

# Befolkningens helsekompetanse, del I

The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>) –  
et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII

**Christopher Le**  
**Hanne Søberg Finbråten**  
**Kjell Sverre Pettersen**  
**Øystein Guttersrud**

Med bidrag fra  
**Pål Joranger**

---

Rapport  
IS-2959



# Innhold

Forord	3
Forkortelser og akronymer	5
Sammendrag	7
Summary	11
<b>Kapittel 1: Om HLS<sub>19</sub>-prosjektet</b>	<b>15</b>
1.1 Mål med HLS <sub>19</sub> -undersøkelsen	17
1.2 Nettverket for måling av helsekompetanse i befolkninger og i «helsekompetansevennlige» organisasjoner (M-POHL)	18
1.3 Det nasjonale studiesenteret (NSC), forskerteamet (NST) og rollefordeling	19
1.4 Nasjonal organisering av HLS <sub>19</sub> -prosjektet	20
1.5 Organisering av det internasjonale HLS <sub>19</sub> -samarbeidet	21
<b>Kapittel 2: Metode og materiell</b>	<b>22</b>
2.1 Populasjon og datainnsamling	23
2.2 Utvalg og frafall	23
2.3 Måling av helsekompetanse	24
2.4 Koronasituasjonen	25
2.5 Bakgrunnsvariabler	25
2.6 Pilottesting av HLS <sub>19</sub> -instrumenter i Norge	26
2.7 Kort om Rasch-modellering	27
2.8 Håndtering av manglende data	28
2.9 Statistisk forskjellige kompetansenivåer	28
2.10 Helseøkonomiske analyser	28
<b>Kapittel 3: Helsekompetansen i befolkningen</b>	<b>32</b>
3.1 Det helsefremmende domenet (Health Promotion)	33
3.2 Det sykdomsforebyggende domenet (Disease Prevention)	35
3.3 Det helsetjenesterelaterte domenet (Healthcare)	37
3.4 Generell helsekompetanse (Comprehensive Health Literacy)	40
3.5 Oppsummering	43
<b>Kapittel 4: Digital helsekompetanse</b>	<b>45</b>
4.1 Digital helseinformasjon (DHI)	46
4.2 Generelle digitale ferdigheter («Digital skills» DSK)	49
4.3 Bruk av digitale helsetjenester («Digital health care» DHC)	51
4.4 Oppsummering	54

<b>Kapittel 5: Om å navigere i helsevesenet</b>	<b>55</b>
5.1 Om å navigere på system- og organisasjonsnivå	56
5.2 Oppsummering	59
<b>Kapittel 6: Om å kommunisere med helsepersonell</b>	<b>60</b>
6.1 Kommunikasjon med helsepersonell sett fra brukerens perspektiv	61
6.2 Oppsummering	63
<b>Kapittel 7: Helsekostnader og samfunnsøkonomi</b>	<b>65</b>
7.1 Helsetjenestekostnader	66
7.2 Produktivitetsendringer	71
7.3 QALYs	73
7.4 Oppsummering	80
<b>Kapittel 8: Noen mulige implikasjoner</b>	<b>81</b>
8.1 Hvordan bruke rapportens funn?	82
8.2 Mer forskningsbasert kunnskap basert på HLS <sub>19</sub> -data	83
<b>Referanser</b>	<b>85</b>
<b>Figurregister</b>	<b>90</b>
<b>Tabellregister</b>	<b>93</b>
<b>Appendiks</b>	<b>95</b>
I. Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS <sub>19</sub> ) og måleinstrumenter	95
II. Måleinstrumenter som ble brukt i HLS <sub>19</sub> -undersøkelsen	98
III. HLS <sub>19</sub> norsk skjema – OPPSETT 1	118
IV. HLS <sub>19</sub> norsk skjema – OPPSETT 2	129
V. Stratifiseringspunkter	140

# Forord

Regjeringens mål er å skape en likeverdig helsetjeneste – pasientens helsetjeneste. For å oppnå denne målsettingen må helsetjenesten imøtekomme og yte helsekommunikasjon tilpasset pasienter og brukere med ulik helsekompetanse (health literacy). Helsekompetanse handler om personers ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å få tilgang til, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta fornuftige helserelaterte beslutninger i hverdagen. Dette vil handle om å vurdere når det er behov for helsetjenester, hvordan man skal forebygge sykdom og hvilke helsefremmende tiltak som opprettholder eller forbedrer livskvaliteten gjennom livsløpet. Dokumentet *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023)* peker på at individet selv må ha tilstrekkelig helsekompetanse for å kunne ta vare på egen helse.

I november 2018 ble professor Kjell Sverre Pettersen ved OsloMet, førsteamanuensis Hanne Sjøberg Finbråten ved Høgskolen i Innlandet, førsteamanuensis Øystein Guttersrud ved Universitetet i Oslo (Naturfagsenteret) og prosjektleder Christopher Le ved Helsedirektoratet, oppnevnt som representanter fra Norge inn i WHO-EHIL sitt nettverk «Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy» (M-POHL). Den norske forskergruppa (national study team NST for HLS<sub>19</sub>) fikk ansvaret for å oversette spørreskjemaet til «Health Literacy Population Survey 2019–2021» (HLS<sub>19</sub>), utvikle ytterligere måleskalaer og tilleggsspørsmål, gjennomføre pilotundersøkelse og hovedundersøkelse i Norge, analysere data og presentere de første resultatene slik de foreligger i denne rapporten. Forskergruppa samarbeidet med et norsk gallupbyrå om utvalgsprosedyrene, og datainnsamlingen ble gjennomført ved bruk av CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing). Formålet med den norske delen av HLS<sub>19</sub> er å kartlegge helsekompetansen i den norske befolkningen. Deltakelse i det europeiske nettverket M-POHL vil muliggjøre sammenlignende analyser av opptil 20 land.

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og den er et resultat av et samarbeid mellom Helsedirektoratet, OsloMet og Høgskolen i Innlandet. Rapporten ble skrevet i perioden november-desember 2020, og skal presentere et overordnet bilde av befolkningens selvrapporterte helsekompetanse, herunder digital helsekompetanse, kompetanse i å navigere i helsevesenet, og ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell. I tillegg belyses sammenhenger mellom befolkningens helsekompetanse og helsekostnader, produktivitet og samfunnsøkonomi.

Det er samlet inn data fra et tilfeldig og representativt utvalg på 6.000 personer (del I). Dette utvalget danner grunnlaget for denne rapporten (rapport del I). I tillegg samles det inn data fra fem utvalgte innvandrergupper med personer som har følgende statsborgerskap og/eller fødested: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia eller Vietnam (del II). Rapport med data og analyser basert på disse gruppene er planlagt ferdigstilt i løpet av mai 2021 (rapport del II). Den internasjonale komparative rapporten er for øvrig planlagt ferdigstilt i løpet av høsten 2021. Den norske forskergruppa er invitert til å bidra med analyser og skriving av denne rapporten.

Denne rapporten har betydning for Helsedirektoratets fremtidige leveranser knyttet til oppdraget om operasjonaliseringen av strategien for helsekompetanse, slik som utvikling av måleinstrumenter til bruk for longitudinelle studier av helsekompetanse i den norske befolkningen.

Kvalitetssikring av måleskalaer ved bruk av Rasch- og IRT-modeller, identifisering av «cut-offs» for signifikant forskjellige og kumulative kompetansenivåer, eksempler på typisk kompetanse hos personer på hvert nivå, samt estimering av andelen personer på hvert nivå i befolkningen og i ulike utsatte grupper, har foreløpig stått sentralt. Forskergruppa forbereder publikasjoner av dette arbeidet samt videre analyser av datamaterialet.

Datamaterialet samlet inn gjennom HLS<sub>19</sub> gir grunnlag for mer forskning av høy kvalitet innenfor helsekompetanse. HLS<sub>19</sub>-dataene er til dels klausulbelagte, men NST vil etterhvert legge til rette for at andre kvalifiserte forskere og forskningsmiljøer gis mulighet til å fordype seg i og forske på dataene.

# Forkortelser og akronymer

<b>CAPI</b>	Computer-Assisted Personal Interviewing
<b>CATI</b>	Computer-Assisted Telephone Interviewing
<b>CAWI</b>	Computer-Assisted Web Interviewing
<b>COM</b>	Communication health literacy
<b>EHII</b>	European Health Information Initiative
<b>DHC</b>	Digital health care
<b>DHI</b>	Digital health information
<b>DP</b>	Disease prevention domain
<b>DSK</b>	Digital skills
<b>GHL</b>	Comprehensive/general health literacy (generell helsekompetanse)
<b>HLS-EU-Q</b>	European Health Literacy Survey Questionnaire
<b>HLS<sub>19</sub></b>	Health Literacy Population Survey 2019–2021
<b>HLS<sub>19</sub>-Q</b>	Health Literacy Population Survey 2019–2021 Questionnaire
<b>HC</b>	Healthcare domain
<b>HP</b>	Health promotion domain
<b>ICC</b>	International Coordination Centre
<b>M-POHL</b>	Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy
<b>NCD</b>	Non-communicable disease
<b>NHL</b>	Navigation health literacy
<b>NSC</b>	National study centre (Nasjonalt studiesenter/nasjonalt forskningsenhet)
<b>NST</b>	National study team (Nasjonalt forskergruppe/-team)

<b>OECD</b>	The Organization for Economic Co-operation and Development
<b>PI</b>	Principal Investigator
<b>PR</b>	Policy Representative
<b>QALYs</b>	Quality Adjusted Life Years (QALYs) eller kvalitetsjusterte leveår er et helseøkonomisk begrep benyttet ved effektvurderinger av helsetjenestetiltak og forebyggende virksomhet. Som grunnlag for begrepet antas at et leveår med plager, sykdom eller funksjonshemninger i varierende grad har redusert kvalitet i forhold til et leveår uten tilsvarende problemer. Graden av kvalitetsreduksjon er avhengig av problemets art, og gis et tallmessig uttrykk. <i>Kilde: Store Medisinske Leksikon.</i>
<b>Rasch</b>	Matematiske modeller med spesifikke egenskaper tilknyttet «item response theory» (IRT) og navngitt etter Georg Rasch.
<b>ToR</b>	Terms of Reference fungerer som et internasjonalt styringsdokument for HLS19-samarbeidsprosjektet, utarbeidet av ICC innenfor M-POHL. Dokumentet beskriver prosjektets bakgrunn og formål, deltakeres roller i prosjektet, finansieringsmodeller, samarbeidsstruktur, hovedrapporteringer og klausuler med hensyn til deltakernes tilgang til og bruk av de internasjonale dataene i vitenskapelige arbeid.
<b>WHO</b>	World Health Organization

# Sammendrag

Norge har for første gang kartlagt helsekompetansen i et stort og representativt utvalg av befolkningen. Resultater viser at en vesentlig andel i befolkningen har varierte utfordringer med å forholde seg til helseinformasjon. Dette har betydning for individets helse og samfunnets helseutgifter.

## Bakgrunn

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet i samarbeid med OsloMet og Høgskolen i Innlandet gjennomført en nasjonal kartlegging av befolkningens helsekompetanse. Kartleggingen inngår i et internasjonalt samarbeid initiert av det WHO-EHIL tilknyttede nettverket *Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy (M-POHL)* om gjennomføringen av *Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>)*. Formålet med M-POHL og HLS<sub>19</sub> er å skaffe til veie kunnskap som kan understøtte myndigheters differensierte arbeid med utvikling av målrettede tiltak for å styrke helsekompetansen i befolkningen, og for å tilpasse helsetjenesten slik at den ivaretar personer med ulike helsekompetanse.

## Gjennomføring

I Norge valgte vi å bruke hele det omfattende spørreskjemaet International Health Literacy Population Survey Questionnaire (HLS<sub>19</sub>-Q47), som består av en base på 47 spørsmål. Undersøkelsen i Norge inkluderte også ulike skalaer for måling av digital helsekompetanse (herunder digital helseinformasjon, generelle digitale ferdigheter, og bruk av digitale helsetjenester), kompetanse i å navigere i helsevesenet, og ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell. Undersøkelsen hentet videre inn helseøkonomiske variabler for å estimere størrelser som produktivitet og helsekostnader.

Det ble samlet inn data fra to tilfeldige og representative utvalg på til sammen 6.000 respondenter. Spørreundersøkelsen ble gjennomført av et norsk gallupbyrå, som brukte metoden Computer-Assisted Telephone Interviewing (CATI). Deltakerlandene kunne velge mellom CAPI<sup>1</sup>, CATI og CAWI<sup>2</sup>/online. De fleste landene valgte CAPI.

## Befolkningens generelle helsekompetanse i lys av «pasientens helsetjeneste»

Vi har rapportert enkel deskriptiv statistikk for alle de 47 spørsmålene i HLS<sub>19</sub>-Q47. Med bakgrunn i mer avanserte psykometriske analyser, har vi foreslått ulike delskalaer for hvert domene av helsekompetanse (helsefremming, sykdomsforebygging og helsetjenesterelatert). For å tilfredsstille strenge måletekniske

---

<sup>1</sup> Computer-Assisted Personal Interviewing (CAPI)

<sup>2</sup> Computer-Assisted Web Interviewing (CAWI)



krav, er disse tre måleskalaene basert på et utvalg av 24 av de 47 spørsmålene i HLS<sub>19</sub>-Q47. Vi har også foreslått en skala for generell helsekompetanse (GHL) basert på 12 av spørsmålene (HLS<sub>19</sub>-Q12-NO).

Vi har videre brukt estimater av «standard målefeil» for å estimere konfidensintervall, med bakgrunn i dette beregnet «cut-off»-skår for signifikant forskjellige «kompetansenivåer», og anslått andelen av befolkningen på hvert nivå. Denne delvis «instrumentalistiske» fremgangsmåten er gjennomsliktig og etterprøvbart.

Når vi opererer med tre nivåer av generell helsekompetanse målt ved HLS<sub>19</sub>-Q12-NO, er 20 % av befolkningen på høyeste nivå (nivå 3) og 46 % er på nivå 2. Når vi kopleter den typiske «dyktigheten» assosiert med hvert kompetansenivå til «vanskegraden» assosiert med ferdighetene det spørres om, tolker vi det slik at personer på nivå 2 og høyere synes å ha tilstrekkelig helsekompetanse. Denne vurderingen er gjort med utgangspunkt i «pasientens helsetjeneste», der brukerne av helsetjenestene må ha kunnskaper og ferdigheter til å «ta valg» og «aktivt ta del i beslutninger» om egen helse<sup>3</sup>. For eksempel vil personer på nivå 2 typisk synes det er lett å «forstå informasjon på matemballasje» (kunne ta sunne valg), og personer som skårer i øvre del av nivå 2 synes i tillegg det er «lett» å «vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger» (velge mellom ulike behandlinger). Det følger at 33 % av befolkningen skårer på eller under nivå 1, og at mange av disse kan mangle sentrale kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for å realisere «pasientens helsetjeneste». Når vi måler «generell helsekompetanse» ved HLS<sub>19</sub>-Q12-NO, finner vi ingen tydelige overordnede forskjeller mellom kjønnene, aldersgrupper, utdanningsnivå eller personer med og uten langvarig sykdom, men kvinner og personer med utdanning utover videregående opplæring kan muligens ha noe bedre ferdigheter.

### **En digital beredt befolkning?**

Kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon* har sammenheng med kjønn, alder og utdanningsnivå. I gjennomsnitt oppga kvinner høyere ferdighet enn menn, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med mindre skolegang. Videre selvrapporterte gruppen >65 år lavere ferdighet enn andre grupper.

*Generelle digitale ferdigheter* har klar sammenheng med kjønn, alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga menn høyere ferdighet enn kvinner, personer med langvarig sykdom oppga svakere ferdigheter enn andre, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med mindre skolegang. Relativt sett selvrapporterte gruppen >65 år svært lave generelle digitale ferdigheter.

Ferdighet i å kunne ta i bruk *digitale helsetjenester* har sammenheng med alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga gruppen >65 år, personer med langvarige sykdommer og lavt utdannede personer, svakere ferdigheter enn andre grupper. Det betyr at grupper i befolkningen som hyppigere bruker helsetjenester, kan være svakere forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester.

---

<sup>3</sup> Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering

Digital helsekompetanse uttrykt ved kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon*, besitte *generelle digitale ferdigheter* og beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*, varierer dermed med kjønn, alder, utdanningsnivå og langvarig sykdom.

### **Utfordringer med å navigere i helsevesenet**

Med å «navigere i helsevesenet» mener vi å ha oversikt over hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer (systemnivå), og å kunne avgjøre hvilke konkrete tjenester en har behov for og ønsker å bruke (organisasjonsnivå). En betydelig andel av befolkningen responderte (veldig) vanskelig på flere av spørsmålene som handlet om å «navigere i helsevesenet». Nesten 20 % av befolkningen skårte «under nivå 1», som betyr at de har utfordringer med for eksempel å vurdere hvilken type helsetjeneste de trenger når de har et helseproblem, om denne helsetjenesten vil dekke behovet deres, og avgjøre hvilket helsetilbud de skal velge. Personer «under nivå 1» vil videre ha utfordringer med å finne frem til riktige personer ved helseinstitusjoner, og de vil typisk synes det er vanskelig å finne ut av hvordan brukerorganisasjoner eventuelt kan hjelpe dem med dette. Mer enn 50 % av befolkningen når ikke opp til «kompetansenivå 2». Nivå 2 kjennetegnes ved at en kan finne informasjon om kvaliteten på bestemte helsetjenester, og finne ut av hvilke rettigheter en har som pasient og bruker av helsetjenester. Sett i lys av «pasientens helsetjeneste», der brukerne av helsetjenestene selv skal spille en aktiv rolle, må helsetjenestene ta høyde for at mange i befolkningen opplever utfordringer i møte med helsevesenet.

### **Behersker å kommunisere med helsepersonell**

Med å kommunisere med helsepersonell menes å kunne delta aktivt i dialogen med helsepersonell for å kunne ta gode beslutninger om helse. Størsteparten av befolkningen opplever at de mestrer å kommunisere med helsepersonell og aktivt delta i dialogen – bare 12 % synes å oppleve utfordringer i denne sammenheng. Ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell har sammenheng med utdanningsnivå og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga personer med langvarig sykdom svakere ferdighet enn andre, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med mindre skolegang. Resultater viser at en del personer i aldersgruppen 18-24 år kan oppleve utfordringer i møte med helsepersonell.

### **Helsekostnader og samfunnsøkonomiske størrelser**

Både generell helsekompetanse og hvert helsefaglige domene (dvs. helsetjenesterelatert, sykdomsforebygging og helsefremming) samvarierer med antall fastlegebesøk og med helserelatert livskvalitet målt ved instrumentet EQ-5D-5L. Med økende helsekompetanse, øker den helserelaterte livskvaliteten og antall fastlegebesøk avtar. Antall helserelaterte fraværsdager fra jobb, synes å henge sammen med domenene helsetjenesterelatert og helsefremming – ikke sykdomsforebygging.

### **Mulige implikasjoner**

Betydelige andeler av befolkningen synes det er vanskelig å kritisk vurdere helseinformasjon og vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger. For å lykkes med «pasientens helsetjeneste» og samvalgsprosesser, kan det være behov for lettere tilgjengelig og kvalitetssikret (digital) informasjon om helse og sykdom, samt fordeler og ulemper ved ulike behandlingalternativer. For å stå bedre rustet, kan skolen tidlig øve elevers kompetanse til å gjenkjenne og tolke vitenskapelig basert helseinformasjon, og helsevesenet kan ytterligere tilpasse tjenestetilbudet og informasjonen til individuelle brukeres helsekompetanse (jf. organisational health literacy).

Psykisk helse er en betydelig utfordring for folkehelsen i Norge, og mange oppgir å ha utfordringer med å skulle finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres. Det kan dermed være behov for mer, bedre tilpasset og lettere tilgjengelig informasjon om psykiske utfordringer.

Vi bruker her termen «digital helsekompetanse» som en samlebetegnelse for det å kunne søke etter *digital helseinformasjon*, være beredt til å ta i bruk *digitale helsetjenester* og ha *generelle digitale ferdigheter*. Internasjonale undersøkelser som tester elevens digitale ferdigheter, viser at jentene i Norge presterer bedre enn guttene. I vår undersøkelse rapporterte imidlertid menn bedre *generelle digitale ferdigheter* enn kvinner. Dette kan skyldes at vi spør om tekniske ferdigheter, som å laste ned og installere programvare, mens skoleundersøkelsene tester andre ferdigheter. Kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon* er mer relatert til det skoleundersøkelsene tester, og her oppga kvinner høyere ferdigheter enn menn.

Ferdighet i å kunne ta i bruk *digitale helsetjenester* har sammenheng med alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. En utfordring er at grupper i befolkningen som hyppigere bruker helsetjenester, synes å være svakere forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester.

En betydelig andel av befolkningen responderte (veldig) vanskelig på flere av spørsmålene som handlet om å «navigere i helsevesenet». Sett i lys av «pasientens helsetjeneste», der brukerne av helsetjenestene selv spiller en aktiv rolle, må helsetjenestene ta høyde for at mange opplever utfordringer med å finne frem til riktig helsetjeneste til riktig tid.

Alt i alt kan resultater i rapporten peke på utviklingsmuligheter (effekt mål), hvilken innvirkning enkelte funn kan ha på fremtidens helsepolitikkutforming og nasjonale folkehelsesatsninger (både universelle og målrettede tiltak), og prioritering av forskning rettet mot grupper med lav helsekompetanse. Dermed kan rapporten gi grunnlag for å vurdere organisatoriske og kommunikasjonsmessige endringer av de norske helsetjenestene for å styrke og videreutvikle helsekommunikasjon mellom institusjon og enkeltindivid. Slike tilpasninger er en forutsetning for å kunne yte en likeverdig helsetjeneste og nå målet om «pasientens helsetjeneste».

# Summary

Norway has for the first time conducted a survey to assess health literacy in a large and representative sample of the population. The results show that a significant proportion of the population faces a variety of challenges in dealing with health information. This has implications for the health of individuals and society's expenditure relating to health.

## Background

On behalf of the Norwegian Ministry of Health and Care Services, the Directorate of Health has conducted a national survey of the population's health literacy in partnership with Oslo Metropolitan University and Inland Norway University of Applied Sciences. The survey forms part of an international collaboration initiated by the WHO-EHII affiliated network *Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy* (M-POHL) concerning implementation of the *Health Literacy Population Survey 2019–2021* (HLS<sub>19</sub>). The aim of M-POHL and HLS<sub>19</sub> is to provide knowledge to support the differentiated work of government agencies relating to the development of targeted measures to raise the level of health literacy amongst the population, and to adapt the health service to meet the needs of people with different levels of health literacy.

## Implementation

In Norway, we opted to use the full comprehensive International Health Literacy Population Survey Questionnaire (HLS<sub>19</sub>-Q47), which consists of a base of 47 questions. The survey in Norway also included various scales for measuring digital health literacy (including digital health information, general digital skills, and the use of digital health services), expertise in navigating the health service, and skills in communicating with healthcare professionals. The survey also collected health economics variables to estimate parameters such as productivity and health costs.

Data was collected from two random and representative samples comprising a total of 6,000 respondents. The questionnaire was conducted by a Norwegian market research agency, which used the Computer-Assisted Telephone Interviewing (CATI) method. Participating countries could choose between CAPI<sup>4</sup>, CATI and CAWI<sup>5</sup>/online. Most countries chose CAPI.

## The general health literacy of the population in light of "the patient's health service"

We have reported basic descriptive statistics for all 47 questions in HLS<sub>19</sub>-Q47. Based on more advanced psychometric analyses, we have proposed various subscales for each domain of health literacy (health promotion, disease prevention and healthcare). To meet strict measurement requirements, these three

---

<sup>4</sup> Computer-Assisted Personal Interviewing (CAPI)

<sup>5</sup> Computer-Assisted Web Interviewing (CAWI)

measurement scales are based on a sample of 24 of the 47 questions in HLS<sub>19</sub>-Q47. We have also proposed a scale for general health literacy (GHL) based on 12 of the questions (HLS<sub>19</sub>-Q12-NO).

We have also used estimates of "standard error of measurement" to estimate confidence intervals, based on this calculated cut-off score for significantly different "health literacy levels", and estimated the proportion of the population at each level. This partly "instrumentalist" approach is both transparent and verifiable.

When we operate with three levels of general health literacy as measured by HLS<sub>19</sub>-Q12-NO, 20% of the population is at the highest level (level 3) and 46% is at level 2. When we link the typical "proficiency" associated with each health literacy level to the "difficulty" associated with the items, we interpret the results as indicating that people at level 2 and above appear to possess sufficient health literacy. This conclusion was made based on the concept of "the patient's health service", in which users of the health service must possess the knowledge and skills to "make choices" and "actively take part in decisions" concerning their own health. For example, respondents at level 2 typically find it easy to "understand information on food packaging" (able to make healthy choices), and respondents who score in the upper range of level 2 also find it "easy" to "assess the advantages and disadvantages of different treatments" (choose between different treatment options). It follows that 33% of the population scores at or below level 1, and that many of these may lack the key knowledge and skills necessary to realise "the patient's health service". When we measure "general health literacy" using HLS<sub>19</sub>-Q12-NO, we do not find any clear overall differences between the genders, age groups, level of education or persons with and without long-term illness, but women and those with an education above upper secondary level may have slightly better skills.

### **A digitally ready population?**

Competence in searching for *digital health information* is linked to gender, age and level of education. On average, women claimed to have a higher skill level than men, and those with an education above upper secondary level claimed to have a higher skill level than those with a lower education. Furthermore, the >65 years age group self-reported a lower skill level than other groups.

*General digital skills* are clearly linked to gender, age, level of education and long-term illness. On average, men claimed to have a higher skill level than women, those with a long-term illness claimed to have weaker skills than others, and those with an education above upper secondary level claimed to have higher skills than those with a lower education. In relative terms, the >65 years age group self-reported having very low overall digital skills.

The ability to use *digital health services* is linked to age, level of education and long-term illness. On average, the >65 years age group, those with long-term illnesses and those with a low education, claimed to have weaker skills than other groups. This means that groups in the population that use health care services more frequently may be less well-prepared to use digital health services.

Digital health literacy, as expressed through competence in searching for *digital health information*, the possession of *general digital skills* and the readiness to adopt *digital health services*, thus varies according to gender, age, level of education and long-term illness.

### **Challenges in navigating the health service**

By "navigating the health service", we mean having an overview of the structure of the health service and how it works (system level) and being able to decide what specific services one needs and wishes to use (organisational level). A significant proportion of the population responded (very) difficult to many of the questions concerning "navigating the health service". Almost 20% of the population scored "below level 1," which means that they face challenges, e.g. assessing the type of health service they need when they have a health problem and whether this health service will meet their needs, and deciding which health care service they should choose. Those "below level 1" will also face challenges in finding the right people at health institutions, and they typically find it difficult to work out how user organisations could help them do so. More than 50% of the population does not reach "health literacy level 2". This level is characterised by the ability to find information concerning the quality of specific health services, and to find out what rights they have as a patient and user of health services. Viewed in light of "the patient's health service", in which the users of the health services themselves will play an active role, health services must take into account the fact that many people in the population face challenges when they encounter the health service.

### **Ability to communicate with healthcare professionals**

Communicating with healthcare professionals means being able to actively engage in a dialogue with healthcare professionals in order to make good decisions concerning health. The majority of the population believe that they have mastered communicating with healthcare professionals and actively participating in the dialogue – only 12% appear to experience challenges in this context. Skills in communicating with healthcare professionals are linked to level of education and long-term illness. On average, those with a long-term illness claimed to have weaker skills than others, and those with an education above upper secondary level claimed to have higher skills than those with a lower education. The results indicate that some people in the 18-24 age group may face challenges when interacting with healthcare professionals.

### **Health costs and socio-economic parameters**

Both general health literacy and each aspect of health literacy (i.e. healthcare, disease prevention and health promotion) vary with the number of GP visits and with health-related quality of life as measured using the instrument EQ-5D-5L. With increasing health literacy, health-related quality of life increases and the number of GP visits decreases. The number of health-related days of absence from work appears to be linked to the "healthcare" and "health promotion" domains, rather than "disease prevention".

### **Possible implications**

Significant proportions of the population find it difficult to critically assess health information and assess the advantages and disadvantages of different treatment options. To ensure the success of "the patient's health service" and shared decision-making, there may be a need for more readily available quality-assured and reliable digital information concerning health and disease, as well as the advantages and disadvantages of various treatment options. In order to be better equipped, schools can improve the ability of pupils to recognise and interpret scientifically based health information, and the health service can adapt the service provision and information to people's individual health literacy level (ref. organisational health literacy).

Mental health is a significant public health challenge in Norway, and many people report encountering challenges in finding information concerning how mental health problems can be tackled. There may therefore be a need for more, better adapted and more readily accessible information concerning mental health challenges.

We use the term "digital health literacy" as a collective term for being able to search for *digital health information*, being prepared to use *digital health services* and possessing *general digital skills*. International surveys which have assessed the digital skills of pupils indicate that, in Norway, girls outperform boys. However, in our survey, men reported better *overall digital skills* than women. This may be because we asked about technical skills, such as downloading and installing software, while school surveys test somewhat other skills. The ability to search for *digital health information* is linked more to what the school surveys test, and women claimed to have a higher skill level than men here.

*General digital skills* are linked to gender, age, level of education and long-term illness. One challenge is that the groups in the population that use health care services more frequently appear to be less well-prepared to use digital health services.

A significant proportion of the population responded (very) difficult to many of the questions concerning "navigating the health service". In light of "the patient's health service", in which the users themselves play an active role, the health services must take into account the fact that many people face challenges in getting the right care at the right time.

Overall, the results set out in the report point to development opportunities (impact goals), the impact that specific findings may have on future health policy formulation and national public health initiatives (both universal and targeted measures), and the prioritisation of research aimed at groups with low health literacy. The report may also provide a basis for assessing organisational and communication-related changes in the Norwegian health services in order to strengthen and further develop health communication between institutions and individuals. Such adaptations are a prerequisite for providing an equitable health service and achieving the goal of "the patient's health service".

# **Kapittel 1:**

## **Om HLS<sub>19</sub>-prosjektet**



I mai 2019 publiserte Helse- og omsorgsdepartementet en nasjonal *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. «Helsekompetanse» er den offisielle norske oversettelsen av begrepet «health literacy».

Helsekompetanse er en av flere faktorer som samvarierer med helsen til individer, grupper og i hele populasjoner. Høy helsekompetanse er knyttet til god fysisk og psykisk helse, og lav helsekompetanse er en samfunns- og helsepolitisk utfordring. Helsekompetanse spiller en rolle i individentsentrerte helse- og omsorgstjenester, bekjempelse av kroniske sykdommer (NCDer), antibiotikaresistens, sosialt skapte helseforskjeller, bærekraftig ressursutnyttelse og livsløpsperspektivet (Kickbusch, Pelikan, Apfel, & Tsouros, 2013; Meld. St. 19 (2018-2019); OECD, 2017; WHO, 2016a, 2016b).

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

	I	II	III	IV
	Finne (F=Find)	Forstå (U=Understand)	Vurdere (J=Judge)	Anvende (A=Apply)
a) <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>Sykdoms-forebygging (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>Helse-fremming (HP)</b>	Evne til å skaffe seg informasjon om hva som er helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å forstå informasjon om helsedeterminanter og deres betydning i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å tolke og vurdere informasjon om helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø	Evne til å ta informerte beslutninger vedrørende helsedeterminanter i sitt sosiale og fysiske miljø

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

Ved å styrke befolkningens helsekompetanse, kan helsemyndighetene i enda større grad forebygge skade og sykdom, øke effekten av helsefremmende tiltak, redusere offentlige helseutgifter til helsetjenesten, og utvikle effektive og individtilpassete helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet.

Helsedirektoratet fikk, gjennom tildelingsbrevet for 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet, i oppdrag å kartlegge helsekompetansen i Norge. Dette skulle gjennomføres som en del av den europeiske WHO-

undersøkelsen om helsekompetanse (HLS<sub>19</sub>) i 2019–2020. Undersøkelsen skal gi grunnlag for fremtidig kunnskapsbasert politikk vedrørende utformingen og prioriteringen av arbeidet med helsekompetanse.

## **1.1 Mål med HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen**

Den norske helsepolitikken har som mål å skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen, og som reduserer sosiale helseforskjeller. I folkehelsearbeidet er det viktig å tilrettelegge for den enkeltes kompetanse til å ta velbegrunnede helsefremmende og sykdomsforebyggende valg. I utformingen og tilpasningen av tjenestene er helsekompetanse en faktor som setter brukere bedre i stand til å følge opp behandlingen av egen sykdom.

### **Formålet med HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen**

I Norge er formålet med HLS<sub>19</sub> å kartlegge befolkningens helsekompetanse og dermed fremskaffe evidens for kunnskapsbasert helsepolitikk. Denne kunnskapen vil danne grunnlaget for utformingen av det videre arbeidet med å øke helsekompetansen i befolkningen i Norge, og for at helsevesenet skal kunne tilrettelegge tjenestene for grupper med lav helsekompetanse. Den nasjonale kartleggingen kan også være et redskap for utvikling, oppfølging og evaluering av tiltak rettet mot helsekompetanserelaterte utfordringer i helse- og omsorgstjenestene og i befolkningen.

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

### **Hovedmålet med HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen**

Hovedmålet med HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen er å fremskaffe empirisk grunnlag for kunnskapsbasert politikktutvikling innenfor områder som helsekompetansestrategien utpeker som særlig utfordrende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Punktlisten nedenfor beskriver kort noen av områdene som HLS<sub>19</sub> vektla.

- Belyse ulikhet i helsekompetanse mellom ulike befolkningsgrupper og i ulike kontekster (for å treffe målgrupper med tilpassede kampanjer i ulike kommunikasjonskanaler, er det viktig at både budskapet og formidlingsmåte tilpasses målgruppens forutsetninger).
- Belyse helsekompetanse i kommunikasjonen mellom bruker og helsetjenestene (helse- og omsorgspersonell må bevisstgjøres på pasienters og brukeres helsekompetanse og tilpasse kommunikasjonen til mottakers evne til å håndtere og bruke informasjonen).
- Belyse kompetanse til å navigere i og mellom helsetjenester/helsesystemer (helse- og omsorgstjenestene må organiseres og bedre legges til rette for at pasienter og brukere enkelt finner frem til riktig tilbud til rett tid).
- Belyse digital helsekompetanse i befolkningen og hos enkelte sårbare grupper (i likhet med at samfunnet digitaliseres, blir også helse- og omsorgstjenesten mer digital. Dermed vil folks digitale helsekompetanse være en viktig faktor for å realisere «pasientens helsetjeneste» (Meld.

St. 34 (2015-2016)). Dette omfatter alt fra det å søke opp, finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra digitale kilder, til å kunne bruke verktøy i oppfølging av egen sykdom).

### **Effekt mål**

En befolkningsundersøkelse kan gi kunnskapsgrunnlag for utviklingen av nye handlingsplaner som understøtter operasjonaliseringen av regjeringens strategi for helsekompetanse. Denne studien gir kunnskap om helsekompetansen i befolkningen og i utvalgte grupper.

Utover et slikt nødvendig kunnskapsgrunnlag, vil kartleggingsstudien bidra til å utvikle verktøy for å fasilitere og underbygge et langsiktig og strategisk arbeid med gevinstrealisering, samt å nå målene i helsekompetansestrategien. Gjennom prosjektet vil det bli

- utviklet et valid og pålitelig spørreskjema som måler helsekompetanse. Skjemaet kan brukes i fremtidige tilsvarende undersøkelser i Norge og enkelt tilpasses andre skandinaviske land
- etablert en «baseline» for oppfølging av helsekompetanserelaterte tiltak over tid, både i folkehelsearbeidet så vel som i helse- og omsorgstjenestene
- etablert et sammenligningsgrunnlag for helsekompetansen til befolkningen i Norge i lys av andre europeiske befolkninger

### **Resultat mål**

På overordnet nivå er den nye kunnskapen som innhentes fra HLS<sub>19</sub> flerdelt. Prosjektet henter inn informasjon om helsekompetansen

- i befolkningen i Norge
- i ulike befolkningsgrupper i Norge
- i utvalgte innvandrergupper i Norge (Rapport del II)
- i befolkningen og befolkningsgrupper i Norge sammenlignet med andre europeiske deltakerland (Internasjonal komparativ rapport)

## **1.2 Nettverket for måling av helsekompetanse i befolkninger og i «helsekompetansevennlige» organisasjoner (M-POHL)**

Nettverket *Action Network on Measuring Population and Organisational Health Literacy (M-POHL)* ble etablert våren 2018. Nettverket består av representanter fra deltakerlandene, herunder helsemyndigheter og forskningsmiljøer. Formålet med å delta i M-POHL og gjennomføre HLS<sub>19</sub>, er å etablere et gyldig og pålitelig kunnskapsgrunnlag om helsekompetanse i befolkningen. Dette danner grunnlaget for senere å kunne trekke kunnskapsbaserte beslutninger om planlegging, utvikling, implementering og evaluering av informasjons- og kommunikasjonstiltak rettet mot helsekompetanse-relaterte utfordringer i samfunnet.

### **Et tilbakeblikk:**

I perioden 2009–2012 gjennomførte åtte EU-land en befolkningsstudie av helsekompetanse der en brukte spørreskjemaet «European Health Literacy Survey Questionnaire» (HLS-EU-Q47) (Sørensen et al., 2015; Sørensen et al., 2013). Spørreskjemaet operasjonaliserte de kognitive kategoriene og de helsefaglige domeneene gjengitt i **Figur 1**. I tillegg samlet undersøkelsen inn bakgrunnsvariabler, slik som sosiodemografiske variabler. Studien konkluderte med at nær halvparten av befolkningen i de deltakende

EU-landene hadde relativt lav helsekompetanse målt ved HLS-EU-Q47. Ingen av de nordiske landene deltok i undersøkelsen.

Personene som ble oppnevnt til den norske forskergruppa for HLS<sub>19</sub> (se nedenfor om NST), gjennomførte på eget initiativ i 2014 en undersøkelse om helsekompetanse i Norge, og denne tilsvarte på mange måter EU-undersøkelsen i perioden 2009–2012. Denne norske befolkningsstudien ( $N = 900$ ), samt en tilleggsundersøkelse blant personer med diabetes type 2 ( $N = 388$ ), avdekket betydelige psykometriske svakheter ved spørreskjemaet HLS-EU-Q47 (Finbråten et al., 2017; Finbråten et al., 2018). En senere studie fra Taiwan bekreftet de norske forskernes funn (Huang et al., 2018). I Norge valgte en dermed å fokusere på instrumentets måletekniske svakheter, og en var svært forsiktig med å trekke slutninger om befolkningens helsekompetanse. Forskerne etablerte imidlertid en kortversjon av spørreskjemaet kalt HLS-Q12-NO (Finbråten et al., 2018). Kortversjonen hadde tilstrekkelig psykometrisk kvalitet i de to nevnte norske utvalgene, og den fungerte tilstrekkelig godt i HLS<sub>19</sub>.

### **1.3 Det nasjonale studiesenteret (NSC), forskerteamet (NST) og rollefordeling**

I styringsdokumentet «Terms of Reference (ToR)» for studien HLS<sub>19</sub>, slås det fast at hvert deltakerland skulle etablere et *National Study Centre* (NSC) og en nasjonal forskergruppe (NST).

Med bakgrunn i samarbeidsavtalen mellom Norge og M-POHL om gjennomføringen av HLS<sub>19</sub>, inngikk Helsedirektoratet, OsloMet og Høgskolen i Innlandet (HINN) en samarbeidsavtale om gjennomføringen av HLS<sub>19</sub>. Avtalen omfatter deltakelse i M-POHL, gjennomføring av HLS<sub>19</sub> i Norge, samle inn og analysere nasjonale data, samt bidra til analyser og rapportering av internasjonale data.

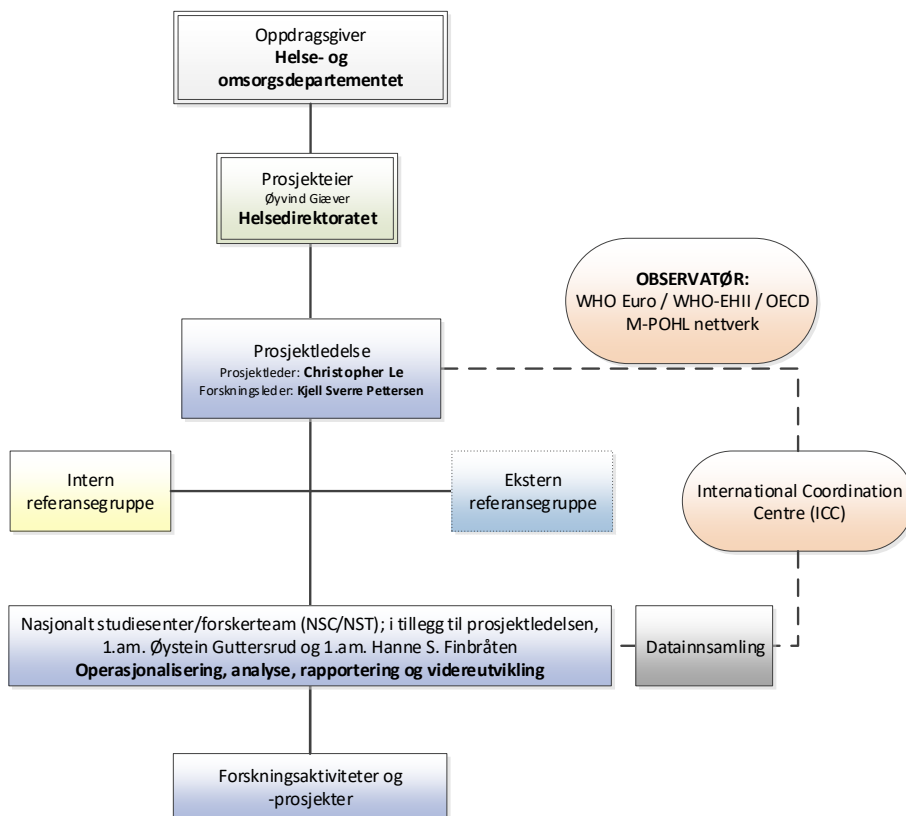
Helsedirektoratet oppnevnte, i samarbeid med OsloMet og HINN, professor Kjell Sverre Pettersen ved OsloMet som norsk Principal Investigator (PI) i M-POHL og forskningsleder for studien HLS<sub>19</sub> i Norge. Førstemanuensis Øystein Guttersrud ved Universitetet i Oslo og OsloMet og førstemanuensis Hanne Sjøberg Finbråten ved Høgskolen i Innlandet er stedfortredende PI'er. Disse tre og prosjektlederen i Helsedirektoratet utgjorde forskerteamet (NST) i Norge. Helsedirektoratet har prosjektlederfunksjonen for HLS<sub>19</sub> i Norge. Prosjektet ble ledet av seniorrådgiver Christopher Le, som også innehar rollen som norsk Policy Representative (PR) i M-POHL.

OsloMet har, gjennom samarbeidsavtalen med Helsedirektoratet, påtatt seg funksjonen som NSC i tråd med kriterier beskrevet i ToR. NSC ved PI har forvaltningsansvar for det innsamlede datamaterialet i Norge. Guttersrud og Finbråten hadde ansvaret for det analytiske arbeidet nasjonalt, og er involvert i analysene av de internasjonale dataene. Disse rollene krever høy analytisk kompetanse og stort engasjement inn i metodeteamet i det internasjonale koordineringssenteret (ICC). Førstemanuensis Pål Joranger ved OsloMet har utført de helseøkonomiske analysene, og han er forfatter av **Kapittel 7** i denne rapporten. Per Arne Tuft, førstemanuensis ved OsloMet, økonom og forfatter av metodebøker, har stått for en grundig fagfelleevaluering av **Kapittel 7** og gitt innspill til deler av rapportens metodekapittel. Anders Isnes, dosent emeritus ved Universitetet i Oslo (Naturfagsenteret), redaktør og bokforfatter har bistått korrekturlesing av det norske måleinstrumentet samt rapporten i sin helhet.

Prosjektet og planlagte forskningsaktiviteter knyttet til HLS<sub>19</sub> i Norge ble ledet i tråd med nasjonale og internasjonale samarbeidsavtaler, målsettingen i prosjektets styringsdokument med vedlegg, det

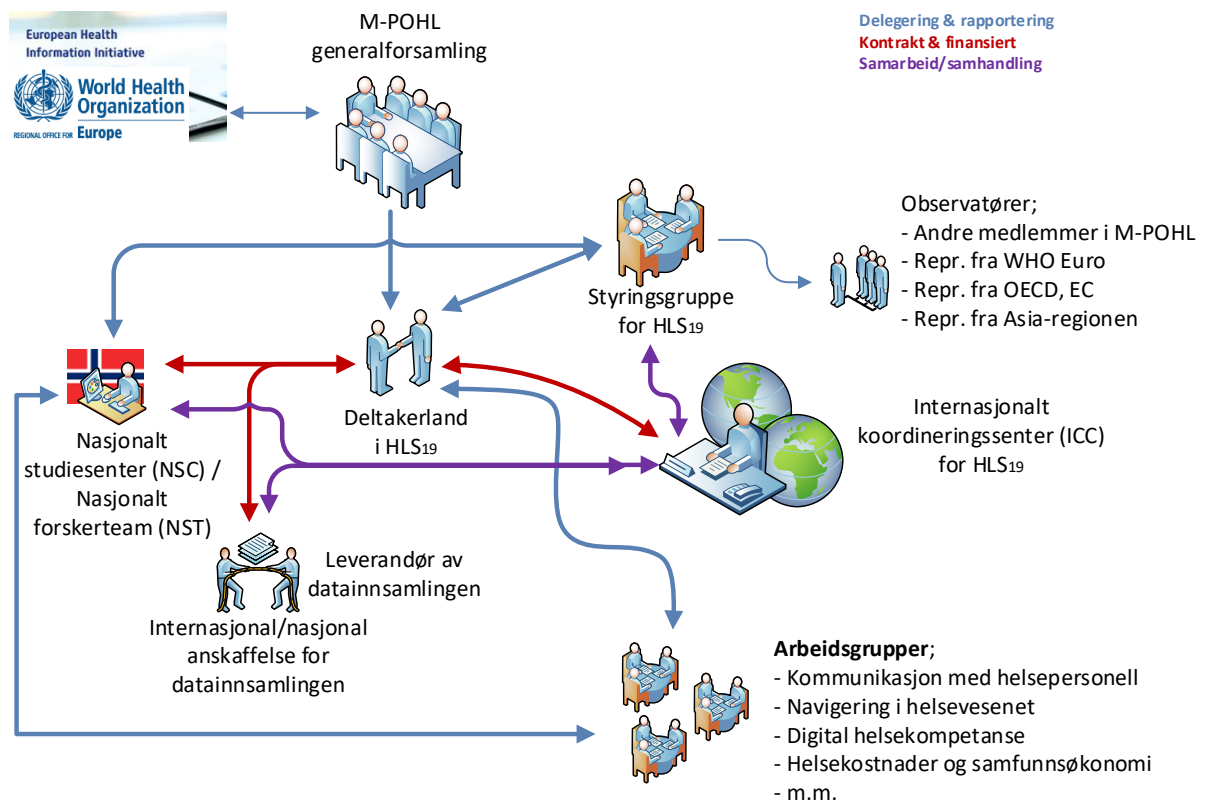
internasjonale styringsdokumentet for HLS<sub>19</sub> (ToR), og de til enhver tid gjeldende prosedyrer beskrevet i studieprotokollen for HLS<sub>19</sub>.

