



Hanne Sjøberg Finbråten,
sykepleier, høyskolelærer, MSc-
student, Høgskolen i Akershus,



Sverre Pettersen, første-
manuensis, PhD, Høgskolen i
Hedmark

Det er ofte et gap mellom det pasientene faktisk forstår, og det profesjonelle forventer eller tror de forstår.

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på
www.sykepleien.no

Søkeord:
Helsefremmende allmenndannelse
Health Literacy
Empowerment
Folkehelsearbeid

Kunnskap er egenmakt

Pasienters helsefremmende allmenndannelse bør rutinemessig kartlegges av helsepersonell før viktig rådgivende helsekommunikasjon starter.

I denne artikkelen redegjør vi for begrepet «health literacy» eller helsefremmende allmenndannelse. Vi argumenterer også for at helsefremmende allmenndannelse er nødvendig for å oppnå «empowerment» gjennom helsekommunikasjon. Kartlegging av pasienters helsefremmende allmenndannelse inngår i forskningen ved Høgskolen i Akershus.

«Health literacy»

«Health literacy» eller helsefremmende allmenndannelse er et relativt nytt begrep innen mange nasjoners folkehelsearbeid – inkludert Norge (1,2,3,4). Don Nutbeam (1) definerer helsefremmende allmenndannelse som: «personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse (s. 263 – egen oversettelse fra engelsk)». Pettersen (2) har oversatt begrepet «health literacy» til helsefremmende allmenndannelse, hvilket i korthet går ut på: den mulighet og evne enkeltpersoner har til å skaffe og erverve seg basal helsekunnskap, til å oppsøke eller motta, diskutere og kritisk vurdere helseinformasjon og helseråd, alt i den hensikt å kunne forbedre sin helse. I praksis fordrer en slik type allmenndannelse både et skolesystem som vektlegger undervisning om helsekunnskap (eng.; health education), personlige kognitive evner, forutsetninger for kommunikativ interaktivitet og ferdigheter i kritisk tenkning (ibid.). Nutbeam (1) presenterer tre hierarkiske nivåer for helsefremmende allmenndannelse:

- *Funksjonell* helsefremmende allmenndannelse: Omhandler

lese- og skriveferdigheter som er nødvendig for å forstå og følge enkle helseråd.

- *Interaktiv* helsefremmende allmenndannelse: Omhandler kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter for å kunne ivareta egen helse i samråd med profesjonelle helsearbeidere. Inkluderer også at man kjenner til hvordan man kan anvende de ulike instanser i helsevesenet.
- *Kritisk* helsefremmende allmenndannelse: Omhandler evne til kritisk tenkning, kunne kritisk analysere den helseinformasjon man mottar, samt anvende informasjon for å oppnå bedre helse. Videre dreier det seg om å engasjere seg i helsefremmende virksomheter både på familiært, lokalt, nasjonalt og internasjonalt plan.

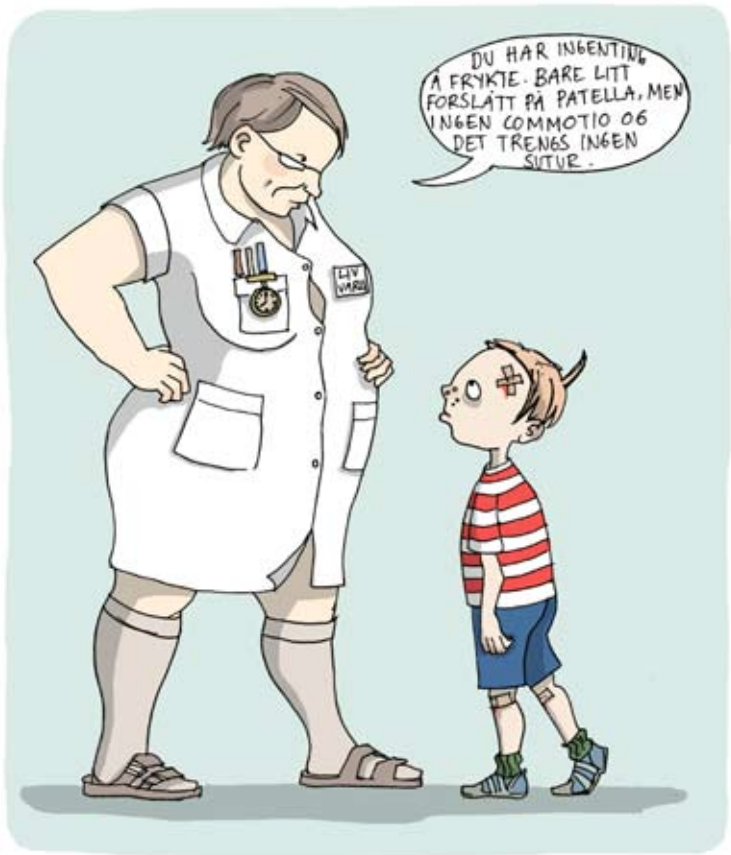
(Oversatt fra engelsk av Pettersen, (2))

