuroscience and Behavioral Health & Literacy, a. C. o. H. (2004). *Health literacy : a prescription to end confusion*. Washington, D.C.: National Academies Press.

- Ivankova, N. V., Creswell, J. W. & Stick, S. L. (2006). Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field methods*, 18(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/1525822X05282260>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. & Tsouros, A. D. (2013). *Health Literacy- The Solid Facts* WHO Regional Office for Europe.
- Kleven, T. A. & Hjordemaal, F. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Kobro, L. U., Lundgaard Andersen, L., Hygum Espersen, H., Kristensen, K., Skar, C. & Iversen, H. (2018). Demokratisk innovasjon: Teorier og modeller for samskapende sosial innovasjon i norske kommuner. Hentet fra [https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2482842/2018\\_24\\_Kobro\\_v2.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2482842/2018_24_Kobro_v2.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Kobro, L. U., Vareide, K. & Hatling, M. (2012). Suksessrike distriktskommuner. En studie av kjennetegn ved 15 norske distriktskommuner.
- Kowalski, C., Lee, S.-Y. D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M. A., Pfaff, H. & Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res*, 15(1), 47-47. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0707-5>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & 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 (IS-2959)*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/\\_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_/attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf)
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P. & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del II: Helsekompetansen i fem utvalgte*



- innvandrerepopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Rapport IS-2988. I: Helsedirektoratet.
- Little, T. D., Cunningham, W. A., Shahar, G. & Widaman, K. F. (2002). To Parcel or Not to Parcel: Exploring the Question, Weighing the Merits. *Structural equation modeling*, 9(2), 151-173. [https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902\\_1](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0902_1)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheteter*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 29 (2016-2017). *Perspektivmeldingen*.
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Veileder i pasientens helsereise, Melding om prioritering*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforl.
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforl.
- NOU 2016:25. (2016). *NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/?ch=2>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health services management research*, 30(4), 197-212.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63. ).
- Paasche-Orlow, M. (2011). Caring for patients with limited health literacy: a 76-year-old man with multiple medical problems. *JAMA*, 306(10), 1122-1129.
- Risjord, M. W., Dunbar, S. B. & Moloney, M. F. (2002). A New Foundation for Methodological Triangulation. *J Nurs Scholarsh*, 34(3), 269-275.  
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00269.x>
- Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2012). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Educ Couns*, 90(1), 4-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Scriven, A. (2012). Health promotion settings: an overview. I A. S. o. M. Hodgins (Red.), *Health Promotion Settings: Principles and Practice* (1. utg., s. 1-12). London: SAGE.
- Solvoll, B.-A., Devik, S. A., Løkken, B. I. & Moe, A. (2020). Leve hele livet - en Kvalitetsreform for eldre. Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder: Helsehjelp til eldre. *Omsorgsbiblioteket*.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02- 61).
- Språkloven. (2022). Lov om språk (LOV-2021-05-21-42). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-05-21-42>
- SSB. (1998, Januar 1998). Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall. Hentet fra <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/115>
- SSB. (2007, Januar 2007). Standard for helseregioner. Hentet fra <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/105>
- St. meld. nr 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V. & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36(Supplement\_1), i13-i23.

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1-13.
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*, 2, 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Torfin, J., Sørensen, E. & Røiseland, A. (2019). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits, and ways forward. *Administration & Society*, 51(5), 795-825.
- Trezona, A., Dodson, S. & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 513-513. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z>
- Universitetet i Oslo. (2021, 14.10.2021). Nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Walløe, I. J. & Shah, K. (2021). *Å skape nærhet på avstand: en kvalitativ studie av det digitale jobbintervjuet fra rekrutterers perspektiv* Norwegian University of Life Sciences, Ås. Hentet fra <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/handle/11250/2788599>
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 14.09.18 fra [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)
- WHO. (1998). *Health promotion glossary*. Genève Switzerland: WHO. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- WHO. (2013). *Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21 st century* World Health Organization.
- WHO. (2016 a). *Policy brief 4: Health Literacy*. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief4-health-literacy.pdf?ua=1>
- WHO. (2016 b). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>:

Wolf, M. S. P. M. P. H., Gazmararian, J. A. P. M. P. H. & Baker, D. W. M. D. M. P. H.  
(2007). Health Literacy and Health Risk Behaviors Among Older Adults. *Am J  
Prev Med*, 32(1), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.024>