#### 1.4 Nasjonal organisering av HLS<sub>19</sub>-prosjektet



Figur 2: HLS<sub>19</sub> prosjektorganisasjon.

## 1.5 Organisering av det internasjonale HLS<sub>19</sub>-samarbeidet



Figur 3: Internasjonal HLS<sub>19</sub> prosjektorganisasjon og M-POHL samarbeidet

# **Kapittel 2:**

## **Metode og materiell**

Helsekompetanse handler om å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å ivareta egen helse. HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen skal gi økt kunnskap om hvordan helseinformasjon bedre kan tilpasses ulike helserelaterte kontekster og grupper i befolkningen.

OsloMet tildelte på vegne av det nasjonale studiesenteret (NSC) Norstat Norge AS oppdraget med å samle inn dataene til HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen. Tildelingen fulgte prosedyrer for offentlig anskaffelse, og datainnsamlingen ble gjennomført etter standarder og kriterier fastsatt i den internasjonale studieprotokollen i regi av M-POHL/ICC, og med nødvendige nasjonale tilpasninger.

## 2.1 Populasjon og datainnsamling

Undersøkelsen er del av en større internasjonal kvantitativ komparativ storskalaundersøkelse der også bakgrunnsvariabler inngår. Ved bruk av telefonintervju (CATI) ble det samlet inn data fra 3.000 respondenter, representativt utvalg av den voksne befolkningen fra og med fylte 16 år og med fast bopel i Norge, for hver av to delvis overlappende spørreskjemaer/oppsett<sup>6</sup> – totalt 6.000 personer. Det skal i tillegg samles inn data fra 200 respondenter fra hver av fem utvalgte innvandrergupper (personer med bakgrunn i Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam) for hvert skjema/oppsett – totalt 2.000 personer. Dataene fra innvandrerguppene vil bli presentert i en egen rapport (del II).

## 2.2 Utvalg og frafall

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

### *Representativitet*

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

### *Metode og Utvalgsstørrelse*

...fra opptil 8.000 respondenter gjennom **Computer-assisted telephone interviewing** (CATI). Respondentene ble delt inn i to ulike oppsett á opptil 4.000. For begge oppsettene skulle det samles inn data fra den generelle befolkningen (N = 3.000 pr. oppsett) og fra fem utvalgte innvandrergupper á opptil 200 respondenter pr. innvandrerguppe fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam (N = 1.000 pr. oppsett).

### *Stratifisering*

...slik at det ble tatt hensyn til demografiske og geografiske representative strata i Norge<sup>7</sup>, vektet i henhold til befolkningstetthet (storby, by og land) og region/fylke. Den geografiske stratifiseringen fulgte en norsk standard tilsvarende den europeiske standarden «Nomenclature of Territorial Units for Statistics» (NUTS2).

<sup>6</sup> Se appendiks III og IV for spørreskjema for de to ulike oppsettene.

<sup>7</sup> Se appendiks V for stratifiseringspunkter (sampling points).



### Oppringningsprosedyre

...gjennom telefonintervjuer. Det ble utført bare ett intervju pr. husstand, og i hver husstand ble den som sist hadde fødselsdag intervjuet. Hvis ingen tok telefonen, kunne nummeret ringes opp ytterligere tre ganger. For mobilnumre ble det gjort tilfeldige uttrekk innenfor hvert stratum. Hemmelige og ikke-registrerte numre ble ekskludert fra basen.

### Koronasituasjon

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

**Tabell 1:** Oversikt over frafall og responsrate for HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen (hovedutvalg).

Frafall og responsrate for HLS <sub>19</sub> -undersøkelsen	Oppsett 1	Oppsett 2
Antall stratifiseringspunkter*	176	176
Antall telefonkontakter	39 371	57 654
Antall personer kontaktet	15 008	23 891
1. oppringning	7 262	11 888
2. oppringning	4 253	6 993
3. oppringning	2 538	4 002
4. oppringning	955	1 008
Antall avslag	11 918	20 487
Antall intervjuer avbrutt underveis	328	404
Antall netto intervjuer	3 000	3 000
Antall netto intervjuer med minst 80 % av «core-items» besvart**	2 888	2 859
Responsrate (%)	20 %	12 %
Responsrate (%) inkludert ikke-svar	8 %	5 %
Antall intervjuere	97	168
Gjennomsnitt intervjulengde	0:21:01	00:23:50
Korteste intervju	0:08:28	00:12:13
Lengste intervju	0:59:27	00:55:02
Feltarbeidet startet	4. april 2020	29. juni 2020
Feltarbeidet avsluttet	13. mai 2020	9. oktober 2020

\*Antall stratifiseringspunkter inkluderte 16- og 17-årige respondenter. (Se appendiks IV).

\*\*Av det totale antallet HLS<sub>19</sub>-«core-items» (47 + 31 spørsmål, må minst 80 % av disse være besvart for at intervjuet blir akseptert som «utfyllt».

## 2.3 Måling av helsekompetanse

**Figur 1** illustrerer hvordan de fire kognitive kategoriene og de tre helsefaglige domenenene/aspektene danner en matrise med 3 x 4 celler som utgjør 12 aspekter av helsekompetanse. Spørreskjemaet European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47), og den reviderte versjonen HLS<sub>19</sub>-Q47, operasjonaliserer disse aspektene gjennom 47 spørsmål (Sørensen et al., 2013). Spørsmålene har firedelt rating-skala med svarkategoriene som «*vel*dig vanskelig», «vanskelig», «lett» og «*vel*dig lett».

HLS-EU-Q47 ble utviklet av et internasjonalt konsortium bestående av representanter fra åtte EU-land (HLS-EU Consortium, 2012; Sørensen et al., 2015; Sørensen et al., 2013). I HLS<sub>19</sub> ble det brukt en revidert versjon av HLS-EU-Q47, og vi refererer til den reviderte versjonen som HLS<sub>19</sub>-Q47. Den norske versjonen refereres til som HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian.

Flere HLS<sub>19</sub>-deltakerland valgte å bruke bare deler av HLS<sub>19</sub>-Q47, fordi 47 spørsmål er tidkrevende å besvare. En annen utfordring er at HLS<sub>19</sub>-Q47, som måler ulike aspekter eller sider ved helsekompetanse, ikke er en tilstrekkelig endimensjonal måleskala. Vi kan dermed ikke forsvare matematisk å lage en samleskår for hele HLS<sub>19</sub>-Q47.

Norsk NST har imidlertid foreslått en valid og tilstrekkelig endimensjonal måleskala for hvert av de tre helsedomene (helsefremming, sykdomsforebygging og helsetjenesterelatert), der hver delskala består av åtte spørsmål balansert over de fire kognitive kategoriene (se appendiks II; HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO, HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO og HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO). Norsk NST har også foreslått måleskalaen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO, som består av 12 spørsmål. Denne måleskalaen er en valid og tilstrekkelig endimensjonal kortversjon av HLS<sub>19</sub>-Q47, og den består av fire spørsmål fra hver av de tre nevnte skalaene HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO, HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO og HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO. Hensikten med HLS<sub>19</sub>-Q12-NO er å kunne lage en samleskår på tvers av de tre helsefaglige domene og de fire kognitive kategoriene.

## **2.4 Koronasituasjonen**

Respondentene ble spurt om hvor enig de var i påstanden «situasjonen med korona har påvirket svarene mine». Omtrent 5 % av respondentene oppga at de var svært enig i påstanden, og om lag 22 % svarte at de var enig.

## **2.5 Bakgrunnsvariabler**

Nedenfor har vi «definert» ulike grupper som vi vektlegger gjennom rapporten.

*Hele befolkningen* Når tall for hele befolkningen presenteres, gjelder dette personer fra 18 år og over. For å sikre representativitet i befolkningen er utvalget vektet etter 176 stratifiseringspunkter, sammensatt av kjønn (x2), aldersgrupper (x8) og fylker (x11). Se appendiks V for oversikt over vekting.

*Innvandrerbakgrunn* Det kan hende at personer med innvandrerbakgrunn, som ikke snakker tilstrekkelig godt norsk, er underrepresentert i befolkningen. Det er heller ikke hensiktsmessig å omtale personer med innvandrerbakgrunn som én gruppe. Prosjektet har derfor gjennomført separate undersøkelser blant fem utvalgte innvandrergrupper. Disse blir først behandlet i rapport del II. Uttrekket ble gjort gjennom Folkeregisteret der opplysninger ble utlevert etter følgende kriterier

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

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

*Sosial plassering i samfunnet* Utdanning, inntekt og yrke kan skape forskjellige samfunnslag eller ulike sosiale lag i samfunnet. Respondentene rapporterte egenvurdert sosial plassering i samfunnet på en skala mellom 1 til 10. Denne variabelen inngår ikke i analysene til denne rapporten, men kan inngå i den internasjonale komparative rapporten i regi av M-POHL/ICC.

**Aldersgrupper** Utvalget ble stratifisert etter følgende aldersgrupper, der 16- og 17-åringer utgår<sup>8</sup>

- \* 18–25 år
- \* 26–35 år
- \* 36–45 år
- \* 46–55 år
- \* 56–65 år
- \* 66–75 år
- \* 76 år og over

Respondentene oppga egen alder, og denne ble brukt for å dele inn i de tre aldersgruppene vi rapporterer på; 18–24, 25–65, og eldre enn 65 år.

**Utdanningsnivå** Respondentene rapporterte egen utdanning, og intervjueren kodet dette i henhold til gjeldene koder (ISCED)

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

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

**Arbeidsstatus** Respondenten rapporterte egen arbeidsstatus i hht. følgende svarkategorier

- \* Ansatt
- \* Selvstendig næringsdrivende
- \* Arbeidsledig
- \* Pensjonist
- \* Ufø
- \* Student
- \* Hjemmværende
- \* Militær- eller siviltjeneste
- \* Annet (spesifiser)
- \* Vet ikke / ønsker ikke å svare

I de helseøkonomiske analysene ble to kategorier benyttet (i arbeid eller ikke).

**Helseforhold** Respondentene selvrapporterte helseforhold, f.eks. om de har kroniske sykdommer, langvarige sykdommer, og ytterligere helseforhold gjennom EQ-5D-skalaen.

## 2.6 Pilottesting av HLS<sub>19</sub>-instrumenter i Norge

Den norske forskergruppa piloterte de norske versjonene av spørreskjemaene i forkant av hovedundersøkelsen. Mange institusjoner og organisasjoner ble spurt om å delta, og flere takket ja til å bidra til pilottesting. Resultater fra pilotundersøkelsen bidro til ytterligere revisjon av spørreskjemaene,

---

<sup>8</sup> Bare Norge samlet inn data fra 16- og 17-åringer. På grunn av sammenlignende analyser med internasjonale datasett, har vi ikke inkludert 16- og 17-åringer i analysene i denne rapporten. Internasjonale datasett inneholder bare respondenter som er 18 år og eldre.

hvor spørsmål ble reformulert, forkastet, byttet ut og nye ble lagt til. Rekkefølgen på et fåtall spørsmål ble også endret for å unngå uheldig avhengighet av og påvirkning av forutgående spørsmål. Endringene var basert på empiriske observasjoner tolket i lys av teoretiske forventninger. Vi vil omtale slike endringer av måleskalaene i rapportens ulike kapitler.

**Tabell 2** nedenfor gir oversikt over hvilke instrumenter og tilleggsskalaer som ble inkludert i pilotundersøkelsen og ulike typer av organisasjoner og institusjoner som deltok i piloteringen.

**Tabell 2:** Oversikt over pilottestede instrumenter og typer av organisasjoner og institusjoner som deltok på piloteringen av dem.

Org./ Inst.	Direktorater	Kommuner	Høgskoler	Frivillig	Sykehus
<b>Skalaer</b>					
HLS <sub>19</sub> - Q47-NO	x	x			
HLS <sub>19</sub> -Q12-NO			x	x	x
Bakgrunnsvariabler	x	x	x	x	x
Digital HL	x	x	x	x	
Navigering			x	x	
Kommunikasjon			x	x	
Psykisk helse			x	x	
Vaksinasjon					x
Livskvalitet					x

I tillegg brukte Norstat de 30 første intervjuene som pilot og utførte små justeringer av spørreskjemaene basert på informasjonen fra denne piloteringen.

## 2.7 Kort om Rasch-modellering

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

Når vi tester data opp mot Rasch-modeller, vurderer vi om observerte data i tilstrekkelig grad oppfyller forventningene til den teoretiske Rasch-modellen. Dersom et spørsmål «fanger opp» «for mye av noe annet» enn det spørsmålet var tiltenkt å måle – at noe annet enn helsekompetanse påvirker hvordan respondentene svarer, refererer vi til dette som «**underdiskriminerende**» spørsmål. Med det mener vi at spørsmålet ikke greier å skille eller diskriminere tilstrekkelig godt mellom personer med lav og med høy helsekompetanse. Vi tester også om spørsmålene «virker» på samme måte for ulike grupper av respondenter – at for eksempel kjønn ikke i betydelig grad påvirker svarene på enkeltspørsmål. Dersom faktorer som alder, kjønn og utdanning i betydelig grad påvirker svarene på enkelte spørsmål, refererer vi til dette som «**DIF**» (differential item functioning). Vi vurderer da om de spesifikke dataene bør forkastes eller kan ligge til grunn for måling av helsekompetanse.

Ved bruk av Rasch-modellering vurderer vi også om par av spørsmål er «for like hverandre» og til en viss grad samler inn samme eller overflødig informasjon. Dette refererer vi til som «**svaravhengighet**» eller «statistisk avhengige spørsmål». Validiteten til måleinstrumenter som har til hensikt å måle latente trekk eller egenskaper, slik som helsekompetanse, økes ved å inkludere spørsmål som måler ulike aspekter

ved trekket eller egenskapen (Andrich & Marais, 2019). For at det skal være matematisk forsvarlig å addere poeng fra enkeltspørsmål til en poengsum for et sett av spørsmål eller en skala, må dataene måleteknisk sett være «endimensjonale» (Smith Jr, 2002). Dersom et sett av spørsmål er tilstrekkelig endimensjonale og ingen spørsmål er statistisk avhengige, kan vi si at målingen oppfyller «antakelsen om lokal uavhengighet». Høy reliabilitet eller pålitelighet følger av tilpasning til Rasch-modeller.

## 2.8 Håndtering av manglende data

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

## 2.9 Statistisk forskjellige kompetansenivåer

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

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

Da ulike måleskalaer har ulike nullpunkt, kan vi *ikke* direkte sammenlikne fordeling av kompetanse mellom to måleskalaer. Vi kan ikke sammenlikne for eksempel **Tabell 13** og **Tabell 17** og påstå at befolkningen har «bedre» helsekompetanse enn digitale ferdigheter. **Tabell 17** viser imidlertid at personer eldre enn 65 år oppgir svakere digitale ferdigheter enn yngre grupper. Dette er en gyldig konklusjon, fordi vi sammenlikner oppnådd «sår» på den samme måleskalaen mellom ulike grupper.

## 2.10 Helseøkonomiske analyser

### Variablene som er benyttet

I de helseøkonomiske analysene i **Kapittel 7** er målet å finne ut i hvilken grad helsekompetanse-skalaen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO\_Norwegian (GHL) og delskalaene for de tre helsedomenene HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO\_Norwegian

(HP), HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO\_Norwegian (DP) og HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO\_Norwegian (HC) samvarierer med de tre helseøkonomisk relevante variablene «Antall fastlegebesøk siste år» (representerer helsetjenestekostnader), «Antall dager borte fra jobben grunnet helseproblemer» (representerer produktivitetskostnader) og «helserelatert livskvalitet» målt ved EQ-5D-5L (representerer samfunnskostnader i form av tapt helserelatert livskvalitet). EQ-5D-5L er et måleinstrument som ofte legges til grunn for å estimere gevinster i helseøkonomiske evalueringer i form av QALYs (kvalitetsjusterte leveår). Samlet gir dette 12 analyser. Skalaene testes hver for seg. Hadde de inngått i en samlet analyse, ville de kunne redusere betydelig hverandres estimerte koeffisienter og p-verdier. Pearson korrelasjons koeffisient (Pearson's r) mellom disse variablene varierer fra 0,64-0,86.

**Tabell 3** viser spørsmålene som ble brukt til å måle helsekompetanse innenfor og på tvers av de tre helsefaglige domenene HP, DP og HC. Rasch-modellering ligger til grunn for utvalget av spørsmål, og metoden er beskrevet under punkt **2.7 Kort om Rasch-modellering**. I de økonomiske analysene har vi brukt samleskåren for hver av skalaene, og vi har dividert summen på antall spørsmål som inngår i skalaen. Dette gir et estimat for gjennomsnittsskåren for spørsmålene inkludert i den aktuelle skala, og det er disse verdiene som er oppgitt i figurene i **Kapittel 7**. For den enkelte skala er alle respondenter som ikke har svart på ett eller flere av de inkluderte spørsmålene, utelatt fra skalaen.

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

**Tabell 3:** Spørsmålene som er inkludert i hver av skalaene GHL, HP, DP og HC.

Skala	spørsmål (HLS <sub>19</sub> -Q47-NO)
Generell helsekompetanse: GHL	2, 7, 10, 14, 18, 23, 28, 30, 32, 38, 43, 44
Helsekompetanse innen helsefremming («health promotion»): HP	32, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 46
Helsekompetanse innen sykdomsforebygging («disease prevention»): DP	17, 18, 22, 23, 24, 28, 30, 31
Helsekompetanse innen helsetjenester («healthcare»): HC	2, 4, 5, 7, 10, 11, 13, 14

Indeksen «Evne til å lese og skrive norsk» har verdiene 1-4 der verdien 1 er «best». Indeksen er satt sammen av de to variablene «Hvor godt forstår du skriftlig informasjon på norsk?» og «Hvor godt skriver du selv norsk?». Disse spørsmålene har svarkategorier 1-4 der 1 er «svært godt» og 4 er «svært dårlig». Indeksen ble laget ved å summere svarene på de to spørsmålene og dividere på to ((nonat 3 + nonat 4)/2). Variabelen «utdanningsnivå» har 9 ulike nivåer og er i de økonomiske analysene benyttet som en variabel på intervall-skala nivå.

**Tabell 4** på neste side gir en samlet oversikt over variablene som er med i analysene i **Kapittel 7**. **Tabell 4** viser hvilke uavhengige variabler som ble benyttet til analysene av de tre avhengige variablene. Det ble gjort analyser for hver av måleskalaene for helsekompetanse opp mot hver av de tre avhengige variablene.

**Tabell 4:** Uavhengige variabler som ble benyttet til å studere varians i de tre avhengige variablene.

Uavhengige variabler	Avhengige variabler			Verdier
	EQ-5D-5L skår	Antall fastlegebesøk pr. år	Antall dager sykefravær pr. år pga helse	
<b>Måleskalaer for helsekompetanse</b>				
Generell helsekompetanse (GHL)	x	x	x	1-4
Helsekompetanse innenfor helsefremming (HP)	x	x	x	1-4
Helsekompetanse innenfor sykdomsforebygging (DP)	x	x	x	1-4
Helsekompetanse innenfor helsetjenester (HC)	x	x	x	1-4
<b>Kontrollvariablene</b>				
Alder	x	x	x	år
Kjønn	x	x	x	0, 1
Utdanningsnivå	x	x	x	0-8
Utdannet innen helse eller ikke	x	x	x	0, 1
Sysselsatt	x	x		0, 1
Student	x	x		0, 1
Arbeidsløs	x	x		0, 1
Pensjonert	x	x		0, 1
Indikator for lese- og skriveferdighet	x	x	x	1-4
<b>Interaksjoner</b>				
Utdanningsnivå X GHL	x	x	x	
Utdanningsnivå X HP	x	x	x	
Utdanningsnivå X DP	x	x	x	
Utdanningsnivå X HC	x	x	x	
Utdanningsnivå X Alder	x	x	x	
Utdanningsnivå X Helseutdanning	x	x	x	
<b>Kvadrerte variabler</b>				
Alder kvadrert	x	x	x	
Utdanning kvadrert	x	x	x	
GHL kvadrert	x	x	x	
HP kvadrert	x	x	x	
DP kvadrert	x	x	x	
HC kvadrert	x	x	x	

### De statistiske analysene i Kapittel 7

I analysene av «antall fastlegebesøk pr. år» har vi basert oss på «Generalized linear models» (GLM) med gamma «distribution family» og log linkfunksjon. Dette valget er bl.a. basert på Deb, Norton, and Manning (2017) og Glick, Doshi, Sonnad, and Polsky (2015). For sammenligning med GLM-analysene for fastlegebesøk gjøres det også ordinary least squares (OLS) analyser, og disse sammenfaller i stor grad både med hensyn til *p*-verdier og for estimerte forventningsverdier for antall fastlegebesøk. Alternativt til GLM kunne også «Count models» vært vurdert her (Deb et al., 2017). Spesielt er disse aktuelle ved f.eks. få mulige verdier på den avhengige variabelen (ofte 0, 1, 2, ...) og når det er et poeng å vise hvordan ulike uavhengige variabler påvirker fordelingen for den avhengige variabelen (f.eks. hvor stor andel av

respondentene hadde henholdsvis 1, 2 eller 3 legebesøk). I vår analyse kan den avhengige variabelen ha 28 mulige verdier, 20 % av respondentene har verdier som tilsier 4 eller flere legebesøk og 17 % av utfallene har verdien 0. Videre var vårt fokus ikke på fordelingen for den avhengige variabelen.

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

Analysene av «antall dager helserelatert sykefravær pr. år» er basert på totrinnsmodellen («Two-part model») der første trinn baseres på «probit» og annet trinn på GLM med gamma «distribution family», log linkfunksjon og «robust» estimering av varians. Valget er basert på anbefalinger i Deb et al. (2017). Vi sammenligner i tillegg resultatene fra totrinnsmodellen med OLS og «Generalized linear models» (GLM) med gamma «distribution family» og log linkfunksjon (Glick et al., 2015). For de tre modellenes estimat av det aritmetiske gjennomsnitt var modellene relativt sammenfallene. Videre sammenfalt modellene også med hensyn til om GHL, DP og HC (se **Tabell 4**) samvarierte signifikant med sykefravær. Alle de tre modellene fant hhv manglende signifikans for GHL og DP og signifikans for HC. Men modellene konkluderte ulikt med hensyn til signifikans for HP, hvor GLM og OLS ikke fant signifikans, mens totrinnsmodellen fant signifikans i trinn to, men ikke i trinn en. Alle analysene som ble gjort, var basert på «Exclude cases listwise» ved missing. Analysene ble utført i Stata 16.

Framgangsmåter for samtlige analyser baserte seg delvis på metoden beskrevet i Laake, Lydersen, and Veierød (2012), og går ut på at alle aktuelle variabler legges simultant inn i analysen og så kjøres den statistiske analysen. Variabelen med den høyeste  $p$ -verdien tas ut og analysen gjøres på nytt. Dette gjentas til kun signifikante variabler er igjen, bortsett fra de aktuelle måleskalaene for helsekompetanse som uansett beholdes i modellen. Dernest legges inn og testes variabler på nytt som ble tatt ut tidligere i elimineringsprosessen, for å se om de eventuelt blir signifikante ved den nye kombinasjonen av uavhengige variabler. De modellene en stod igjen med etter denne prosessen, er presentert i tabellene i **Kapittel 7**. Samspill/interaksjon og polynome transformasjoner (kvadrerte ledd) ble lagt inn i analysene. Variablene som ble benyttet til dette, ble lagt inn i modellen fra starten av elimineringsprosessen beskrevet ovenfor. Disse er vist i **Tabell 4**.

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

### **Kausalitet eller samvariasjon?**

Analysene i **Kapittel 7** studerer styrken på samvariasjoner mellom ulike måleskalaer av helsekompetanse (uavhengig variabel) og en avhengig variabel, slik som antall besøk hos fastlegen. En tverrsnittstudie kan ikke si noe sikkert om årsak-virkningsforhold, slik case-kontroll, kohort eller RCT design kan. Helsekompetanse kan likevel være en av flere mulige årsaker til høy EQ-5D-skår eller få besøk hos fastlegen.



# **Kapittel 3:**

## **Helsekompetansen i befolkningen**

Helsekompetanse handler om grunnleggende ferdigheter, kunnskap og motivasjon som gjør individet i stand til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon med den hensikt å kunne ta helserelaterte beslutninger i hverdagen.

Med helsekompetanse mener vi her de kognitive ferdighetene eller kognitive kategoriene finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i de tre helsefaglige domenene / helserelaterte kontekstene: når vi skal fremme helse (helsefremming), når vi skal forebygge sykdom (sykdomsforebygging), og når vi trenger hjelp av helsevesenet (helsetjenesterelatert). På engelsk refereres disse domenene til «health promotion» (HP), «disease prevention» (DP) og «healthcare» (HC).

### 3.1 Det helsefremmende domenet (Health Promotion)

Det helsefremmende domenet handler om personers ferdigheter i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i helsefremmende kontekster, som å fremme egen helse, familiemedlemmers helse eller helsen til personer i lokalsamfunnet. Dette handler om å ta sunne helsevalg, kjenne til faktorer som kan påvirke helsen, og engasjere seg i helsefremmende aktiviteter.

**Tabell 5** viser de åtte spørsmålene som inngår i skalaen «HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO», og **Figur 4** på neste side viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål. For eksempel henviser variabelnavnet HL36 til spørsmål 36 i HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian.

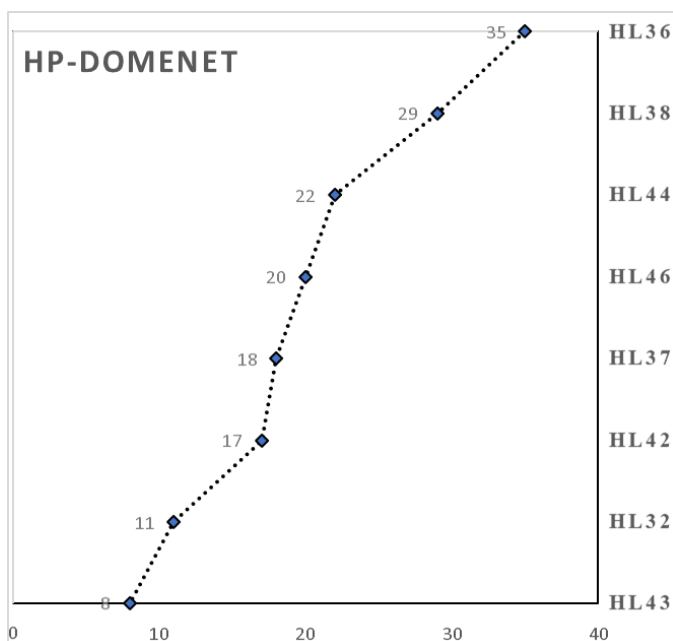
**Tabell 5:** Utvalgte spørsmål om helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet (HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	Kognitiv kategori	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
HL36	finne	finne informasjon om tiltak som fremmer helse (...)?*
HL38	forstå	forstå informasjon på matemballasje?
HL44	anvende	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?
HL46	anvende	påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen din å gjøre?
HL37	forstå	forstå råd om helse fra familie eller venner?
HL42	vurdere	vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?
HL32	finne	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?
HL43	vurdere	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din?

\* Fullstendig ordlyd er: finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?

Svake ferdigheter innenfor det helsefremmende domenet kan påvirke helsen i et livslangt perspektiv. Mer enn en tredjedel opplever det som (veldig) vanskelig å finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget (spørsmål HL36). Nær 30 % rapporterer at de mener det er (veldig) vanskelig å forstå informasjon på matemballasje (HL38), noe som kan medføre utfordringer når en skal velge sunne matvarer. Flere enn hver femte (22 %) synes dessuten det er (veldig) vanskelig å ta avgjørelser som handler om å bedre egen helse og trivsel (HL44).

Konstruktet «helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8–32 «poeng» på den tilhørende måleskalaen. Vi valgte å operere med tre nivåer for helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet (**Tabell 6**).



**Figur 4:** Andelen personer i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene innenfor det helsefremmende domenet.

del av nivå 1, synes typisk det er «lett» å forstå råd om helse fra familie eller venner (HL37) og vurdere hvordan boforholdene kan påvirke helsen og trivselen (HL42). Hele 28 % av befolkningen havner på nivå 1 eller «under nivå 1». Vi gjør imidlertid oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 5** bare eksemplifiserer typiske ferdigheter.

Personer på nivå 2 synes typisk det er «lett» å påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen å gjøre (HL46). Personer på øvre del av nivå 2, kjennetegnes ved at de i tillegg mener det er «lett» å finne informasjon om tiltak som fremmer helse (HL36). Personer på nivå 1 eller «under nivå 1» vil typisk ikke ha ferdighetene som kjennetegner personer på nivå 2.

I underkant av en femtedel av befolkningen befinner seg på nivå 3. Personer på dette nivået har høy kompetanse og opplever at de mestrer eller synes mange av ferdighetene i **Tabell 5** er til dels *veldig* lette. Det er altså først på dette nivået at personer mestrer de aktuelle ferdighetene fullt ut.

**Tabell 6:** Det helsefremmende domenet (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2996	n=1449	n=1547	n=290	n=2093	n=512	n=1105	n=1869	n=1084	n=1882
Nivå 3	18	16	20	15	18	20	15	20	15	19
Nivå 2	54	55	52	55	54	52	55	53	51	55
Nivå 1	27	28	27	29	27	27	29	26	32	25
Under nivå 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

I **Tabell 6** har vi beregnet prosentandelen personer på hvert av de tre nivåene, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Ingen grupper skiller seg ut med betydelig lavere eller høyere helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet, men vi nevner at en høyere andel av personer med utdanning utover videregående opplæring er på det høyeste nivået. Det samme gjelder personer uten langvarig sykdom sammenlignet med dem som har slik sykdom.

Personer på nivå 1, og de som skårer nær grensen for nivå 1, vil kunne synes typisk det er «lett» å vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen (HL43), men utover dette mestrer de i liten eller ingen grad de øvrige ferdighetene. Personer som skårer på øvre

## Oppsummering

Basert på selvrapporing av helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet, oppnår hele 28 % av befolkningen en samleskår tilsvarende nivå 1 og under. Denne gruppa når ikke opp til det vi har kalt nivå 2. Med utgangspunkt i de faktiske spørsmålene de har besvart, antas personer på eller under nivå 1 å ha til dels svak kompetanse innenfor det helsefremmende domenet.

Omtrent halvparten av befolkningen ligger på nivå 2, og disse opplever at de til en viss grad mestrer flere av ferdighetene det ble spurt om. Personer på nivå 3 mestrer typisk de fleste ferdighetene det ble spurt om.

Ingen av de nevnte gruppene skiller seg ut med betydelig lavere eller høyere helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet.

### 3.2 Det sykdomsforebyggende domenet (Disease Prevention)

Det sykdomsforebyggende domenet omfatter personers ferdigheter i å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon i sykdomsforebyggende kontekster, som for eksempel å forholde seg til informasjon om usunne vaner, anbefalte helseundersøkelser og vaksiner en bør ta.

**Tabell 7** viser de åtte spørsmålene som inngår i skalaen «HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO». **Figur 5** viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål. For eksempel henviser variabelnavnet HL28 til spørsmål 28 i HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian.

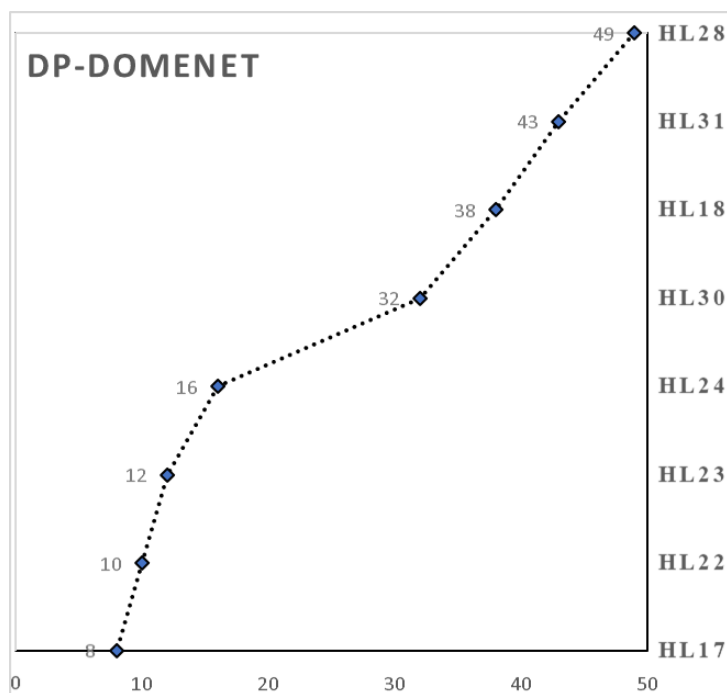
**Tabell 7:** Utvalgte spørsmål om helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet (HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	Kognitiv kategori	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
HL28	vurdere	vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på?
HL31	anvende	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av informasjon i massemedia?
HL18	finne	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres?
HL30	anvende	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?
HL24	vurdere	vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på (...)?*
HL23	forstå	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser?
HL22	forstå	forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?
HL17	finne	finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner (...)**

\* Fullstendig ordlyd er for HL24: vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?

\*\* Fullstendig ordlyd er for HL17: finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?

Svake ferdigheter innenfor det sykdomsforebyggende domenet kan medføre at folk er mer utsatt for sykdom. Halvparten opplever det som (veldig) vanskelig å vurdere om informasjon fra massemedia om helserisiko er til å stole på (HL28; 49 %), mens 43 % opplever det som (veldig) vanskelig å avgjøre hvordan folk kan unngå sykdom på bakgrunn av informasjon i massemedia (HL31). Dette kan medføre utfordringer når massemedia anvendes for å dele informasjon om risiko for sykdom og hvordan sykdom kan forebygges. Konsekvensen av ikke å finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres, kan også få alvorlige konsekvenser for den enkelte. Hele 38 % i befolkningen mener at det kan være vanskelig å finne slik informasjon (se spørsmål HL18 i **Figur 5** og **Tabell 7**).



**Figur 5:** Andelen personer i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene innenfor det sykdomsforebyggende domenet.

Konstruktet «helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8–32 «poeng» på den tilhørende måleskalaen. Vi valgte å operere med tre nivåer for helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet (se **Tabell 8**).

I **Tabell 8** har vi beregnet prosentandelen personer på hvert av de tre nivåene, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Når det gjelder alder, er det ingen grupper som skiller seg ut med betydelig lavere eller høyere helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet. Resultatene tyder imidlertid på at menn har lavere

helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet enn kvinner. Personer med videregående opplæring eller mindre som høyest fullførte utdanning kan også anees å ha lavere helsekompetanse innen det sykdomsforebyggende domenet enn de med utdanning utover videregående opplæring. Vi nevner også at det er en høyere andel av personer med langvarig sykdom som befinner seg på nivå 1 sammenlignet med dem som ikke har slik sykdom.

Personer på nivå 1 vil kunne synes det er typisk «lett» å finne informasjon om hva de kan gjøre for å begrense usunne vaner (HL17), forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (HL23) og forstå hvorfor de kan trenge vaksiner (HL22). Personer med helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet på øvre del av nivå 1, vil i tillegg synes det er typisk «lett» å vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på (HL24). Øvrige personer på nivå 1 vil synes selv dette er vanskelig. Hele 26 % av befolkningen havner på nivå 1 eller «under nivå 1». Vi gjør imidlertid oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 7** bare eksemplifiserer typiske ferdigheter.

Personer på nivå 2 kjennetegnes ved at de synes det er typisk «lett» å avgjøre hvordan de kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner (HL30). I tillegg vil de på øvre del av nivå 2 sannsynligvis oppleve det som lett å vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på (HL28), ta avgjørelser på bakgrunn av informasjon i massemedia på hvordan de kan unngå sykdom (HL31) og finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres (HL18). Vel halvparten av befolkningen befinner seg på nivå 2. Personer på nivå 1 eller «under nivå 1» har ikke ferdighetene som kjennetegner personer på nivå 2.

Personer på nivå 3 har svært høy kompetanse og føler at de mestrer eller synes mange av «ferdighetene» i **Tabell 7** er til dels *veldig* lette, noe som gjelder i underkant av en femtedel av befolkningen. Det er altså først på dette nivået at personer mestrer de aktuelle ferdighetene fullt ut.

**Tabell 8:** Det sykdomsforebyggende domenet (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2996	n=1448	n=1548	n=290	n=2093	n=512	n=1104	n=1870	n=1084	n=1882
Nivå 3	19	15	22	17	20	18	15	21	18	19
Nivå 2	55	56	53	57	54	54	54	55	52	56
Nivå 1	26	28	25	26	26	28	30	24	29	25
Under nivå 1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

### Oppsummering

Basert på selvrapporing av helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet, oppnår hele 26 % av befolkningen en samleskår tilsvarende nivå 1 og under. Med utgangspunkt i de faktiske spørsmålene de har besvart, antas personer på eller under nivå 1 å ha til dels svak kompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet.

Omtrent halvparten av befolkningen ligger på nivå 2, og disse opplever at de til en viss grad mestrer de fleste av ferdighetene det ble spurt om. Personer på nivå 3 mestrer typisk de fleste ferdighetene det ble spurt om.

Helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet har klar sammenheng med kjønn og utdanningsnivå. I gjennomsnitt oppga kvinner høyere ferdighet enn menn, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå.

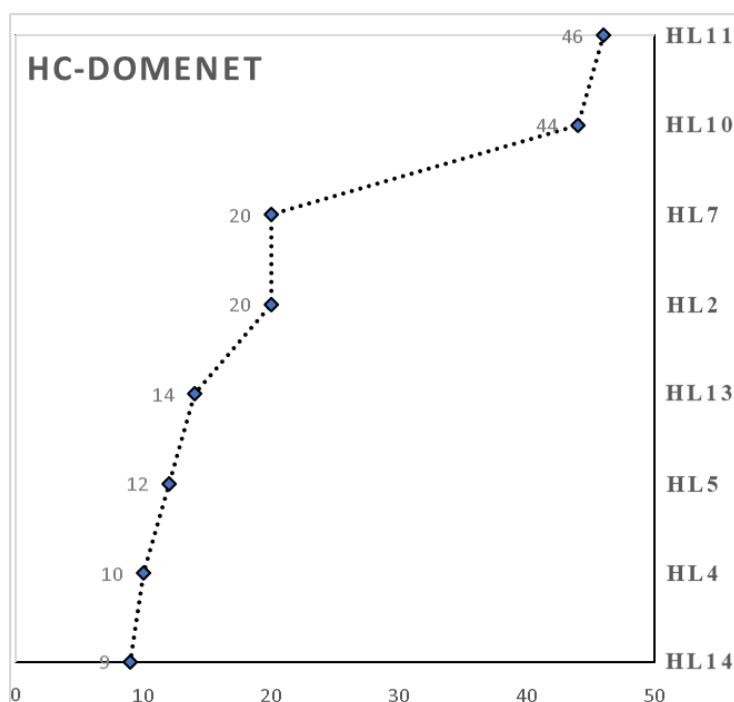
### 3.3 Det helsetjenesterelaterte domenet (Healthcare)

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

**Tabell 9** på neste side viser de åtte spørsmålene som inngår i skalaen «HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO», og **Figur 6** viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål. For eksempel henviser variabelnavnet HL11 til spørsmål 11 i HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian.

**Tabell 9:** Utvalgte spørsmål om helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	Kognitiv kategori	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
HL11	vurdere	vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?
HL10	vurdere	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?
HL7	forstå	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt-situasjon?
HL2	finne	finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?
HL13	anvende	bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?
HL5	forstå	forstå det som legen sier til deg?
HL4	finne	finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk?
HL14	anvende	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?



**Figur 6:** Andelen personer som svarte (veldig) vanskelig på utvalgte spørsmål innenfor det helsetjenesterelaterte domenet.

situasjon (HL7). Dette kan medføre at personer kommer senere til akuttbehandling, kan være sykere når de først tar kontakt, og få konsekvenser for behandlingsmuligheter. Videre kan det få alvorlige konsekvenser dersom folk ikke forstår det som legen sier (HL5), ikke finner ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk (HL4) og ikke er i stand til å følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler (HL14). Imidlertid er det kun et fåtall (rundt 10 %) som opplever dette som vanskelig.

Konstruktet «helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8–32 «poeng» på den tilhørende måleskalaen. Vi valgte å operere med tre nivåer for helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (se **Tabell 10**).

I **Tabell 10** har vi beregnet prosentandelen personer på hvert av de tre nivåene, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Resultatene tyder på at det ikke er tydelig kjønnsforskjell i helsekompetanse

Svake ferdigheter innenfor det helsetjenesterelaterte domenet kan påvirke hvordan en agerer på ulike symptomer og mestrer egen sykdom. Nær halvparten av befolkningen opplever det som (veldig) vanskelig å vurdere om de trenger en ny vurdering fra en annen lege («second opinion»; HL11).

Konsekvensen av ikke å kunne vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger (HL10) kan være alvorlig, spesielt i tilknytning til samvalgsprosesser. Dette er dessuten noe hele 44 % i befolkningen mener kan være (veldig) vanskelig. En femtedel av befolkningen opplever det som (veldig) vanskelig å forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt-

innenfor det helsetjenesterelaterte domenet. Imidlertid har personer med fullført utdanning utover videregående opplæring høyere ferdighet enn de med videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå. Dessuten tyder resultatene på at personer i aldersgruppen 18–24 år har lavere helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet enn de øvrige aldersgruppene.

Personer som akkurat når opp på nivå 1, vil typisk kunne synes det er «lett» å finne ut hvor en kan få profesjonell hjelp når de er syke (HL4). Personer med helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet på øvre del nivå 1, synes typisk det er «lett» å bruke informasjon som legen gir til å ta avgjørelser om egen sykdom (HL13) og forstå det som legen sier (HL5). Mange personer vil oppleve at selv dette er vanskelig. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at spørsmålene i **Tabell 9** kun utgjør eksempler på typiske ferdigheter. Hele 22 % av befolkningen befinner seg på eller under nivå 1.

Personer som skårer oppunder nivå 2 kjennetegnes ved at de synes det er typisk «lett» å forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akuttsituasjon (HL7) og finne informasjon om behandlinger av sykdommer (HL2). Vel halvparten av befolkningen befinner seg på nivå 2. Personer på øvre del av nivå 2 vil i tillegg kunne vurdere om de trenger en ny vurdering fra en annen lege (HL11) og vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger (HL10).

Personer på nivå 3 (21 % av befolkningen) har svært høy kompetanse og mener at de mestrer fullt ut eller synes mange av «ferdighetene» i **Tabell 9** er til dels *veldig* lette.

**Tabell 10:** Det helsetjenesterelaterte domenet (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2999	n=1451	n=1548	n=290	n=2093	n=515	n=1107	n=1870	n=1086	n=1882
Nivå 3	21	19	23	15	22	21	16	23	20	21
Nivå 2	57	59	56	61	57	58	59	56	56	58
Nivå 1	21	21	20	23	20	19	23	19	23	20
Under nivå 1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

## Oppsummering

Basert på selvrapporing av helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet, oppnår hele 22 % av befolkningen en samleskår tilsvarende nivå 1 og under. Med utgangspunkt i de faktiske spørsmålene de har besvart, antas personer på eller under nivå 1 å ha til dels svak kompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet.

Omtrent halvparten av befolkningen ligger på nivå 2, og disse opplever at de til en viss grad mestrer flere av ferdighetene det ble spurt om. Personer på nivå 3 mestrer typisk de fleste ferdighetene det ble spurt om.



Helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet har klar sammenheng med utdanningsnivå, hvor personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå.

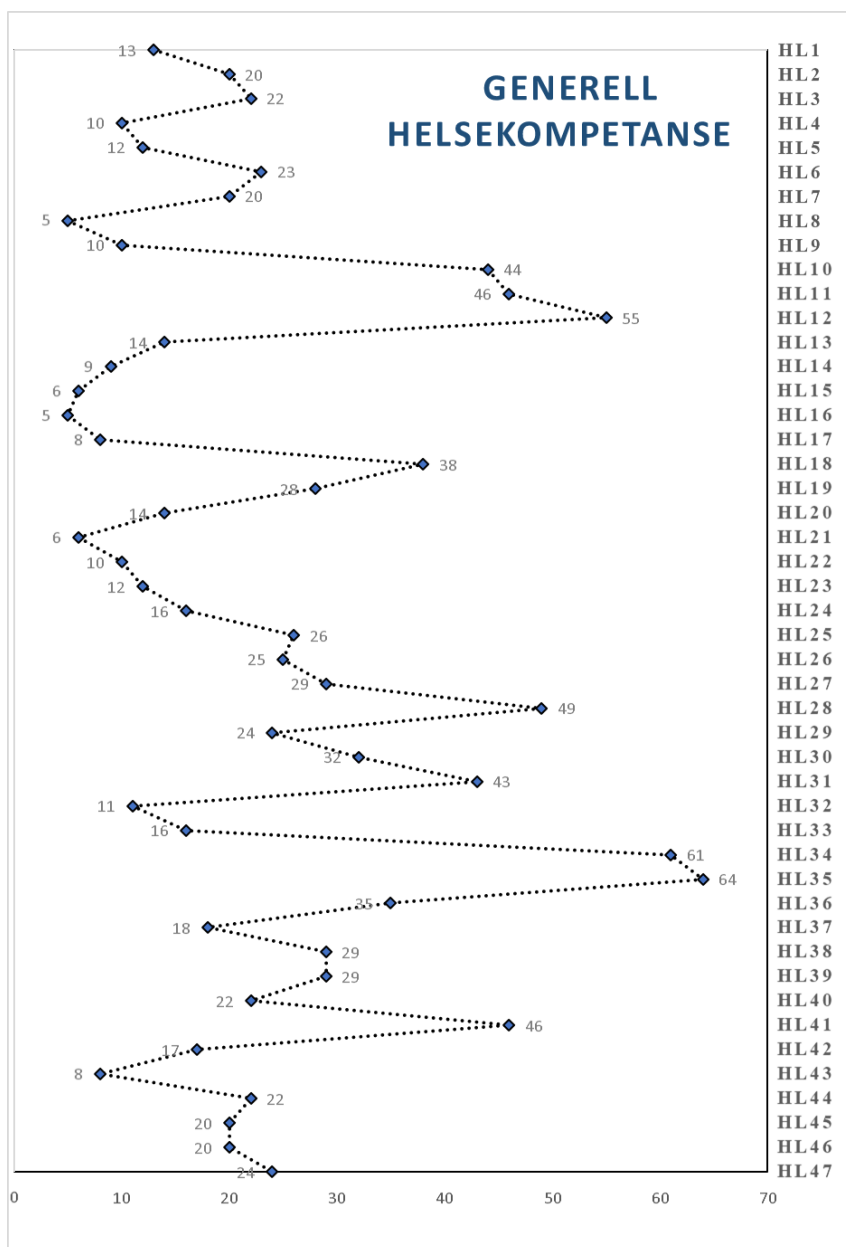
### 3.4 Generell helsekompetanse (Comprehensive Health Literacy)

Generell helsekompetanse (GHL) omfatter de fire kognitive kategoriene – finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon – innenfor de tre helsedomenene – helsefremmende, sykdomsforebyggende og helsetjenesterelatert. **Tabell 11** og **Figur 7** viser prosentandelen av befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de 47 spørsmålene (for ordlyd, se HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian i appendiks II). **Tabell 11** viser også hvilken kognitiv kategori og hvilket helsefaglig domene hvert av spørsmålene tilhører.

**Tabell 11:** Prosentandel av befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene om helsekompetanse (HLS<sub>19</sub>-Q47), andeler > 30 % er markert i fet type.

	I	II	III	IV	Prosentandel
	Finne (F=Find)	Forstå (U=Understand)	Vurdere (J=Judge)	Anvende (A=Apply)	for det enkelte domenet
a) Helsetjenesterelatert (HC)	HL1: 13 HL2: 20 HL3: 22 HL4: 10	HL5: 12 HL6: 23 HL7: 20 HL8: 5	HL9: 10 HL10: <b>44</b> HL11: <b>46</b> HL12: <b>55</b>	HL13: 14 HL14: 9 HL15: 6 HL16: 5	
Gjennomsnitt	Finne HC: 16	Forstå HC: 15	Vurdere HC: <b>39</b>	Anvende HC: 9	20
b) Sykdomsforebygging (DP)	HL17: 8 HL18: <b>38</b> HL19: 28 HL20: 14	HL21: 6 HL22: 10 HL23: 12	HL24: 16 HL25: 26 HL26: 25 HL27: 29 HL28: <b>49</b>	HL29: 24 HL30: <b>32</b> HL31: <b>43</b>	
Gjennomsnitt	Finne DP: 22	Forstå DP: 9	Vurdere DP: 29	Anvende DP: <b>33</b>	23
c) Helsefremming (HP)	HL32: 11 HL33: 16 HL34: <b>61</b> HL35: <b>64</b> HL36: <b>35</b>	HL37: 18 HL38: 29 HL39: 29 HL40: 22	HL41: <b>46</b> HL42: 17 HL43: 8	HL44: 22 HL45: 20 HL46: 20 HL47: 24	
Gjennomsnitt	Finne HP: <b>37</b>	Forstå HP: 25	Vurdere HP: 24	Anvende HP: 22	27

Det å vurdere helseinformasjon synes å være en utfordring for mange. Hele 39 % opplever det som (veldig) vanskelig å vurdere helseinformasjon innenfor en helsetjenesterelatert kontekst, mens i underkant av en tredjedel og rundt en fjerdedel opplever det som (veldig) vanskelig å vurdere helseinformasjon innenfor henholdsvis sykdomsforebyggende og helsefremmende kontekster. Det er dessuten en betydelig andel (37 %) av befolkningen som opplever det som (veldig) vanskelig å finne informasjon innen en helsefremmende kontekst (**Tabell 11**). En tredjedel opplever det dessuten som utfordrende å bruke tilgjengelig helseinformasjon for å forebygge sykdom.



**Figur 7:** Andelen personer i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene i HLS<sub>19</sub>-Q47-NO om generell helsekompetanse. Spørsmålene er gjengitt i appendiks II.

En betydelig andel av befolkningen opplever det som utfordrende å vurdere om informasjon som massemedia gir om sykdom (HL12; 55 %) og helserisiko (HL28, 49 %) er til å stole på. I underkant av en tredjedel opplever det som (veldig) vanskelig å forstå informasjon som massemedia gir for å bedre helsen (HL39). Det å finne informasjon om fysisk helse, og hvordan en kan begrense usunne vaner, oppleves som relativt lett for flestparten av befolkningen (HL17). Med bakgrunn i økende andel personer med psykiske helseproblemer, er det derfor påfallende at mer enn en tredjedel av befolkningen opplever det som (veldig) vanskelig å finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres (HL18). Store deler av befolkningen rapporterer også at det er (veldig) vanskelig å finne informasjon om hvordan nabolaget kan gjøres mer helsevennlig (HL34) og vurdere hvordan

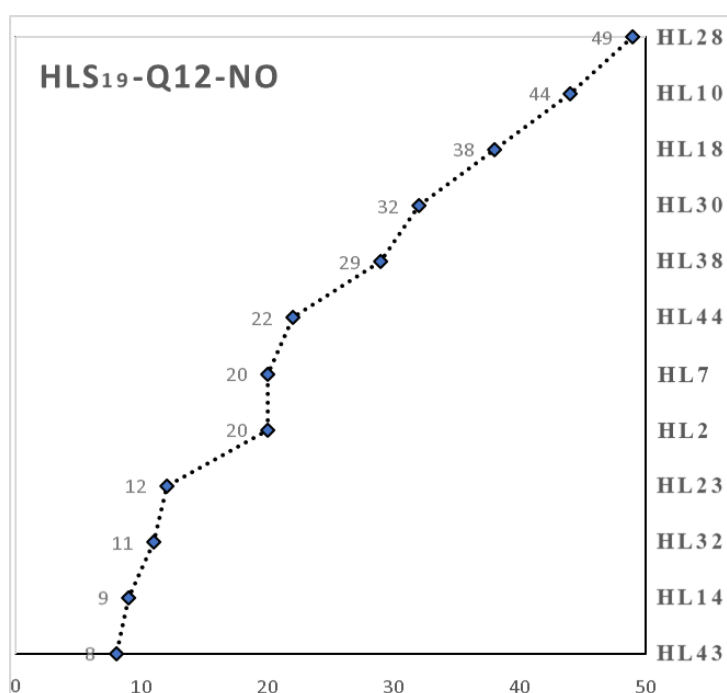
nabolaget påvirker helsen (HL41). Å finne informasjon om helsefremmende tiltak på arbeidsplassen/studiested og nabolaget oppleves også som utfordrende for vel en tredjedel av befolkningen (HL36). Oppunder to-tredjedeler av befolkningen opplever det dessuten som (veldig) vanskelig å finne informasjon om hvordan lovendringer eller andre helsepolitiske beslutninger kan påvirke deres helse (HL35).

Siden HLS<sub>19</sub>-Q47 ikke kan ansees å være en tilstrekkelig endimensjonal måleskala for å kunne angi en samleskår for generell helsekompetanse, har vi anvendt den endimensjonale kortversjonen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO til dette formålet. De psykometriske egenskapene til denne kortversjonen har blitt vurdert til å være akseptable også i dette utvalget.

Generell helsekompetanse er målt ved bruk av kortversjonen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO som består av 12 spørsmål med fire svarkategorier hver. Respondentene kunne dermed oppnå 12–48 «poeng» på konstruktet. Dette medførte stor variasjon, gode muligheter for å skille mellom personers kompetanse og følgelig høy reliabilitet. Høy reliabilitet betyr igjen at vi kunne definere ulike «signifikant» forskjellige kompetansenivåer. Vi valgte å operere med tre nivåer for generell helsekompetanse (se **Tabell 13**).

**Tabell 12:** Spørsmålene om generell helsekompetanse basert på kortversjonen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO. Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	Kognitiv kategori	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
HL28	vurdere	vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på?
HL10	vurdere	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?
HL18	finne	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres?
HL30	anvende	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?
HL38	forstå	forstå informasjon på matemballasje?
HL44	anvende	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?
HL7	forstå	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon?
HL2	finne	finne informasjon om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?
HL23	forstå	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser?
HL32	finne	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?
HL14	anvende	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?
HL43	vurdere	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din?



**Figur 8:** Andelen personer som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene om generell helsekompetanse (kortversjonen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO).

informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring (HL32). Personer med generell helsekompetanse på nivå 1 og personer oppunder nivå 1 vil kunne følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler (HL14) og vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen (HL43). Hele

I **Tabell 13** på neste side har vi beregnet prosentandelen personer på hvert av de tre nivåene, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Ingen grupper skiller seg ut med betydelig lavere eller høyere generell helsekompetanse. Vi vil likevel nevne at det er en større andel menn enn kvinner som skårer på eller under nivå 1. Det er også en større andel personer med videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå enn personer med fullført utdanning utover videregående opplæring på nivå 1 og under .

Personer med generell helsekompetanse på nivå 1 synes typisk det er «lett» å forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser (HL23) og finne

33 % av befolkningen befinner seg på nivå 1 eller under. Personer på øvre del av nivå 1 vil i tillegg synes det er typisk «lett» å ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen (HL44), forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon (HL7) og finne informasjon om behandlinger av sykdommer (HL2). Personer på nivå 2 (46 % av befolkningen) kjennetegnes ved at de synes det er typisk «lett» å avgjøre hvordan de kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner (HL30) og forstå informasjon på matemballasje (HL38). Personer med lavere helsekompetanse vil typisk oppleve dette som vanskelig. Personer på øvre del av nivå 2 vil i tillegg synes det er typisk «lett» å vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på (HL28), vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger (HL10) og finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres (HL18).

Personer på nivå 3 (20 % av befolkningen) har svært høy kompetanse og mener at de mestrer eller synes mange av «ferdighetene» i **Tabell 12** er til dels *veldig* lette. Imidlertid må en være ganske høyt opp på nivå 3 før en mener at det er *veldig* lett å vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger (HL10).

**Tabell 13:** Generell helsekompetanse målt ved HLS<sub>19</sub>-Q12-NO (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2999	n=1451	n=1548	n=290	n=2094	n=514	n=1107	n=1870	n=1086	n=1882
Nivå 3	20	17	24	18	21	18	16	23	18	22
Nivå 2	46	48	45	45	47	47	47	46	46	47
Nivå 1	31	33	29	35	30	33	34	29	33	29
Under nivå 1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

### 3.5 Oppsummering

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

Basert på Rasch-modellering og estimering av «signifikant» forskjellige nivåer, oppnår 33 % av befolkningen en samleskår på eller under nivå 1. Denne gruppa antas å ha til dels svak generell helsekompetanse. I underkant av halvparten rapporterer en kompetanse som tilsvarer nivå 2, og disse opplever at de mestrer de fleste ferdighetene. Personer på nivå 3 (20 % av befolkningen) opplever høy grad av mestring når det gjelder generell helsekompetanse.

Det ble ikke avdekt betydelige forskjeller i helsekompetanse på tvers av ulike bakgrunnsvariabler. Imidlertid kan kvinner og personer med utdanning utover videregående opplæring muligens ha noe bedre ferdigheter.

Det å kunne kritisk vurdere helseinformasjon oppleves som vanskelig for store deler av befolkningen. Det vil derfor være avgjørende at *pålitelig* informasjon om helse og sykdom gjøres lettere tilgjengelig. Det vil antakelig også være behov for veiledning i å finne frem til pålitelige digitale kilder for helseinformasjon. På bakgrunn av disse resultatene bør det dessuten vektlegges intervensjoner for å styrke befolkningens

kritiske kompetanse. Slik kompetanse er nødvendig for at personer skal kunne finne frem til og anvende evidensbasert helseinformasjon. Dessuten opplever mange at det er utfordrende å vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger. For å lykkes med «pasientens helsetjeneste» og samvalgsprosesser krever dette at den enkelte får tilstrekkelig pålitelig informasjon om fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer, og at denne informasjonen er tilpasset personens helsekompetanse. Psykisk helse er en betydelig folkehelseutfordring i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018a, 2018b; Meld. St. 19 (2018-2019)). Resultatene i denne undersøkelsen tyder imidlertid på at mange har utfordringer med å finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres. Dermed bør slik informasjon være lettere tilgjengelig, og være på et slikt nivå at befolkningen kan anvende informasjonen for å kunne ta vare på sin psykiske helse.

# **Kapittel 4:**

## **Digital helsekompetanse**

Digital helsekompetanse innebærer blant annet kunnskaper og ferdigheter til å kunne bruke søkeverktøy, beherske søkestrategier og kritisk vurdere kilder og velge ut relevant *digital helseinformasjon*. Digital helsekompetanse handler også om beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*, og det omfatter dermed pasienters og brukeres *generelle digitale ferdigheter*, slik som å kunne kommunisere via digitale kanaler og løse tekniske problemer knyttet til bruk av digitale enheter. Målet om å skape pasientens helsetjeneste forutsetter at brukere og pasienter har kunnskaper og ferdigheter til å ivareta helsen sin på best mulig måte, også gjennom digitale tjenester og kanaler.

Teknologi løser utfordringer og skaper muligheter, men kan også føre til nye dilemmaer. Digitale tjenester er et nyttig supplement til konvensjonelle helsetjenester – ikke minst når tilgjengelighet er et problem eller tillit skaper utfordringer. Ny teknologi endrer praksiser, tenkemåter og hvordan samfunnet løser oppgaver og utfordringer. I tråd med at samfunnet digitaliseres, blir også helse- og omsorgstjenesten stadig mer digital (Levin-Zamir & Bertschi, 2018).

Ulike produkter designes og utvikles basert på brukerbehov, og brukere tilbys nå et mangfold av helserelaterte digitale produkter og tjenester. Eksempler er interaktive nettsteder, helsejournaler, apper og *digital helseinformasjon* på nettsider og portaler. Felles for digital teknologi er at den stiller krav til befolkningens *generelle digitale ferdigheter*. Med «*bruk av digitale helsetjenester*» mener vi ferdigheter i å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen sykdom, slik som ved «digital hjemmeoppfølging» der teknologi brukes av, sammen med eller på pasienten.

#### **4.1 Digital helseinformasjon (DHI)**

Kvalitetssikret digital helseinformasjon gir kunnskap om sunn livsstil og kan bidra til å forebygge fysisk og psykisk sykdom. Slike tjenester er en del av et bredt anlagt folkehelsearbeid med oppstart tidlig i livsløpet. Forskning peker på at tjenestene har forebyggende og helsefremmende effekter på flere folkehelseområder, og fører til bedre fysisk og psykisk helse over tid (Heron & Smyth, 2010; Krishna, Boren, & Balas, 2009; Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter, & McGhee, 2004). Digital helseinformasjon på for eksempel **helsenorge.no** og **zanzu.no** kan bidra til økt fysisk aktivitet, bedre kosthold, økt prevensjonsbruk, færre psykiske plager og begrenset bruk av tobakk, alkohol og rusmidler. Utbredt tilgang til informasjon kan gjøre brukere til eksperter på egen eller pårørendes sykdom, og således styrke pasienter i møte med helsepersonell.

Personer som kan finne, forstå, vurdere og bruke digital helseinformasjon til å ta beslutninger om egen helse, forventes altså å kunne stå bedre rustet i et livslangt perspektiv. Vi snakker da om **den delen av digital helsekompetanse** som handler om ferdigheten til å kunne bruke søkeverktøy, beherske søkestrategier og kritisk vurdere kilder og velge ut relevant digital helseinformasjon (Utdanningsdirektoratet, 2017).

Utviklingen av ferdigheten går fra å kunne bruke enkle digitale søkeverktøy til å i økende grad utvise selvstendighet og dømmekraft i valg og bruk av digitale verktøy og forholde seg kritisk til digitale informasjonskilder.

Personer med svake ferdigheter kan mangle oppdatert kunnskap om helsefremmende livsstil og forebygging av sykdom, og dermed spille en mindre aktiv rolle i å nå sitt eget helsepotensial (EuroHealthNet, 2019; Sørensen, 2019). I lys av bærekraftig samfunnsutvikling vil sårbare grupper som i dag har lav kompetanse kunne øke fremtidige samfunnskostnader knyttet til helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap. Digital helsehjelp har dessuten positiv effekt på både kvalitet, effektivitet og tilfredshet i helsetjenesten (Buntin, Burke, Hoaglin, & Blumenthal, 2011). Effekten vises blant annet gjennom redusert bruk av de fysiske helsetjenestene (Chaudhry et al., 2006), og ved at digitale tjenester kan bidra til økt oppmøte til konsultasjon og bedre etterlevelse av helsepersonellens anbefalinger (Direktoratet for e-helse, 2020).

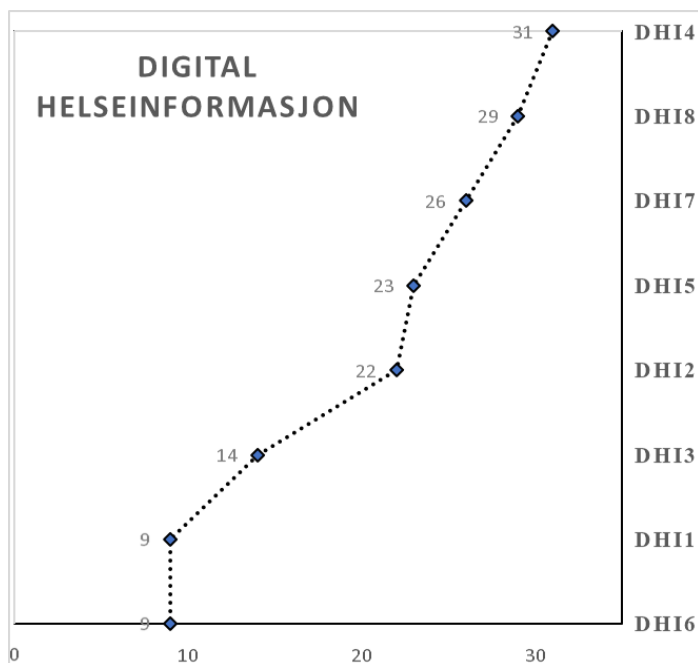
Konstruktet «digital helseinformasjon» består av åtte spørsmål (**Tabell 14**). Basert på tilgjengelig bakgrunnsinformasjon om respondentene, viste pilotering at skalaen hadde tilstrekkelig gode måleegenskaper i Norge. Det ble dermed ikke utført nasjonale tilpasninger, og den norske versjonen av spørsmålene ligger derfor tett opptil den engelske originale versjonen (se appendiks II). Bare respondenter som svarte bekreftende på at de hadde søkt etter helseinformasjon på Internett (2636 av 3000 eller 88 %), ble bedt om å svare på spørsmålene i **Tabell 14**. **Figur 9** på neste side viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål. **Figur 9** viser et skille mellom spørsmål som handler om å finne og forstå informasjon (DHI1–3 og 6) og de øvrige spørsmålene som handler om mer kognitivt krevende ferdigheter, slik som å analysere, vurdere og ta i bruk informasjonen.

**Tabell 14:** Spørsmålene i konstruktet «digital helseinformasjon». Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	Når du søker etter helseinformasjon på Internett, hvor lett eller vanskelig er det for deg å...
DHI4	vurdere om informasjonen er til å stole på?
DHI8	bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?
DHI7	vurdere om informasjonen gjelder i ditt tilfelle?
DHI5	vurdere om informasjonen er gitt med den hensikt å selge produkter eller tjenester?
DHI2	finne akkurat den informasjonen som du søker etter?
DHI3	forstå informasjonen?
DHI1	bruke egnede søkeord for å finne informasjonen du leter etter på nett?
DHI6	besøke flere Internettsider for å se om de gir tilsvarende informasjon om et tema?

En teknisk gjennomgang viser at spørsmålene i konstruktet DHI synes å oppfylle antakelsen om «lokal uavhengighet» – ingen spørsmål er «for like» hverandre (ingen svaravhengighet) og ingen delsett av spørsmål måler ulike aspekter (endimensjonalt). En kan tenke seg at spørsmålene DHI1–3, som handler om å finne og forstå informasjon, kunne målt en litt annen kompetanse enn de andre mer kognitivt krevende spørsmålene, men denne hypotesen styrkes altså ikke av empirisk evidens. Som nevnt observerer vi ingen svaravhengighet mellom spørsmål, men spørsmålene DHI3 (4) og 7 diskriminerer noe sterkt. Dette kan muligens forklares ved at disse spørsmålene er mindre spesifikke og av en noe oppsummerende karakter. Videre er nok konstruktet kalibrert for populasjoner med noe svakere





Figur 9: Andelen i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om digital helseinformasjon.

ferdigheter enn den norske. Reliabiliteten er likevel høy selv om spørsmålene ikke helt «treffer» nivået i vår populasjon. Spørsmål DHI3 viser DIF i favør av personer med **helsefaglig utdanning**, men det er ikke urimelig at personer med helsefaglig bakgrunn har spesialkompetanse på det å forstå helseinformasjonen de finner på Internett. Spørsmål DHI6 viser tilsvarende DIF i favør av personer uten slik utdanning, men dette kan være et utslag av DIF-analysen selv (kunstig DIF). Spørsmål DHI6 viser imidlertid DIF for alder i favør av yngre respondenter, men det er ikke utenkelig at personer i yngre aldersgrupper faktisk driver mer aktiv kildekritikk enn gruppen >65 år.

Konstruktet «digital helseinformasjon» består av åtte spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kan dermed oppnå 8–32 «poeng» på konstruktet. Vi har igjen valgt å operere med tre nivåer av ferdighet (se **Tabell 15**).

I **Tabell 15** har vi beregnet andelen personer på hvert nivå, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Kompetanse i å søke helseinformasjon på Internett synes å ha noe sammenheng med kjønn, alder og utdanningsbakgrunn. I gjennomsnitt oppga kvinner høyere ferdighet enn menn, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med vgo som høyeste fullførte utdanningsnivå. I tillegg selvrapporterte gruppen >65 år lavere ferdighet enn andre grupper, og 16 % oppnår en samleskår som er lavere enn grensen for nivå 1.

Tabell 15: Digital helseinformasjon (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2634	n=1279	n=1347	n=305	n=1824	n=413	n=953	n=1649	n=938	n=1667
Nivå 3	14	12	16	16	15	12	11	16	13	15
Nivå 2	31	31	32	35	32	23	29	34	30	32
Nivå 1	46	48	44	43	46	49	51	43	47	46
Under nivå 1	8	9	7	6	7	16	9	7	9	7

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

Personer under nivå 1 vil typisk oppleve det som *vanskelig* å finne gode søkeord (DHI1) og forstå den informasjonen de finner (DHI3). Disse ferdighetene er assosiert med samleskår nær grensa til nivå 1. En del personer på nivå 1, som skårer noe bedre enn grensa for nivå 1, forventes i tillegg å synes det er «lett»

å avveie om avsender har til hensikt å selge et produkt eller en tjeneste (DHI5), og om informasjonen de finner gjelder i eget tilfelle (DHI7). Personer som skårer i øvre halvdel av nivå 1, forventes å ha tilstrekkelige ferdigheter til å kunne *vurdere* om informasjonen de finner er til å stole på (DHI4) og bruke informasjonen til å løse et helseproblem (DHI8).

Personer i øvre halvdel av nivå 2, forventes å svare at det er *veldig* lett å utføre oppgavene assosiert med spørsmålene DHI1–3, 5 og 6. Det er først på nivå 3 at personer typisk mener det er *veldig* lett å utføre oppgavene assosiert med spørsmålene DHI4, 7 og 8.

## **4.2 Generelle digitale ferdigheter («Digital skills» DSK)**

Digital helsekompetanse og e-helse er flerdimensjonale begrep (Norman, 2011; Skinner, Maley, & Norman, 2006) som omfatter blant annet grunnleggende ferdigheter i lesing og regning, naturfaglig allmenndannelse, helsekompetanse og generelle digitale ferdigheter. Måling av generelle digitale ferdigheter var en nasjonal tilpasning av HLS<sub>19</sub> i Norge, og spørsmålene ble utviklet av norsk NST.

Basert på NIFUs anbefaling til Kommunal- og moderniseringsdepartementet (NIFU, 2019), valgte vi å utvikle spørsmål med bakgrunn i EUs «Digital Competence Framework for Citizens» (Carretero, Vuorikari, & Punie, 2017). Rammeverket har en klart definert struktur med de fem områdene informasjonsbehandling, kommunikasjon/samarbeid, innholdsproduksjon, sikkerhet/beskyttelse og problemløsning. Rammeverket beskriver ulike «kompetanser» under hvert område, og vi brukte disse kompetansene som grunnlag for å utvikle spørsmålene om generelle digitale ferdigheter.

Digitale ferdigheter strekker seg fra å memorere enkle operasjoner på en digital enhet, forstå og på egen hånd utføre rutineprosedyrer, evaluere ulike løsninger av stadig mer komplekse problemstillinger til selv å produsere innhold, som for eksempel å lage figurer og diagrammer. Det å kunne bruke digitale verktøy til å fremstille grafiske representasjoner er i seg selv ikke essensielt for digital helsekompetanse, men det er et uttrykk for høy mestring og sterke generelle digitale ferdigheter.

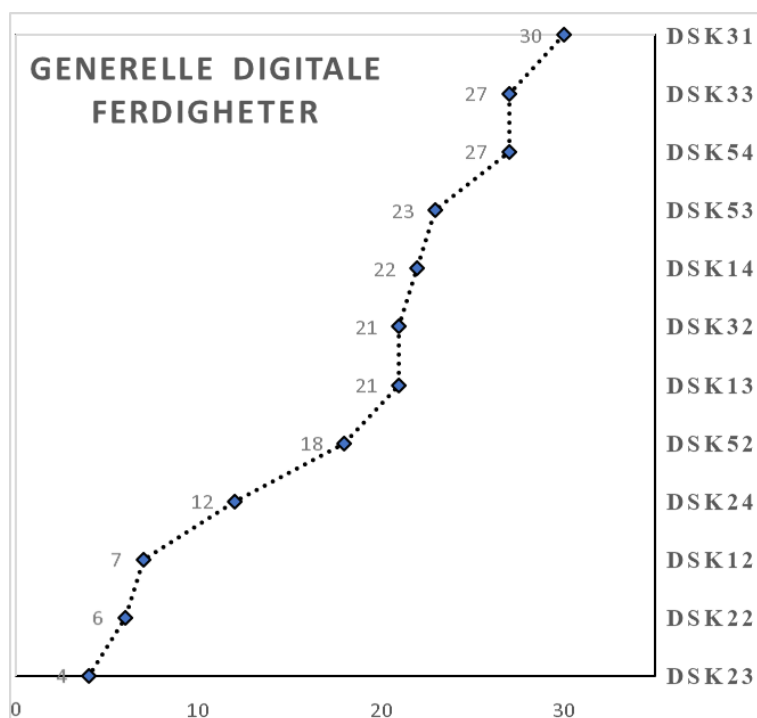
Personer med svake generelle digitale ferdigheter vil oppleve problemer med å finne kvalitetssikret digital helseinformasjon som kan fremme helse og forebygge sykdom, og de vil i begrenset grad mestre digitale helsetjenester – bruk av elektroniske verktøy i oppfølgingen av egen helse og sykdom.

Bare respondenter som svarte bekreftende på at de «bruker en digital enhet, slik som PC, nettbrett eller mobiltelefon med nettilkobling» (2.899 av 3.000 eller 97 %), ble stilt spørsmålene om «generelle digitale ferdigheter». Konstruktet «generelle digitale ferdigheter» består av 12 spørsmål (**Tabell 16**). Konstruktet er konseptuelt balansert ved at det er tre spørsmål innenfor hvert av områdene informasjonsbehandling (spørsmålene DSK12–14), kommunikasjon/samarbeid (DSK22–24), innholdsproduksjon (DSK31–33) og problemløsning (DSK52–54). De fire områdene danner fire delskalaer som bidrar til å øke konstruktets validitet («innholdsvaliditet»). Delskalaen sikkerhet/beskyttelse inngår ikke i konstruktet, fordi spørsmålene måler personers vurderingsevne mer enn deres «tekniske» digitale ferdigheter, slik som «avgjøre om det er trygt å besøke en bestemt Internettside eller laste ned en fil».

**Figur 10** viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av de 12 spørsmålene i **Tabell 16**. Vi ser at flest svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om «innholdsproduksjon» (DSK31–33), mens relativt få svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om «kommunikasjon/samarbeid» (DSK22–24).

**Tabell 16:** Spørsmålene i konstruktet «digitale ferdigheter». Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
DSK31	bruke digitale verktøy til å lage tabeller, grafer og figurer?
DSK33	endre innstillinger på programmer og applikasjoner?
DSK54	avgjøre hvilke digitale verktøy du trenger for å løse en bestemt oppgave?
DSK53	ta i bruk nye digitale verktøy og løsninger?
DSK14	bruke skybasert databehandling?
DSK32	sette inn fotnote, endre tekstformat, redigere tabeller og figurer i et elektronisk dokument?
DSK13	ta sikkerhetskopi (backup) av filer?
DSK52	laste ned, installere, oppdatere og slette programvare?
DSK24	samarbeide digitalt?
DSK12	lagre og hente frem informasjon på digitale enheter?
DSK22	dele digital informasjon?
DSK23	bruke nettbaserte tjenester?



**Figur 10:** Andelen i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om generelle digitale ferdigheter.

Aspektet kalt sikkerhet/beskyttelse inngår ikke i konstruktet «generelle digitale ferdigheter». Grunnen er at den tilhørende delskalaen ikke målte «tekniske» digitale ferdigheter, men personers evne til å vurdere, slik som å «avgjøre om det er trygt å besøke en bestemt Internettside eller laste ned en fil» og «identifisere Internettider og eposter som brukes av svindlere og eposter som brukes av svindlere (f.eks. falske oppdateringsvarsler og phishingangrep)». Aspektet fanget dermed opp «for mye av noe annet» enn tekniske ferdigheter, og spørsmålene «underdiskriminerte» når de opptrådte i samlevariabelen «generelle digitale ferdigheter». Konstruktet som består av flere delskalaer bryter teoretisk sett med

prinsippet om «endimensjonale måleskalaer», men analyser styrker hypotesen om at konstruktet «generelle digitale ferdigheter» er tilstrekkelig endimensjonalt.

Hver delskala bestod opprinnelig av fire spørsmål, men ett spørsmål i hver delskala ble forkastet grunnet «uordna svarkategorier» og DIF (se metodekapitlet punkt 2.7 Kort om Rasch-modellering). Spørsmålet som handlet om å «sette inn fotnote, endre tekstformat, redigere tabeller og figurer i et elektronisk

dokument» (DSK32) inngår i konstruktet, men viste noe DIF med hensyn på utdanningsnivå. Dette kan vi imidlertid forklare ved at personer med utdanning utover videregående opplæring oftere utfører slike operasjoner i yrkessammenheng og derfor vil oppfatte dette som lettere å utføre. Spørsmålet som berørte «nedlasting, installering, oppdatering og sletting av programvare» (DSK52) viste noe DIF for kjønn i favør av menn. Mulige årsaker kan være at menn overvurderer egne tekniske ferdigheter eller ikke ønsker å oppgi at dette er vanskelig (jf. «desirability»). Slike effekter representerer måletekniske problem, men vi har statistiske metoder til å avdekke og håndtere det.

Konstruktet «generelle digitale ferdigheter» består av 12 spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kan dermed oppnå 12-48 «poeng» på konstruktet. Vi har igjen valgt å operere med tre nivåer av ferdighet (se **Tabell 17**).

**Tabell 17:** Andelen personer på hvert nivå (digitale ferdigheter).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2893	n=1446	n=1447	n=325	n=1948	n=526	n=1078	n=1781	n=1033	n=1838
Nivå 3	46	52	40	62	50	19	41	50	38	51
Nivå 2	26	25	27	28	27	22	28	25	25	27
Nivå 1	19	16	22	8	18	32	20	18	25	15
Under nivå 1	9	7	11	2	5	27	11	7	13	7

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

I **Tabell 17** har vi beregnet andelen personer på hvert nivå for ulike bakgrunnsfaktorer. Generelle digitale ferdigheter har klar sammenheng med kjønn, alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga menn høyere ferdighet enn kvinner, personer med langvarig sykdom oppga svakere ferdigheter enn andre, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med videregående opplæring og lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå. I tillegg selvrapporterte gruppen >65 år svært lav ferdighet, hvor 27 % oppnådde en relativt lav samleskår (under nivå 1).

Personer under nivå 1 vil typisk svare (veldig) vanskelig på omtrent alle spørsmålene i **Tabell 16**, og her finner vi 27 % av gruppen >65 år og 13 % av de med langvarig sykdom. Personer som skårer i øvre halvdel av nivå 1, vil typisk kunne ta i bruk og mestre nye digitale verktøy (DK53) og redigere elektroniske dokument (DSK 32). Personer på nivå 2 vil kunne mestre det å avgjøre hvilke digitale verktøy som trengs for å løse en bestemt oppgave (DSK54), endre default/standardverdier (DSK33) og bruke digitale verktøy til å lage tabeller, grafer og figurer (DSK31). Det er først på øvre halvdel av nivå 2 og hovedsakelig nivå 3 at de typisk vil begynne å svare *veldig* lett på spørsmålene i **Tabell 16**.

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

Ovenfor diskuterte vi den delen av digital helsekompetanse som handler om å beherske søkestrategier og vurdere informasjonskilder. Med «bruk av digitale helsetjenester» mener vi ferdigheter i å kunne bruke elektroniske verktøy i oppfølging av egen helse og sykdom. Dette kan være enkeltpersoner som på eget initiativ monitorerer egen hjertefrekvens under fysisk aktivitet, eller innebære digitale helsetjenester som

ytes helt eller delvis på avstand (medisinsk avstandsoppfølging). Eksempler på avstandsoppfølging er «hjemmesykehus» der pasienten har utstyr på, inntil, eller inni seg som fjernmonitoreres av helsepersonell, «e-konsultasjon» med lege, «nettbasert behandling» der pasienten gjennomfører hele eller deler av behandlingen med eller uten oppfølging fra helsepersonell, og «digital hjemmeoppfølging» der pasienten utfører, registrerer og rapporterer måleresultater. Nettbasert behandling, e-konsultasjon og hjemmeoppfølging krever verktøy, slik som kommunikasjonsløsninger (video, bilde, tekst), utstyr til egenmålinger, digitale skjemaer for pasientrapporterte opplysninger (PRO), digital behandlingsplan, og nettbaserte selvbetjeningsløsninger med informasjon.

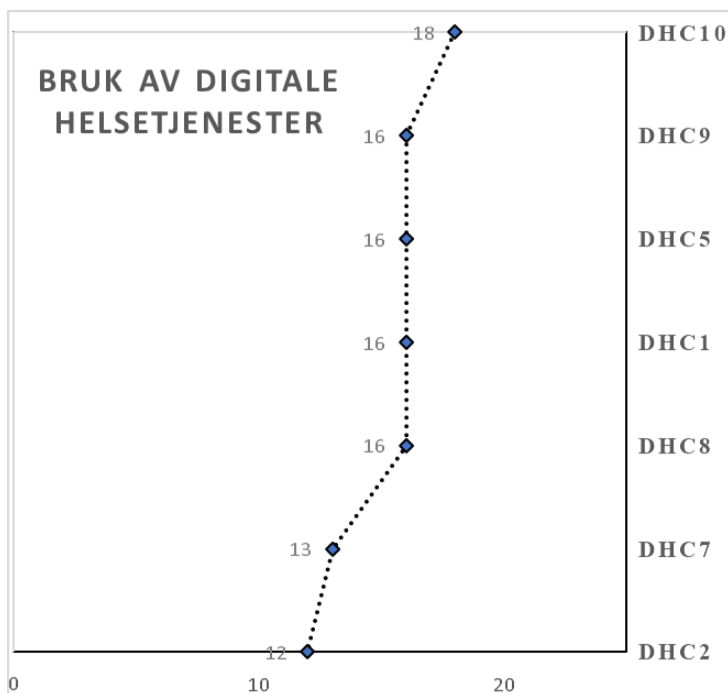
Kompetansen til å bruke digitale helsetjenester, slik som «digital hjemmeoppfølging», består av både holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Holdningene handler om å bli engasjert i egen helse og styrke motivasjonen for bruk av tjenesten. Ferdigheter i bruk av nødvendig verktøy og tilpasset utstyr går fra å kunne skru på utstyr og bruke verktøy, til å bli trygg og oppnå en følelse av kontroll. For å lese av, registrere og rapportere måleresultater kreves grunnleggende regneferdigheter. Evne til å se trender i grafiske fremstillinger og forstå om helsetilstanden bedres eller forverres, krever mer kunnskap. På et avansert nivå vil en kunne trekke slutninger fra data og drøfte ulike forklaringer i lys av teoretisk kunnskap. Dersom pasienter bruker utstyret feil, misforstår anvisninger fra helsepersonell, feilregistrerer og feiltolker data, kan det ha konsekvenser for helsen og videre sykdomsutvikling.

Konstruktet «bruk av digitale helsetjenester» består av sju spørsmål (**Tabell 18**) og ble utviklet av norsk NST. **Figur 11** på neste side viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål. **Figur 11** viser at relativt få i befolkningen svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene, men vi skal se at det er variasjon mellom ulike grupper i befolkningen.

**Tabell 18:** Spørsmålene i konstruktet «digitale helsetjenester». Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	I takt med teknologiutviklingen blir det stadig større krav til tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Dette gjør at helsetjenesten må jobbe på nye måter. Derfor blir flere helsetjenester digitalisert. På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil det være for deg å...
DHC10	kommunisere digitalt med helsepersonell om kritiske endringer i helsetilstanden din?
DHC9	registrere egne helseopplysninger i din personlige helsejournal på Internett?
DHC5	bruke mobiltelefon eller nettbrett til å registrere resultater fra målinger du selv tar?
DHC1	gjennomføre videosamtale med helsepersonell på mobiltelefon eller nettbrett?
DHC8	gjennomføre e-læringskurs for å lære hvordan du følger opp og mestrer egen sykdom?
DHC7	gi tilbakemelding til helsepersonell via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett?
DHC2	følge veiledninger fra helsepersonell under en videosamtale?

De sju spørsmålene i konstruktet «digitale helsetjenester» er «lokalt uavhengige», og med det mener vi at ingen spørsmål er «for like» hverandre (ingen svar-avhengighet) og at de måler bare ett aspekt (endimensjonalt). Spørsmål DHC7 «diskriminerer» sterkt mellom personer med lav og de med høyere ferdighet i «bruk av digitale helsetjenester». Dette kan delvis forklares ved at spørsmålet kopler sammen «digitale ferdigheter» (bruke apper) og «kommunikasjon» (melde tilbake til helsepersonell), som vil stå sentralt ved for eksempel «digital hjemmeoppfølging». I tråd med at relativt få svarer (veldig) vanskelig på spørsmålene i konstruktet, kan vi fra et folkehelseperspektiv *muligens* si at en stor andel av befolkningen synes å være vel forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester. Sett fra et måleteknisk



**Figur 11:** Andelen i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om bruk av digitale helsetjenester.

og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga gruppen >65 år, personer med langvarige sykdommer og lavt utdannede personer, svakere ferdigheter enn andre grupper. Personer med helsefaglig utdanning skårer høyt på konstruktet, og de synes dermed å være godt forberedt på selv å motta helsehjelp ved bruk av digitale helsetjenester.

Samfunnet yter helsetjenester til en befolkning der andelen >75 år er økende, og digitale helsetjenester forventes å håndtere noe av økningen. Økt bruk av digitale helsetjenester kan imidlertid bli utfordrende sett i lys av noe svakere selvrapporterte ferdigheter blant eldre >65 år og personer med langvarige sykdommer – grupper som i noe større grad bruker helsetjenestene.

Personer under nivå 1 (**Tabell 19**), vil typisk oppleve alle ferdighetene i **Tabell 18** som (veldig) vanskelig. Det betyr at en del eldre personer >65 år vil støte på betydelige problemer i møtet med digitale helsetjenester. Personer i nedre halvdel av nivå 1, har typisk ferdigheter til å «bruke apper eller programvare til å gi tilbakemelding om helsetilstanden sin til helsepersonell» (DHC7) og «følge veiledninger fra helsepersonell under en videosamtale» (DHC2). Vi kan imidlertid legge merke til at personer på dette ferdighetsnivået kan ha behov for assistanse til å gjennomføre videosamtaler med helsepersonell, slik som å sette i gang videosamtalen (DHC1). Dette er en ferdighet assosiert med øvre halvdel av nivå 1. Personer i øvre halvdel av nivå 1, vil oppleve at de i tilstrekkelig grad mestrer ferdighetene gjengitt i **Tabell 18**.

Personer på øvre halvdel av nivå 2, vil typisk svare (veldig) lett på de fleste av spørsmålene i **Tabell 18**. Det er først på nivå 3 vi kan forvente at personer svarer (veldig) lett på spørsmål som «kommunisere digitalt med helsepersonell om kritiske endringer i helsetilstanden» (DHC 10). Omtrent 40 % av befolkningen selvrappporter ferdigheter assosiert med nivå 3, mens andelen synker til 29 % i gruppa «lavt utdannede» og ned til 20 % i gruppa >65 år.

perspektiv kan vi derimot si at konstruktet kunne vært bedre kalibrert – at tilleggsspørsmål med sterkere vekt på praktisk bruk av teknisk utstyr kunne avdekt større varians i befolkningen.

Konstruktet «bruk av digitale helsetjenester» består av sju spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kan dermed oppnå 7–28 «poeng» på konstruktet. Vi har igjen valgt å operere med tre nivåer av ferdighet (se **Tabell 19**).

I **Tabell 19** har vi beregnet andelen personer på hvert nivå for ulike bakgrunnsfaktorer. Ferdighet i å kunne ta i bruk digitale helsetjenester synes å ha sammenheng med alder, utdanning

**Tabell 19:** Digitale helsetjenester (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2917	n=1457	n=1460	n=320	n=1941	n=568	n=1104	n=1776	n=1053	n=1840
Nivå 3	40	40	40	38	46	20	29	46	36	42
Nivå 2	35	35	34	40	34	31	36	34	33	36
Nivå 1	20	20	20	20	17	32	27	16	24	18
Under nivå 1	5	5	6	2	3	17	8	4	7	4

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

#### 4.4 Oppsummering

Kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon* har sammenheng med kjønn, alder og utdanningsbakgrunn. I gjennomsnitt oppga kvinner høyere ferdighet enn menn, og personer med fullført utdanning utover videregående opplæring oppga høyere ferdighet enn de med videregående opplæring som høyeste fullførte utdanningsnivå. Videre selvrapporterte gruppen >65 år lavere ferdighet enn andre grupper.

*Generelle digitale ferdigheter* har klar sammenheng med kjønn, alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga kvinner svakere ferdighet enn menn, og personer med langvarig sykdom oppga svakere ferdigheter enn andre. Personer med videregående opplæring som høyeste fullførte utdanningsnivå, oppga svakere ferdighet enn de med utdanning utover videregående opplæring, og gruppen >65 år rapporterte svært lav ferdighet.

Ferdighet i å kunne ta i bruk *digitale helsetjenester* har sammenheng med alder, utdanningsbakgrunn og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga gruppen >65 år, personer med langvarige sykdommer og lavt utdannede personer, svakere ferdigheter enn andre grupper.

Digital helsekompetanse uttrykt ved kompetanse i å søke etter *digital helseinformasjon*, besitte *generelle digitale ferdigheter* og beredskap til å ta i bruk *digitale helsetjenester*, varierer dermed med kjønn, alder, utdanningsnivå og langvarig sykdom.

# **Kapittel 5:**

**Om å navigere i helsevesenet**



I et sammensatt og fragmentert helsevesen må brukere kunne «navigere» på system- og organisasjonsnivå for å finne «rett behandling til rett tid».

Helsevesenet består av institusjoner og tjenester, og disse er regulert gjennom ulike lover. Helse- og omsorgstjenestene blir regulert gjennom blant annet spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven, tannhelsetjenesteloven, helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, så vel som folkehelseloven for nasjonale, regionale og lokale folkehelsearbeid. Kommunene har for eksempel ansvaret for primærhelsetjenester, som allmennlegetjenesten og helsefremmende lokalt folkehelsearbeid. Spesialisthelsetjenesten er plassert under de regionale helseforetakene, og disse har ansvaret for statlige helseforetak, som omfatter blant annet sykehus, distriktpsikiatriske sentre og laboratorie- og røntgenvirksomhet. Et slikt sammensatt og fragmentert helsevesen krever at brukere må kunne «navigere» for å finne «rett behandling til rett tid» (Jessup, Osborne, Beauchamp, Bourne, & Buchbinder, 2017; Tyshler & Dooley, 2012).

### **5.1 Om å navigere på system- og organisasjonsnivå**

Det å kunne navigere på «systemnivå» handler om å ha *oversikt* over hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer – dets struktur, nivåinndeling, tjenestetyper og funksjon. Brukere må være oppmerksomme på egenandeler og kostnader, på systemendringer og mulige konsekvenser av disse. De må også kjenne sine rettigheter og hvilket ansvar de selv har. Det å kunne navigere på «organisasjonsnivå» handler om å identifisere og avgjøre hvilke *konkrete* tjenester de har behov for og ønsker å bruke. Det handler også om å skaffe seg tilgang til tjenestene, komme i kontakt med riktige personer og vurdere kvalitet basert på foreliggende indikatorer. Brukere må for eksempel sette seg inn i eventuelle krav og regler for tilgang til og bruk av tjenester. De må også avgjøre om de trenger mer informasjon, hvor de finner den, og om de trenger støtte fra brukerorganisasjoner og rådgivningstjenester.

Utvikling av navigeringskompetanse går fra å kunne kontakte legevakt og fastlege i primærtjenesten, til å orientere seg om gjeldende lovverk, pågående helsepolitiske prosesser og bruke kvalitetsindikatorer ved valg av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Manglende autonomi og kompetanse kan medføre forsinket diagnose, behandling, rehabilitering og pleie.

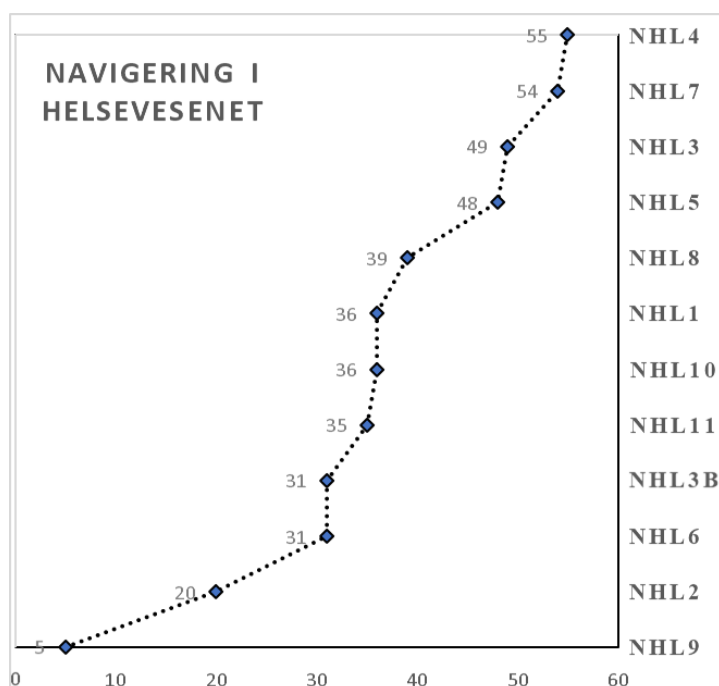
Etter pilotering og i dialog med den eksterne referansegruppa, reviderte norsk NST det originale konstruktet for «navigering i helsevesenet». **Tabell 20** viser det endelige konstruktet som ble brukt i Norge, men uten instruksjonene til telefonintervjueren. **Figur 12** på neste side viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål.

For å øke validiteten ble det målt to aspekter – navigering på system- og på organisasjonsnivå, men det reviderte konstruktet er likevel måleteknisk sett endimensjonalt. Disse to aspektene eller delskalaene har dermed felles nullpunkt, og vi kan således trekke slutninger på tvers av delskalaene. Konstruktet er konseptuelt balansert med seks spørsmål innenfor hver delskala, og begge delskalaene har tilstrekkelig høy reliabilitet.

**Tabell 20:** Spørsmålene om å navigere i helsevesenet (Sys og Org refererer til system- og organisasjonsnivå). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	Nivå	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
NHL4	Sys	forstå informasjon om pågående helsereformer som kan påvirke helsetjenestetilbudet ditt?
NHL7	Org	finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste?
NHL3	Sys	vurdere om en helseforsikring dekker ditt behov for en bestemt helsetjeneste?
NHL5	Sys	finne ut hvilke rettigheter du har som pasient eller bruker av helsetjenester?
NHL8	Org	vurdere om en bestemt helsetjeneste dekker ditt behov for helsehjelp?
NHL1	Sys	forstå informasjon om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer?
NHL10	Org	finne ut hvordan brukerorganisasjoner e.l. kan hjelpe deg å finne frem i helsevesenet?
NHL11	Org	finne riktig kontaktperson for ditt behov på en helseinstitusjon?
NHL3b	Sys	finne ut om en helsetjeneste krever egenandel?
NHL6	Org	avgjøre hvilket helsetilbud du skal velge, om du har behov for et?
NHL2	Sys	vurdere hvilken type helsetjeneste du trenger når du har et helseproblem?
NHL9	Org	vite hvordan du bestiller time hos primærhelsetjenesten?

\*Spørsmål NHL8 diskriminerte noe svakt mellom personer med høy og lav navigeringskompetanse. Spørsmål NHL3b ble lagt til i Norge (nasjonal tilpasning) fordi det, basert på pilotering, var usikkert om NHL3 måleteknisk sett ville fungere optimalt i Norge.



**Figur 12:** Andelen som svarer (svært) vanskelig på spørsmål om navigering i helsevesenet.

Spørsmålene i konstruert «navigering i helsevesenet» oppfyller antakelsen om «lokal uavhengighet» – ingen spørsmål er «for like hverandre», og de to aspektene navigering på «systemnivå» og på «organisasjonsnivå» synes å måle samme underliggende ferdighet. Vi kan merke oss at spørsmål NHL9 diskriminerer noe svakt, men dette kan forklares ved at de aller fleste vet hvordan en bestiller time hos primærhelsetjenesten. Spørsmål NHL3b om egenandel viser noe DIF på alder, der den yngste aldersgruppa skiller seg litt ut. Det er imidlertid ikke utenkelig at dette spørsmålet er mindre relevant for den yngste gruppa 18–24 år.

**Figur 12** viser at en betydelig andel av befolkningen responderte (veldig) vanskelig på spørsmål om å «navigere i helsevesenet». Det å «navigere på systemnivå» handler om å ha *oversikt* over helsevesenet, slik som å forstå informasjon om pågående helsereformer (NHL4), vurdere hvilke helsetjenester en helseforsikring dekker (NHL3), finne ut hvilke rettigheter pasienter eller brukere har (NHL5), og generelt forstå informasjon som beskriver oppbyggingen til helsevesenet og hvordan det fungerer (NHL1). I tillegg svarer nesten hver tredje respondent i utvalget at det er (veldig) vanskelig å finne ut om tjenester krever egenandel (NHL3B).

Det å «navigere på organisasjonsnivå» handler blant annet om å identifisere, få tilgang til og vurdere kvalitet på helsetjenester, slik som å finne informasjon om kvaliteten på helsetjenester (NHL7), vurdere om helsetjenesten dekker behovet en har for hjelp (NHL8), få hjelp av brukerorganisasjoner til å finne frem i helsevesenet (NHL10), og avgjøre hvilket helsetilbud en skal velge (NHL6). finne riktig kontaktperson ved helseinstitusjoner (NHL11). Det å ikke finne riktig kontaktperson på en helseinstitusjon, som på et sykehus, kan gi alvorlige helserelaterte konsekvenser (NHL11). Det kan også få alvorlige konsekvenser dersom en ikke greier å bestille time hos primærhelsetjenesten, men bare 5 % opplever dette som (veldig) vanskelig (NHL9).

Konstruktet «navigering i helsevesenet» består av 12 spørsmål som hver har fire svarkategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 12–48 «poeng» på konstruktet. Dette medførte stor variasjon, gode muligheter for å skille mellom personers kompetanse og følgelig høy reliabilitet. Høy reliabilitet betyr igjen at vi kunne definere ulike «signifikant» forskjellige kompetansenivåer. Vi valgte å operere med tre nivåer for navigeringskompetanse (se **Tabell 21**). I **Tabell 21** på neste side har vi beregnet andelen personer på hvert nivå, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Ingen av disse gruppene skiller seg ut med *betydelig* lavere eller høyere navigeringskompetanse, men det kan potensielt være noe kjønnsforskjell i favør av kvinner. Det er i tillegg tegn til at gruppa 25–65 år vurderer egne ferdigheter som noe svakere enn gruppene <25 og >65, men det er færre respondenter i disse to gruppene.

Personer med samleskår nær grensa til nivå 1, vil *typisk* synes det er «lett» å vurdere hvilken type helsetjeneste en trenger når en har et helseproblem (NHL2), avgjøre hvilket helsetilbud en skal velge (NHL6) og finne ut om en helsetjeneste krever egenandel (NHL3b). Personer med navigeringskompetanse på *øvre* del av nivå 1, vil i *tillegg* synes det er «lett» å finne riktig kontaktperson på en helseinstitusjon (NHL11), finne ut hvordan brukerorganisasjoner kan hjelpe dem til å finne frem i helsevesenet (NHL10), forstå informasjon om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer (NHL1), og vurdere om en bestemt helsetjeneste dekker deres behov for helsehjelp (NHL8).

Personer med lavere samleskår, som ikke når opp til nivå 1 og skårer «under nivå 1» (omlag 20 % av befolkningen), kan synes det er vanskelig å navigere selv på dette nivået. En del personer «under nivå 1» vil synes det er «lett» å bestille time hos primærhelsetjenesten (NHL9).

Hele 52 % av befolkningen ligger på eller under nivå 1, og vi forventer at disse i liten grad mestrer ferdigheter assosiert med nivå 2. Personer på nivå 2 kjennetegnes ved at de synes det er «lett» å finne ut hvilke rettigheter en har som pasient eller bruker av helsetjenester (NHL5), vurdere om en helseforsikring dekker en bestemt helsetjeneste (NHL3), og finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste (NHL7). Personer med navigeringskompetanse på *øvre* del av nivå 2, kan i tillegg *typisk* forstå informasjon om pågående helsereformer som kan påvirke helsetjenestetilbudet (NHL4). Personer på nivå 3 har høy navigeringskompetanse og mener at «ferdighetene» i **Tabell 20** er til dels *veldig* lette. Personer med en eller annen form for helseutdanning skårer høyt på «navigering», og mer enn 60 % av dem er på nivå 2 eller 3 (ikke rapportert i tabellen).

**Tabell 21:** Å kunne navigere i helsevesenet (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2989	n=1489	n=1500	n=325	n=1980	n=592	n=1136	n=1814	n=1076	n=1890
Nivå 3	17	15	19	18	16	19	16	18	17	17
Nivå 2	32	31	32	35	31	32	33	31	31	32
Nivå 1	33	33	33	31	33	33	32	33	32	33
Under nivå 1	19	21	16	15	20	16	19	18	20	18

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

## 5.2 Oppsummering

Med å navigere i helsevesenet mener vi å ha oversikt over hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer (systemnivå), og å kunne avgjøre hvilke konkrete tjenester en har behov for og ønsker å bruke (organisasjonsnivå). En betydelig andel av befolkningen responderte (veldig) vanskelig på flere av spørsmålene som handlet om å «navigere i helsevesenet». Nesten 20 % av befolkningen skårte «under nivå 1», som betyr at de har til dels betydelige utfordringer med for eksempel å vurdere hvilken type helsetjeneste de trenger når de har et helseproblem, om denne helsetjenesten vil dekke behovet deres, og avgjøre hvilket helsetilbud de skal velge. Personer «under nivå 1» vil videre ha utfordringer med å finne frem til riktige personer ved helseinstitusjoner, og de vil typisk synes det er vanskelig å finne ut av hvordan brukerorganisasjoner eventuelt kan hjelpe dem med dette. Mer enn 50 % av befolkningen når ikke opp til «kompetansenivå 2». Dette nivået kjennetegnes ved at en kan finne informasjon om kvaliteten på bestemte helsetjenester, og finne ut av hvilke rettigheter en har som pasient og bruker av helsetjenester. Sett i lys av «pasientens helsetjeneste», der brukerne av helsetjenestene selv skal spille en aktiv rolle, må helsetjenestene ta høyde for at mange opplever utfordringer i møtet med helsevesenet.

# **Kapittel 6:**

**Om å kommunisere med helsepersonell**

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er viktig for å stille diagnose, ta riktige beslutninger om behandling og planlegge hensiktsmessig oppfølging. Dette er mulig bare når pasienten eller brukeren kan «kommunisere» og føre en dialog med helsepersonell om egen helsesituasjon.

«Pasientens helsetjeneste» stiller krav til brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene, og det er forventninger om at pasienter og brukere kan kommunisere med helsepersonell (Elwyn, Frosch, & Kobrin, 2016; Meijers, Noordman, Spreeuwenberg, Olde Hartman, & van Dulmen, 2019). Kvaliteten på kommunikasjonen påvirker hvor (mis)fornøyde pasienter og brukere er med helsetjenesten (Langewitz, Conen, Nübling, & Weber, 2002; Stahl & Nadj-Kittler, 2013), og hvor tilfredse pasientene og brukerne er med kommunikasjonen brukes derfor som indikator for tjenestekvalitet (Arasaratnam & Doerfel, 2005). Studier viser at helsepersonell stort sett mener at de kommuniserer godt, men at brukerne av tjenestene ikke er like fornøyde. Mulige årsaker er at helsepersonell overvurderer både egne kommunikasjonsevner og brukernes helsekompetanse (Ashton et al., 2003).

## **6.1 Kommunikasjon med helsepersonell sett fra brukerens perspektiv**

God kommunikasjon er avgjørende for å sette diagnose, bestemme og iverksette tiltak, og at pasienten mestrer helsesituasjonen. God kommunikasjon med helsepersonell påvirker helseutfall, og kommunikasjon blir stadig viktigere grunnet endringer i pasientenes rolle, kravet om mer pasientdeltakelse og samvalg (Elwyn et al., 2016; Meijers et al., 2019).

I denne undersøkelsen refererer «kommunikasjon» til samtaler mellom helsepersonell og brukere av helsetjenester. Helsekommunikasjon handler likevel om mer enn bare den helserelaterte samtalen mellom helsepersonell og bruker, og kan omfatte skriftlig og billedlig informasjon eller digitalisert helsekommunikasjon gjennom lyd, bilde og film. Konstruktet «kommunikasjon med helsepersonell» handler om å kunne beskrive overfor helsepersonell hvordan brukerne opplever egen helsesituasjon, delta aktivt i dialogen med helsepersonell, stille spørsmål om noe er uklart, og kunne bruke informasjonen de mottar til å ta vare på egen helse. Svake kommunikasjonsferdigheter kan gi misforståelser, feil diagnose og mangelfull etterlevelse av anbefalte helseråd.

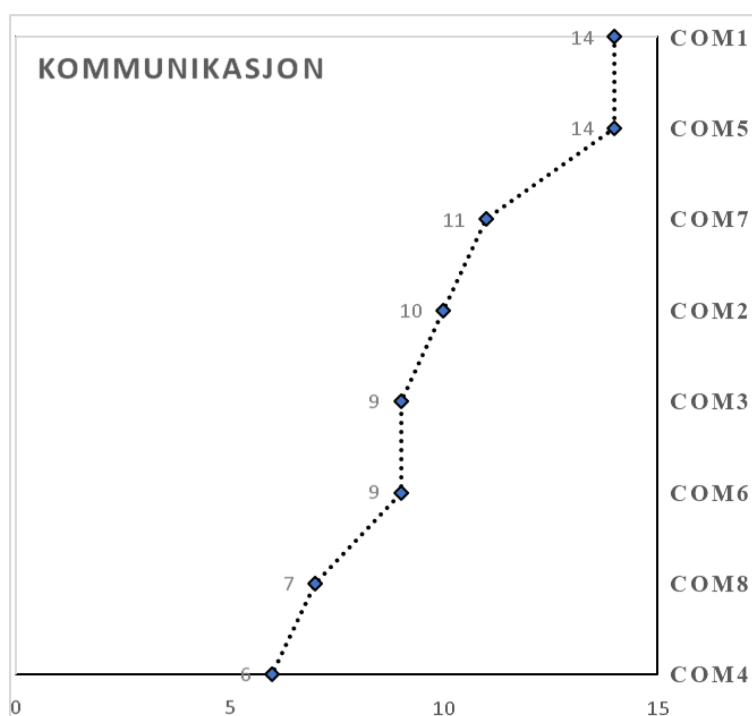
Etter pilotering reviderte og tilpasset norsk NST ordlyden på flere av spørsmålene til norske forhold, og antall spørsmål ble redusert fra 11 til 8 (se appendiks II). **Tabell 22** viser det endelige konstruktet som ble brukt i Norge, men uten instruksjonene til telefonintervjueren. **Figur 13** viser andelen som svarte (veldig) vanskelig på hvert spørsmål.

Konstruktet ga tilstrekkelig endimensjonale data, og har tilfredsstillende høy reliabilitet. Ingen av spørsmålene viste DIF. Imidlertid diskriminerer spørsmålet Com1 noe svakt mellom personer med høy og lav kommunikasjonskompetanse.

**Tabell 22:** Spørsmålene om å kommunisere med helsepersonell. Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.

Variabel	På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å...
Com1	beskrive til helsepersonell hvordan du opplever helsen eller helseproblemet ditt?
Com5	fortelle helsepersonell hvordan du selv ønsker å følge opp helsen din?
Com7	være aktiv i dialogen med helsepersonell om avgjørelser rundt helsen din?
Com2	be helsepersonell om mer informasjon, hvis du trenger det?
Com3	forstå det som helsepersonell sier til deg?
Com6	diskutere helsen din med helsepersonell?
Com8	bruke informasjon som helsepersonell gir deg, til å ta vare på helsen din?
Com4	spørre helsepersonell hvis det er noe du ikke forstår?

Det kan få alvorlige konsekvenser for oppfølging og behandling dersom pasienter og brukere ikke beskriver tilstrekkelig godt hvordan de selv opplever helsen eller helseproblemet, noe 14 % i befolkningen opplever som vanskelig (se spørsmål Com1 i **Tabell 22** og **Figur 13**). Mangelfull beskrivelse av egen helsetilstand kan gi misforståelser og medføre at helsepersonell mangler eller har feil opplysninger om symptomer. På bakgrunn av dette kan diagnoser stilles på feil grunnlag og pasienten kan risikere ikke å få den oppfølgingen som situasjonen krever.



**Figur 13:** Prosentandelen som svarer (veldig) vanskelig på spørsmål om kommunikasjon med helsepersonell.

Det kan også få alvorlige helserelaterte konsekvenser dersom brukere ikke spør helsepersonell om det de ikke forstår (Com3), eller om de ikke er i stand til å bruke den informasjonen helsepersonell gir (Com8). Det var imidlertid et fåtall som syntes dette var (veldig) vanskelig.

Konstruktet «kommunikasjon med helsepersonell» består av åtte spørsmål som hver har fire svar-kategorier. Respondentene kunne dermed oppnå 8–32 «poeng» på konstruktet. Vi valgte å operere med tre nivåer for kommunikasjons-kompetanse (se **Tabell 23**).

I **Tabell 23** på neste side har vi beregnet prosentandelen personer på hvert nivå, og vi har gjort dette for ulike bakgrunnsfaktorer. Personer med langvarig sykdom og videregående opplæring eller lavere som høyeste fullførte utdanningsnivå skiller seg ut med lavere kommunikasjonskompetanse. Vi nevner at en relativt høy andel av personer i den yngste aldersgruppen skårer på eller under nivå 1. Befolkningen i Norge rapporterer generelt sett høy kompetanse i å kommunisere med helsepersonell. Imidlertid hadde nær 20 % av utvalget helsefaglig utdanning, og dette

kan ha påvirket resultatet. Personer med helsefaglig utdanning skiller seg ut med betydelig høyere kommunikasjonskompetanse enn de som ikke har slik utdanning, og hele 93 % av personer med «en eller annen form for» helseutdanning skårer på nivå 2 eller 3.

Personer som så vidt når opp på nivå 1 vil typisk synes det er «lett» å spørre helsepersonell om det er noe de ikke forstår (Com4), og personer *under* nivå 1 kan oppleve selv dette som vanskelig. Personer på *øvre* del av nivå 1 vil i tillegg typisk synes det er «lett» å forstå det som helsepersonell sier (Com3), diskutere helsen med helsepersonell (Com6), og bruke informasjon de får fra helsepersonell til å ta vare på helsen (Com8).

Personer med kommunikasjonskompetanse på nivå 2 kjennetegnes ved at de typisk synes at det er «lett» å beskrive til helsepersonell hvordan de opplever helsen eller helseproblemet (Com1), uttrykke egne ønsker for oppfølging av helsetilstanden (Com5), være aktive i dialogen sammen med helsepersonell (Com7), og be helsepersonell om mer informasjon (Com2). Personer på nivå 3 har svært høy kompetanse, og føler at de mestrer eller synes «ferdighetene» i **Tabell 22** er til dels *veldig* lette.

**Tabell 23:** Kommunikasjon med helsepersonell (andelen personer på hvert nivå).

Nivå	Befolkningen (%)	Kjønn* (%)		Alder (%)			Utdanning** (%)		Langvarig sykdom (%)	
		M	K	18-24	25-65	>65	A	B	JA	NEI
	n=2979	n=1481	n=1498	n=324	n=1975	n=587	n=1131	n=1809	n=1070	n=1886
Nivå 3	47	46	48	47	48	45	43	50	44	48
Nivå 2	42	42	41	37	42	45	44	41	42	42
Nivå 1	11	11	10	14	11	8	13	9	13	9
Under nivå 1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1

\* M=mann, K=kvinne

\*\* A = til og med VGO, B = over VGO, VGO = Videregående opplæring

## 6.2 Oppsummering

Med å kommunisere med helsepersonell mener vi å kunne delta aktivt i dialog med helsepersonell for å trekke gode beslutninger om helse. Basert på Rasch-modellering og estimering av «signifikant» forskjellige nivåer, havner 12 % av befolkningen på eller under nivå 1. Denne gruppa har til dels svak kompetanse i å kommunisere med helsepersonell.

I overkant av 40 % av befolkningen ligger på nivå 2, og disse opplever at de mestrer de ferdighetene det ble spurt om. Nesten halvparten av befolkningen rapporterer kompetanse som tilsvarer nivå 3, og disse vil typisk oppleve høy grad av mestring når det gjelder å kommunisere med helsepersonell.

Ferdigheter i å kommunisere med helsepersonell har sammenheng med utdanningsnivå og sykdomsbilde. I gjennomsnitt oppga personer med langvarig sykdom og personer med lav utdanning svakere ferdighet enn andre. I tillegg skårte 16 % av de i aldersgruppen 18-24 år på eller under nivå 1.

For å optimalisere kommunikasjonen med pasienter og brukere, bør helsepersonell legge til rette for at den enkelte får uttrykt hvordan de opplever helsetilstanden og hvilke ønsker de har. Det vil også være



viktig at helsepersonell anvender ulike typer støttemateriell i kommunikasjonen med personer med lave ferdigheter. Dette kan dreie seg om bruk av bilder, piktogrammer eller korte filmer. Helsepersonell bør videre undersøke hva personen har forstått og sitter igjen med av kunnskap etter samtalen.

# **Kapittel 7:**

## **Helsekostnader og samfunnsøkonomi**

Helsekompetanse kan påvirke samfunnsøkonomiske størrelser gjennom helse-tjenestekostnader, produktivitetsendringer og QALYs (kvalitetsjusterte leveår). Dette kan studeres gjennom de ulike måleskalaene for helsekompetanse slik som generell helsekompetanse og helsekompetanse innenfor hvert av de helsefaglige domeneene helsefremming, sykdomsforebygging og helsetjenesterelatert.

Generell helsekompetanse er i analysene knyttet til helseøkonomi målt med måleskalaen HLS<sub>19</sub>-Q12-NO\_Norwegian (GHL). For å studere sammenhenger mellom helseøkonomi og helsekompetanse innenfor de tre domeneene er henholdsvis måleskalaene HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO\_Norwegian (HP), HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO\_Norwegian (DP) og HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO\_Norwegian (HC) anvendt, som beskrevet i **Kapittel 2.10**.

Helsekompetanse er en personlig determinant som er forbundet med bruk av helsetjenester og helsekostnader (Andersen & Newman, 2005). Lav helsekompetanse er ofte assosiert med økt bruk av helsetjenester blant eldre, etniske minoriteter og personer med lavere utdanning (David H. Howard, Sentell, & Gazmararian, 2006; Kindig, Panzer, & Nielsen-Bohlman, 2004; Schillinger et al., 2002; Rebecca L. Sudore et al., 2006; Rebecca L. Sudore et al., 2006). I en behandlingssetting, gir personer med lav helsekompetanse høyere helsetjenestekostnader. Dessuten er tjenestene mindre effektive for disse enn for personer med tilstrekkelig helsekompetanse (David H Howard, Gazmararian, & Parker, 2005).

## 7.1 Helsetjenestekostnader

Som eksempel på helsetjeneste vi vil her studere hvilken betydning helsekompetanse har for antall ganger respondenten oppsøker fastlegen pr. år. Helsekompetanse med hensyn til generell helsekompetanse (GHL), helsefremming (HP), sykdomsforebygging (DP) og helsetjenesterelatert (HC) ble funnet å samvariere signifikant med hvor mange ganger respondentene hadde vært hos fastlegen siste år (**Tabell 24**).

**Tabell 24:** Samvariasjon mellom gitte variabler og den avhengige variabelen antall fastlegebesøk siste år. En analyse ble gjort for hver av de fire helsekompetansevariablene.

Variabler	Regresjonskoeffisienter			
	Analyse mht. GHL	Analyse mht. HP	Analyse mht. DP	Analyse mht. HC
Generell helsekompetanse (GHL)	-,15*			
Helsekompetanse innen HP		-,19***		
Helsekompetanse innen DP			-,13*	
Helsekompetanse innen HC				-,13*
Alder	-,01**	-,01**	-,01**	-
Kjønn	-,38***	-,36***	-,39***	-,35***
Utdanningsnivå	-,20***	-,20***	-,19***	-,07***
Problemer med å skrive eller lese norsk	-	-	,17*	-
I lønnsarbeid	-	-	-	-,32***
Student	-,40***	-,37***	-,40***	-,48***
Utdanningsnivå x alder	,003**	,003**	,003**	-
Konstanten	2,66***	2,79***	2,38***	2,26***

Tabellnote: \* Tilsvare p < 0,05, \*\* tilsvare p < 0,01 og \*\*\* tilsvare p < 0,001. Analysene er basert oss på «Generalized linear models» (GLM) med gamma "distribution family" og log linkfunksjon.

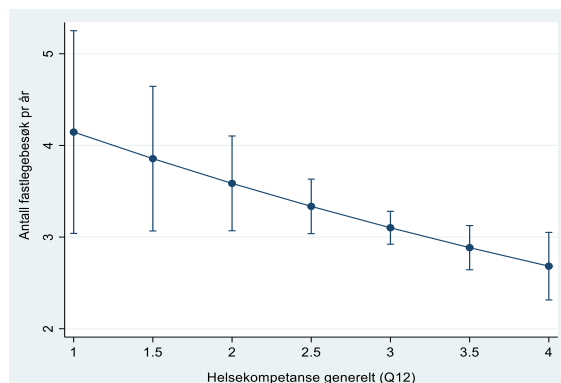
Vi ser at variablene kjønn, utdanningsnivå og om respondenten er student, samvarierer signifikant med hver av de fire måleskalaene for helsekompetanse (GHL, HP, DP og HC). Med unntak av HC, er også alder signifikant, og det er samspill (interaksjon) mellom utdanningsnivå og alder. Samvariasjonen mellom

helsekompetanse og utdanningsnivå avhenger av respondentens alder. For analysen med DP ser vi i tillegg at jo svakere respondenten leser og/eller skriver norsk, jo flere fastlegebesøk pr. år.

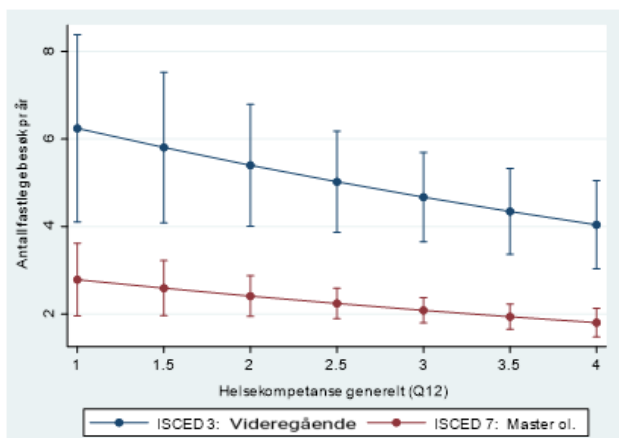
Om respondentene har helsefaglig utdanning har isolert sett ingen signifikant betydning for antall fastlegebesøk.

### Generell helsekompetanse (GHL)

Etter å ha tatt hensyn til kontrollvariablene i **Tabell 24**, ser vi i **Figur 14** at personer med generell helsekompetanse (GHL) på 1, har et estimert gjennomsnitt på 4,15 fastlegebesøk pr. år, mens de med generell helsekompetanse på 4 har i gjennomsnitt 2,68 fastlegebesøk pr. år. Dette utgjør en forskjell på 1,47 fastlegebesøk (se kap. 2.10). Som vist ved 95 % konfidensintervallene i figuren ser vi at usikkerheten er stor for spesielt GHL = 1 og 1,5. Dette skyldes blant annet at relativt få respondenter har disse verdiene. For GHL = 2 er antall fastlegebesøk estimert til 3,59 og differansen til GHL = 4 er 0,91 fastlegebesøk.



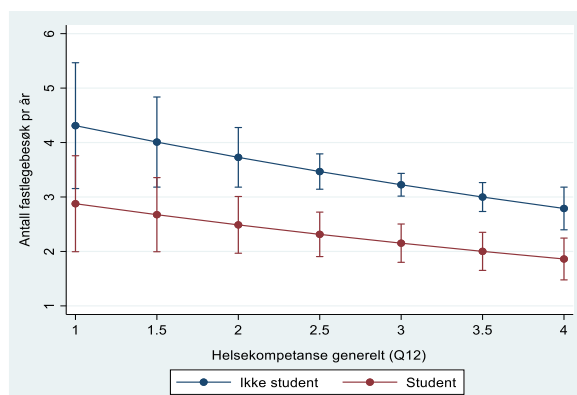
**Figur 14:** Estimerte verdier for antall fastlegebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL), og deres 95 % konfidens-intervall.



**Figur 15:** Estimerte verdier for antall fastlegebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt etter utdanningsnivå, og deres 95 % konfidensintervall.

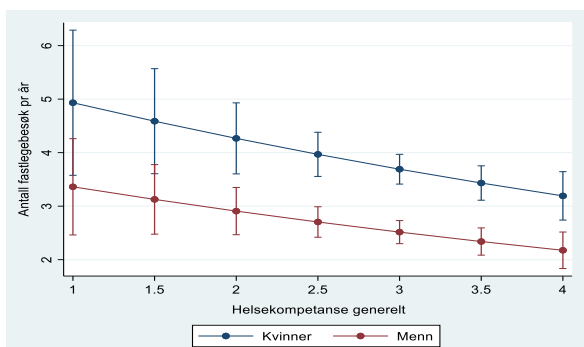
**Figur 16** viser at studenter synes å ha færre fastlegebesøk enn den øvrige befolkningen, kontrollert for variablene i **Tabell 24**. Fra GHL = 2 til 4 er forskjellene signifikante. Blant de med bare videregående opplæring, har de med GHL = 1 to eller flere fastlegebesøk enn de med GHL = 4. Konfidensintervallene viser stor usikkerhet knyttet til estimatene.

**Figur 15** viser at antall fastlegebesøk samvarierer med utdanningsnivå. Ved GHL = 1 er forskjellen mellom de med bare videregående opplæring og de med mastergrad eller tilsvarende, estimert til 3,45 fastlegebesøk. Denne differansen er den unike betydningen av utdanning kontrollert for de øvrige variablene i **Tabell 24**.



**Figur 16:** Estimerte verdier for antall fastlegebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) om en er student eller ikke, og deres 95 % konfidensintervall.

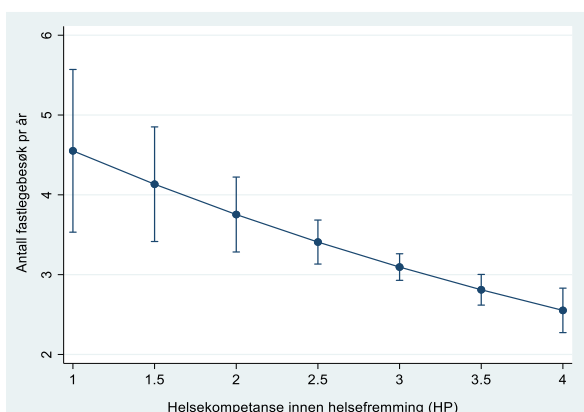
**Figur 17** viser en tendens til at kvinner har flere fastlegebesøk enn menn for alle verdier av GHL.



**Figur 17:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

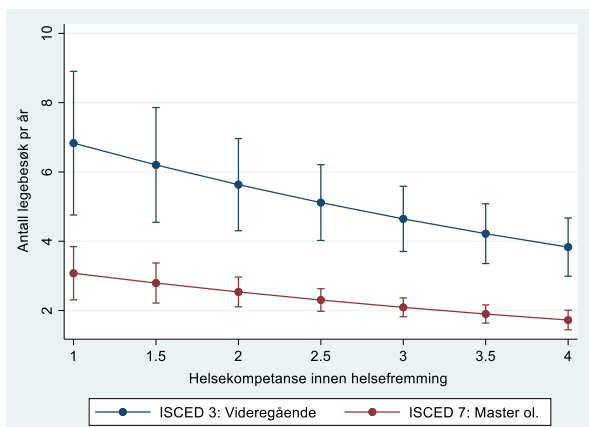
### Helsekompetanse innen helsefremming (HP)

I **Figur 18** ser vi at ifølge den statistiske modellen vist i **Tabell 24** for Helsekompetanse innen helsefremming (HP), har personer med helsekompetanse på 1, et gjennomsnitt på 4,55 fastlegebesøk pr. år, mens de med helsekompetanse på 4 har 2,55 fastlegebesøk pr. år. Dette utgjør en forskjell på to fastlegebesøk pr. år. For HP = 2 er antall fastlegebesøk 3,75 og differansen til HP = 4 er 1,20 fastlegebesøk pr. år.

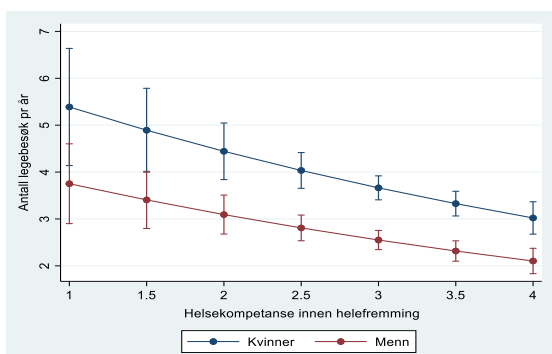


**Figur 18:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP), og deres 95 % konfidensintervall.

**Figur 19** viser at antall fastlegebesøk for personer med bare videregående opplæring, ligger signifikant høyere enn for personer med mastergrad eller tilsvarende. Antall fastlegebesøk avtar med stigende HP i begge gruppene. Ved HP = 1 er forskjellen mellom de med videregående opplæring og de med mastergrad eller tilsvarende estimert til 3,76 fastlegebesøk pr. år.



**Figur 19:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) fordelt etter utdanningsnivå. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



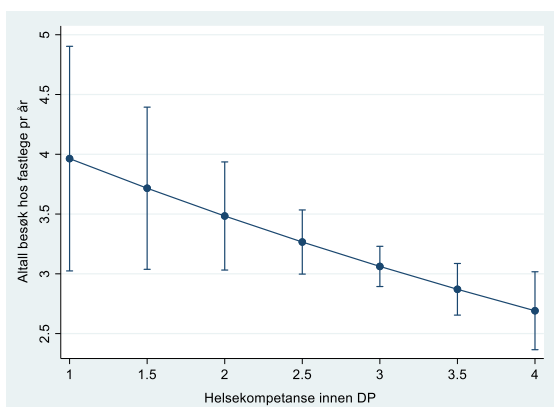
I **Figur 20** ser vi at det er en tendens til at kvinner har flere fastlegebesøk enn menn for alle verdier av HP.

**Figur 20:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

### Helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP)

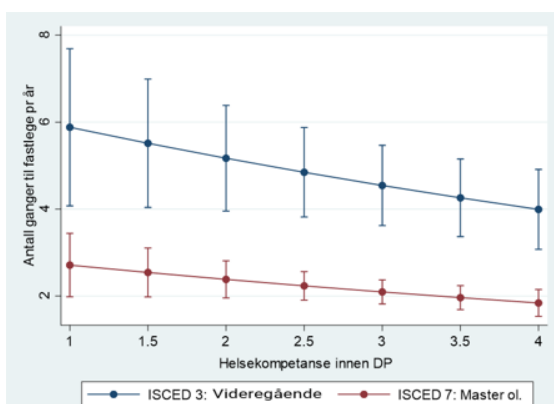
**Figur 21** viser at når helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) er 1, er gjennomsnittlig antall fastlegebesøk pr. år estimert til 3,96. Når DP er 4 er gjennomsnittlig antall fastlegebesøk pr. år estimert til 2,69. Dette utgjør en forskjell på 1,27 fastlegebesøk

pr. år. For DP = 2 er antall fastlegebesøk 3,48 og differansen til DP = 4 er 0,48. Usikkerheten er spesielt stor for DP = 1 og 1,5. Analysene ovenfor er kontrollert for variablene i **Tabell 24**.

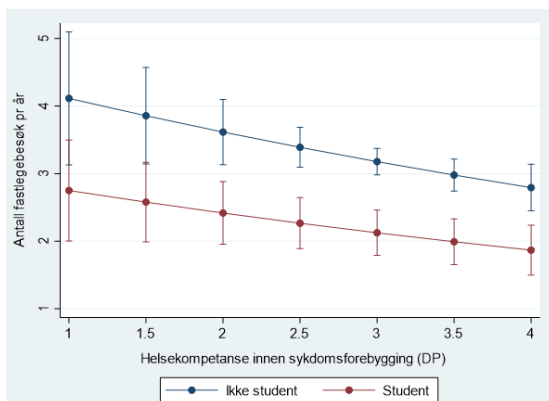


**Figur 21:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP). Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

**Figur 22** viser at personer med bare videregående opplæring, har signifikant flere fastlegebesøk pr. år enn de med mastergrad eller tilsvarende. Antall fastlegebesøk avtar med stigende DP i begge gruppene. Ved DP = 1 er forskjellen mellom de med videregående opplæring og de med mastergrad eller tilsvarende, estimert til 3,76 fastlegebesøk pr. år, og for DP = 2 er denne forskjellen 2,79.

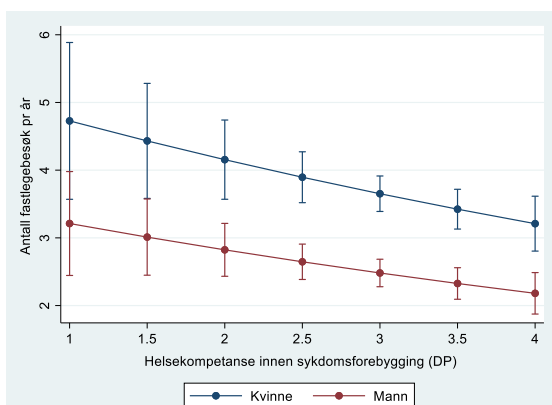


**Figur 22:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt etter om en er student eller ikke. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



Studenter har færre fastlegebesøk enn andre, og antall fastlegebesøk avtar med stigende DP (Figur 23). Figur 24 viser tilsvarende mønster for kvinner og menn, der menn har færre fastlegebesøk.

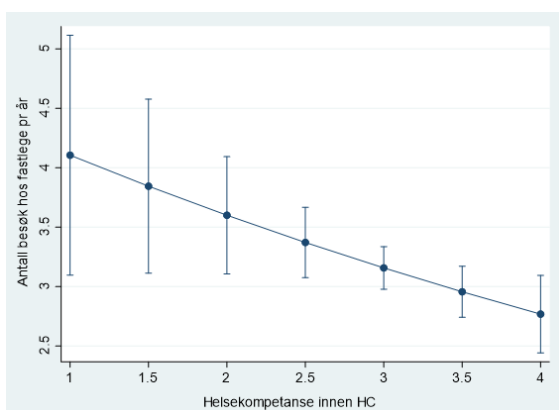
**Figur 23:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt etter om en er student eller ikke. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



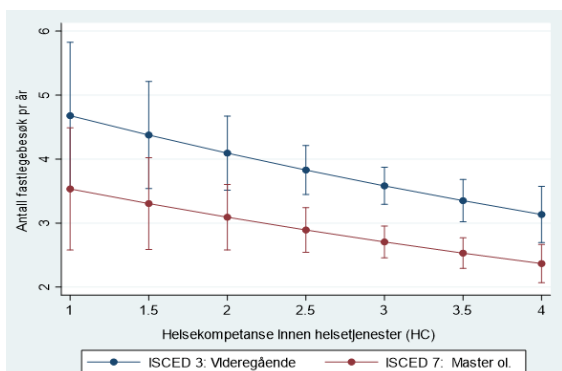
**Figur 24:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

### Helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (HC)

Personer med HC lik 1, har et estimert gjennomsnitt på 4,12 fastlegebesøk pr. år, mens de med HC lik 4 har 2,76 (Figur 25). Dette utgjør en forskjell på 1,36 fastlegebesøk pr. år. For HC = 2 er antall fastlegebesøk 3,61 og differansen til HC = 4 er 0,5. Konfidensintervallene viser at også her er usikkerheten spesielt stor for HC = 1 og 1,5. Analysen presentert i figurene er kontrollert for variablene i Tabell 24.

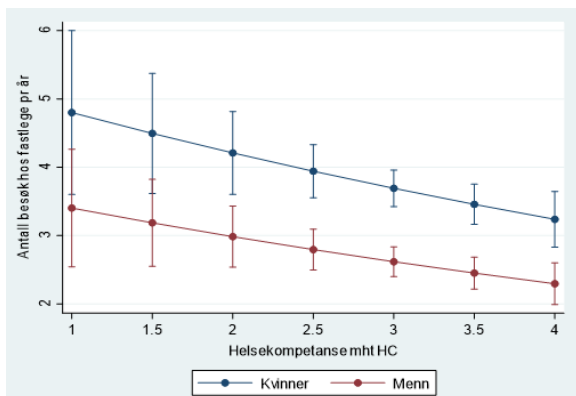


**Figur 25:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC), og punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



**Figur 26:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC) fordelt etter utdanningsnivå. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

I **Figur 26** ser vi at personer med bare videregående opplæring har signifikant flere fastlegebesøk enn personer med mastergrad eller tilsvarende. Antall fastlegebesøk avtar med stigende HC. Ved HC = 1 er forskjellen mellom de med videregående opplæring og de med mastergrad eller tilsvarende estimert til 1,15 fastlegebesøk pr. år, og for HC = 2 er denne forskjellen bare ett fastlegebesøk. For ulike utdanningsnivåer er forskjellen i antall fastlegebesøk relativt lav sammenlignet med de andre helsefaglige domeneene og generell helsekompetanse.



I **Figur 27** ser vi at menn har færre fastlegebesøk enn kvinner, og at antall fastlegebesøk avtar med stigende HC.

**Figur 27:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

## 7.2 Produktivitetsendringer

Dette underkapitlet studerer hvilken betydning helsekompetanse har for produktivitet, belyst gjennom antall dager borte fra jobben grunnet helseproblemer. Alle analysene er basert på OLS, GLM og totrinnsmodeller («two-part model»). Estimatenes ble testet mot hvor godt disse samsvarte med det aritmetiske gjennomsnittet for den avhengige variabelen «antall fraværsdager pr. år grunnet helseproblemer». Totrinnsmodellen traff best for tre (GHL, DP og HC) av de fire måleskalaene. Videre gir totrinnsmodellen også mer informasjon om hvordan helsekompetansevariablene påvirker antall fraværsdager pr. år. Dette ved at modellen både gir estimater for hvilke variabler som samvarierer med om (1) respondentene har ingen fraværsdager kontra en eller flere fraværsdager (trinns en), og (2) for de respondentene som har en eller flere fraværsdager, forteller hvilke variabler som samvarierer med antall fraværsdager (trinns to). Se mer om dette i metodekapitlet punkt **2.10 Helseøkonomiske analyser**.



**Tabell 25:** Samvariasjon mellom gitte variabler og den avhengige variabelen antall fraværsdager fra jobb grunnet helseproblemer. En analyse presenteres for hver av de fire måleskalaene for helsekompetanse.

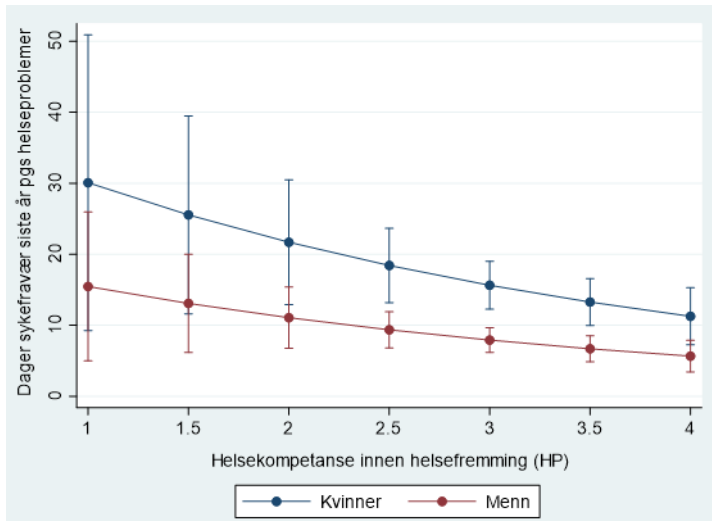
Variabler	Regresjonskoeffisienter			
	Analyse mht GHL	Analyse mht HP	Analyse mht DP	Analyse mht HC
<b>Trinn 1: Hva samvarierer med om det blir null kontra en eller flere dager fravær siste år</b>				
Generell helsekompetanse (GHL)	-,01			
Helsekompetanse innen HP		-,04		
Helsekompetanse innen DP			,04	
Helsekompetanse innen HC				-,67
Alder	-,02***	-,02	-,02	-,01***
Kjønn	-,39***	-,36***	-,37***	-,33***
Utdanningsnivå	,07**	,07**	-,19	,07**
Har helseutdanning	,79*	,81**	,67*	,85**
Problemer med å skrive eller lese norsk	-	,22*	-	-
Utdanningsnivå X helseutdanning	-,14**	-,14**	-,12*	-,14**
Alder kvadrert	-	,00002	,0001	-
Utdanning kvadrert	-	-	-,03	-
HC kvadrert	-	-	-	,11
Konstanten	,85**	,59	1,35*	1,76
<b>Trinn 2: Hva samvarierer med antall dager fravær blant de med fravær siste år</b>				
Generell helsekompetanse generelt (GHL)	-,289			
Helsekompetanse innen HP		-,308*		
Helsekompetanse innen DP			-,241	
Helsekompetanse innen HC				-,433*
Alder	,02*	,06*	,06*	,02**
Kjønn	-,58**	-,46**	-,46**	-,51**
Utdanningsnivå	-,14**	-,13**	,42	-,11*
Utdannet innen helse	-,13	-,17	-,36	-,28
Problemer med å skrive eller lese norsk	,04	,18	-	-
Utdanningsnivå X helseutdanning	-	,05	,09	,05
Alder kvadrert	-	-,0006*	-,0005	-
Utdanning kvadrert	-	-	-,06*	-
HC kvadrert	-	-	-	,67*
Konstanten	4,02***	2,90**	1,77*	9,78***
Pseudo R <sup>2</sup>	3,8 %	3,3 %	3,7 %	3,3 %

Tabellnote: \* Tilsvare p < 0,05, \*\* tilsvare p < 0,01 og \*\*\* tilsvare p < 0,001. Analysene er basert oss på totrinnsmodellen («Two-part model») der første trinn baseres på «probit» og annet trinn på GLM med gamma «distribution family», log linkfunksjon og «robust» estimering av varians.

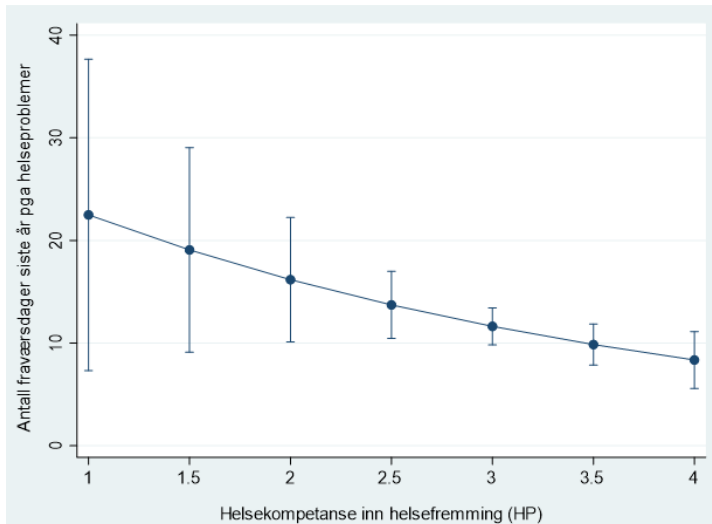
I hvilken grad helsekompetanse i form av henholdsvis GHL, HP, DP og HC samvarierer med «antall fraværsdager pr. år på grunn av helseproblemer» er vist i **Tabell 25**. Vi ser at det er ingen signifikant sammenheng mellom helsekompetansevariablene og hvor vidt personer får sykefravær som resultat av helseproblemer. Derimot er det en signifikant sammenheng mellom fravær kontra HP og HC. For GHL og DP var p-verdiene i trinn 1 og trinn 2 henholdsvis 0,86 og 0,23 for GHL og 0,58 og 0,10 for DP. Det samlede bildet synes å være at helsekompetansevariablene i mindre grad samvarierer signifikant med fravær enn med henholdsvis antall fastlegebesøk og EQ-5D. I presentasjonen legger vi derfor mindre vekt på fravær enn de to andre forholdene.

Forklaringskraften for de fire statistiske modellene i **Tabell 25** er relativt svak.

**Figur 28** viser hvordan fravær varierer med helsekompetanse og kjønn, og **Figur 29** viser hvordan antall sykefraværsdager avtar med stigende helsekompetanse. For begge kurver er usikkerheten spesielt stor ved de lavere verdiene for HP. Ved HP = 2,5 er forskjellen mellom kjønn signifikant og utgjør 9,1 fraværsdager.



**Figur 28:** Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



**Figur 29:** Estimerte verdier for antall fraværsdager siste år grunnet helseproblemer relatert til graden av helsekompetanse innen helsefremming (HP). Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

### 7.3 QALYs

I dette underkapitlet studerer vi hvilken betydning helsekompetanse har for helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L. Dette måleinstrumentet benyttes ofte i helseøkonomiske analyser for å beregne et tiltaks helsegevinster uttrykt som QALYs.

**Tabell 26:** Samvariasjon mellom gitte variabler og den avhengige variabelen helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). En analyse ble gjort for hver av de fire måleskalaene for helsekompetanse.

Variabler	Ustandardiserte regresjonskoeffisienter (b)			
	Analyse mht GHL	Analyse mht HP	Analyse mht DP	Analyse mht HC
Generell helsekompetanse generelt (GHL)	,025***			
Helsekompetanse innen HP		,025**		
Helsekompetanse innen DP			,020***	
Helsekompetanse innen HC				,018**

Variabler	Ustandardiserte regresjonskoeffisienter (b)			
	Analyse mht GHL	Analyse mht HP	Analyse mht DP	Analyse mht HC
Alder	-,0006**	-,0006**	-,002*	-,0006**
Kjønn	,034***	,032***	,033***	,032***
Utdanningsnivå	,010***	,011***	,011***	,011***
Utdannet innen helse	-	-	-	-
Problemer med å lese eller skrive norsk	-,025**	-,021**	-,027**	-,021*
Arbeidsløs	-,061**	-,055**	-,056**	-,061**
Pensjonert	-	-	-	-
Student	,038***	,008***	,030**	,038***
Alder kvadrert	-	-	,00002*	-
Konstanten	,825***	,819***	,877***	,841***
R <sup>2</sup>	6,6 %	6,2 %	6,4 %	6,0 %

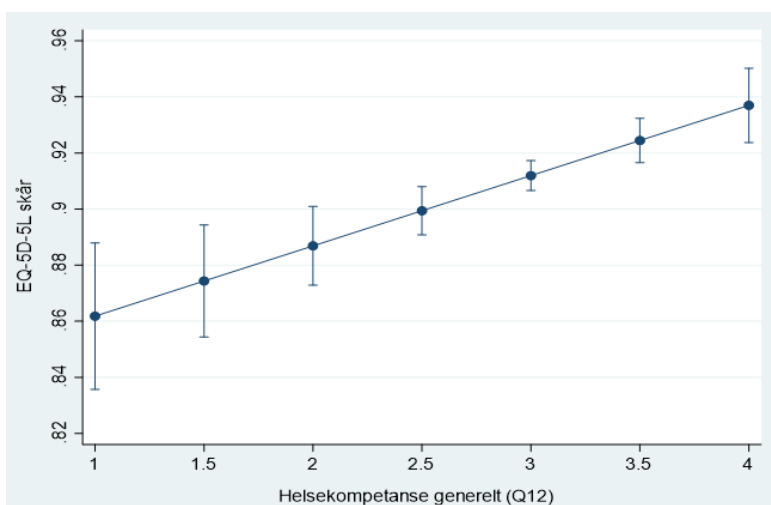
Tabellnote: \* Tilsvare p < 0,05, \*\* tilsvare p < 0,01 og \*\*\* tilsvare p < 0,001. Analysene er basert på multipl linær regresjon.

**Tabell 26** viser at helsekompetanse har signifikant samvariasjon med helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). De ustandardiserte regresjonskoeffisientene for GHL og HP er 0,025 for begge, og de har signifikansnivåer under 0,001. Koeffisientene for DP og HC var henholdsvis 0,020 og 0,018. For alle de fire måleskalaene for helsekompetanse, ser vi at kontrollvariablene kjønn, utdanningsnivå, om en er arbeidsløs, om en er student og om en har problemer med å lese eller skrive norsk, samvarierer signifikant med helserelatert livskvalitet.

I analysen der DP inngår, fant vi at annengradsleddet for alder var signifikant. Det ble ikke funnet samspill i noen av de fire analysene. Om respondentene er utdannet innen helsefag hadde ingen isolert signifikant betydning.

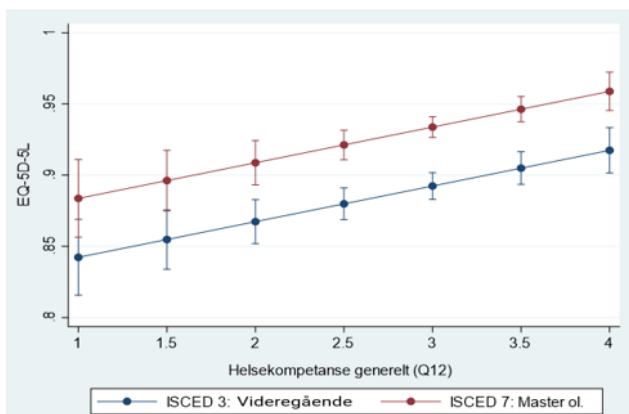
### Generell helsekompetanse (GHL)

I **Figur 30** ser vi at etter å ha kontrollert for variablene i **Tabell 26**, har personer med generell helsekompetanse lik 1, et gjennomsnittlig EQ-5D-skår på 0,86, mens de med generell helsekompetanse på 4 har en skår på 0,94. Dette utgjør en forskjell i EQ-5D-skår på 0,08. Usikkerheten er relativt stor for



GHL lik 1 og 1,5. Dette skyldes bl.a. at det er relativt få respondenter med disse verdiene. For GHL = 2 er EQ-5D-skåren 0,89 og differansen til GHL = 4 er lik 0,05.

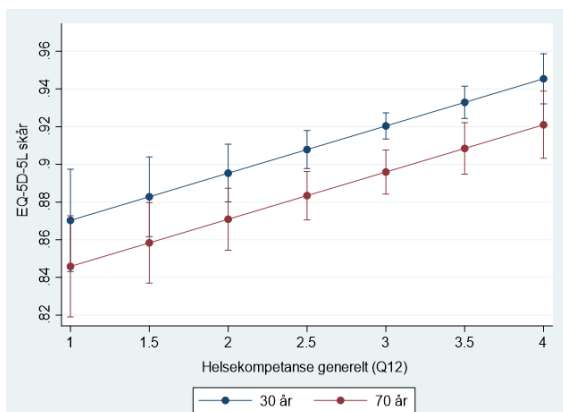
**Figur 30:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) og punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.



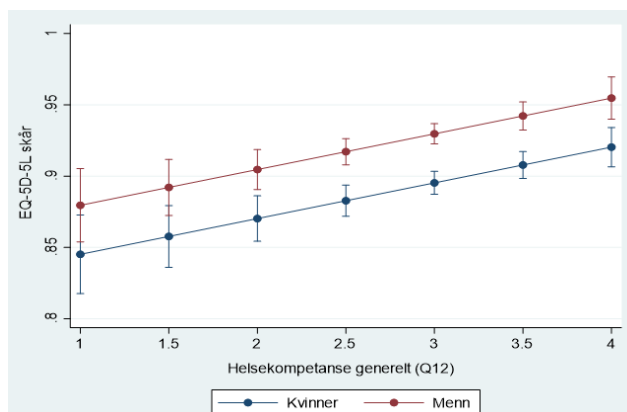
**Figur 31:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på ulike utdanningsnivå. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

Ifølge estimatene i **Figur 31** ligger EQ-5D-skåren for personer med kun videregående opplæring lavere enn for personer med mastergrad eller tilsvarende. Forskjellen mellom de med videregående kontra de med mastergrad er estimert til å være 0,041 EQ-5D-skår. Disse differansene er den unike betydningen av utdanning når en kontrollerer for de øvrige variablene i **Tabell 26** for GHL.

I **Figur 32** ser vi at alder har en viss betydning for EQ-5D og at forskjellen på 30 og 70-åringer er på 0,024 EQ-5D-skår. **Figur 33** viser at det er en tendens til at kvinner har lavere EQ-5D-skår enn menn ved alle verdier av GHL. Men som vi ser på 95 % konfidensintervallene er det særlig stor usikkerhet knyttet til lave GHL-skår.



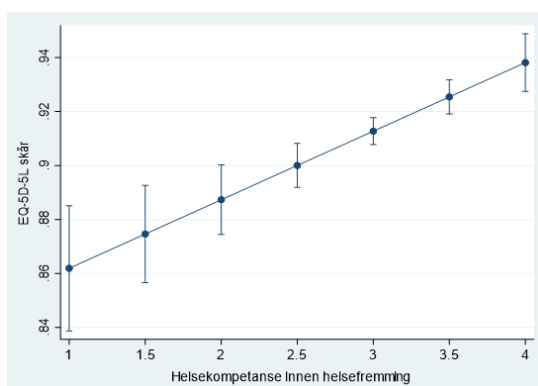
**Figur 32:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på ulike aldersgrupper. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



**Figur 33:** estimerte verdiene for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

### Helsekompetanse innen helsefremming (HP)

**Figur 34** viser at når vi kontrollerer for variablene i **Tabell 26**, har personer med HP lik 1 en gjennomsnittlig EQ-5D-skår på 0.86, mens de med HP lik 4 har skår lik 0,94. Dette utgjør en forskjell på 0,08 EQ-5D-skår. Usikkerheten er relativt stor der HP er lik 1 og 1,5. For HP = 2 er EQ-5D-skåren 0,89 og differansen til HP = 4 er lik 0,05.

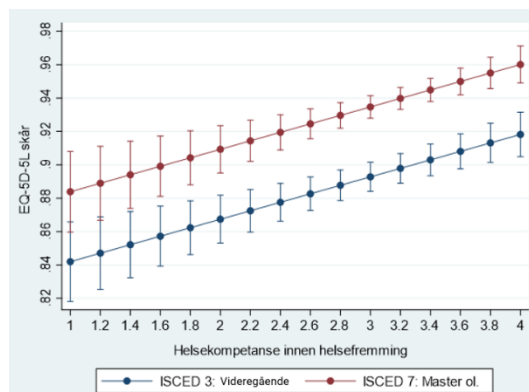


**Figur 34:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) og punktestimatenes 95 % konfidensintervall.

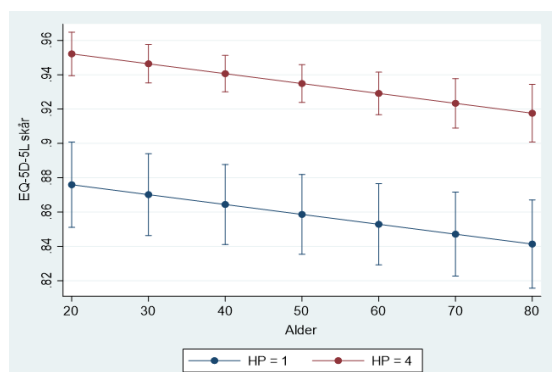
**Figur 35** viser at personer med kun videregående opplæring har lavere estimert EQ-5D-skår enn personer med mastergrad eller tilsvarende. Forskjellen mellom de med videregående og de med mastergrad er estimert til å være 0,042 EQ-5D-skår.

Vi ser av **Figur 37** at kombinasjonen av høy alder og lav HP er spesielt uheldig for den helserelaterte livskvaliteten. **Figur 36** viser derimot at alder har betydning for EQ-5D-skår og at forskjellen mellom 30 og 80-åring er på 0,029 EQ-5D-skår. Estimaten i **Figur 36** tilsier at de som har HP lik 1 skårer 0,076 lavere på EQ-5D enn de som har en HP på 4. Dette synes å holde seg ganske konstant fra de er 20 til 80 år. Differansen bør kunne betraktes som en ganske betydelig forskjell gjennom et helt livsløp, da f.eks. Yabroff et al (2004) finner at differansen i helserelatert livskvalitet mellom kreftpasienter og kontrollgruppe uten kreft er på 0,06 målt med «Health Activities and Limitation Index (HALex)», som delvis er basert på EQ-5D.

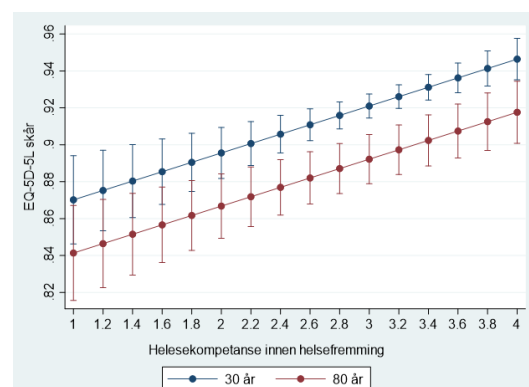
Som for GHL er det en tendens til at kvinner har lavere EQ-5D-skår enn menn ved alle verdier av HP. Forskjellen er estimert til 0,032.



**Figur 35:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) vist for ulike utdanningsnivå. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



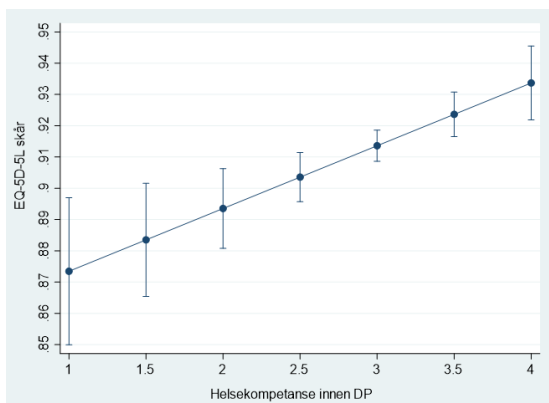
**Figur 37:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike aldre vist for to ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP). Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



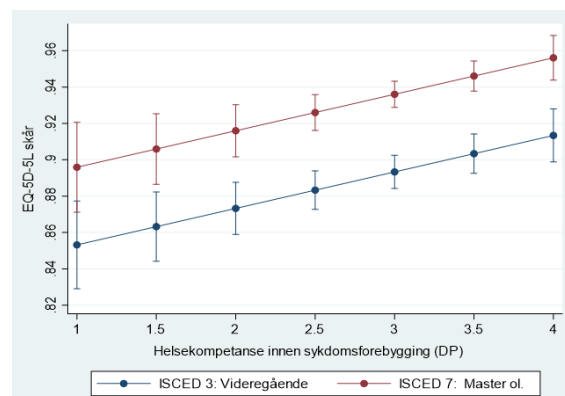
**Figur 36:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) vist for ulike aldersgrupper. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

### Helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP)

I **Figur 39** ser vi at når vi kontrollerer for variablene i **Tabell 26**, har personer DP lik 1, en gjennomsnittlig EQ-5D-skår på 0,873, mens de med DP lik 4 har 0,934. Dette utgjør en forskjell i EQ-5D-skår på 0,061. For DP = 2 er EQ-5D-skåren 0,894 og differansen til DP = 4 er lik 0,04. **Figur 38** viser at for personer med kun videregående opplæring ligger den estimerte EQ-5D-skåren lavere enn for personer med mastergrad eller tilsvarende. Forskjellen mellom de med videregående og de med mastergrad er estimert til å være 0,043 EQ-5D-skår.

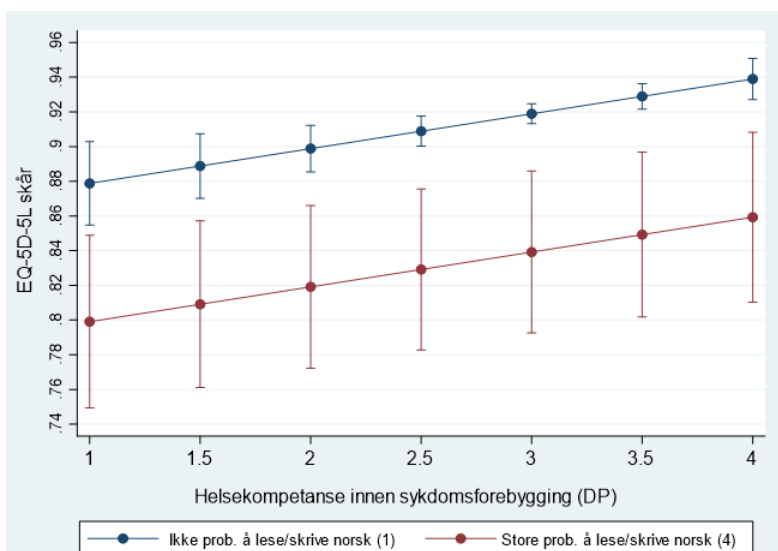


**Figur 39:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP). Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.

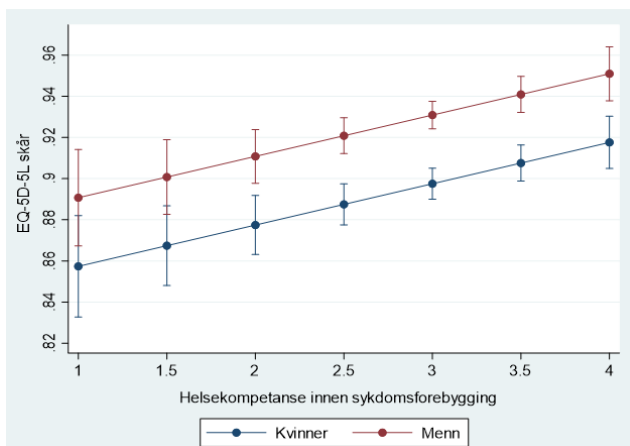


**Figur 38:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) vist for ulike utdanningsnivå. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.

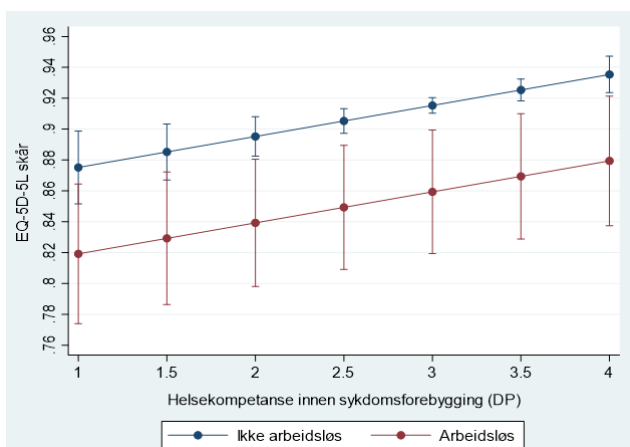
**Figur 40** viser at det å kunne lese og skrive norsk har betydning for EQ-5D og at forskjellen mellom ytterpunktene (verdiene 1 kontra 4 for ferdigheter i å lese og skrive norsk) er på 0,08 EQ-5D-skår. Det bør kunne betraktes som en ganske betydelig forskjell, da f.eks. som nevnt Yabroff et al (2004) finner at differansen i helserelatert livskvalitet mellom kreftpasienter og kontrollgruppe uten kreft er på 0,06. Som for GHL og HP er det her en tendens til at kvinner har lavere EQ-5D-skår enn menn for alle verdier av DP (**Figur 41**). Forskjellen er estimert til 0,033. Tilsvarende forskjell i **Figur 42** mellom arbeidsløse og ikke-arbeidsløse er 0,056. Sammenligner vi arbeidsløse med DP lik 1 med ikke-arbeidsløse som har DP lik 4, er differansen mellom disse 0,116 EQ-5D-skår.



**Figur 40:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) vist for de som har store problemer og de som ikke har noen problemer med å lese/skrive norsk.



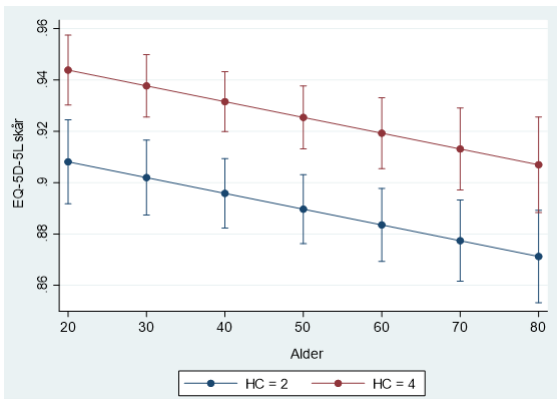
**Figur 41:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



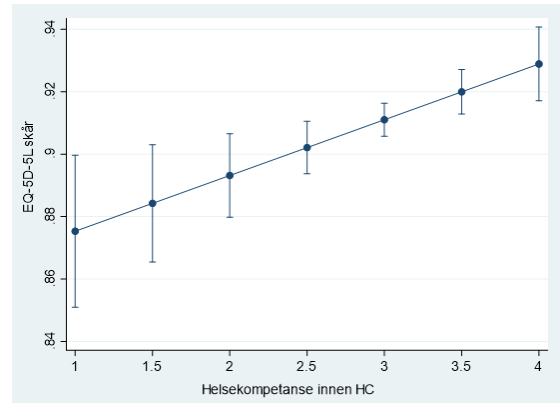
**Figur 42:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) vist for arbeidsløse kontra ikke-arbeidsløse. Punktestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.

### Helsekompetanse innen helsetjenester (HC)

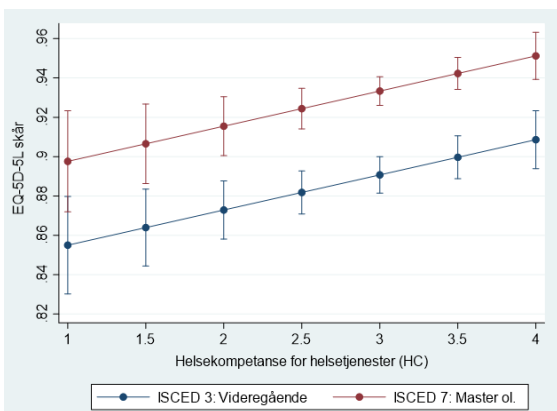
**Figur 43** på neste side viser at EQ-5D-skåren avtar med alderen, og er signifikant forskjellig mellom personer med HC = 2 kontra de med HC = 4. Estimert forskjell mellom disse gruppene er på 0,036 EQ-5D-skår. **Figur 44** viser at personer med HC lik 1 har en estimert EQ-5D-skår på 0,875, mens de med HC lik 4 har skår på 0,929. Dette utgjør en forskjell i EQ-5D-skår på 0,054. For HC = 2 er EQ-5D-skåren 0,894 og differansen til HC = 4 er lik 0,036. **Figur 45** viser at for personer med bare videregående opplæring har lavere EQ-5D-skår enn de med mastergrad eller tilsvarende. Forskjellen er estimert til å være 0,043 EQ-5D-skår. **Figur 46** viser at det å kunne lese og skrive norsk har betydning for EQ-5D, og at forskjellen mellom ytterpunktene (verdiene 1 kontra 4 for ferdigheter i å lese og skrive norsk) er på 0,063 EQ-5D-skår. Det er også en tendens til at kvinner har lavere EQ-5D-skår enn menn for alle verdier av HC (**Figur 48**). Forskjellen er estimert til 0,032 EQ-5D-skår.



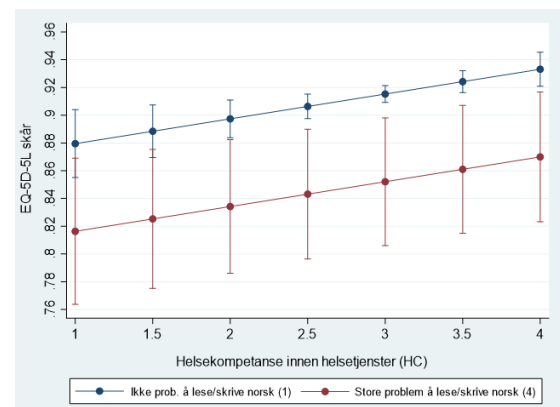
**Figur 43:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike aldre og vist for ulike HC-skår. Punktestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



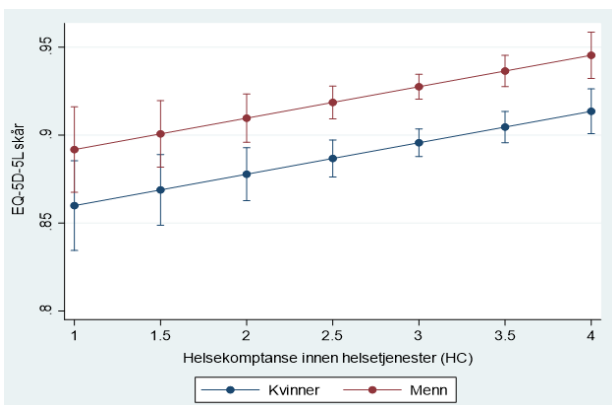
**Figur 44:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC). Punktestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



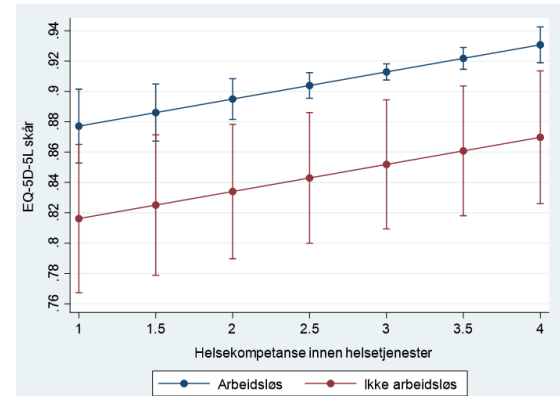
**Figur 45:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) vist for ulike utdanningsnivå. Punktestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.



**Figur 46:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) vist for de som har store problemer og de som ikke har noen problemer med å lese/skrive norsk.



**Figur 48:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) fordelt på kjønn.



**Figur 47:** Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) fordelt på arbeidsløs og ikke-arbeidsløs.



## **7.4 Oppsummering**

Vi har her analysert hvordan generell helsekompetanse (GHL) og helsekompetanse innenfor de tre helsefaglige domeneene helsetjenesterelatert (HC), sykdomsforebygging (DP), og helsefremming (HP), samvarierer med de tre helseøkonomisk relevante variablene «Antall fastlegebesøk siste år», «Antall dager borte fra jobben siste år grunnet helseproblemer» og det helserelaterte livskvalitetsmålet EQ-5D-5L. Vi finner generelt at helsekompetanse uttrykt ved GHL, HP, DP og HC samvarierer signifikant med antall fastlegebesøk og med EQ-5D-5L. Antall fastlegebesøk avtar med stigende helsekompetanse, og EQ-5D-5L-skåren øker med økende helsekompetanse. Derimot er det kun HP og HC som samvarierer signifikant med antall fraværsdager.

# **Kapittel 8:**

**Noen mulige implikasjoner**

Denne rapporten har gitt et første og overordnet bilde av helsekompetansen i den norske befolkningen. Gjennom telefonintervju, samlet HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen inn data på mange helserelaterte variabler. Dataene kan gi grunnlag for å utarbeide og iverksette kunnskapsbaserte tiltak overfor grupper med lav helsekompetanse, og initiere mer forskning på ulike aspekter ved helsekompetansen i den norske befolkningen.

Rapporten peker på noen utviklingsmuligheter (effekt mål), hvilken innvirkning enkelte funn kan ha på fremtidens helsepolitikkutforming og nasjonale folkehelsesatsninger (både universelle og målrettede tiltak), og potensielle forskningsområder. Derne st kan rapporten gi grunnlag for å vurdere organisatoriske og kommunikasjonsmessige endringer av de norske helsetjenestene for å styrke og videreutvikle helsekommunikasjon mellom institusjon og enkeltindivid. Slike tilpasninger er en forutsetning for å kunne yte en likeverdig helsetjeneste og nå målet om «pasientens helsetjeneste».

### **8.1 Hvordan bruke rapportens funn?**

Rapporten bidrar til kunnskapsgrunnlag for helsemyndigheters strategiske tiltak overfor grupper med lav helsekompetanse, slik det er nedfelt i Helse- og omsorgsdepartementets *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023)*. Siden datainnsamlingen for HLS<sub>19</sub> i Norge også inngår i et større internasjonalt samarbeidsprosjekt mellom opptil 20 land (M-POHL), vil både helsemyndigheter og forskningsmiljøer kunne utføre internasjonale sammenligninger.

Utvikling av helsetjenestene i Norge, både utdanningsmessig og organisatorisk, må tilpasses befolkningens helsekompetanse. Mange har vanskeligheter med å forstå helseinformasjon, finne fram til rett instans i helsevesenet, samt delta aktivt i helsekommunikasjon med helsepersonell via ulike plattformer. En annen utfordring er å imøtegå de mange ikke-vitenskapelige kildene som fremsetter helsepåstander. Disse kan skape forvirring og usikkerhet hos personer med lav helsekompetanse om hva som er – og ikke er – evidensbaserte behandlinger.

Når store deler av befolkningen opplever det som vanskelig å kritisk vurdere helseinformasjon, tilsier det et behov for at *pålitelig* informasjon om helse og sykdom gjøres enklere og lettere tilgjengelig. Tidlig opplæring i å kunne gjenkjenne vitenskapelig basert helseinformasjon kan synes å være nødvendig.

Mange opplever at det er utfordrende å vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger. For å lykkes med «pasientens helsetjeneste» og samvalsprosesser krever dette at den enkelte får tilstrekkelig og pålitelig informasjon om fordeler og ulemper ved ulike behandlingsalternativer. I tillegg må denne informasjonen tilpasses personens helsekompetanse. Veiledning i å finne frem til pålitelig digitale kilder for helseinformasjon og tidlig opplæring i kritisk tenkning for å kunne stå bedre rustet til å forstå og kritisk vurdere helseinformasjon og helsepåstander, vurderes som viktig og bør gis i grunnopplæringen.

Psykisk helse er en betydelig folkehelseutfordring i Norge. Resultatene i denne undersøkelsen tyder på at mange har utfordringer med å finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres.

Dermed bør også slik informasjon gjøres enklere, være lettere tilgjengelig, og være utformet på et slikt nivå at befolkningen kan anvende informasjonen for å kunne ta vare på sin psykiske helse.

Alle folkehelseiltak, enten de er lokale eller nasjonale, samt overfor de mange innvandrere- og minoritetsgruppene som finnes i Norge, bør ha et helsekompetanseperspektiv. Slike perspektiver bør ta utgangspunkt i sentrale funn i denne rapporten (se også rapport del II).

Rapporten peker på svake generelle digitale ferdigheter i enkelte grupper, og at grupper som typisk bruker helsetjenestene synes å være noe svakt forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester. Sett i lys av «pasientens helsetjeneste», der brukerne selv spiller en aktiv rolle, må helsetjenestene ta høyde for at mange opplever utfordringer ved at det er vanskelig å navigere seg frem til de konkrete tjenester de har behov for, og skaffe oversikt over hvordan helsevesenet er bygd opp og virker.

## **8.2 Mer forskningsbasert kunnskap basert på HLS<sub>19</sub>-data**

Innenfor rammene for allerede gitte oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet, vurderer NST at det i nærmeste fremtid blir behov for å gjennomføre en rekke studier basert på HLS<sub>19</sub>-dataene. Inngående analyser er nødvendig for å studere sammenhenger mellom ulike variabler. Dette kan bidra til å «dybdeforklare» sammenhenger og forskjeller mellom personer med ulik helsekompetanse.

Kulepunkt/deloppdrag fire i Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2020 angående oppdraget om operasjonalisering av helsekompetansestrategien, har fastsatt at det skal utvikles valide måleskalaer til bruk for befolkningsbaserte longitudinelle studier av helsekompetanse. Dette vil bidra til å kvalitetssikre fremtidige målinger av helsekompetanse. Utviklingen krever fagfellevurderte valideringsstudier av de ulike måleskalaene (latente trekk) presentert i rapporten, utført ved bruk av Rasch-modeller og IRT-modeller. Tilsvarende gjelder for fastsetting av «cut-offs» for ulike kompetansenivåer på disse skalaene, enkle beskrivelser av kompetansen på de ulike nivåene, samt andelen personer på hvert nivå i befolkningen og i ulike utsatte grupper.

Videre er det hensiktsmessig å benytte strukturelle likningsmodeller (SEM) for å studere sammenhengen mellom skalaene (latente trekk), samt anvende multi-group-modeller for å studere om parameterne i SEM-modellene er like på tvers av ulike grupper i befolkningen.

Kulepunkt fem i det samme oppdraget som nevnt ovenfor, gir føringer om å anvende resultater fra HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen til å utarbeide forslag til en strategisk handlingsplan for å øke helsekompetansen i befolkningen. Det vil her være særlig behov for å studere nærmere helseøkonomiske aspekter ved personers varierende helsekompetanse, spesielt studier om mulig kausalitet basert på foreliggende HLS<sub>19</sub>-data. Dessuten vil regresjon og logistisk regresjon med de omtalte måleskalaene som avhengig variabel og med innsamlede bakgrunnsvariabler som uavhengige forklaringsvariabler, være interessante for å studere samvariasjon.

NST i Norge søker å tilrettelegge for at det etableres flere doktorgradsprosjekter (ph.d.) med utgangspunkt i de innsamlede HLS<sub>19</sub>-dataene. Blant mange viktige temaer, er følgende prioritert

1. **Helsekompetanse blant personer som har NCD** (som en gruppe), med følgende delstudier: i) helsekompetanse blant personer med NCD; deskriptive resultater fra HLS<sub>19</sub> og sammenhenger mellom helsekompetanse og sosiodemografiske variabler, ii) studere sammenhengen mellom helsekompetanse blant personer med NCD og bruk av helsetjenester og helseøkonomi, og iii) (fokusgruppe) intervjuer med utvalg av personer med NCD for å undersøke hva som kreves for at helseinformasjonen kan gjøres mer forståelig og tilgjengelig, slik at folk kan settes i stand til å ivareta egen helse, legge til rette for egenmestring og for samvalg.
2. **Kommunikativ helsekompetanse** (i kombinasjon med skalaen «navigation health literacy») med følgende delstudier: i) deskriptive resultater fra HLS<sub>19</sub> og sammenhenger mellom kommunikativ helsekompetanse og sosiodemografiske variabler, ii) intervjuer med pasientgrupper om hva som karakteriserer god helsekommunikasjon, iii) pilotere en intervensjon for å identifisere fasilitatorer og barrierer for implementering.
3. **Digital helsekompetanse** med følgende delstudier: i) I hvilken grad har norsk befolkning digital helsekompetanse (DHL), og hvilke sammenhenger er det mellom DHL og demografiske variabler, ii) modellering av sammenhenger mellom DHL (DHI, DHC og DSK), COM og NHL, med særlig fokus på bruk av helsetjenester (DHC), iii) Undersøke digital helsekompetanse og bruk av digitale helsetjenester (DHC) blant personer med (ulike) NCD, iv) intervju med personer med NCD som har anvendt DHC, undersøke hvilke ønsker de har for oppfølging, og hvordan DHC kan bidra til at personer med NCD kan mestre sykdommen i dagliglivet.
4. **Helseøkonomi** med følgende delstudier: i) I hvilken grad har Norges befolknings digitale helsekompetanse (DHL/DHI) betydning for (samvarierer med) følgende samfunnsøkonomisk relevante komponenter: individers bruk av helsetjenester (fastlegebesøk, akuttinnleggelser, sannsynligheten for sykehusinnleggelse, lengden på sykehusopphold mm.), helsekostnader betalt av den enkelte, produktivitet i formell sektor (sykefravær og produktivitet i lønnet arbeid) og helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-5L, ii) for hvilke grupper er sammenhengene mellom DHI og nevnte samfunnsøkonomiske komponenter spesielt sterke, iii) i hvilken grad kan datamaterialet belyse mulige kausale sammenhengene mellom DHL (DHI), helseatferd (fysisk aktivitet, ernæring mm.) og helseøkonomiske konsekvenser.
5. **Internasjonale sammenligninger av befolkningers helsekompetanse.** HLS<sub>19</sub>-data fra Norge kan sammenlignes med data fra øvrige deltakerland. I denne sammenheng er det mulig å se mange relevante problemstillinger og forskningskandidater, avhengig av hvilke(t) land en ønsker å gjøre komparative studier sammen med.

# Referanser

- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), Online-only-Online-only. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>
- Andrich, D., & Marais, I. (2019). *A Course in Rasch Measurement Theory: Measuring in the Educational, Social and Health Sciences*: Springer.
- Arasaratnam, L. A., & Doerfel, M. L. (2005). Intercultural communication competence: Identifying key components from multicultural perspectives. *International journal of intercultural relations*, 29(2), 137-163.
- Ashton, C. M., Haidet, P., Paterniti, D. A., Collins, T. C., Gordon, H. S., O'Malley, K., . . . Wray, N. P. (2003). Racial and ethnic disparities in the use of health services. *Journal of general internal medicine*, 18(2), 146-152.
- Buntin, M. B., Burke, M. F., Hoaglin, M. C., & Blumenthal, D. (2011). The Benefits of Health Information Technology: A Review of the Recent Literature Shows Predominantly Positive Results. *Health Affairs*, 30(3), 464-471.
- Cameron, A. C., & Trivedi, P. K. (2010). *Microeconometrics Using Stata*. Stata Press books.
- Carretero, S., Vuorikari, R., & Punie, Y. (2017). DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens with eight proficiency levels and examples of use: EUR 28558 EN, doi: 10.2760/38842.
- Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., . . . Shekelle, P. G. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine*, 144(10), 742-752.
- Deb, P., Norton, E. C., & Manning, W. G. (2017). *Health econometrics using Stata* (Vol. 3). Texas: Stata Press College Station.
- Direktoratet for e-helse. (2020). DIGI-UNG programmet. Retrieved from <https://ehelse.no/prosjekt/digi-ung>
- Elwyn, G., Frosch, D. L., & Kobrin, S. (2016). Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implementation Science*, 11(1), 1-10.
- EuroHealthNet. (2019). Addressing digital health literacy is essential to avoid widening health inequalities. Retrieved from <https://eurohealthnet.eu/media/news-releases/addressing-digital-health-literacy-essential-avoid-widening-health-inequalities>
- Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2017). Validating the European Health Literacy Survey Questionnaire in people with type 2 diabetes: Latent trait analyses applying multidimensional Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *Journal of advanced nursing*, 73(11), 2730-2744.
- Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2018). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC health services research*, 18(1), 506.
- Folkehelseinstituttet. (2018a). *Psykisk helse i Norge. Rapport*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde? Notat*. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
- Glick, H., Doshi, J. A., Sonnad, S. S., & Polsky, D. (2015). *Economic Evaluation in Clinical Trials* (Second ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Heron, K. E., & Smyth, J. M. (2010). Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British journal of health psychology*, 15(1), 1-39.
- Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2005). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*, 118(4), 371-377.
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 857-861. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00530.x
- Huang, Y. J., Chen, C. T., Lin, G. H., Wu, T. Y., Chen, S. S., Lin, L. F., . . . Hsieh, C. L. (2018). Evaluating the European Health Literacy Survey Questionnaire in Patients with Stroke: A Latent Trait Analysis Using Rasch Modeling. *Patient*, 11(1), 83-96. doi:10.1007/s40271-017-0267-3
- Huynh, H. (1998). On score locations of binary and partial credit items and their applications to item mapping and criterion-referenced interpretation. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 23(1), 35-56.
- Jessup, R. L., Osborne, R. H., Beauchamp, A., Bourne, A., & Buchbinder, R. (2017). Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC health services research*, 17(1), 52.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health Literacy - The Solid Facts*. Retrieved from World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe: Copenhagen
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Krishna, S., Boren, S. A., & Balas, E. A. (2009). Healthcare via cell phones: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 15(3), 231-240.
- Laake, P., Lydersen, S., & Veierød, M. B. (2012). *Medical statistics in clinical and epidemiological research: Gyldendal akademisk*.
- Langewitz, W., Conen, D., Nübling, M., & Weber, H. (2002). Kommunikation ist wesentlich-Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *PPmP-Psychotherapie-Psychosomatik: Medizinische Psychologie*, 52(08), 348-354.
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1643.
- Masters, G. N. (1982). A Rasch model for partial credit scoring. *Psychometrika*, 47(2), 149-174.
- Meijers, M. C., Noordman, J., Spreeuwenberg, P., Olde Hartman, T. C., & van Dulmen, S. (2019). Shared decision-making in general practice: an observational study comparing 2007 with 2015. *Family practice*, 36(3), 357-364.
- Meld. St. 19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga: Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>.
- Norman, C. (2011). eHealth literacy 2.0: problems and opportunities with an evolving concept. *Journal of medical Internet research*, 13(4), e125.



- OECD. (2017). Ministerial Statement. The Next Generation of Health Reform - OECD Health Ministerial Meeting in Paris, . Retrieved from <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>
- Pullenayegum, E. M., Tarride, J. E., Xie, F., Goeree, R., Gerstein, H. C., & O'Reilly, D. (2010). Analysis of health utility data when some subjects attain the upper bound of 1: are Tobit and CLAD models appropriate? *Value in Health, 13*(4), 487-494.
- Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests (Expanded ed.)* Chicago: University of Chicago Press.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., . . . Bindman, A. B. (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA, 288*(4), 475-482. doi:10.1001/jama.288.4.475
- Skinner, H. A., Maley, O., & Norman, C. D. (2006). Developing internet-based eHealth promotion programs: the Spiral Technology Action Research (STAR) model. *Health Promot Pract, 7*(4), 406-417. doi:10.1177/1524839905278889
- Smith Jr, E. V. (2002). Detecting and evaluating the impact of multidimensionality using item fit statistics and principal component analysis of residuals. *Journal of applied measurement, 3*(2), 205-231.
- Stahl, K., & Nadj-Kittler, M. (2013). *Zentrale Faktoren der Patienten-und Mitarbeiterzufriedenheit*. Hamburg: Institut Deutschland gGmbH.
- Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., . . . Ayonayon, H. N. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(5), 770-776.
- Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., . . . Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly. *Journal of general internal medicine, 21*(8), 806-812. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x
- Sørensen, K. (2019). *Digital Health Literacy*. Paper presented at the WHO Symposium on the future of digital health systems 7. february 2019, Copenhagen, Denmark.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Ueters, E. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health, 25*(6), 1053-1058.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., . . . Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13*(1), 948. doi:10.1186/1471-2458-13-948
- Tyshler, L. B., & Dooley, M. (2012). Getting the Right Care at the Right Time: Empowering Patients with Effective CKD Modality Education. *ASN Kidney News, 4*(8), 15-16.
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Rammeverk for grunnleggende ferdigheter*. Utdanningsdirektoratet: Kunnskapsdepartementet Retrieved from <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeverk/rammeverk-for-grunnleggende-ferdigheter/>.
- Van Wyke, J., & Andrich, D. (2006). A typology of polytomously scored mathematics items disclosed by the Rasch model: implications for constructing a continuum of achievement. In: Report No 2 ARC Linkage Grant LP0454080. Maintaining Invariant Scales in State, National and International

Level Assessments. Perth, Western Australia. Murdoch University. *Unpublished report, Perth, Australia.*

Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., & McGhee, E. M. (2004). The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *J Med Internet Res*, 6(4), 40-50.

WHO. (2016a). Noncommunicable disease health literacy and the SDGs. Retrieved 1<sup>st</sup> May 2018, from World Health Organization <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-ncds/en/>

WHO. (2016b). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Retrieved 1<sup>st</sup> May 2018, from World Health Organization <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>

Wright, B. D. (2001). Separation, reliability and skewed distributions: statistically different levels of performance. *Rasch Measurement Transactions*, 14(4), 786.

# Figurregister

Figur 1: Konseptuelt rammeverk for å måle helsekompetanse (oversatt og justert fra modellen til Sørensen et al. 2012).....	16
Figur 2: HLS <sub>19</sub> prosjektorganisasjon. ....	20
Figur 3: Internasjonal HLS <sub>19</sub> prosjektorganisasjon og M-POHL samarbeidet.....	21
Figur 4: Andelen personer i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene innenfor det helsefremmende domenet.....	34
Figur 5: Andelen personer i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene innenfor det sykdomsforebyggende domenet. ....	36
Figur 6: Andelen personer som svarte (veldig) vanskelig på utvalgte spørsmål innenfor det helsetjenesterelaterte domenet.....	38
Figur 7: Andelen personer i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene i HLS <sub>19</sub> -Q47-NO om generell helsekompetanse. Spørsmålene er gjengitt i appendiks II. ....	41
Figur 8: Andelen personer som svarte (veldig) vanskelig på de utvalgte spørsmålene om generell helsekompetanse (kortversjonen HLS <sub>19</sub> -Q12-NO). ....	42
Figur 9: Andelen i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om digital helseinformasjon. ....	48
Figur 10: Andelen i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om generelle digitale ferdigheter. ....	50
Figur 11: Andelen i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på spørsmålene om bruk av digitale helsetjenester. ....	53
Figur 12: Andelen som svarer (svært) vanskelig på spørsmål om navigering i helsevesenet. ....	57
Figur 13: Prosentandelen som svarer (veldig) vanskelig på spørsmål om kommunikasjon med helsepersonell.....	62
Figur 14: Estimerte verdier for antall fastlegebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL), og deres 95 % konfidens-intervall. ....	67
Figur 15: Estimerte verdier for antall fastlegebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt etter utdanningsnivå, og deres 95 % konfidensintervall.....	67
Figur 16: Estimerte verdier for antall fastlegebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) om en er student eller ikke, og deres 95 % konfidensintervall. ....	67
Figur 17: Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....	68
Figur 18: Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP), og deres 95 % konfidensintervall. ....	68
Figur 19: Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) fordelt etter utdanningsnivå. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....	68
Figur 20: Estimerte verdier for antall legebesøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) fordelt på kjønn. Punktestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....	69

<b>Figur 21: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP). Punkt-estimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ...</b>	<b>69</b>
<b>Figur 22: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt etter om en er student eller ikke. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>69</b>
<b>Figur 23: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt etter om en er student eller ikke. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>70</b>
<b>Figur 24: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt på kjønn. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>70</b>
<b>Figur 25: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC), og punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>70</b>
<b>Figur 26: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC) fordelt etter utdanningsnivå. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>71</b>
<b>Figur 27: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC) fordelt på kjønn. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>71</b>
<b>Figur 28: Estimerte verdier for antall legebeseøk ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) fordelt på kjønn. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>73</b>
<b>Figur 29: Estimerte verdier for antall fraværsdager siste år grunnet helseproblemer relatert til graden av helsekompetanse innen helsefremming (HP). Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>73</b>
<b>Figur 30: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) og punkttestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....</b>	<b>74</b>
<b>Figur 31: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på ulike utdanningsnivå. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....</b>	<b>75</b>
<b>Figur 32: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på ulike aldersgrupper. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....</b>	<b>75</b>
<b>Figur 33: estimerte verdiene for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for generell helsekompetanse (GHL) fordelt på kjønn. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>75</b>
<b>Figur 34: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) og punkttestimatenes 95 % konfidensintervall. ....</b>	<b>75</b>
<b>Figur 35: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) vist for ulike utdanningsnivå. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>76</b>
<b>Figur 36: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike aldre vist for to ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP). Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....</b>	<b>76</b>
<b>Figur 37: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsefremming (HP) vist for ulike aldersgrupper. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer. ....</b>	<b>76</b>
<b>Figur 38: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) vist for ulike utdanningsnivå. Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved loddrette linjer.....</b>	<b>77</b>

<b>Figur 39: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP). Punkttestimatenes 95 % konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.....</b>	<b>77</b>
<b>Figur 40: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) vist for de som har store problemer og de som ikke har noen problemer med å lese/skrive norsk. ....</b>	<b>77</b>
<b>Figur 41: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) fordelt på kjønn. Punkttestimatenes 95% konfidens-intervall er vist ved lodrette linjer.....</b>	<b>78</b>
<b>Figur 42: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen sykdomsforebygging (DP) vist for arbeidsløse kontra ikke-arbeidsløse. Punkt-estimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer. ....</b>	<b>78</b>
<b>Figur 43: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike aldre og vist for ulike HC-skår. Punkttestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer. ....</b>	<b>79</b>
<b>Figur 44: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC). Punkttestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer. ....</b>	<b>79</b>
<b>Figur 45: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) vist for ulike utdanningsnivå. Punkttestimatenes 95% konfidensintervall er vist ved lodrette linjer.....</b>	<b>79</b>
<b>Figur 46: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenester (HC) vist for de som har store problemer og de som ikke har noen problemer med å lese/skrive norsk. ....</b>	<b>79</b>
<b>Figur 47: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) fordelt på arbeidsløs og ikke-arbeidsløs. ....</b>	<b>79</b>
<b>Figur 48: Estimerte verdier for EQ-5D-skåren ved ulike verdier for helsekompetanse innen helsetjenesten (HC) fordelt på kjønn. ....</b>	<b>79</b>

# Tabellregister

Tabell 1: Oversikt over frafall og responsrate for HLS <sub>19</sub> -undersøkelsen (hovedutvalg). .....	24
Tabell 2: Oversikt over pilottestede instrumenter og typer av organisasjoner og institusjoner som deltok på piloteringen av dem.....	27
Tabell 3: Spørsmålene som er inkludert i hver av skalaene GHL, HP, DP og HC. ....	29
Tabell 4: Uavhengige variabler som ble benyttet til å studere varians i de tre avhengige variablene. ....	30
Tabell 5: Utvalgte spørsmål om helsekompetanse innenfor det helsefremmende domenet (HLS <sub>19</sub> -Q8HP-NO). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig. ....	33
Tabell 6: Det helsefremmende domenet (andelen personer på hvert nivå). ....	34
Tabell 7: Utvalgte spørsmål om helsekompetanse innenfor det sykdomsforebyggende domenet (HLS <sub>19</sub> -Q8DP-NO). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.....	35
Tabell 8: Det sykdomsforebyggende domenet (andelen personer på hvert nivå). ....	37
Tabell 9: Utvalgte spørsmål om helsekompetanse innenfor det helsetjenesterelaterte domenet (HLS <sub>19</sub> -Q8HC-NO). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.....	38
Tabell 10: Det helsetjenesterelaterte domenet (andelen personer på hvert nivå). ....	39
Tabell 11: Prosentandel av befolkningen som svarte (veldig) vanskelig på hvert av spørsmålene om helsekompetanse (HLS <sub>19</sub> -Q47), andeler > 30 % er markert i fet type.....	40
Tabell 12: Spørsmålene om generell helsekompetanse basert på kortversjonen HLS <sub>19</sub> -Q12-NO. Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig. ....	42
Tabell 13: Generell helsekompetanse målt ved HLS <sub>19</sub> -Q12-NO (andelen personer på hvert nivå). ....	43
Tabell 14: Spørsmålene i konstruktet «digital helseinformasjon». Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig. ....	47
Tabell 15: Digital helseinformasjon (andelen personer på hvert nivå). ....	48
Tabell 16: Spørsmålene i konstruktet «digitale ferdigheter». Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig. ....	50
Tabell 17: Andelen personer på hvert nivå (digitale ferdigheter). ....	51
Tabell 18: Spørsmålene i konstruktet «digitale helsetjenester». Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig. ....	52
Tabell 19: Digitale helsetjenester (andelen personer på hvert nivå). ....	54
Tabell 20: Spørsmålene om å navigere i helsevesenet (Sys og Org refererer til system- og organisasjonsnivå). Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig.....	57
Tabell 21: Å kunne navigere i helsevesenet (andelen personer på hvert nivå).....	59
Tabell 22: Spørsmålene om å kommunisere med helsepersonell. Spørsmålene er rangert etter avtakende andel i befolkningen som svarte (veldig) vanskelig. ....	62
Tabell 23: Kommunikasjon med helsepersonell (andelen personer på hvert nivå). ....	63
Tabell 24: Samvariasjon mellom gitte variabler og den avhengige variabelen antall fastlegebesøk siste år. En analyse ble gjort for hver av de fire helsekompetansevariablene. ....	66

<b>Tabell 25: Samvariasjon mellom gitte variabler og den avhengige variabelen antall fraværsdager fra jobb grunnet helseproblemer. En analyse presenteres for hver av de fire måleskalaene for helsekompetanse.....</b>	<b>72</b>
<b>Tabell 26: Samvariasjon mellom gitte variabler og den avhengige variabelen helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). En analyse ble gjort for hver av de fire måleskalaene for helsekompetanse.....</b>	<b>73</b>

# Appendiks

## I. Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>) og måleinstrumenter

Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS<sub>19</sub>) er M-POHL sitt første prosjekt, som innebærer et internasjonalt samarbeid om en kvantitativ komparativ storskalaundersøkelse. HLS<sub>19</sub> undersøkelsen bygger på tidligere erfaringer fra HLS-EU-undersøkelsen. HLS<sub>19</sub> blir gjennomført i opptil 20 deltakerland.

Ett av målene til HLS<sub>19</sub> er å revidere måleinstrumentet HLS-EU-Q47 og utvikle nye kortversjoner av måleinstrumentet samt nye måleskalaer; helsekostnader og helseøkonomi, digital helsekompetanse, navigering i helsevesenet og kommunikasjon med helsepersonell.

### Det konseptuelle rammeverket

Sørensen et al. (2012) beskriver helsekompetansen utfra et livsløpsperspektiv og gjennom et konseptuelt rammeverk som består av fire kognitive domener (I-IV) og tre helsefaglige domener (a-c). Spørsmålene fra HLS-EU-Q47 ble utviklet basert på denne matrisen.

	I	II	III	IV
	Finne (F=Find)	Forstå (U=Understand)	Vurdere (J=Judge)	Anvende (A=Apply)
a)				
Helsetjeneste-relatert (HC)	HL1-HC-F HL2-HC-F HL3-HC-F HL4-HC-F	HL5-HC-U HL6-HC-U HL7-HC-U HL8-HC-U	HL9-HC-J HL10-HC-J HL11-HC-J HL12-HC-J	HL13-HC-A HL14-HC-A HL15-HC-A HL16-HC-A
b)				
Sykdoms-forebygging (DP)	HL17-DP-F HL18-DP-F HL19-DP-F HL20-DP-F	HL21-DP-U HL22-DP-U HL23-DP-U	HL24-DP-J HL25-DP-J HL26-DP-J HL27-DP-J HL28-DP-J	HL29--DP-A HL30-DP-A HL31-DP-A
c)				
Helse-fremming (HP)	HL32-HP-F HL33-HP-F HL34-HP-F HL35-HP-F HL36-HP-F	HL37-HP-U HL38-HP-U HL39-HP-U HL40-HP-U	HL41-HP-J HL42-HP-J HL43-HP-J	HL44-HP-A HL45-HP-A HL46-HP-A HL47-HP-A

### Vilkår for bruk av HLS<sub>19</sub>-relaterte data, måleinstrumenter og deres skalaer

HLS<sub>19</sub>-dataene som er innsamlet i Norge, blir lagret i passord-beskyttet server ved OsloMet, alternativt i TSD (Tjenester for Sensitive Data) ved Universitetet i Oslo, fra februar 2021. De fire navngitte medlemmene av forskerteamet NST Norge har etter kontrakt en prioritert datatilgang og førsterett til å publisere vitenskapelige artikler på bakgrunn av disse lagrete dataene i en tre-årsperiode etter at den nasjonale rapporten for HLS<sub>19</sub>-studien er levert fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet. Kvalifiserte forskere ved henholdsvis Fakultet for helsevitenskap, OsloMet, Høgskolen i Innlandet og aktuelle saksbehandlere ved Helsedirektoratet har også prioritert datatilgang. Det vil bli oppnevnt en styringsgruppe som skal vurdere og avgjøre om andre forskere, etter søknad, kan få tilgang til lagrete



HLS<sub>19</sub>-data, hovedspørreskjema, enkeltskalaer og delskalaer. NST vil utarbeide en manual for hvordan skalaene skal anvendes og tilhørende innsamlete data bør analyseres.

Hvordan utveksling av data fra deltakerlandene i den internasjonale HLS<sub>19</sub>-studien og analyser skal foregå, er nedfelt i direktiver utarbeidet av sentral forskningsledelse ved International Coordination Centre (ICC) som ligger innenfor organisasjonen *WHO-CC for Health Promotion in Hospitals and Health Care*, avdeling *Health and Society of the Austrian Public Health Institute* (Gesundheit Österreich GmbH) i Wien, Østerrike.

Følgende vilkår gjelder for bruk av hele HLS<sub>19</sub> spørreskjemaet eller dets skalaer:

- Validering av alle skalaer benyttet i det norske spørreskjemaet for HLS<sub>19</sub> må være utført av NST Norge og foreligge som en vitenskapelig publikasjon *før* spørreskjemaet med dets skalaer kan brukes av andre forskere i egne studier.
- Bare «non-profitable» akademiske og offentlige forskningsaktører kan få tillatelse til å bruke hele eller deler av det norske HLS<sub>19</sub>-spørreskjemaet i sine egne studier.
- Alle som gis tilgang til bruk av hele spørreskjemaet for den norske HLS<sub>19</sub>-studien må bruke følgende henvisning:
  - HLS<sub>19</sub>-instrumentet som ble brukt i denne forskningen, er utviklet av «*HLS<sub>19</sub> – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021 tilknyttet M-POHL*».
  - The HLS<sub>19</sub> Instrument used in this research was developed within «*HLS<sub>19</sub> – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021 of M-POHL*».
- Søkere som ønsker å bruke skalaer spesifikt tilstede i det norske spørreskjemaet for HLS<sub>19</sub> og utviklet/videreutviklet av NST Norge, må benytte følgende henvisning til disse skalaene:
  - «*X-skalaen(e) er (videre) utviklet av NST Norge tilknyttet M-POHL og HLS<sub>19</sub> – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021*», samt referere til dens vitenskapelige publikasjon.

#### **Offisielle navn for de ulike måleinstrumenter og skalaer (videre) utviklet av norsk NST:**

- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring comprehensive health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q12-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy (short version). M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy within the health promotion domain. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy within the disease prevention domain. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy within the healthcare domain. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-DHL-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-DHI-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy within the dimension of digital health information. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-DSK-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy within the dimension of digital skills. M-POHL. Oslo.

- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-DHC-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring digital health literacy within the dimension of utilization of digital healthcare services. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-NHL-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring navigation health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-COM-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring communication health literacy. M-POHL. Oslo.
- National Study Team in Norway for HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-HCE-NO\_Norwegian – The Norwegian instrument for measuring health literacy related health costs and health economics. M-POHL. Oslo.

**The generic (English) HLS<sub>19</sub>-Instrument 47 items:**

- HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q47 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Vienna.

**The generic (English) HLS<sub>19</sub>-Instrument 16 items:**

- HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q16 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Vienna.

**The generic (English) HLS<sub>19</sub>-Instrument 12 items:**

- HLS<sub>19</sub> (2020): HLS<sub>19</sub>-Q12 – The generic English instrument for measuring health literacy in the general population. M-POHL. Vienna.

**The HLS<sub>19</sub> Study Protocol:**

- HLS<sub>19</sub> (2020): The HLS<sub>19</sub> Study Protocol. M-POHL. Vienna.

## II. Måleinstrumenter som ble brukt i HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen

HLS <sub>19</sub> -Q47-NO_Norwegian							
HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	HLS <sub>19</sub> Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL1	HL1-HC-F	finne informasjon om symptomer på sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL2	HL2-HC-F	finne opplysninger om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL3	HL3-HC-F	finne informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL4	HL4-HC-F	finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk? <b>[Instruksjon: lege, sykepleier, ansatte på apotek, psykolog]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL5	HL5-HC-U	forstå det som legen sier til deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL6	HL6-HC-U	forstå pakningsvedleggene som følger med legemidlene dine? <b>[Instruksjon: informasjon eller instruksjoner i vedleggene]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL7	HL7-HC-U	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL8	HL8-HC-U	forstå skriftlig og muntlig instruksjon fra legen eller ansatte på apotek om hvordan du skal ta et legemiddel som er på resept?	1	2	3	4	999
CORE- HL9	HL9-HC-J	vurdere om informasjon fra legen din gjelder i ditt tilfelle?	1	2	3	4	999
CORE- HL10	HL10-HC-J	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	1	2	3	4	999
CORE- HL11	HL11-HC-J	vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?	1	2	3	4	999
CORE- HL12	HL12-HC-J	vurdere om massemedienes informasjon om sykdom er til å stole på? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL13	HL13-HC-A	bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	1	2	3	4	999
CORE- HL14	HL14-HC-A	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	1	2	3	4	999
CORE- HL15	HL15-HC-A	ringe etter ambulanse i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL16	HL16-HC-A	følge råd og anbefalinger fra legen din eller ansatte på apotek?	1	2	3	4	999
CORE- HL17	HL17-DP-F	finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholintak?	1	2	3	4	999
CORE- HL18	HL18-DP-F	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres? <b>[Instruksjon: stress, depresjon eller angst]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL19	HL19-DP-F	finne informasjon om vaksiner som anbefales til deg eller familien din?	1	2	3	4	999
CORE- HL20	HL20-DP-F	finne informasjon om hvordan håndtere risikofaktorer som påvirker helsen, som overvekt, høyt blodtrykk og høyt kolesterol?	1	2	3	4	999

CORE-HL21	HL21-DP-U	forstå informasjon om usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE-HL22	HL22-DP-U	forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	1	2	3	4	999
CORE-HL23	HL23-DP-U	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser? <b>[Instruksjon: måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL24	HL24-DP-J	vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE-HL25	HL25-DP-J	vurdere om du har behov for å bli undersøkt av en lege?	1	2	3	4	999
CORE-HL26	HL26-DP-J	vurdere hvilke vaksiner du eller familien din trenger?	1	2	3	4	999
CORE-HL27	HL27-DP-J	vurdere hvilke helseundersøkelser du bør ta? <b>[Instruksjon: tarmkreft-screening, måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL28	HL28-DP-J	vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL29	HL29-DP-A	avgjøre om du har behov for influensavaksine?	1	2	3	4	999
CORE-HL30	HL30-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL31	HL31-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL32	HL32-HP-F	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	1	2	3	4	999
CORE-HL33	HL33-HP-F	finne informasjon om aktiviteter som er bra for din psykiske helse og trivsel? <b>[Instruksjon: avspenning, mosjon, yoga]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL34	HL34-HP-F	finne ut hvordan nabolaget ditt kan bli mer helsevennlig? <b>[Instruksjon: redusere støy og forurensning, utvikle grøntområder og gi rom for fritidsaktiviteter]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL35	HL35-HP-F	finne informasjon om lovendringer som kan påvirke helsen til deg eller familien din? <b>[Instruksjon: nye screeningsprogrammer, omorganisering av helsevesenet, tobakksavgift eller røykeforbud]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL36	HL36-HP-F	finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?	1	2	3	4	999
CORE-HL37	HL37-HP-U	forstå råd om helse fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL38	HL38-HP-U	forstå informasjon på matemballasje?	1	2	3	4	999
CORE-HL39	HL39-HP-U	forstå informasjon i massemedia om hvordan du kan bedre helsen? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL40	HL40-HP-U	forstå informasjon om hvordan du kan bevare god psykisk helse? <b>[Instruksjon: forstå informasjon som handler om mental helse og trivsel fra ulike avsendere]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL41	HL41-HP-J	vurdere hvordan nabolaget ditt kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL42	HL42-HP-J	vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL43	HL43-HP-J	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din? <b>[Instruksjon: spise- og drikkevaner, mosjon]</b>	1	2	3	4	999

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

### Norske nyutviklede delskalaer HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO, HLS<sub>19</sub>-Q8DP-NO, HLS<sub>19</sub>-Q8HP-NO, HLS<sub>19</sub>-Q12-NO

## HLS<sub>19</sub>-Q8HC-NO\_Norwegian

Åtte variabler som inngår i delskalaen for helsekompetanse HC (helsetjenesterelatert) utviklet av NST Norge.  
Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	HLS <sub>19</sub> Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE-HL2	HL2-HC-F	finne opplysninger om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE-HL4	HL4-HC-F	finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk? [Instruksjon: leger, sykepleiere, ansatte på apotek, psykolog]	1	2	3	4	999
CORE-HL5	HL5-HC-U	forstå det som legen sier til deg?	1	2	3	4	999
CORE-HL7	HL7-HC-U	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE-HL10	HL10-HC-J	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	1	2	3	4	999
CORE-HL11	HL11-HC-J	vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?	1	2	3	4	999
CORE-HL13	HL13-HC-A	bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	1	2	3	4	999
CORE-HL14	HL14-HC-A	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	1	2	3	4	999

## HLS19-Q8DP-NO\_Norwegian

Åtte variabler som inngår i delskalaen for helsekompetanse DP (sykdomsforebygging) utviklet av NST Norge.  
Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

HLS19 HLS-EU Item nr.	HLS19 Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL17	HL17-DP-F	finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE- HL18	HL18-DP-F	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres? [Instruksjon: stress, depresjon eller angst]	1	2	3	4	999
CORE- HL22	HL22-DP-U	forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	1	2	3	4	999
CORE- HL23	HL23-DP-U	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser? [Instruksjon: måle blodsukkeret, måle blodtrykket]	1	2	3	4	999
CORE- HL24	HL24-DP-J	vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE- HL28	HL28-DP-J	vurdere om massemedienes informasjon om helseerisiko er til å stole på? [Instruksjon: aviser, TV eller Internett]	1	2	3	4	999
CORE- HL30	HL30-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE- HL31	HL31-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia? [Instruksjon: aviser, TV eller Internett]	1	2	3	4	999

## HLS19-Q8HP-NO\_Norwegian

Åtte variabler som inngår i delskalaen for helsekompetanse HP (helsefremming) utviklet av NST Norge.  
Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

HLS19 HLS-EU Item nr.	HLS19 Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL32	HL32-HP-F	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	1	2	3	4	999
CORE- HL36	HL36-HP-F	finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?	1	2	3	4	999
CORE- HL37	HL37-HP-U	forstå råd om helse fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE- HL38	HL38-HP-U	forstå informasjon på matemballasje?	1	2	3	4	999
CORE- HL42	HL42-HP-J	vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE- HL43	HL43-HP-J	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din? [Instruksjon: spise- og drikkevaner, mosjon]	1	2	3	4	999
CORE- HL44	HL44-HP-A	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE- HL46	HL46-HP-A	påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen din å gjøre? [Instruksjon: levekår har å gjøre med boforhold, nærmiljø, økonomi, sosiale relasjoner, jobbsituasjon]	1	2	3	4	999

## HLS<sub>19</sub>-Q12-NO\_Norwegian

Tolv variabler som inngår i kortversjonen HLS-Q12 (norsk versjon) utviklet av Hanne Sjøberg Finbråten med flere ved NST Norge. Skalaen er validert og publisert.

Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., Pettersen, K. S., Trollvik, A., & Guttersrud, Ø. (2018). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC health services research, 18*(1), 506.

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	HLS <sub>19</sub> Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL2	HL2-HC-F	finne opplysninger om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL7	HL7-HC-U	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL10	HL10-HC-J	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	1	2	3	4	999
CORE- HL14	HL14-HC-A	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	1	2	3	4	999
CORE- HL18	HL18-DP-F	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres? <b>[Instruksjon: stress, depresjon eller angst]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL23	HL23-DP-U	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser? <b>[Instruksjon: måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL28	HL28-DP-J	vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL30	HL30-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE- HL32	HL32-HP-F	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	1	2	3	4	999
CORE- HL38	HL38-HP-U	forstå informasjon på matemballasje?	1	2	3	4	999
CORE- HL43	HL43-HP-J	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din? <b>[Instruksjon: spise- og drikkevaner, mosjon]</b>	1	2	3	4	999
CORE- HL44	HL44-HP-A	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999

## Norsk tilpassede og utviklede skalaer for digital helsekompetanse

### HLS<sub>19</sub>-DHL-NO\_Norwegian

### Digital helsekompetanse

«Optional package» i HLS<sub>19</sub> undersøkelsen

DHL – Digital Health Literacy

HLS<sub>19</sub>-DHL-NO inkluderer M-POHLs HLS<sub>19</sub>-DHL-skalaen og norskutviklede skalaer for digitale ferdigheter og bruk av digitale helsetjenester.

Totalt utgjør HLS<sub>19</sub>-DHL-NO spørreskjemaet tre dimensjoner/delskalaer:

-digital helseinformasjon (HLS<sub>19</sub>-DHI-NO), digitale ferdigheter (HLS<sub>19</sub>-DSK-NO) og bruk av digitale helsetjenester (HLS<sub>19</sub>-DHC-NO)-

Åtte variabler som inngår i delskalaen HLS<sub>19</sub>-DHI-NO er videreutviklet fra HLS<sub>19</sub>-DHL.

Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

Tolv variabler som inngår i delskalaen HLS<sub>19</sub>-DSK-NO (norsk versjon) er utviklet av NST Norge.

Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

Ti variabler som inngår i delskalaen HLS<sub>19</sub>-DHC-NO (norsk versjon) er utviklet av NST Norge.

Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

### HLS<sub>19</sub>-DHI-NO\_Norwegian

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om helseinformasjon på Internett.

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: Når du søker etter helseinformasjon på Internett, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
DHI1	bruke egnede søkeord for å finne informasjonen du leter etter på nett?	1	2	3	4	999
DHI2	finne akkurat den informasjonen som du søker etter?	1	2	3	4	999
DHI3	forstå informasjonen?	1	2	3	4	999
DHI4	vurdere om informasjonen er til å stole på?	1	2	3	4	999
DHI5	vurdere om informasjonen er gitt med den hensikt å selge produkter eller tjenester?	1	2	3	4	999
DHI6	besøke flere Internettssider for å se om de gir tilsvarende informasjon om et tema?	1	2	3	4	999
DHI7	vurdere om informasjonen gjelder i ditt tilfelle?	1	2	3	4	999
DHI8	bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?	1	2	3	4	999

### HLS<sub>19</sub>-DSK-NO\_Norwegian

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: Bruker du en digital enhet, slik som PC, nettbrett eller mobiltelefon med nettilkopling? [Med digital enhet mener vi f.eks. mobiltelefon, nettbrett og datamaskin.]

[JA/NEI, hvis NEI besvares ikke spørsmålene om digitale ferdigheter]



HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
DSK12	lagre og hente frem informasjon på digitale enheter?	1	2	3	4	999
DSK13	ta sikkerhetskopi (backup) av filer? [Instruksjon: mapper, dokumenter, bilder]	1	2	3	4	999
DSK14	bruke skybasert databehandling? [Instruksjon: Internettbasert levering av datatjenester, slik som lagring og programvare]	1	2	3	4	999
DSK22	dele digital informasjon? [Instruksjon: sende vedlegg med epost, dele lenker på digitale medier, "tagge" informasjon på sosiale medier]	1	2	3	4	999
DSK23	bruke nettbaserte tjenester? [Instruksjon: nettbank, elektronisk skattemelding, helsenorge.no]	1	2	3	4	999
DSK24	samarbeide digitalt? [Instruksjon: jobbe i felles dokumenter i f.eks. Google, SharePoint, bruke Dropbox, DORY]	1	2	3	4	999
DSK31	bruke digitale verktøy til å lage tabeller, grafer og figurer?	1	2	3	4	999
DSK32	sette inn fotnote, endre tekstformat, redigere tabeller og figurer i et elektronisk dokument?	1	2	3	4	999
DSK33	endre innstillinger på programmer og applikasjoner? [Instruksjon: endre default/standardverdier]	1	2	3	4	999
DSK52	laste ned, installere, oppdatere og slette programvare?	1	2	3	4	999
DSK53	ta i bruk nye digitale verktøy og løsninger? [Instruksjon: raskt mestre nye programmer og systemer]	1	2	3	4	999
DSK54	avgjøre hvilke digitale verktøy du trenger for å løse en bestemt oppgave?	1	2	3	4	999

## HLS<sub>19</sub>-DHC-NO\_Norwegian

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: I takt med teknologiutviklingen blir det stadig større krav til tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Dette gjør at helsetjenesten må jobbe på nye måter. Derfor blir flere helsetjenester digitalisert.

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil det være for deg å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
DHC1	gjennomføre videosamtale med helsepersonell på mobiltelefon eller nettbrett?	1	2	3	4	999
DHC2	følge veiledninger fra helsepersonell under en videosamtale?	1	2	3	4	999
DHC3	ved behov kontakte helsepersonell på telefon?	1	2	3	4	999
DHC4	bruke medisinsk teknisk utstyr for selv å måle blodtrykket og liknende?	1	2	3	4	999
DHC5	bruke mobiltelefon eller nettbrett til å registrere resultater fra målinger du selv tar (f.eks. blodtrykket)?	1	2	3	4	999
DHC6	bruke mobiltelefon eller nettbrett til å følge med på målingene dine over tid, f.eks. vurdere om blodtrykket og blodsukkernivået er stabilt eller har endret seg?	1	2	3	4	999

DHC7	gi tilbakemelding til helsepersonell via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett (f.eks. bekrefte på SMS at blodtrykket ditt nå er normalt igjen)?	1	2	3	4	999
DHC8	gjennomføre e-læringskurs for å lære hvordan du følger opp og mestrer egen sykdom? [Instruksjon: kurs via Internett eller gjennom apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett]	1	2	3	4	999
DHC9	registrere egne helseopplysninger i din personlige helsejournal på Internett (f.eks. notere medisinbruk, legebesøk, smerter og liknende)?	1	2	3	4	999
DHC10	kommunisere digitalt med helsepersonell om kritiske endringer i helsetilstanden din? [Instruksjon: varsle helsepersonell om unormale endringer i helsetilstanden, f.eks. via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett]	1	2	3	4	999

## Norsk tilpassede og utviklede skalaer for kommunikasjon med helsepersonell

### HLS<sub>19</sub>-COM-NO\_Norwegian

## Kommunikasjon med helsepersonell

«Optional package» i HLS<sub>19</sub> undersøkelsen

COM – Communication Health Literacy

Åtte variabler som inngår i delskalaen HLS<sub>19</sub>-COM-NO er videreutviklet av NST Norge, basert på HLS<sub>19</sub>-COM. Etter pilotering av HLS<sub>19</sub>-COM skalaen i Norge, har skalaen blitt redusert fra 11 til 8 spørsmål. Ordlyden på flere av spørsmålene ble revidert for å kunne være bedre tilpasset norske forhold.

Skalaen er foreløpig validert, men ikke publisert.

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om kommunikasjon med helsepersonell. Vennligst gi en generell vurdering av erfaringene dine.

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
COM1	beskrive til helsepersonell hvordan du opplever helsen eller helseproblemet ditt?	1	2	3	4	999
COM2	be helsepersonell om mer informasjon, hvis du trenger det?	1	2	3	4	999
COM3	forstå det som helsepersonell sier til deg?	1	2	3	4	999
COM4	spørre helsepersonell hvis det er noe du ikke forstår?	1	2	3	4	999
COM5	fortelle helsepersonell hvordan du selv ønsker å følge opp helsen din?	1	2	3	4	999
COM6	diskutere helsen din med helsepersonell?	1	2	3	4	999
COM7	være aktiv i dialogen med helsepersonell om avgjørelser rundt helsen din?	1	2	3	4	999
COM8	bruke informasjon som helsepersonell gir deg, til å ta vare på helsen din?	1	2	3	4	999

## HLS<sub>19</sub>-NHL-NO\_Norwegian

### Navigering i helsevesenet

«Optional package» i HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen

NHL – Navigation Health Literacy

Etter pilotering av HLS<sub>19</sub>-NHL skalaen i Norge, har skalaen blitt redusert med ett spørsmål (NHL12) og tillagt med ett annet spørsmål (NHL3b). I tillegg ble spørsmål NHL6 flyttet bak spørsmål NHL8 i rekkefølgen.

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om å finne frem i helsevesenet

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
NHL1	forstå informasjon om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer? [Instruksjon: nivåinndeling av helsetjenestetilbud; ulike helsetjenester innenfor spesialisthelsetjenesten (på sykehus) og innenfor primærhelsetjenesten (kommunale helse- og omsorgstjenester, f.eks. fastlege)]	1	2	3	4	999
NHL2	vurdere hvilken type helsetjeneste du trenger når du har et helseproblem? [Instruksjon: gå til fastlegen om du f.eks. har hatt feber i flere dager, besøke legevakt ved akutt skade]	1	2	3	4	999
NHL3	vurdere om en helseforsikring dekker ditt behov for en bestemt helsetjeneste? [Instruksjon: om den dekker f.eks. tannlegebehandling]	1	2	3	4	999
NHL3b	finne ut om en helsetjeneste krever egenandel?	1	2	3	4	999
NHL4	forstå informasjon om pågående helsereformer som kan påvirke helsetjenestetilbudet ditt?	1	2	3	4	999
NHL5	finne ut hvilke rettigheter du har som pasient eller bruker av helsetjenester?	1	2	3	4	999
NHL7	finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste?	1	2	3	4	999
NHL8	vurdere om en bestemt helsetjeneste dekker ditt behov for helsehjelp?	1	2	3	4	999
NHL6	avgjøre hvilket helsetilbud du skal velge, om du har behov for et? [Instruksjon: velge behandlingssted]	1	2	3	4	999
NHL9	vite hvordan du bestiller time hos primærhelsetjenesten? [Instruksjon: lege, sykepleier, fysioterapeut, psykolog, logoped]	1	2	3	4	999
NHL10	finne ut hvordan pasient- og brukerorganisasjoner eller liknende kan hjelpe deg å finne frem i helsevesenet? [Instruksjon: diabetesforbundet, kreftforeningen]	1	2	3	4	999
NHL11	finne riktig kontaktperson for ditt behov på en helseinstitusjon? [Instruksjon: på et sykehus eller sykehjem]	1	2	3	4	999

## HLS<sub>19</sub>-HCE-NO\_Norwegian

### Helsekostnader og helseøkonomi

«Optional package» i HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen

HCE – Health Costs & Health Economics

Skalaen er videreutviklet og tilpasset norske forhold. Svaralternativer avviker fra den originale versjonen HLS<sub>19</sub>-HCE fra M-POHL.

OP-HC1-1: Ikke brukt i Norge

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Variabler og svaralternativer		
OP-HC1	<p><b>Spørsmål:</b> Omtrent hvor mye penger har du brukt på helsen din de siste tre månedene? [Intervjuinstruksjon: Skriv antall norske kroner. Respondenten skal telle med alle utgifter til helse, f.eks. egenandel hos lege og fysioterapeut, tannlegebehandling, smertestillende tabletter og medisiner. IKKE tell med helsekost og alternativ behandling, f.eks. massasje og kiropraktor. Hvis respondenten ikke har brukt egne penger, skriv inn «0». Hvis det er vanskelig å svare, be respondenten gjøre et overslag/estimat.]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] i norske kroner</li> </ul>		
OP-HC1-1	IKKE BRUKT I NORGE		
OP-HC2	<p>Sett inn EQ5D (1-5). Settet av spørsmål kalt «EQ5D» er i Norge plassert etter C-HASTAT3. Se arket «bakgrunnsvariabler».</p>		
<p>[INTRODUKSJON] - <u>Intervjuer</u>: De neste spørsmålene handler om jobbsituasjonen din. [Hvis respondenten ikke kan svare, lar du feltet stå tomt (missing). Dette gjelder alle spørsmålene om jobbsituasjon.]</p>			
OP-HC3	<p>I løpet av en vanlig 7-dagers uke, hvor mange timer forventer arbeidsgiver at du jobber? Hvis du har mer enn én jobb, oppgi totalt antall timer for alle jobbene? [Intervjuinstruksjon: Inkluder lunsjpause hvis den er betalt. Hvis respondenten ikke har jobbet noe de siste sju dagene, skriv inn «0». Hvis timetallet varierer, skriv et estimert gjennomsnitt. Hvis noen oppgir stilling i prosent, f.eks. «jeg jobber 80 %», så be om et timeantall.] 8 timer per dag i 5 dager = 40 timer 7 timer per dag i 5 dager = 35 timer 8 timer per dag i 4 dager pluss 4 timer per dag i 1 dag = 36 timer 7 timer per dag i 3 dager pluss 4 timer per dag i 2 dager = 29 timer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] – Antall timer</li> </ul>		
<p>[INTRODUKSJON] - <u>Intervjuer</u>: De neste spørsmålene handler om ulike arbeidssituasjoner. Svar ut fra dine erfaringer de siste 4 ukene. [Hvis respondenten ikke kan svare, lar du feltet stå tomt (missing). Dette gjelder alle spørsmålene om jobbsituasjon.]</p>			
OP-HC4 (1-5)	<p>I de siste 4 ukene, hvor mange dager...</p> <p>[BARE ETT SVAR PÅ HVER LINJE] *Vet ikke/ønsker ikke å svare.</p>		
4.1 ...var du borte fra jobb hele arbeidsdagen grunnet egne fysiske eller psykiske helseproblemer? [Intervjuinstruksjon: Bare tell med fraværsdager grunnet egen helse, ikke andres.]	Heltall (dager)	999	
4.2 ...var du borte fra jobb hele arbeidsdagen av andre grunner?	Heltall (dager)	999	
4.3 ...var du borte fra jobb deler av arbeidsdagen grunnet egne fysiske eller psykiske helseproblemer? [Intervjuinstruksjon: Vennligst bare inkluder dager som skyldes egen helse, ikke andre. Hvis respondenten ikke var borte deler av arbeidsdagen, skriv inn «0». Hvis respondenten var borte deler av arbeidsdagen, skriv totalt antall timer fravær.]	Heltall (timer)	999	
4.4 ...var du borte fra jobb deler av arbeidsdagen av andre grunner? [Intervjuinstruksjon: Hvis respondenten ikke var borte deler av arbeidsdagen skriv inn «0». Hvis respondenten var borte deler av arbeidsdagen, skriv totalt antall timer fravær.]	Heltall (timer)	999	
4.5 ...jobbet du totalt sett mer enn du skulle (f.eks. kom du tidlig på jobb, gikk hjem sent fra jobb, eller arbeidet på en fridag)? [Intervjuinstruksjon: Hvis respondenten svarer «nei» skriv inn «0». Ellers skriv totalt antall timer ekstrajobbingen utgjør.]	Heltall (timer)	999	
OP-HC5	<p>Omtrent hvor mange timer jobbet du totalt de siste 4 ukene? Hvis du har mer enn én jobb, regner du ut totalt antall timer for alle jobbene. [Intervjuinstruksjon: Hvis respondenten ikke jobbet i det hele tatt de siste 4 ukene, skriv inn «0», og gå til slutten av denne seksjonen.]</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [BARE ETT SVAR] – Antall timer</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
[INTRODUKSJON] - <u>Intervjuer</u> : De neste spørsmålene handler om arbeidsinnsats.		
OP-HC6	<b>På en skala fra 0 til 10, hvor 0 er laveste mulige arbeidsinnsats noen kan yte i jobben din og 10 er høyeste mulige innsats, hvordan vil du vurdere innsatsen til de fleste som har din type jobb?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [BARE ETT SVAR] – Skriv ned et tall mellom 0 og 10.</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
OP-HC7	<b>På den samme skalaen fra 0 til 10, hvordan vil du vurdere arbeidsinnsatsen din i løpet av det siste eller de to siste årene?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [BARE ETT SVAR] – Skriv ned et tall mellom 0 og 10.</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
OP-HC8	<b>På den samme skalaen fra 0 til 10, hvordan vil du vurdere egen arbeidsinnsats de dagene du var på jobb i løpet av de siste 4 ukene?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [BARE ETT SVAR] – Skriv ned et tall mellom 0 og 10.</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999

## Bakgrunnsvariabler (inkl. EQ-5D)

Både obligatoriske og valgfrie variabler inngår i dette skjemaet.

C-Corr = Core-Correlate (obligatorisk)

O-Corr = Optional-Correlate (valgfri)

EQ-5D = Optional (valgfri – en del av helseøkonomi-skalaen)

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Variabler og svaralternativer	
[INTRODUKSJON] - <u>Intervjuer</u> : <b>Det neste spørsmålet handler om din erfaring med å lete etter helserelatert informasjon.</b> [Med kilder til helseinformasjon mener vi f.eks. bøker, brosjyrer, aviser, blader, Internett eller sosiale medier, produktinformasjon.]		
C-HI1	Har du noen gang prøvd å finne informasjon om helse eller medisinske emner? Regn med alle kilder til helseinformasjon.	
	• JA	1
	• NEI	2
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
[INTRODUKSJON] - <u>Intervjuer</u> : <b>De neste spørsmålene handler om deg.</b>		
C-DET1	Kjønn [Noter – ikke spør]	
	• Mann	1
	• Kvinne	2
C-DET2	Hva er alderen din?	
	• [BARE ETT SVAR]	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-DET3	I hvilket land ble du født?	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]	2-bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-DET4	I hvilket land ble faren din født?	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]	2-bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-DET5	I hvilket land ble moren din født?	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]	2-bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
O-DET5	Er norsk morsmålet ditt?	
	• JA	1
	• NEI	2
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
Intervjuinstruksjon: De tre neste spørsmålene (5a-5a3) stilles hvis respondenten har et annet morsmål enn norsk.		
O-DET5a	Hvilket språk er morsmålet ditt?	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til 693-2 (3-bokstaver)]	3-bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

O-DET5a2	<b>Hvor mange år har du bodd i Norge?</b>		
	• [BARE ETT SVAR]	Heltall	
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
O-DET5a3	<b>Hvor godt snakker du norsk? (f.eks. uttale, bruke «riktige» ord, plassere ordene i «riktig» rekkefølge slik at du blir forstått)</b>		
	• Svært godt	1	
	• Godt	2	
	• Dårlig	3	
	• Svært dårlig	4	
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
O-DET5a4	<b>Hvor godt forstår du skriftlig informasjon på norsk?</b>		
	• Svært godt	1	
	• Godt	2	
	• Dårlig	3	
	• Svært dårlig	4	
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
O-DET5a5	<b>Hvor godt skriver du selv norsk? (f.eks. tegnsetting, setningsoppbygging)</b>		
	• Svært godt	1	
	• Godt	2	
	• Dårlig	3	
	• Svært dårlig	4	
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
C-DET6	<b>Hva er din høyeste fullførte utdanning (med oppnådd vitnemål)?</b> [Intervjuinstruksjon: bruk ISCED 2011 KODER.] [IKKE LES OPP – INTERVJUER REKODER]		
	• Ingen formell utdanning	0	
	• Barneskole (noe grunnskole)	1	
	• Ungdomsskole (fullført grunnskole)	2	
	• Videregående skole (studiespesialisering, fagbrev eller tilsvarende)	3	
	• Utdanning utover videregående skole, men ikke universitets- eller høyskoleutdanning (f.eks. fagskole og yrkesfag med påbygging)	4	
	• Universitets- eller høyskoleutdanning, 1–2 år	5	
	• Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 3 år (bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende)	6	
	• Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 5 år (mastergrad, hovedfag eller tilsvarende)	7	
	• Forskerutdanning (doktorgrad)	8	
	• Ikke relevant / vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
	C-DET7	<b>Hva er din nåværende arbeidstatus?</b> [Intervjuinstruksjon: Intervjuer skal lese opp svaralternativer.] [BARE ETT SVAR]	
		• Ansatt	1
• Selvstendig næringsdrivende		2	
• Arbeidsledig		3	
• Pensjonist		4	
• Ufør/uføretrygda		5	
• Student		6	
• Hjemmeværende		7	
• Militær- eller siviltjeneste		8	
• Annet (SPESIFISER)		9	
• Permittert		10	
• Vet ikke / ønsker ikke å svare		999	
C-DET7b		[De som svarer «Annet» på C-DET7: Noter ned faktisk svar i en egen variabel]	
	• [NOTER NED FAKTISK SVAR]	String	
C-DET8	<b>Har du helsefaglig utdanning?</b> [BARE ETT SVAR]		
	• JA	1	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEI</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET9</b>	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale for legemidler, om du trenger det?</b> [Instruksjon: F.eks. egenandel for legemidler på resept eller kjøpe legemidler over disk] [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET10</b>	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale for helserelaterte undersøkelser og behandlinger, om du trenger det?</b> [Instruksjon: F.eks. undersøkelser og behandlinger som ikke fullt dekkes av helseforsikring, f.eks. tannprotese, briller, alternative behandlinger, legemidler og hjelpemidler osv...] [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET11</b>	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale alle regninger og dekke alle utgifter hver måned?</b> [Instruksjon: F.eks. egenandel for legemidler på resept eller kjøpe legemidler over disk.] [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET12</b>	<b>Utdanning, inntekt og yrke kan skape forskjellige samfunnslag eller ulike sosiale lag i samfunnet. På en skala fra 1 til 10, der 1 er nederste lag og 10 er øverste sosiale lag, hvor ville du plassert deg selv?</b> [Intervjuinstruksjon: Gjør en samlet vurdering av utdanning, inntekt og yrke.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Nederste sosiale lag i samfunnet</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6</li> </ul>	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7</li> </ul>	7
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9</li> </ul>	9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Øverste sosiale lag i samfunnet</li> </ul>	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-SSUP1</b>	<b>Hvor mange står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie</b> [Intervjuinstruksjon: Noter ned to variabler, hvor den ene rekodes til påkrevde samlekategoriene. Den andre variabelen angir faktisk antall personer.] [BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 eller 2</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 til 5</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 eller flere</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-SSUP1b</b>	[Intervjuinstruksjon: Skriv ned antall personer fra C-SSUP1]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [BARE ETT SVAR] Faktisk antall personer</li> </ul>	Heltall
<b>C-SSUP2</b>	<b>Hvor stor interesse viser andre for det du gjør?</b> [BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor interesse</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noe interesse</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verken stor eller liten interesse</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite interesse</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen interesse</li> </ul>	5



	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-SSUP3	<b>Hvor lett er det å få hjelp til praktiske gjøremål fra naboer, om du skulle trenge det?</b> [BARE ETT SVAR]	
	• Veldig lett	1
	• Lett	2
	• Verken lett eller vanskelig	3
	• Vanskelig	4
	• Veldig vanskelig	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om høyde, vekt og helsevaner.

C-HLFST1	<b>Hvor høy er du uten sko (avrund til nærmeste cm)?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] CM	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

C-HLFST2	<b>Hvor mye «veier» du uten klær og sko (avrund til nærmeste kg)?</b> [Intervjuinstruksjon: Spør kvinner som er 50 år eller yngre om de er gravide. Hvis ja, spør om «vekt» for graviditet.]	
	• [BARE ETT SVAR] KG	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

C-HLFST3 (1-4)	<b>I løpet av en vanlig uke, hvor mange av dagene gjør du dette?</b> <small>*sjeldnere enn én dag **Vet ikke/ønsker ikke å svare</small>	
	[BARE ETT SVAR PÅ HVER LINJE]	

	Aldri	<1dag*	1dag	2dager	3dager	4dager	5dager	6dager	7dager	Vet ikke**
3.1 ...røyker produkter av tobakk?	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999
3.2 ...drikker alkohol? <small>[Intervjuinstruksjon: Øl, vin, sider, brennevin, drinker, likør eller hjemmebrent.]</small>	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999
3.3 ...er fysisk aktiv i minst 30 minutter slik at du i det minste puster litt fortere eller at hjertet slår litt raskere? <small>[Intervjuinstruksjon: Mosjonerer eller gjør andre fritidsaktiviteter, er fysisk aktiv på jobb, gjør hus- eller hagearbeid eller beveger deg til og fra steder.]</small>	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999
3.4 ...spiser frukt, grønnsaker eller salat (...)? <small>[Intervjuinstruksjon: Ikke tell med potet, ferskpresset juice av frukt eller grønnsaker, eller juice fremstilt fra konsentrat.]</small>	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om helsen din.

C-HSTAT1	<b>Hvordan er helsen din generelt sett?</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• Veldig god	1
	• God	2
	• Verken god eller dårlig	3
	• Dårlig	4
	• Veldig dårlig	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

C-HSTAT1a	<b>Hvordan vil du best beskrive helsen din?</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• Jeg er stort sett frisk	1
	• Jeg har økt risiko for å utvikle sykdom	2
	• Jeg har kroniske helseplager	3
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

C-HSTAT2	<b>Har du langvarige sykdommer eller helseproblemer? Med langvarige menes sykdommer eller problemer som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder.</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• JA, mer enn 1	1
	• JA, 1	2
	• NEI	3
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

C-HSTAT2a	[Intervjuinstruksjon: Skriv ned sykdommen/sykdommene til de som svarer «JA» på C-HSTAT2]	
-----------	--	--

	• [Intervjuer koder i tillegg enkelte typer sykdom så langt som mulig. Ellers noteres bare type sykdom.]	Se kodeark
<b>C-HSTAT3</b>	<b>I løpet av siste seks månedene eller mer, i hvor stor grad begrenser helseproblemer deg i å gjøre vanlige hverdagsaktiviteter? Vil du si at du har opplevd...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• Store begrensninger	1
	• Noe begrensninger	2
	• Ingen begrensninger	3
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
	• Ikke relevant	98

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: **Vi ønsker å finne ut hva du mener om din egen helse. Fortell meg hvilket svaralternativ som best beskriver din helse IDAG.**

<b>EQ-5D-1 GANGE</b>	<b>Først vil jeg gjerne spørre deg om din gange. Vil du si...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du ikke har noen problemer med å gå omkring?	1
	• du har litt problemer med å gå omkring?	2
	• du har middels store problemer med å gå omkring?	3
	• du har store problemer med å gå omkring?	4
	• du er ute av stand til å gå omkring?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

<b>EQ-5D-2 PERSONLIG STELL</b>	<b>Nå vil jeg gjerne stille deg noen spørsmål om personlig stell. Vil du si at ...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du ikke har noen problemer med å vaske deg eller kle deg?	1
	• du har litt problemer med å vaske deg eller kle deg?	2
	• du har middels store problemer med å vaske deg eller kle deg?	3
	• du har store problemer med å vaske deg eller kle deg?	4
	• du er ute av stand til å vaske deg eller kle deg?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

<b>EQ-5D-3 VANLIGE GJØREMÅL</b>	<b>Nå vil jeg gjerne spørre deg om vanlige gjøremål, som for eksempel arbeid, studier, husarbeid og familie- eller fritidsaktiviteter. Vil du si at...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du ikke har noen problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	1
	• du har litt problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	2
	• du har middels store problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	3
	• du har store problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	4
	• du er ute av stand til å utføre dine vanlige gjøremål?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

<b>EQ-5D-4 SMERTE/ UBEHAG</b>	<b>Nå vil jeg gjerne spørre deg om smerte eller ubehag. Vil du si at...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du hverken har smerter eller ubehag?	1
	• du har litt smerter eller ubehag?	2
	• du har middels sterke smerter eller ubehag?	3
	• du har sterke smerter eller ubehag?	4
	• du har svært sterke smerter eller ubehag?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

<b>EQ-5D-5 ANGST/ DEPRESJON</b>	<b>Til slutt vil jeg spørre deg om angst eller depresjon. Vil du si at...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du verken er engstelig eller depriment?	1
	• du er litt engstelig eller depriment?	2
	• du er middels engstelig eller depriment?	3
	• du er svært engstelig eller depriment?	4
	• du er ekstremt engstelig eller depriment?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: **De neste spørsmålene handler om bruk av helsetjenester. Vennligst svar ut fra ditt eget behov for helsehjelp.**

C-HCUT1	<b>I løpet av de siste 24 månedene, omtrent hvor mange ganger har du brukt akuttmedisinske tjenester for øyeblikkelig hjelp?</b> [Intervjuinstruksjon: <i>Bruk av legevakt, akuttmottak eller ambulanse for øyeblikkelig hjelp på egne vegne – ikke fordi du hjalp andre.</i> ]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-HCUT2	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært hos fastlege eller annen allmennlege?</b> [Intervjuinstruksjon: <i>Bare tell med de gangene du var hos lege på egne vegne.</i> ]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-HCUT3	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært hos spesialist i indremedisin eller kirurgi?</b> [Intervjuinstruksjon: <i>Bare tell med de gangene du var hos legespesialist på egne vegne.</i> ]	
	• [BARE ETT SVAR] - Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-HCUT4	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus lenger enn ett døgn (24t)?</b> [Intervjuinstruksjon: <i>Dvs. innlagt på sengepost mer enn 24 timer med overnatting.</i> ]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-HCUT5	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært på sykehus som dagpasient eller på poliklinisk avdeling?</b> [Intervjuinstruksjon: <i>Dvs. vært på poliklinisk avdeling på sykehus for diagnostisering, behandling eller annen type helsetjeneste, uten at du var innlagt på sengepost med overnatting.</i> ]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-HCUT6	<b>I løpet av de siste 12 månedene, hvor mange dager var du borte fra jobb på grunn av helseproblemer?</b> [Intervjuinstruksjon: <i>Tell med alle typer sykdom, skade og andre helseproblemer du hadde som gjorde at du var borte fra jobb.</i> ]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall dager	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
	• Ikke relevant	98

## Dokumentasjon for nasjonale tilpasninger av originale måleinstrumenter fra M-POHL som ble brukt i oppsett 1

Please fill in your country name:

Norway

Please fill in the language(s) in which you implement the HLS19:

Norwegian

HLS <sub>19</sub> modules	(1) Which complete module is implemented in your national HLS <sub>19</sub> survey? Please indicate with an X	(2) Which selected single items of a module are implemented in your national HLS <sub>19</sub> survey? Please specify each selected item of the corresponding module?
<b>HLS<sub>19</sub> core</b>		
HLS-Q47 (47 items)	x	
HLS-Q22 (22 items)		
HLS-Q12 (12 items)		
General HL Correlates (31 items)	x <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> As we did not include O-HI1 (*The most recent time you looked for (...) medical topics, where did you go first?*), we moved the mandatory item CHI1 (*Have you ever searched for information about health or medical topics from any source?*) in front of Q47. It seemed somewhat odd to ask CHI1 after Q47 as these core items presuppose that the respondent has experience with finding information.

HLS <sub>19</sub> modules	(1) Which complete module is implemented in your national HLS <sub>19</sub> survey? Please indicate with an X	(2) Which selected single items of a module are implemented in your national HLS <sub>19</sub> survey? Please specify each selected item of the corresponding module?
<b>HLS<sub>19</sub> optional package</b>		
HL optional Correlates (18 items)		O-DETS <sup>2</sup> , O-DET5a <sup>3</sup>
NVS (7 items)		
OP: Digital HL (10 + 6 items)		<i>We included the 10 items OP-DHL2.1 - OP-DHL2.8 and OP-DHL3.1 - OP-DHL3.2</i>
OP: Communication in healthcare full version (11 items)		
OP: Communication in healthcare short version (6 items)		
OP: Navigation HL (12 items)		

<sup>2</sup> The proper way to formulate O-DETS in Norway is "Is Norwegian your mother tongue?" ("Was the first language (mother tongue) you learnt and spoke in your family another one than the official language(s) spoken in the country you currently live in?"). This is a "reversed" item compared to the original item so the coding categories were reversed (1 = No, 2 = Yes). In Norway there are no regions where people speak other official languages than Norwegian.

<sup>3</sup> The proper way to formulate O-DET5a in Norway as a follow-up to O-DETS is "Which language is your mother tongue?" ("What language was this?").

HLS <sub>19</sub> modules	(1) <u>Which complete module is implemented in your national HLS<sub>19</sub> survey?</u> Please indicate with an X	(2) <u>Which selected single items of a module are implemented in your national HLS<sub>19</sub> survey?</u> Please specify each selected item of the corresponding module?
OP: Vaccination (10 + 4 items)		
OP: Costs and health economics of HL (18 items)		<p>We <i>included</i> the following 15 items:</p> <p>OP-HC2: We included EQ5D1-5, which we placed right after C-HSTAT3</p> <p>OP-HC3</p> <p>OP-HC4.1-5<sup>4</sup></p> <p>OP-HC5 - OP-HC8<sup>5</sup></p> <p>We <i>excluded</i> the three items OP-HC1; OP-HC1.1; EQ5D-VAS from the pilot study, but we did later decide to include OP-HC1 in the upcoming main data collection. The reason for excluding OP-HC1 was that it is difficult to know what this item actually measures; does it include e.g. money spent on healing? We chose to include OP-HC1 as we may lose important information for costs estimation if we exclude the item.</p>

**(3) Additional national items which are not specified in the table above under point (2) Please give wording in English and coding categories of these items.**

<sup>4</sup> OP-HC4.2: We deleted the parenthesis “including vacation”. OP-HC4.3-5: The Norwegian version of these items report “hours” and not “days”. OP-HC5: We used the last part of this item as “instruction” as the text does not fit CATI (“if you did not work at all in the past 28 days, enter “0” and skip to the end of the questionnaire.”)

<sup>5</sup> Item OP-HC6: We refer to the document “HLS19 Country Report on translation and field-testing of the HLS19 questionnaire”, where we have indicated difficulties with translating this item.

<p><b>nonat1:</b> How many years have you lived in Norway? Numeric, no coding categories</p> <p><b>nonat2:</b> How well do you speak Norwegian? (e.g., pronunciation, apply «correct» words and correct order of words so you are understood)</p> <p><b>nonat3:</b> How well do you understand written information in Norwegian?</p> <p><b>nonat4:</b> How well do you write Norwegian yourself? (e.g. punctuation, sentence structure) Coding categories for nonat1-4; 1=Very good, 2=Good, 3=Bad, 4=Very bad, 999 = DK/Refusal</p> <p><b>nonat5:</b> Do you live in ..., which has the response/coding categories: 1-5 of descending size of location, 6 = DK/Refusal. This item is an alternative to variable P7.</p> <p><b>nonat6:</b> Variable to register actual response to education level, e.g. “nurse”</p> <p><b>nonat7:</b> This is a variable to register “other types of answers” to C-DET7 <b>CDET7r9oe:</b> This variable is “missing” for all respondents as it will replace the existing variable nonat7 in the main data collection.</p> <p><b>nonat8:</b> This variable register actual number of persons that “are so close to you that you can count on them if you have serious personal problems” (cf. CSSUP1). The variable nonat8 is supposed to be recoded into categories to form variable CSSUP1.</p> <p><b>nonat9:</b> How will you best describe your own health? Coding categories are 1= I’m mostly healthy, 2= I have an increased risk of developing disease, 3= I have chronic health problems, 999=DK / Refusal</p> <p><b>CHSTAT2a1- CHSTAT2a23:</b> These variables register type of NCD related to item CHSTAT2, where <b>CHSTAT2a999</b> means DK/Refusal and <b>CHSTAT2a23oe</b> are “other types of NCD”.</p> <p><b>nonat10:</b> Have you ever tried to find information on health or medical topics on the Internet? This is a filtering item for DHL. Coding categories are 1=Yes, 2=No, 999=DK / Refusal</p> <p><b>nonat11:</b> How do you agree with the following statement? The situation with the corona has affected my answers. Coding categories are 1=Strongly disagree, 2=Disagree, 3=Agree, 4=Strongly agree</p> <p><b>nonat12:</b> an extra variable for name of county</p>
--

---

**The Norwegian version of items are available in the attached Excel file:** Some items have minor national adaptations. We have marked these variables with “\_Nor” in the Excel simply to keep track of them. For example, C-SSUP1\_Nor "How many people are so close to you that you can count on them if you have serious personal problems? Include family members." The last part “Include family members” is a minor national adaptation.

**Sampling points:** Statistics Norway (<https://www.ssb.no/en>) has a complete record of gender, age and residential address for all inhabitants in Norway. Our 176 sampling points reflect a sampling matrix based on 2 genders, 8 age categories (7 categories plus one additional for respondents aged 16 or 17) and 11 counties, where  $2 \times 8 \times 11 = 176$ .

**NUTS Urban/rural typology (P7):** Map 1 at [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Urban-rural typology update](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Urban-rural_typology_update) shows that the NUTS urban/rural categorization is not applicable in Norway due to dispersed/scattered settlement. The variable P7 Size of locality in SPSS is therefore empty, but we have an additional variable that better describes size of locality in Norway (village, countryside etc.).

### III. HLS<sub>19</sub> norsk skjema – OPPSETT 1

Følgende skjema ble brukt i HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen oppsett 1, ved bruk av CATI.

## SPØRRESKJEMA 1

### HLS<sub>19</sub> NORGE

#### [INTRODUKSJON]

Hei,

Mitt navn er XX og jeg ringer fra Norstat på vegne av Helsedirektoratet. Vi gjennomfører en landsomfattende kartleggingsundersøkelse på vegne av Helsedirektoratet og WHO. Det er en spennende undersøkelse med varierte spørsmål.

Jeg trenger derfor din hjelp med å besvare noen enkle spørsmål. Vi følger alle krav til datasikkerhet, og du er anonym. Under intervjuet kan du når som helst trekke deg. Ved å delta samtykker du i at svarene dine kan brukes til forskning.

[Intervjuinstruksjon: Intervjuet tar 25-30 minutter, skal ikke opplyses med mindre respondenten spør].

Alder	Hva er din alder? [Noter under bakgrunnsvariabelen C-DET2]	
	• [BARE ETT SVAR]	Heltall
Kjønn	Er du mann eller kvinne? [Noter under bakgrunnsvariabelen C-DET1]	
	• Mann	1
	• Kvinne	2
Postnr.	Hva er postnummeret ditt? [Skriv ned postnummeret]	
	• [BARE ETT SVAR] – skriv ned postnummeret	Heltall

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: Det neste spørsmålet handler om din erfaring med å lete etter helserelatert informasjon. [Med kilder til helseinformasjon mener vi f.eks. bøker, brosjyrer, aviser, blader, Internett eller sosiale medier, produktinformasjon.]

C-HI1	Har du noen gang prøvd å finne informasjon om helse eller medisinske emner? Regn med alle kilder til helseinformasjon.	
	• JA	1
	• NEI	2
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

### HLS<sub>19</sub>-Q47-NO\_Norwegian

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	HLS <sub>19</sub> Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å: [Intervjuinstruksjon: Du skal IKKE lese opp «vet ikke» til respondenten. Hvis respondenten svarer at de ikke vet, probe: «Er det mulig for deg å si hvor vanskelig dette er? »]	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL1	HL1-HC-F	finne informasjon om symptomer på sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL2	HL2-HC-F	finne opplysninger om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL3	HL3-HC-F	finne informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutsituasjon?	1	2	3	4	999
CORE- HL4	HL4-HC-F	finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk? [Instruksjon: lege, sykepleier, ansatte på apotek, psykolog]	1	2	3	4	999

CORE-HL5	HL5-HC-U	forstå det som legen sier til deg?	1	2	3	4	999
CORE-HL6	HL6-HC-U	forstå pakningsvedleggene som følger med legemidlene dine? <b>[Instruksjon: informasjon eller instruksjoner i vedleggene]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL7	HL7-HC-U	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE-HL8	HL8-HC-U	forstå skriftlig og muntlig instruksjon fra legen eller ansatte på apotek om hvordan du skal ta et legemiddel som er på resept?	1	2	3	4	999
CORE-HL9	HL9-HC-J	vurdere om informasjon fra legen din gjelder i ditt tilfelle?	1	2	3	4	999
CORE-HL10	HL10-HC-J	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	1	2	3	4	999
CORE-HL11	HL11-HC-J	vurdere om du trenger en ny vurdering fra en annen lege?	1	2	3	4	999
CORE-HL12	HL12-HC-J	vurdere om massemedienes informasjon om sykdom er til å stole på? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL13	HL13-HC-A	bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	1	2	3	4	999
CORE-HL14	HL14-HC-A	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	1	2	3	4	999
CORE-HL15	HL15-HC-A	ringe etter ambulanse i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999
CORE-HL16	HL16-HC-A	følge råd og anbefalinger fra legen din eller ansatte på apotek?	1	2	3	4	999
CORE-HL17	HL17-DP-F	finne informasjon om hva en kan gjøre for å begrense usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholintak?	1	2	3	4	999
CORE-HL18	HL18-DP-F	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres? <b>[Instruksjon: stress, depresjon eller angst]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL19	HL19-DP-F	finne informasjon om vaksiner som anbefales til deg eller familien din?	1	2	3	4	999
CORE-HL20	HL20-DP-F	finne informasjon om hvordan håndtere risikofaktorer som påvirker helsen, som overvekt, høyt blodtrykk og høyt kolesterol?	1	2	3	4	999
CORE-HL21	HL21-DP-U	forstå informasjon om usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholintak?	1	2	3	4	999
CORE-HL22	HL22-DP-U	forstå hvorfor du eller familien din kan trenge vaksiner?	1	2	3	4	999
CORE-HL23	HL23-DP-U	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser? <b>[Instruksjon: måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL24	HL24-DP-J	vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholintak?	1	2	3	4	999
CORE-HL25	HL25-DP-J	vurdere om du har behov for å bli undersøkt av en lege?	1	2	3	4	999
CORE-HL26	HL26-DP-J	vurdere hvilke vaksiner du eller familien din trenger?	1	2	3	4	999
CORE-HL27	HL27-DP-J	vurdere hvilke helseundersøkelser du bør ta? <b>[Instruksjon: tarmkreft-screening, måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999



CORE-HL28	HL28-DP-J	vurdere om massemediens informasjon om helserisiko er til å stole på? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL29	HL29-DP-A	avgjøre om du har behov for influensavaksine?	1	2	3	4	999
CORE-HL30	HL30-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL31	HL31-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL32	HL32-HP-F	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	1	2	3	4	999
CORE-HL33	HL33-HP-F	finne informasjon om aktiviteter som er bra for din psykiske helse og trivsel? <b>[Instruksjon: avspenning, mosjon, yoga]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL34	HL34-HP-F	finne ut hvordan nabolaget ditt kan bli mer helsevennlig? <b>[Instruksjon: redusere støy og forurensning, utvikle grøntområder og gi rom for fritidsaktiviteter]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL35	HL35-HP-F	finne informasjon om lovendringer som kan påvirke helsen til deg eller familien din? <b>[Instruksjon: nye screeningsprogrammer, omorganisering av helsevesenet, tobakksavgift eller røykeforbud]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL36	HL36-HP-F	finne informasjon om tiltak som fremmer helse på arbeidsplassen, på skolen/studiestedet eller i nabolaget?	1	2	3	4	999
CORE-HL37	HL37-HP-U	forstå råd om helse fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL38	HL38-HP-U	forstå informasjon på matemballasje?	1	2	3	4	999
CORE-HL39	HL39-HP-U	forstå informasjon i massemedia om hvordan du kan bedre helsen? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL40	HL40-HP-U	forstå informasjon om hvordan du kan bevare god psykisk helse? <b>[Instruksjon: forstå informasjon som handler om mental helse og trivsel fra ulike avsendere]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL41	HL41-HP-J	vurdere hvordan nabolaget ditt kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL42	HL42-HP-J	vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL43	HL43-HP-J	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din? <b>[Instruksjon: spise- og drikkevaner, mosjon]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL44	HL44-HP-A	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL45	HL45-HP-A	bli med i et idrettslag eller en treningsgruppe, hvis du vil være fysisk aktiv?	1	2	3	4	999
CORE-HL46	HL46-HP-A	påvirke de levekårene som har med helsen og trivselen din å gjøre? <b>[Instruksjon: levekår har å gjøre med boforhold, nærmiljø, økonomi, sosiale relasjoner, jobbsituasjon]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL47	HL47-HP-A	ta del i aktiviteter som bedrer folks helse og trivsel i lokalsamfunnet ditt? <b>[Instruksjon: redusere støy og forurensning, utvikle grøntområder og gi rom for fritidsaktiviteter]</b>	1	2	3	4	999

## Bakgrunnsvariabler (inkl. EQ-5D)

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om deg.

C-DET1	<b>Kjønn</b> [Noter – ikke spør]	
	• Mann	1
	• Kvinne	2
C-DET2	<b>Hva er alderen din?</b> [Noter – ikke spør]	
	• Aldersgruppe 16-17	1
	• Aldersgruppe 18-25	2
	• Aldersgruppe 26-35	3
	• Aldersgruppe 36-45	4
	• Aldersgruppe 46-55	5
	• Aldersgruppe 56-65	6
	• Aldersgruppe 66-75	7
	• Aldersgruppe 76-99	8
• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
C-DET3	<b>I hvilket land ble du født?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]	2- bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-DET4	<b>I hvilket land ble faren din født?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]	2- bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-DET5	<b>I hvilket land ble moren din født?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]	2- bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
O-DET5	<b>Er norsk morsmålet ditt?</b>	
	• JA	1
	• NEI	2
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De tre neste spørsmålene (5a-5a3) stilles hvis respondenten har et annet morsmål enn norsk.		
O-DET5a	<b>Hvilket språk er morsmålet ditt?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] [Skal kodes til 693-2 (3-bokstaver)]	3- bokstavskode
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
O-DET5a2	<b>Hvor mange år har du bodd i Norge?</b>	
	• [BARE ETT SVAR]	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
O-DET5a3	<b>Hvor godt snakker du norsk? (f.eks. uttale, bruke «riktige» ord, plassere ordene i «riktig» rekkefølge slik at du blir forstått)</b>	
	• Svært godt	1
	• Godt	2
	• Dårlig	3
	• Svært dårlig	4
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
O-DET5a4	<b>Hvor godt forstår du skriftlig informasjon på norsk?</b>	
	• Svært godt	1
	• Godt	2
	• Dårlig	3
	• Svært dårlig	4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999	
O-DET5a5	<b>Hvor godt skriver du selv norsk? (f.eks. tegnsetting, setningsoppbygging)</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært godt</li> </ul>	1	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godt</li> </ul>	2	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dårlig</li> </ul>	3	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært dårlig</li> </ul>	4	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999	
SpmF	<b>Bor du i:</b> [Intervjuinstruksjon: Les opp]		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oslo</li> </ul>	1	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>By med mer enn 50.000 innbyggere</li> </ul>	2	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>By med mellom 5.000 og 50.000</li> </ul>	3	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tettsted</li> </ul>	4	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landsbygd</li> </ul>	5	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ønsker ikke svare</li> </ul>	6	
C-DET6	<b>Hva er din høyeste fullførte utdanning (med oppnådd vitnemål)?</b> [Intervjuinstruksjon: bruk ISCED 2011 KODER. Hvis respondenten svarer et yrke eller tilsvarende, må du probe. Spør om det er Videregående eller høyere utdanning og hvor mange år høyere utdanning. Sett så respondenten i riktig kategori.]  [IKKE LES OPP – Skriv inn hva respondenten faktisk sier, f.eks. «sykepleier, doktorgrad i geologi» etc. Kod deretter svaret ved å bruke kategoriene nedenfor.]		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen formell utdanning</li> </ul>	0	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barneskole (noe grunnskole)</li> </ul>	1	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ungdomsskole (fullført grunnskole)</li> </ul>	2	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videregående skole (studiespesialisering, fagbrev eller tilsvarende)</li> </ul>	3	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utdanning utover videregående skole, men ikke universitets- eller høyskoleutdanning (f.eks. fagskole og yrkesfag med påbygging)</li> </ul>	4	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitets- eller høyskoleutdanning, 1–2 år</li> </ul>	5	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 3 år (bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende)</li> </ul>	6	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 5 år (mastergrad, hovedfag eller tilsvarende)</li> </ul>	7	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskerutdanning (doktorgrad)</li> </ul>	8	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ikke relevant / vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999	
	C-DET7	<b>Hva er din nåværende arbeidstatus?</b> [Intervjuinstruksjon: Intervjuer skal lese opp svaralternativer.] [BARE ETT SVAR]	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansatt</li> </ul>	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>Selvstendig næringsdrivende</li> </ul>		2	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeidsledig</li> </ul>		3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensjonist</li> </ul>		4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ufør/uføretrygda</li> </ul>		5	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Student</li> </ul>		6	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hjemmeværende</li> </ul>		7	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Militær- eller siviltjeneste</li> </ul>		8	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Annet (SPESIFISER)</li> </ul>		9	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Permittert</li> </ul>		10	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>		999	
C-DET7b		[De som svarer «Annet» på C-DET7: Noter ned faktisk svar i en egen variabel]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NOTER NED FAKTISK SVAR]</li> </ul>	String	
C-DET8	<b>Har du helsefaglig utdanning?</b> [BARE ETT SVAR]		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>JA</li> </ul>	1	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>NEI</li> </ul>	2	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999	
C-DET9	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale for legemidler, om du trenger det?</b> [Instruksjon: F.eks. egenandel for legemidler på resept eller kjøpe legemidler over disk] [LES OPP - BARE ETT SVAR]		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veldig lett</li> </ul>	1	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET10</b>	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale for helserelaterte undersøkelser og behandlinger, om du trenger det?</b>	
	[Instruksjon: F.eks. undersøkelser og behandlinger som ikke fullt dekkes av helseforsikring, f.eks. tannprotese, briller, alternative behandlinger, legemidler og hjelpemidler osv...] [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET11</b>	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale alle regninger og dekke alle utgifter hver måned?</b>	
	[Instruksjon: F.eks. egenandel for legemidler på resept eller kjøpe legemidler over disk.] [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET12</b>	<b>Utdanning, inntekt og yrke kan skape forskjellige samfunnslag eller ulike sosiale lag i samfunnet. På en skala fra 1 til 10, der 1 er nederste lag og 10 er øverste sosiale lag, hvor ville du plassert deg selv?</b>	
	[Intervjuinstruksjon: Gjør en samlet vurdering av utdanning, inntekt og yrke.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Nederste sosiale lag i samfunnet</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6</li> </ul>	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7</li> </ul>	7
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9</li> </ul>	9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 Øverste sosiale lag i samfunnet</li> </ul>	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-SSUP1</b>	<b>Hvor mange står deg så nær at du kan regne med dem hvis du får store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie</b>	
	[Intervjuinstruksjon: Noter ned to variabler, hvor den ene rekodes til påkrevde samlekategoriene. Den andre variabelen angir faktisk antall personer.] [BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 eller 2</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 til 5</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 eller flere</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-SSUP1b</b>	[Intervjuinstruksjon: Skriv ned antall personer fra C-SSUP1]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [BARE ETT SVAR] Faktisk antall personer</li> </ul>	Heltall
<b>C-SSUP2</b>	<b>Hvor stor interesse viser andre for det du gjør?</b>	
	[BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stor interesse</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noe interesse</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verken stor eller liten interesse</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite interesse</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen interesse</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-SSUP3</b>	<b>Hvor lett er det å få hjelp til praktiske gjøremål fra naboer, om du skulle trenge det?</b>	
	[BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lett</li> </ul>	2

	• Verken lett eller vanskelig	3
	• Vanskelig	4
	• Veldig vanskelig	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om høyde, vekt og helsevaner.

C-HLFST1	Hvor høy er du uten sko (avrund til nærmeste cm)?											
	• [BARE ETT SVAR] CM											Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare											999
C-HLFST2	Hvor mye «veier» du uten klær og sko (avrund til nærmeste kg)?											
	[Intervjuinstruksjon: Spør kvinner som er 50 år eller yngre om de er gravide. Hvis ja, spør om «vekt» for graviditet.]											
	• [BARE ETT SVAR] KG											Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare											999
C-HLFST3 (1-4)	I løpet av en vanlig uke, hvor mange av dagene gjør du dette?											
	*sjeldnere enn én dag **Vet ikke/ønsker ikke å svare											
	[BARE ETT SVAR PÅ HVER LINJE]	Aldri	<1dag*	1dag	2dager	3dager	4dager	5dager	6dager	7dager	Vet ikke**	
3.1	...røyker produkter av tobakk?	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999	
3.2	...drikker alkohol? [Intervjuinstruksjon: Øl, vin, sider, brennevin, drinker, likør eller hjemmebrent.]	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999	
3.3	...er fysisk aktiv i minst 30 minutter slik at du i det minste puster litt fortere eller at hjertet slår litt raskere? [Intervjuinstruksjon: Mosjonerer eller gjør andre fritidsaktiviteter, er fysisk aktiv på jobb, gjør hus- eller hagearbeid eller beveger deg til og fra steder.]	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999	
3.4	...spiser frukt, grønnsaker eller salat (...)? [Intervjuinstruksjon: Ikke tell med potet, ferskpresset juice av frukt eller grønnsaker, eller juice fremstilt fra konsentrat.]	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	999	

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om helsen din.

C-HSTAT1	Hvordan er helsen din generelt sett? [LES OPP - BARE ETT SVAR]											
	• Veldig god											1
	• God											2
	• Verken god eller dårlig											3
	• Dårlig											4
	• Veldig dårlig											5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare											999
C-HSTAT1a	Hvordan vil du best beskrive helsen din? [LES OPP - BARE ETT SVAR]											
	• Jeg er stort sett frisk											1
	• Jeg har økt risiko for å utvikle sykdom											2
	• Jeg har kroniske helseplager											3
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare											999
C-HSTAT2	Har du langvarige sykdommer eller helseproblemer? Med langvarige menes sykdommer eller problemer som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. [LES OPP - BARE ETT SVAR]											
	• JA, mer enn 1											1
	• JA, 1											2
	• NEI											3
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare											999
C-HSTAT2a	Hvis «JA» på C-HSTAT2, Hvilke langvarige sykdommer eller helseproblemer har du? [Intervjuinstruksjon: Intervjuer koder i tillegg enkelte typer sykdom så langt som mulig. Ellers noteres bare type sykdom.]											
	• Alzheimers											1
	• Cøliaki											2
	• Diabetes 1											3
	• Diabetes 2											4
	• Eksem											5

	• Grå stær	6
	• Hepatitt	7
	• Hjerte og karsykdommer	8
	• Høyt blodtrykk	9
	• Høyt kolesterol	10
	• Kneskade	11
	• Kreft	12
	• Kronisk lungesykdom	13
	• Mental sykdom	14
	• Migrene	15
	• Multippel sklerose (MS)	16
	• Myokarditt (hjertermuskelbetennelse)	17
	• Osteoporose (benskjørhet)	18
	• Parkinsons	19
	• Psoriasis	20
	• Ryggplager	21
	• Slitasjegikt	22
	• Annet	23
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>C-HSTAT3</b>	<b>I løpet av siste seks månedene eller mer, i hvor stor grad begrenser helseproblemer deg i å gjøre vanlige hverdagsaktiviteter? Vil du si at du har opplevd...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• Store begrensninger	1
	• Noe begrensninger	2
	• Ingen begrensninger	3
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
	• Ikke relevant	98
<b>[INTRODUKSJON] - Intervjuer: Vi ønsker å finne ut hva du mener om din egen helse. Fortell meg hvilket svaralternativ som best beskriver din helse IDAG.</b>		
<b>EQ-5D-1 GANGE</b>	<b>Først vil jeg gjerne spørre deg om din gange. Vil du si...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du ikke har noen problemer med å gå omkring?	1
	• du har litt problemer med å gå omkring?	2
	• du har middels store problemer med å gå omkring?	3
	• du har store problemer med å gå omkring?	4
	• du er ute av stand til å gå omkring?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>EQ-5D-2 PERSONLIG STELL</b>	<b>Nå vil jeg gjerne stille deg noen spørsmål om personlig stell. Vil du si at ...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du ikke har noen problemer med å vaske deg eller kle deg?	1
	• du har litt problemer med å vaske deg eller kle deg?	2
	• du har middels store problemer med å vaske deg eller kle deg?	3
	• du har store problemer med å vaske deg eller kle deg?	4
	• du er ute av stand til å vaske deg eller kle deg?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>EQ-5D-3 VANLIGE GJØREMÅL</b>	<b>Nå vil jeg gjerne spørre deg om vanlige gjøremål, som for eksempel arbeid, studier, husarbeid og familie- eller fritidsaktiviteter. Vil du si at...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du ikke har noen problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	1
	• du har litt problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	2
	• du har middels store problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	3
	• du har store problemer med å utføre dine vanlige gjøremål?	4
	• du er ute av stand til å utføre dine vanlige gjøremål?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>EQ-5D-4 SMERTE/ UBEHAG</b>	<b>Nå vil jeg gjerne spørre deg om smerte eller ubehag. Vil du si at...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du hverken har smerter eller ubehag?	1

	• du har litt smerter eller ubehag?	2
	• du har middels sterke smerter eller ubehag?	3
	• du har sterke smerter eller ubehag?	4
	• du har svært sterke smerter eller ubehag?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>EQ-5D-5 ANGST/ DEPRESJON</b>	<b>Til slutt vil jeg spørre deg om angst eller depresjon. Vil du si at...</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• du verken er engstelig eller depriment?	1
	• du er litt engstelig eller depriment?	2
	• du er middels engstelig eller depriment?	3
	• du er svært engstelig eller depriment?	4
	• du er ekstremt engstelig eller depriment?	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om bruk av helsetjenester. Vennligst svar ut fra ditt eget behov for helsehjelp.

<b>C-HCUT1</b>	<b>I løpet av de siste 24 månedene, omtrent hvor mange ganger har du brukt akuttmedisinske tjenester for øyeblikkelig hjelp?</b> [Intervjuinstruksjon: Bruk av legevakt, akuttmottak eller ambulansse for øyeblikkelig hjelp på egne vegne – ikke fordi du hjalp andre.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>C-HCUT2</b>	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært hos fastlege eller annen allmennlege?</b> [Intervjuinstruksjon: Bare tell med de gangene du var hos lege på egne vegne.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>C-HCUT3</b>	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært hos spesialist i indremedisin eller kirurgi?</b> [Intervjuinstruksjon: Bare tell med de gangene du var hos legespesialist på egne vegne.]	
	• [BARE ETT SVAR] - Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>C-HCUT4</b>	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus lenger enn ett døgn (24t)?</b> [Intervjuinstruksjon: Dvs. innlagt på sengepost mer enn 24 timer med overnatting.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>C-HCUT5</b>	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært på sykehus som dagpasient eller på poliklinisk avdeling?</b> [Intervjuinstruksjon: Dvs. vært på poliklinisk avdeling på sykehus for diagnostisering, behandling eller annen type helsetjeneste, uten at du var innlagt på sengepost med overnatting.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>C-HCUT6</b>	<b>I løpet av de siste 12 månedene, hvor mange dager var du borte fra jobb på grunn av helseproblemer?</b> [Intervjuinstruksjon: Tell med alle typer sykdom, skade og andre helseproblemer du hadde som gjorde at du var borte fra jobb.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall dager	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
	• Ikke relevant	98

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om helseinformasjon på Internett.

## HLS<sub>19</sub>-DHI-NO\_Norwegian

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: Når du søker etter helseinformasjon på Internett, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-DHL2.1	bruke egnede søkeord for å finne informasjonen du leter etter på nett?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.2	finne akkurat den informasjonen som du søker etter?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.3	forstå informasjonen?	1	2	3	4	999

OP-DHL2.4	vurdere om informasjonen er til å stole på?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.5	vurdere om informasjonen er gitt med den hensikt å selge produkter eller tjenester?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.6	besøke flere Internettssider for å se om de gir tilsvarende informasjon om et tema?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.7	vurdere om informasjonen gjelder i ditt tilfelle?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.8	bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?	1	2	3	4	999
HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	<b>Spørsmål:</b> Når du skriver om helse på en digital enhet, hvor lett eller vanskelig er det for deg å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-DHL3.1	formulere deg tydelig når du kommuniserer skriftlig med helsepersonell (dvs. stille konkrete spørsmål, fremsette påstander og gi nødvendige personlige opplysninger)?	1	2	3	4	999
OP-DHL3.2	bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?	1	2	3	4	999

## Korona

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	<b>Spørsmål:</b> Hvor enig er du i følgende påstand?	Svært uenig	Uenig	Enig	Svært enig	Vet ikke
Corona	Situasjonen med korona har påvirket svarene mine.	1	2	3	4	999

## HLS<sub>19</sub>-HCE-NO\_Norwegian

OP-HC1	<b>Spørsmål:</b> <b>Omtrent hvor mye penger har du brukt på helsen din de siste tre månedene?</b> [Intervjuinstruksjon: Skriv antall norske kroner. Respondenten skal telle med alle utgifter til helse, f.eks. egenandel hos lege og fysioterapeut, tannlegebehandling, smertestillende tabletter og medisiner. IKKE tell med helsekost og alternativ behandling, f.eks. massasje og kiropraktor. Hvis respondenten ikke har brukt egne penger, skriv inn «0». Hvis det er vanskelig å svare, be respondenten gjøre et overslag/estimat.] • [BARE ETT SVAR] i norske kroner					Heltall
OP-HC2	Sett inn EQ5D (1-5). Settet av spørsmål kalt «EQ5D» er i Norge plassert etter C-HASTAT3. Se arket «bakgrunnsvariabler».					

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: **De neste spørsmålene handler om jobbsituasjonen din.**  
[Hvis respondenten ikke kan svare, lar du feltet stå tomt (missing). Dette gjelder alle spørsmålene om jobbsituasjon.]

OP-HC3	<b>I løpet av en vanlig 7-dagers uke, hvor mange timer forventer arbeidsgiver at du jobber? Hvis du har mer enn én jobb, oppgi totalt antall timer for alle jobbene?</b> [Intervjuinstruksjon: Inkluder lunsjpause hvis den er betalt. Hvis respondenten ikke har jobbet noe de siste sju dagene, skriv inn «0». Hvis timetallet varierer, skriv et estimert gjennomsnitt. Hvis noen oppgir stilling i prosent, f.eks. «jeg jobber 80 %», så be om et timeantall.] 8 timer per dag i 5 dager = 40 timer 7 timer per dag i 5 dager = 35 timer 8 timer per dag i 4 dager pluss 4 timer per dag i 1 dag = 36 timer 7 timer per dag i 3 dager pluss 4 timer per dag i 2 dager = 29 timer • [BARE ETT SVAR] – Antall timer					Heltall
--------	---	--	--	--	--	---------

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: **De neste spørsmålene handler om ulike arbeidssituasjoner. Svar ut fra dine erfaringer de siste 4 ukene.** [Hvis respondenten ikke kan svare, lar du feltet stå tomt (missing). Dette gjelder alle spørsmålene om jobbsituasjon.]

OP-HC4 (1-5)	<b>I de siste 4 ukene, hvor mange dager...</b> [BARE ETT SVAR PÅ HVER LINJE] *Vet ikke/ønsker ikke å svare.			Antall dager/timer	Vet ikke*
-----------------	---	--	--	--------------------	-----------



4.1 ...var du borte fra jobb hele arbeidsdagen grunnet egne fysiske eller psykiske helseproblemer? [Intervjuinstruksjon: Bare tell med fraværsdager grunnet egen helse, ikke andres.]	Heltall (dager)	999
4.2 ...var du borte fra jobb <i>hele</i> arbeidsdagen av andre grunner?	Heltall (dager)	999
4.3 ...var du borte fra jobb <i>deler</i> av arbeidsdagen grunnet egne fysiske eller psykiske helseproblemer? [Intervjuinstruksjon: Vennligst bare inkluder dager som skyldes egen helse, ikke andre. Hvis respondenten ikke var borte deler av arbeidsdagen, skriv inn «0». Hvis respondenten var borte deler av arbeidsdagen, skriv totalt antall <b>timer</b> fravær.]	Heltall (timer)	999
4.4 ...var du borte fra jobb <i>deler</i> av arbeidsdagen av andre grunner? [Intervjuinstruksjon: Hvis respondenten ikke var borte deler av arbeidsdagen skriv inn «0». Hvis respondenten var borte deler av arbeidsdagen, skriv totalt antall <b>timer</b> fravær.]	Heltall (timer)	999
4.5 ...jobbet du totalt sett <i>mer</i> enn du skulle (f.eks. kom du tidlig på jobb, gikk hjem sent fra jobb, eller arbeidet på en fridag)? [Intervjuinstruksjon: Hvis respondenten svarer «nei» skriv inn «0». Ellers skriv totalt antall timer ekstrajobbingen utgjør.]	Heltall (timer)	999
<b>OP-HC5</b>	<b>Omtrent hvor mange timer jobbet du totalt de siste 4 ukene? Hvis du har mer enn én jobb, regner du ut totalt antall timer for alle jobbene.</b> [Intervjuinstruksjon: Hvis respondenten ikke jobbet i det hele tatt de siste 4 ukene, skriv inn «0», og gå til slutten av denne seksjonen.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall timer	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om arbeidsinnsats.		
<b>OP-HC6</b>	<b>På en skala fra 0 til 10, hvor 0 er laveste mulige arbeidsinnsats noen kan yte i jobben din og 10 er høyeste mulige innsats, hvordan vil du vurdere innsatsen til de fleste som har din type jobb?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] – Skriv ned et tall mellom 0 og 10.	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>OP-HC7</b>	<b>På den samme skalaen fra 0 til 10, hvordan vil du vurdere arbeidsinnsatsen din i løpet av det siste eller de to siste årene?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] – Skriv ned et tall mellom 0 og 10.	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>OP-HC8</b>	<b>På den samme skalaen fra 0 til 10, hvordan vil du vurdere egen arbeidsinnsats de dagene du var på jobb i løpet av de siste 4 ukene?</b>	
	• [BARE ETT SVAR] – Skriv ned et tall mellom 0 og 10.	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
<b>Undersøkelsen avsluttet.</b>		

#### IV. HLS<sub>19</sub> norsk skjema – OPPSETT 2

Følgende skjema ble brukt i HLS<sub>19</sub>-undersøkelsen oppsett 2, ved bruk av CATI.

## SPØRRESKJEMA 2

### HLS<sub>19</sub> NORGE

#### [INTRODUKSJON]

Hei,

Mitt navn er XX og jeg ringer fra Norstat på vegne av Helsedirektoratet. Vi gjennomfører en landsomfattende kartleggingsundersøkelse på vegne av Helsedirektoratet og WHO. Det er en spennende undersøkelse med varierte spørsmål.

Jeg trenger derfor din hjelp med å besvare noen enkle spørsmål. Vi følger alle krav til datasikkerhet, og du er anonym. Under intervjuet kan du når som helst trekke deg. Ved å delta samtykker du i at svarene dine kan brukes til forskning.

[Intervjuinstruksjon: Intervjuet tar 25-30 minutter, skal ikke opplyses med mindre respondenten spør].

Alder	Hva er din alder? [Noter under bakgrunnsvariabelen C-DET2]	
	• [BARE ETT SVAR]	Heltall
Kjønn	Er du mann eller kvinne? [Noter under bakgrunnsvariabelen C-DET1]	
	• Mann	1
	• Kvinne	2
Postnr.	Hva er postnummeret ditt? [Skriv ned postnummeret]	
	• [BARE ETT SVAR] – skriv ned postnummeret	Heltall

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: Det neste spørsmålet handler om din erfaring med å lete etter helserelatert informasjon. [Med kilder til helseinformasjon mener vi f.eks. bøker, brosjyrer, aviser, blader, Internett eller sosiale medier, produktinformasjon.]

C-HI1	Har du noen gang prøvd å finne informasjon om helse eller medisinske emner? Regn med alle kilder til helseinformasjon.	
	• JA	1
	• NEI	2
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

### HLS<sub>19</sub>-Q24-NO\_Norwegian (HLS<sub>19</sub>-Q12-EU + HLS<sub>19</sub>-Q12-NO)

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	HLS <sub>19</sub> Matrix Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å: [Intervjuinstruksjon: Du skal IKKE lese opp «vet ikke» til respondenten. Hvis respondenten svarer at de ikke vet, probe: «Er det mulig for deg å si hvor vanskelig dette er?»]	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
CORE- HL2	HL2-HC-F	finne opplysninger om behandlinger av sykdommer som gjelder deg?	1	2	3	4	999
CORE- HL4	HL4-HC-F	finne ut hvor du kan få profesjonell hjelp når du er syk? [Instruksjon: leger, sykepleiere, ansatte på apotek, psykolog]	1	2	3	4	999
CORE- HL6	HL6-HC-U	forstå pakningsvedleggene som følger med legemidlene dine? [Instruksjon: informasjon eller instruksjoner i vedleggene]	1	2	3	4	999
CORE- HL7	HL7-HC-U	forstå informasjon om hva som bør gjøres i en medisinsk akutt situasjon?	1	2	3	4	999

CORE-HL10	HL10-HC-J	vurdere fordeler og ulemper ved ulike mulige behandlinger?	1	2	3	4	999
CORE-HL13	HL13-HC-A	bruke informasjon som legen din gir deg, til å ta avgjørelser om egen sykdom?	1	2	3	4	999
CORE-HL14	HL14-HC-A	følge bruksanvisninger som er angitt på forpakningen til legemidler?	1	2	3	4	999
CORE-HL16	HL16-HC-A	følge råd og anbefalinger fra legen din eller ansatte på apotek?	1	2	3	4	999
CORE-HL18	HL18-DP-F	finne informasjon om hvordan psykiske problemer kan håndteres? <b>[Instruksjon: stress, depresjon eller angst]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL21	HL21-DP-U	forstå informasjon om usunne vaner som røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE-HL23	HL23-DP-U	forstå informasjon om anbefalte helseundersøkelser? <b>[Instruksjon: måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL24	HL24-DP-J	vurdere om informasjon om usunne vaner er til å stole på, som informasjon om røyking, lav fysisk aktivitet og høyt alkoholinntak?	1	2	3	4	999
CORE-HL27	HL27-DP-J	vurdere hvilke helseundersøkelser du bør ta? <b>[Instruksjon: tarmkreft-screening, måle blodsukkeret, måle blodtrykket]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL28	HL28-DP-J	vurdere om massemedienes informasjon om helserisiko er til å stole på? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL30	HL30-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom på bakgrunn av råd fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL31	HL31-DP-A	avgjøre hvordan du kan unngå sykdom ved å benytte deg av informasjon i massemedia? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL32	HL32-HP-F	finne informasjon om sunn livsstil, som mosjon, sunn mat og riktig ernæring?	1	2	3	4	999
CORE-HL37	HL37-HP-U	forstå råd om helse fra familie eller venner?	1	2	3	4	999
CORE-HL38	HL38-HP-U	forstå informasjon på matemballasje?	1	2	3	4	999
CORE-HL39	HL39-HP-U	forstå informasjon i massemedia om hvordan du kan bedre helsen? <b>[Instruksjon: aviser, TV eller Internett]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL41	HL41-HP-J	vurdere hvordan nabolaget ditt kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL42	HL42-HP-J	vurdere hvordan boforholdene dine kan påvirke helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999
CORE-HL43	HL43-HP-J	vurdere hvilke hverdagsvaner som påvirker helsen din? <b>[Instruksjon: spise- og drikkevaner, mosjon]</b>	1	2	3	4	999
CORE-HL44	HL44-HP-A	ta avgjørelser for å bedre helsen og trivselen din?	1	2	3	4	999

## Bakgrunnsvariabler

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om deg.

C-DET1	Kjønn	
	[Noter – ikke spør]	
	• Mann	1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvinne</li> </ul>	2
<b>C-DET2</b>	<b>Hva er alderen din?</b> <b>[Noter – ikke spør]</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 16-17</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 18-25</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 26-35</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 36-45</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 46-55</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 56-65</li> </ul>	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 66-75</li> </ul>	7
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aldersgruppe 76-99</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET3</b>	<b>I hvilket land ble du født?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]</li> </ul>	2- bokstavskode
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET4</b>	<b>I hvilket land ble faren din født?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]</li> </ul>	2- bokstavskode
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET5</b>	<b>I hvilket land ble moren din født?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] [Skal kodes til ISO 3166-1 (2-bokstaver)]</li> </ul>	2- bokstavskode
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-DET5</b>	<b>Er norsk morsmålet ditt?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>JA</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>NEI</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>[INTRODUKSJON] - Intervjuer:</b> De tre neste spørsmålene ( <b>5a-5a3</b> ) stilles hvis respondenten har et annet morsmål enn norsk.		
<b>O-DET5a</b>	<b>Hvilket språk er morsmålet ditt?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] [Skal kodes til 693-2 (3-bokstaver)]</li> </ul>	3- bokstavskode
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-DET5a2</b>	<b>Hvor mange år har du bodd i Norge?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR]</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-DET5a3</b>	<b>Hvor godt snakker du norsk? (f.eks. uttale, bruke «riktige» ord, plassere ordene i «riktig» rekkefølge slik at du blir forstått)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært godt</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godt</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dårlig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært dårlig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-DET5a4</b>	<b>Hvor godt forstår du skriftlig informasjon på norsk?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært godt</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godt</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dårlig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært dårlig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-DET5a5</b>	<b>Hvor godt skriver du selv norsk? (f.eks. tegnsetting, setningsoppbygging)</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært godt</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godt</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dårlig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svært dårlig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
SpmF	<b>Bor du i:</b> [Intervjuinstruksjon: Les opp]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oslo</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>By med mer enn 50.000 innbyggere</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>By med mellom 5.000 og 50.000</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tettsted</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Landsbygd</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ønsker ikke svare</li> </ul>	6
C-DET6	<b>Hva er din høyeste fullførte utdanning (med oppnådd vitnemål)?</b> [Intervjuinstruksjon: bruk ISCED 2011 KODER. Hvis respondenten svarer et yrke eller tilsvarende, må du probe. Spør om det er Videregående eller høyere utdanning og hvor mange år høyere utdanning. Sett så respondenten i riktig kategori.]  [IKKE LES OPP – Skriv inn hva respondenten faktisk sier, f.eks. «sykepleier, doktorgrad i geologi» etc. Kod deretter svaret ved å bruke kategoriene nedenfor.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen formell utdanning</li> </ul>	0
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barneskole (noe grunnskole)</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ungdomsskole (fullført grunnskole)</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videregående skole (studiespesialisering, fagbrev eller tilsvarende)</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utdanning utover videregående skole, men ikke universitets- eller høyskoleutdanning (f.eks. fagskole og yrkesfag med påbygging)</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitets- eller høyskoleutdanning, 1–2 år</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 3 år (bachelorgrad, cand.mag. eller tilsvarende)</li> </ul>	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Universitets- eller høyskoleutdanning, minst 5 år (mastergrad, hovedfag eller tilsvarende)</li> </ul>	7
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Forskerutdanning (doktorgrad)</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ikke relevant / vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
C-DET7	<b>Hva er din nåværende arbeidstatus?</b> [Intervjuinstruksjon: Intervjuer skal lese opp svaralternativer.] [BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ansatt</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Selvstendig næringsdrivende</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeidsledig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensjonist</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ufør/uføretrygda</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Student</li> </ul>	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hjemmeværende</li> </ul>	7
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Militær- eller sivilteneste</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Annet (SPESIFISER)</li> </ul>	9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permittert</li> </ul>	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
C-DET7b	[De som svarer «Annet» på C-DET7: Noter ned faktisk svar i en egen variabel]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NOTER NED FAKTISK SVAR]</li> </ul>	String
C-DET8	<b>Har du helsefaglig utdanning?</b> [BARE ETT SVAR]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>JA</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>NEI</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
INCOME	<b>Hva var din brutto årsinntekt i fjor?</b> [Intervjuinstruksjon: Noter årsinntekt i hele kroner, f.eks. 1 000 000.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[NOTER NED FAKTISK SVAR] i norske kroner</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
C-DET11	<b>Hvor lett eller vanskelig er det vanligvis for deg å betale alle regninger og dekke alle utgifter hver måned?</b> [Intervjuinstruksjon: F.eks. egenandel for legemidler på resept eller kjøpe legemidler over disk.] [LES OPP - BARE ETT SVAR]	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veldig lett</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lett</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vanskelig</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veldig vanskelig</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-DET12</b>	<b>Utdanning, inntekt og yrke kan skape forskjellige samfunnslag eller ulike sosiale lag i samfunnet. På en skala fra 1 til 10, der 1 er nederste lag og 10 er øverste sosiale lag, hvor ville du plassert deg selv?</b> [Intervjuinstruksjon: Gjør en samlet vurdering av utdanning, inntekt og yrke.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Nederste sosiale lag i samfunnet</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>2</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>3</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>4</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>5</li> </ul>	5
	<ul style="list-style-type: none"> <li>6</li> </ul>	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>7</li> </ul>	7
	<ul style="list-style-type: none"> <li>8</li> </ul>	8
	<ul style="list-style-type: none"> <li>9</li> </ul>	9
	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 Øverste sosiale lag i samfunnet</li> </ul>	10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
[INTRODUKSJON] - <u>Intervjuer</u> : De neste spørsmålene handler om høyde, vekt og helsevaner.		
<b>C-HLFST1</b>	<b>Hvor høy er du uten sko (avrund til nærmeste cm)?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] CM</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>C-HLFST2</b>	<b>Hvor mye «veier» du uten klær og sko (avrund til nærmeste kg)?</b> [Intervjuinstruksjon: Spør kvinner som er 50 år eller yngre om de er gravide. Hvis ja, spør om «vekt» for graviditet.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] KG</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-LIHA1 (LIVING HABITS)</b>	<b>Røyker du tobakk?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nei</li> </ul>	0
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja, jeg røyker rulletobakk</li> </ul>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja, jeg røyker ferdigsigaretter uten filter</li> </ul>	2
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja, jeg røyker ferdigsigaretter med filter</li> </ul>	3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja, jeg røyker sigar, sigarillos eller pipe</li> </ul>	4
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-LIHA2 (LIVING HABITS)</b>	<b>I løpet av en vanlig dag, omtrent hvor mange sigaretter røyker du?</b> [Intervjuinstruksjon: Skriv 0 hvis «Nei» på forrige spørsmål (O-LIHA1), skriv 999 hvis røyker sigar, sigarillos eller pipe.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] skriv antall enheter</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dersom svaret er sigar, sigarillos eller pipe</li> </ul>	999
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-LIHA3 (LIVING HABITS)</b>	<b>I løpet av en vanlig uke, hvor mange enheter alkohol drikker du?</b> [Intervjuinstruksjon: En enhet tilsvarer en drink med 40 % alkohol, et lite glass vin (1,5dl) med 12 % alkohol, eller en flaske øl (0,33l) med 4,5 % alkohol. En halvliter øl med 4,5 % alkohol tilsvarer ca. 1,5 enheter.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] skriv antall enheter</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-LIHA4 (LIVING HABITS)</b>	<b>I løpet av en vanlig uke, hvor mange dager er du fysisk aktiv i minst 30 minutter slik at du i det minste puster litt fortere eller at hjertet slår litt raskere?</b> [Intervjuinstruksjon: F.eks. mosjonerer eller gjør andre fritidsaktiviteter, er fysisk aktiv på jobb/skole, gjør hus- eller hagearbeid eller beveger deg til og fra steder.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] skriv et tall mellom 0 og 7</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999
<b>O-LIHA5 (LIVING HABITS)</b>	<b>I løpet av en vanlig uke, hvor mange dager spiser du minst 2 porsjoner (200g) frukt og minst 3 porsjoner (300g) grønnsaker?</b> [Intervjuinstruksjon: Disse kan være friske, frosne, hermetiske, rå eller varmebehandlede. Tell med f.eks. hvitløk, løk, purre, salat, tomat, men ikke tell med potet, bønner, linser, frø, krydder eller urter, ferskpresset juice av frukt eller grønnsaker, eller juice fremstilt fra konsentrat.]	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>[BARE ETT SVAR] skriv et tall mellom 0 og 7</li> </ul>	Heltall
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vet ikke / ønsker ikke å svare</li> </ul>	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om helsen din.

C-HSTAT1	<b>Hvordan er helsen din generelt sett?</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• Veldig god	1
	• God	2
	• Verken god eller dårlig	3
	• Dårlig	4
	• Veldig dårlig	5
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999
C-HSTAT1a	<b>Hvordan vil du best beskrive helsen din?</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• Jeg er stort sett frisk	1
	• Jeg har økt risiko for å utvikle sykdom	2
	• Jeg har kroniske helseplager	3
• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
C-HSTAT2	<b>Har du langvarige sykdommer eller helseproblemer? Med langvarige menes sykdommer eller problemer som har vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder.</b> [LES OPP - BARE ETT SVAR]	
	• JA, mer enn 1	1
	• JA, 1	2
	• NEI	3
• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	
C-HSTAT2a	<b>Hvis «JA» på C-HSTAT2, hvilke langvarige sykdommer eller helseproblemer har du?</b> [Intervjuinstruksjon: Intervjuer koder i tillegg enkelte typer sykdom så langt som mulig. Ellers noteres bare type sykdom.]	
	• Alzheimers	1
	• Cøliaki	2
	• Diabetes 1	3
	• Diabetes 2	4
	• Eksem	5
	• Grå stær	6
	• Hepatitt	7
	• Hjerte og karsykdommer	8
	• Høyt blodtrykk	9
	• Høyt kolesterol	10
	• Kneskade	11
	• Kreft	12
	• Kronisk lungesykdom	13
	• Mental sykdom	14
	• Migrene	15
	• Multippel sklerose (MS)	16
	• Myokarditt (hjertermuskelbetennelse)	17
	• Osteoporose (benskjørhet)	18
	• Parkinsons	19
	• Psoriasis	20
	• Ryggplager	21
	• Slitasjegikt	22
	• Annet	23
• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999	

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om bruk av helsetjenester. Vennligst svar ut fra ditt eget behov for helsehjelp.

C-HCUT1	<b>I løpet av de siste 24 månedene, omtrent hvor mange ganger har du brukt akuttmedisinske tjenester for øyeblikkelig hjelp?</b> [Intervjuinstruksjon: Bruk av legevakt, akuttmottak eller ambulansse for øyeblikkelig hjelp på egne vegne – ikke fordi du hjalp andre.]	
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger	Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare	999

C-HCUT2	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært hos fastlege eller annen allmennlege?</b> [Intervjuinstruksjon: Bare tell med de gangene du var hos lege på egne vegne.]		
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger		Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare		999
C-HCUT3	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært hos spesialist i indremedisin eller kirurgi?</b> [Intervjuinstruksjon: Bare tell med de gangene du var hos legespesialist på egne vegne.]		
	• [BARE ETT SVAR] - Antall ganger		Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare		999
C-HCUT4	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus lenger enn ett døgn (24t)?</b> [Intervjuinstruksjon: Dvs. innlagt på sengepost mer enn 24 timer med overnatting.]		
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger		Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare		999
C-HCUT5	<b>I løpet av de siste 12 månedene, omtrent hvor mange ganger har du vært på sykehus som dagpasient eller på poliklinisk avdeling?</b> [Intervjuinstruksjon: Dvs. vært på poliklinisk avdeling på sykehus for diagnostisering, behandling eller annen type helsetjeneste, uten at du var innlagt på sengepost med overnatting.]		
	• [BARE ETT SVAR] – Antall ganger		Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare		999
C-HCUT6	<b>I løpet av de siste 12 månedene, hvor mange dager var du borte fra jobb på grunn av helseproblemer?</b> [Intervjuinstruksjon: Tell med alle typer sykdom, skade og andre helseproblemer du hadde som gjorde at du var borte fra jobb.]		
	• [BARE ETT SVAR] – Antall dager		Heltall
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare		999
	• Ikke relevant		98

[INTRODUKSJON] - **Intervjuer: Bruker du en digital enhet, slik som PC, nettbrett eller mobiltelefon med netttilkopling?**  
[Med digital enhet mener vi f.eks. mobiltelefon, nettbrett og datamaskin.]

[JA/NEI, hvis NEI besvares ikke spørsmålene om digitale ferdigheter DSK]

## HLS<sub>19</sub>-DSK-NO\_Norwegian

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-DSK1.1	bruke digitale enheter til å finne informasjon?	1	2	3	4	999
OP-DSK1.2	lagre og hente frem informasjon på digitale enheter?	1	2	3	4	999
OP-DSK1.3	ta sikkerhetskopi (backup) av filer? [Instruksjon: mapper, dokumenter, bilder]	1	2	3	4	999
OP-DSK1.4	bruke skybasert databehandling? [Instruksjon: Internettbasert levering av datatjenester, slik som lagring og programvare]	1	2	3	4	999
OP-DSK2.1	kommunisere digitalt med andre? [Instruksjon: epost, SMS, Skype, sosiale medier]	1	2	3	4	999
OP-DSK2.2	dele digital informasjon? [Instruksjon: sende vedlegg med epost, dele lenker på digitale medier, «tagge» informasjon på sosiale medier]	1	2	3	4	999
OP-DSK2.3	bruke nettbaserte tjenester? [Instruksjon: nettbank, elektronisk skattemelding, helsenorge.no]	1	2	3	4	999
OP-DSK2.4	samarbeide digitalt? [Instruksjon: jobbe i felles dokumenter i f.eks. Google, SharePoint, bruke Dropbox, DORY]	1	2	3	4	999
OP-DSK3.1	bruke digitale verktøy til å lage tabeller, grafer og figurer?	1	2	3	4	999



OP-DSK3.2	sette inn fotnote, endre tekstformat, redigere tabeller og figurer i et elektronisk dokument?	1	2	3	4	999
OP-DSK3.3	endre innstillinger på programmer og applikasjoner? [Instruksjon: endre default/standardverdier]	1	2	3	4	999
OP-DSK3.4	skrive korte, enkle programmeringskoder? [Instruksjon: lage et dataprogram]	1	2	3	4	999
OP-DSK4.1	avgjøre om det er trygt å besøke en bestemt Internettside eller laste ned en fil?	1	2	3	4	999
OP-DSK4.2	beskytte digitale enheter og filer lagret på enheten? [Instruksjon: lage sikre passord, oppdatere antivirusprogram]	1	2	3	4	999
OP-DSK4.3	identifisere Internettider og eposter som brukes av svindlere? [Instruksjon: phishingangrep og falske oppdateringsvarsler]	1	2	3	4	999
OP-DSK4.4	lage filter mot «spammail» eller «pop-ups» på Internett?	1	2	3	4	999
OP-DSK5.1	løse tekniske utfordringer, f.eks. kople deg på trådløse nett, ordne programmer som henger/fryser	1	2	3	4	999
OP-DSK5.2	laste ned, installere, oppdatere og slette programvare?	1	2	3	4	999
OP-DSK5.3	ta i bruk nye digitale verktøy og løsninger? [Instruksjon: raskt mestre nye programmer og systemer]	1	2	3	4	999
OP-DSK5.4	avgjøre hvilke digitale verktøy du trenger for å løse en bestemt oppgave?	1	2	3	4	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om helseinformasjon på Internett.

## HLS<sub>19</sub>-DHI-NO\_Norwegian

C-HI1a	Har du noen gang prøvd å finne informasjon om helse på internet? [Intervjuinstruksjon: Hvis NEI, besvares IKKE spørsmålene om digital helseinformasjon (DHI)]					
	• JA					1
	• NEI					2
	• Vet ikke / ønsker ikke å svare					999
HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: Når du søker etter helseinformasjon på Internett, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-DHL2.1	bruke egnede søkeord for å finne informasjonen du leter etter på nett?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.2	finne akkurat den informasjonen som du søker etter?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.3	forstå informasjonen?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.4	vurdere om informasjonen er til å stole på?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.5	vurdere om informasjonen er gitt med den hensikt å selge produkter eller tjenester?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.6	besøke flere Internettider for å se om de gir tilsvarende informasjon om et tema?	1	2	3	4	999
OP-DHL2.7	vurdere om informasjonen gjelder i ditt tilfelle?	1	2	3	4	999

OP-DHL2.8	bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?	1	2	3	4	999
HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	<b>Spørsmål:</b> Når du skriver om helse på en digital enhet, hvor lett eller vanskelig er det for deg å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-DHL3.1	formulere deg tydelig når du kommuniserer skriftlig med helsepersonell (dvs. stille konkrete spørsmål, fremsette påstander og gi nødvendige personlige opplysninger)?	1	2	3	4	999
OP-DHL3.2	bruke informasjonen som hjelp til å løse et helseproblem?	1	2	3	4	999

## Korona

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	<b>Spørsmål:</b> Hvor enig er du i følgende påstand?	Svært uenig	Uenig	Enig	Svært enig	Vet ikke
Corona	Situasjonen med korona har påvirket svarene mine.	1	2	3	4	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: I takt med teknologiutviklingen blir det stadig større krav til tilgjengelighet og kvalitet i helsetjenesten. Dette gjør at helsetjenesten må jobbe på nye måter. Derfor blir flere helsetjenester digitalisert.

## HLS<sub>19</sub>-DHC-NO\_Norwegian

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	<b>Spørsmål:</b> På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil det være for deg å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-DHC1	gjennomføre videosamtale med helsepersonell på mobiltelefon eller nettbrett?	1	2	3	4	999
OP-DHC2	følge veiledninger fra helsepersonell under en videosamtale?	1	2	3	4	999
OP-DHC3	ved behov kontakte helsepersonell på telefon?	1	2	3	4	999
OP-DHC4	bruke medisinsk teknisk utstyr for selv å måle blodtrykket og liknende?	1	2	3	4	999
OP-DHC5	bruke mobiltelefon eller nettbrett til å registrere resultater fra målinger du selv tar (f.eks. blodtrykket)?	1	2	3	4	999
OP-DHC6	bruke mobiltelefon eller nettbrett til å følge med på målingene dine over tid, f.eks. vurdere om blodtrykket og blodsukknivået er stabilt eller har endret seg?	1	2	3	4	999
OP-DHC7	gi tilbakemelding til helsepersonell via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett (f.eks. bekrefte på SMS at blodtrykket ditt nå er normalt igjen)?	1	2	3	4	999
OP-DHC8	gjennomføre e-læringskurs for å lære hvordan du følger opp og mestrer egen sykdom? [Instruksjon: kurs via Internett eller gjennom apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett]	1	2	3	4	999
OP-DHC9	registrere egne helseopplysninger i din personlige helsejournal på Internett (f.eks. notere medisinbruk, legebekrø, smerter og liknende)?	1	2	3	4	999
OP-DHC10	kommunisere digitalt med helsepersonell om kritiske endringer i helsetilstanden din? [Instruksjon: varsle helsepersonell om unormale endringer i helsetilstanden, f.eks. via apper eller programvare på mobiltelefon eller nettbrett]	1	2	3	4	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om kommunikasjon med helsepersonell. Vennligst gi en generell vurdering av erfaringene dine.

## HLS<sub>19</sub>-COM-NO\_Norwegian

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-COM1	beskrive til helsepersonell hvordan du opplever helsen eller helseproblemet ditt?	1	2	3	4	999
OP-COM2	be helsepersonell om mer informasjon, hvis du trenger det?	1	2	3	4	999
OP-COM3	forstå det som helsepersonell sier til deg?	1	2	3	4	999
OP-COM4	spørre helsepersonell hvis det er noe du ikke forstår?	1	2	3	4	999
OP-COM5	fortelle helsepersonell hvordan du selv ønsker å følge opp helsen din?	1	2	3	4	999
OP-COM6	diskutere helsen din med helsepersonell?	1	2	3	4	999
OP-COM7	være aktiv i dialogen med helsepersonell om avgjørelser rundt helsen din?	1	2	3	4	999
OP-COM8	bruke informasjon som helsepersonell gir deg, til å ta vare på helsen din?	1	2	3	4	999

[INTRODUKSJON] - Intervjuer: De neste spørsmålene handler om å finne frem i helsevesenet

## HLS<sub>19</sub>-NHL-NO\_Norwegian

HLS <sub>19</sub> HLS-EU Item nr.	Spørsmål: På en skala fra veldig lett til veldig vanskelig, hvor lett vil du si det er å:	Veldig vanskelig	Vanskelig	Lett	Veldig lett	Vet ikke
OP-NHL1	forstå informasjon om hvordan helsevesenet er bygd opp og fungerer? [Instruksjon: nivåinndeling av helsetjenestetilbud; ulike helsetjenester innenfor spesialisthelsetjenesten (på sykehus) og innenfor primærhelsetjenesten (kommunale helse- og omsorgstjenester, f.eks. fastlege]	1	2	3	4	999
OP-NHL2	vurdere hvilken type helsetjeneste du trenger når du har et helseproblem? [Instruksjon: gå til fastlegen om du f.eks. har hatt feber i flere dager, besøke legevakt ved akutt skade]	1	2	3	4	999
OP-NHL3	vurdere om en helseforsikring dekker ditt behov for en bestemt helsetjeneste? [Instruksjon: om den dekker f.eks. tannlegebehandling]	1	2	3	4	999
OP-NHL3b	finne ut om en helsetjeneste krever egenandel?	1	2	3	4	999
OP-NHL4	forstå informasjon om pågående helsereformer som kan påvirke helsetjenestetilbudet ditt?	1	2	3	4	999
OP-NHL5	finne ut hvilke rettigheter du har som pasient eller bruker av helsetjenester?	1	2	3	4	999
OP-NHL7	finne informasjon om kvaliteten på en bestemt helsetjeneste?	1	2	3	4	999
OP-NHL8	vurdere om en bestemt helsetjeneste dekker ditt behov for helsehjelp?	1	2	3	4	999
OP-NHL6	avgjøre hvilket helsetilbud du skal velge, om du har behov for et? [Instruksjon: velge behandlingssted]	1	2	3	4	999

<b>OP-NHL9</b>	vite hvordan du bestiller time hos primærhelsetjenesten? <b>[Instruksjon: lege, sykepleier, fysioterapeut, psykolog, logoped]</b>	1	2	3	4	999
<b>OP-NHL10</b>	finne ut hvordan pasient- og brukerorganisasjoner eller liknende kan hjelpe deg å finne frem i helsevesenet? <b>[Instruksjon: diabetesforbundet, kreftforeningen]</b>	1	2	3	4	999
<b>OP-NHL11</b>	finne riktig kontaktperson for ditt behov på en helseinstitusjon? <b>[Instruksjon: på et sykehus eller sykehjem]</b>	1	2	3	4	999

**Undersøkelsen avsluttet.**

## V. Stratifiseringspunkter

Pkt.	Kjønn	Alder	Fylke2020	Antall		Populasjon		Vekting	
				Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2
1	Male	16-17	Oslo	4	3	6 361	6 361	1,0895197	1,45220805
2	Female	16-17	Oslo	3	2	6 137	6 137	1,40153694	2,10160371
3	Male	18-25	Oslo	20	33	34 567	34 567	1,18413543	0,7174183
4	Female	18-25	Oslo	31	33	37 908	37 908	0,83779711	0,78675884
5	Male	26-35	Oslo	75	69	73 816	73 816	0,67430895	0,73269987
6	Female	26-35	Oslo	68	66	74 964	74 964	0,75528963	0,77791745
7	Male	36-45	Oslo	43	36	55 921	55 921	0,89099682	1,06389098
8	Female	36-45	Oslo	48	37	50 031	50 031	0,71411413	0,92610911
9	Male	46-55	Oslo	41	23	44 753	44 753	0,74783877	1,33265894
10	Female	46-55	Oslo	33	26	41 388	41 388	0,85927105	1,09024924
11	Male	56-65	Oslo	11	13	32 768	32 768	2,04092446	1,72635967
12	Female	56-65	Oslo	15	28	32 491	32 491	1,48402597	0,79474855
13	Male	66-75	Oslo	12	19	23 344	23 344	1,33279609	0,84148499
14	Female	66-75	Oslo	21	15	25 393	25 393	0,82844637	1,15943779
15	Male	76-99	Oslo	16	5	12 916	12 916	0,55306699	1,76922363
16	Female	76-99	Oslo	18	16	19 916	19 916	0,75805252	0,85252443
17	Male	16-17	Rogaland	5	3	6 003	6 003	0,82256082	1,37047711
18	Female	16-17	Rogaland	4	6	5 925	5 925	1,01484109	0,67633491
19	Male	18-25	Rogaland	13	16	25 482	25 482	1,34294999	1,09078267
20	Female	18-25	Rogaland	15	12	23 585	23 585	1,07724454	1,34610623
21	Male	26-35	Rogaland	29	27	34 092	34 092	0,80542325	0,86479549
22	Female	26-35	Rogaland	21	14	32 765	32 765	1,0689578	1,6029015
23	Male	36-45	Rogaland	34	29	34 962	34 962	0,70450979	0,8257013
24	Female	36-45	Rogaland	31	23	32 191	32 191	0,71144684	0,95858655
25	Male	46-55	Rogaland	29	19	33 524	33 524	0,79200426	1,20844511
26	Female	46-55	Rogaland	23	27	31 373	31 373	0,93454	0,79582391
27	Male	56-65	Rogaland	17	17	26 859	26 859	1,08245686	1,08209556
28	Female	56-65	Rogaland	17	17	25 734	25 734	1,03711772	1,03677156
29	Male	66-75	Rogaland	17	20	19 926	19 926	0,80304686	0,68236199
30	Female	66-75	Rogaland	10	12	19 946	19 946	1,3665499	1,13841148
31	Male	76-99	Rogaland	7	8	11 548	11 548	1,13026015	0,98864753
32	Female	76-99	Rogaland	4	6	15 793	15 793	2,70504395	1,80276071
33	Male	16-17	Møre og Roms	5	6	3 378	3 378	0,46287031	0,38559651
34	Female	16-17	Møre og Roms	2	6	3 170	3 170	1,08592279	0,36185344
35	Male	18-25	Møre og Roms	10	11	14 031	14 031	0,96129859	0,87361612
36	Female	18-25	Møre og Roms	7	6	12 415	12 415	1,21511775	1,4171642
37	Male	26-35	Møre og Roms	11	12	17 001	17 001	1,0588915	0,97032656
38	Female	26-35	Møre og Roms	13	17	15 494	15 494	0,81656334	0,62422237
39	Male	36-45	Møre og Roms	9	14	16 950	16 950	1,29031835	0,8292135
40	Female	36-45	Møre og Roms	18	11	15 684	15 684	0,59697207	0,97653732
41	Male	46-55	Møre og Roms	10	7	18 817	18 817	1,28919931	1,84109858
42	Female	46-55	Møre og Roms	7	8	17 204	17 204	1,68384098	1,47286908
43	Male	56-65	Møre og Roms	13	9	16 867	16 867	0,88892306	1,28357141
44	Female	56-65	Møre og Roms	7	10	16 055	16 055	1,57138264	1,0996007
45	Male	66-75	Møre og Roms	8	7	14 473	14 473	1,23947638	1,41607163

Pkt.	Kjønn	Alder	Fylke2020	Antall		Populasjon		Vekting	
				Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2
46	Female	66-75	Møre og Roms	8	3	14 184	14 184	1,21472625	3,2381888
47	Male	76-99	Møre og Roms	6	3	8 666	8 666	0,98954857	1,97843656
48	Female	76-99	Møre og Roms	3	4	11 731	11 731	2,6790663	2,00862906
49	Male	16-17	Nordland	2	4	2 962	2 962	1,01466981	0,50716557
50	Female	16-17	Nordland	1	1	2 751	2 751	1,88477829	1,88414919
51	Male	18-25	Nordland	5	6	12 770	12 770	1,74980871	1,45768722
52	Female	18-25	Nordland	5	5	11 461	11 461	1,57044304	1,56991886
53	Male	26-35	Nordland	12	6	15 570	15 570	0,88894941	1,7773054
54	Female	26-35	Nordland	10	9	14 241	14 241	0,97568621	1,08373394
55	Male	36-45	Nordland	12	12	14 061	14 061	0,80279497	0,80252702
56	Female	36-45	Nordland	9	11	13 440	13 440	1,02311968	0,83681852
57	Male	46-55	Nordland	11	10	17 204	17 204	1,07153517	1,17829527
58	Female	46-55	Nordland	9	12	16 629	16 629	1,26588223	0,94909478
59	Male	56-65	Nordland	11	11	15 908	15 908	0,99081501	0,9904843
60	Female	56-65	Nordland	7	5	15 378	15 378	1,50512129	2,10646647
61	Male	66-75	Nordland	7	8	13 884	13 884	1,35889608	1,1886372
62	Female	66-75	Nordland	7	9	13 413	13 413	1,31279697	1,0207235
63	Male	76-99	Nordland	3	4	8 550	8 550	1,95260565	1,46396543
64	Female	76-99	Nordland	5	7	11 207	11 207	1,5356387	1,09651867
65	Male	16-17	Viken	12	7	15 796	15 796	0,9018526	1,54551699
66	Female	16-17	Viken	17	11	15 034	15 034	0,60589212	0,93606619
67	Male	18-25	Viken	31	37	59 263	59 263	1,30975969	1,09699995
68	Female	18-25	Viken	28	41	54 039	54 039	1,32226637	0,90270978
69	Male	26-35	Viken	40	51	76 370	76 370	1,3080745	1,02559835
70	Female	26-35	Viken	45	41	74 129	74 129	1,12861368	1,23830887
71	Male	36-45	Viken	65	62	86 022	86 022	0,90670469	0,95026021
72	Female	36-45	Viken	79	74	83 886	83 886	0,72749846	0,77639453
73	Male	46-55	Viken	67	58	94 451	94 451	0,96583166	1,1153297
74	Female	46-55	Viken	84	66	90 598	90 598	0,73893971	0,94015481
75	Male	56-65	Viken	37	37	75 060	75 060	1,38987748	1,38941357
76	Female	56-65	Viken	41	54	73 161	73 161	1,2225467	0,92792008
77	Male	66-75	Viken	30	55	59 121	59 121	1,35017542	0,73621351
78	Female	66-75	Viken	54	40	62 787	62 787	0,79660982	1,0750643
79	Male	76-99	Viken	19	18	34 762	34 762	1,25348989	1,32268659
80	Female	76-99	Viken	28	27	47 793	47 793	1,16943461	1,21234221
81	Male	16-17	Innlandet	2	3	4 394	4 394	1,50521916	1,0031445
82	Female	16-17	Innlandet	1	4	4 202	4 202	2,87889436	0,71948336
83	Male	18-25	Innlandet	11	18	18 976	18 976	1,18190254	0,7220327
84	Female	18-25	Innlandet	11	9	17 146	17 146	1,06792269	1,30480319
85	Male	26-35	Innlandet	16	21	21 803	21 803	0,93361099	0,71108523
86	Female	26-35	Innlandet	17	17	20 177	20 177	0,81316252	0,81289111
87	Male	36-45	Innlandet	29	12	21 529	21 529	0,50862247	1,22876069
88	Female	36-45	Innlandet	21	21	21 091	21 091	0,68809366	0,68786399
89	Male	46-55	Innlandet	16	19	27 283	27 283	1,16826623	0,98347477
90	Female	46-55	Innlandet	17	25	26 534	26 534	1,06935889	0,72692133

Pkt.	Kjønn	Alder	Fylke2020	Antall		Populasjon		Vekting	
				Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2
91	Male	56-65	Innlandet	15	7	24 818	24 818	1,1335618	2,42825023
92	Female	56-65	Innlandet	10	21	24 903	24 903	1,70616626	0,81218894
93	Male	66-75	Innlandet	11	12	22 320	22 320	1,39018048	1,27390676
94	Female	66-75	Innlandet	11	17	22 964	22 964	1,43029142	0,92517378
95	Male	76-99	Innlandet	3	8	13 715	13 715	3,13216216	1,17416877
96	Female	76-99	Innlandet	7	8	18 640	18 640	1,82438944	1,59580793
97	Male	16-17	Vestfold og Te	4	2	5 115	5 115	0,87610332	1,7516218
98	Female	16-17	Vestfold og Te	3	3	4 770	4 770	1,08934841	1,08898481
99	Male	18-25	Vestfold og Te	12	11	20 998	20 998	1,19885419	1,30740441
100	Female	18-25	Vestfold og Te	10	8	18 671	18 671	1,27919649	1,59846191
101	Male	26-35	Vestfold og Te	21	15	25 206	25 206	0,8223455	1,15089942
102	Female	26-35	Vestfold og Te	18	13	24 167	24 167	0,91985615	1,27322187
103	Male	36-45	Vestfold og Te	17	21	26 019	26 019	1,04860364	0,84858628
104	Female	36-45	Vestfold og Te	25	21	25 753	25 753	0,70576075	0,83991093
105	Male	46-55	Vestfold og Te	21	18	30 572	30 572	0,99741119	1,16325799
106	Female	46-55	Vestfold og Te	21	13	30 073	30 073	0,98113132	1,58437544
107	Male	56-65	Vestfold og Te	16	8	27 004	27 004	1,15631936	2,31186681
108	Female	56-65	Vestfold og Te	11	13	27 406	27 406	1,70695727	1,44386637
109	Male	66-75	Vestfold og Te	15	20	23 242	23 242	1,06157802	0,79591777
110	Female	66-75	Vestfold og Te	18	23	24 213	24 213	0,92160703	0,72101693
111	Male	76-99	Vestfold og Te	4	10	13 459	13 459	2,30527363	0,92180167
112	Female	76-99	Vestfold og Te	9	13	18 763	18 763	1,42833293	0,98851582
113	Male	16-17	Agder	3	1	3 734	3 734	0,85275199	2,55740207
114	Female	16-17	Agder	2	3	3 699	3 699	1,2671383	0,8444769
115	Male	18-25	Agder	11	14	17 296	17 296	1,0772653	0,84614022
116	Female	18-25	Agder	12	11	15 820	15 820	0,90322285	0,98500513
117	Male	26-35	Agder	14	13	19 736	19 736	0,9658302	1,03977766
118	Female	26-35	Agder	17	11	18 749	18 749	0,75561204	1,16737429
119	Male	36-45	Agder	18	10	19 964	19 964	0,75987952	1,36732659
120	Female	36-45	Agder	14	13	19 479	19 479	0,95325327	1,02623779
121	Male	46-55	Agder	8	20	21 475	21 475	1,83913185	0,7354072
122	Female	46-55	Agder	14	13	20 468	20 468	1,00165244	1,07834258
123	Male	56-65	Agder	11	12	18 167	18 167	1,13151473	1,03687563
124	Female	56-65	Agder	11	12	17 939	17 939	1,11731396	1,02386261
125	Male	66-75	Agder	10	10	14 981	14 981	1,02638545	1,02604286
126	Female	66-75	Agder	8	9	15 314	15 314	1,31150013	1,16538878
127	Male	76-99	Agder	6	3	8 636	8 636	0,98612295	1,9715876
128	Female	76-99	Agder	4	12	11 962	11 962	2,04886568	0,68272727
129	Male	16-17	Vestland	7	8	7 845	7 845	0,76782914	0,67162625
130	Female	16-17	Vestland	4	5	7 459	7 459	1,27758645	1,02172802
131	Male	18-25	Vestland	19	27	35 033	35 033	1,26326193	0,88866538
132	Female	18-25	Vestland	24	26	33 387	33 387	0,95309422	0,87948563
133	Male	26-35	Vestland	21	29	45 336	45 336	1,47908654	1,07070517
134	Female	26-35	Vestland	34	27	42 649	42 649	0,85940844	1,08185682
135	Male	36-45	Vestland	45	46	42 869	42 869	0,65268032	0,63827851

Pkt.	Kjønn	Alder	Fylke2020	Antall		Populasjon		Vekting	
				Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2	Oppsett 1	Oppsett 2
136	Female	36-45	Vestland	31	26	39 419	39 419	0,87119142	1,03838153
137	Male	46-55	Vestland	29	31	43 842	43 842	1,03576693	0,96861985
138	Female	46-55	Vestland	43	42	40 688	40 688	0,64828738	0,66350126
139	Male	56-65	Vestland	18	27	37 023	37 023	1,4091875	0,93914476
140	Female	56-65	Vestland	21	24	35 358	35 358	1,15355439	1,00902319
141	Male	66-75	Vestland	16	26	30 232	30 232	1,29454329	0,79637612
142	Female	66-75	Vestland	23	36	30 165	30 165	0,89855605	0,57388586
143	Male	76-99	Vestland	9	14	18 308	18 308	1,39369607	0,89564843
144	Female	76-99	Vestland	18	13	25 696	25 696	0,9780537	1,35377619
145	Male	16-17	Trøndelag	5	7	5 548	5 548	0,76021447	0,54282909
146	Female	16-17	Trøndelag	4	2	5 200	5 200	0,89066223	1,78072988
147	Male	18-25	Trøndelag	18	23	27 509	27 509	1,04706099	0,81916552
148	Female	18-25	Trøndelag	14	16	24 859	24 859	1,21653694	1,06411452
149	Male	26-35	Trøndelag	34	24	34 669	34 669	0,69860563	0,98936097
150	Female	26-35	Trøndelag	21	18	31 634	31 634	1,03205893	1,20366686
151	Male	36-45	Trøndelag	18	20	29 814	29 814	1,13479502	1,02097463
152	Female	36-45	Trøndelag	35	26	27 990	27 990	0,54790408	0,737317
153	Male	46-55	Trøndelag	20	16	32 225	32 225	1,10390732	1,37942357
154	Female	46-55	Trøndelag	24	15	30 808	30 808	0,87947185	1,40668529
155	Male	56-65	Trøndelag	13	16	27 318	27 318	1,43971069	1,16937449
156	Female	56-65	Trøndelag	21	16	26 631	26 631	0,86883611	1,13996677
157	Male	66-75	Trøndelag	15	26	22 822	22 822	1,04239453	0,60118073
158	Female	66-75	Trøndelag	15	14	23 315	23 315	1,0649123	1,14059663
159	Male	76-99	Trøndelag	5	7	14 038	14 038	1,92355636	1,37351022
160	Female	76-99	Trøndelag	8	3	18 557	18 557	1,58923259	4,23653903
161	Male	16-17	Troms og Finn	4	1	2 848	2 848	0,48780885	1,95058412
162	Female	16-17	Troms og Finn	2	1	2 742	2 742	0,93930609	1,87798513
163	Male	18-25	Troms og Finn	6	9	14 144	14 144	1,6150675	1,07635228
164	Female	18-25	Troms og Finn	10	10	12 463	12 463	0,85387102	0,85358602
165	Male	26-35	Troms og Finn	9	15	17 511	17 511	1,33302446	0,79954772
166	Female	26-35	Troms og Finn	9	12	16 001	16 001	1,21807575	0,91325189
167	Male	36-45	Troms og Finn	13	9	14 975	14 975	0,78921105	1,13959103
168	Female	36-45	Troms og Finn	7	11	13 924	13 924	1,36281108	0,86695395
169	Male	46-55	Troms og Finn	10	9	17 936	17 936	1,22883982	1,36492185
170	Female	46-55	Troms og Finn	17	10	16 905	16 905	0,68129615	1,15781687
171	Male	56-65	Troms og Finn	5	10	14 951	14 951	2,04866014	1,02398817
172	Female	56-65	Troms og Finn	3	5	14 472	14 472	3,30504198	1,9823633
173	Male	66-75	Troms og Finn	7	6	12 819	12 819	1,25465924	1,46328054
174	Female	66-75	Troms og Finn	6	7	12 565	12 565	1,43476549	1,22938852
175	Male	76-99	Troms og Finn	3	6	7 435	7 435	1,6979676	0,84870043
176	Female	76-99	Troms og Finn	2	4	9 441	9 441	3,23413156	1,61652604
<b>SUM</b>				<b>2996</b>	<b>2 995</b>	<b>4 372 926</b>	<b>4 372 926</b>		



## Befolkningens helsekompetanse, del I

### Utgitt

Januar 2021

### Bestillingsnummer

IS-2959

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Forsidebilde

@ Christopher Le

Helsedirektoratet

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)