For å oppnå helsefremmende allmenndannelse er man i utgangspunktet avhengig av å kunne lese og skrive. I tillegg må man ha visse vesentlige og vitenskapelig baserte kunnskaper om kropp og helse. På neste nivå står interaktiviteten i sentrum. Det vil si evnen til å kunne oppsøke rett behandlingssted når et helseproblem oppstår, og selv være i stand til å skaffe seg mer informasjon om sin helsetilstand hvis det trengs. Man må også kunne føre en adekvat helsedialog med helsepersonell man møter i slike prosesser. Det høyeste nivå av helsefremmende allmenndannelse er, ifølge Nutbeam (1), det å kunne være kritisk sortierende overfor alle typer helsepåstander, både medisinske og ikke fullt så medisinske, som man stadig «bombarderes» med

i moderne samfunn, oftest gjennom ulike typer massemedia (5). Vi tror at mange sykepleiere i sitt daglige virke driver helseinformasjon overfor personer som befinner seg på svært ulike nivåer av helsefremmende allmenndannelse, muligens uten at de er seg bevisst hvilke begrensninger mange har for å kunne nyttiggjøre seg deres informasjon. Studier gjort i USA og England viser at mange pasienter har vanskeligheter med å forstå helseinformasjon (6). Det er ofte et gap mellom det pasientene faktisk forstår, og det profesjonelle forventer eller tror de forstår (7). Standard opplysningsmaterieil rettet mot pasienter er dessuten gjerne skrevet på et høyere helsefremmende allmenndannelsesnivå enn mange pasienter faktisk befinner seg på (6). Pasienter med lav helsefremmende allmenndannelse har også vist seg å få dårligere behandling i helsevesenet, trolig på grunn av deres mangelfulle evne til å uttrykke seg faglig om sitt helseproblem (ibid.). Og ikke nok med det; det er også forskning som viser at personer med lav helsefremmende allmenndannelse er de som oftest blir «gjengangere» i helsevesenet (1,6,7).

Empowerment

Selve begrepet empowerment forutsettes kjent for mange sykepleiere. Begrepet står sentralt innen pasientveiledning (8). Uansett, Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» (9). Empowerment synes likevel å være et begrep uten entydig definisjon (10,11). På engelsk betyr verbet «to



PÅ NETT?: Det er viktig at helsepersonell forstår hvilket helsefremmende allmenndannelsesnivå pasienten befinner seg på. Illustrasjon: Lene Ask

empower» å gi makt eller autoritet til noen, eller gjøre noen i stand til å handle (10). Det finnes muligens ikke en allmenngyldig oversettelse av begrepet til norsk. Myndiggjøring, brukermedvirkning, motmakt, eller egenmakt er noen forslag (10,12). Begrepet blir heller forstått gjennom motsatsene; menneskers maktesløshet og manglende kontroll, i denne sammenheng relatert til helse. Gulbrandsen (13) diskuterer om styrking kan være et godt norsk ord for empowerment. Siden det har vist seg utfordrende å oversette ordet empowerment til norsk med en helsemessig rammeforståelse, blir det engelske uttrykket fortsatt hyppigst brukt i norsk helsefaglig litteratur (10). Ideen om empowerment vedrørende folkehelse hevdes å være et oppgjør med paternalismens, eller legevitenskapens sterke tendens til myndiggjøring av, eller enveiskommunikasjon overfor, hjelpetrengende mennesker (10). Ideologisk blir em-

powerment-strategier således forankret til demokratiet som styringsform (14). Brukerinnflytelse vektlegges i Lov om pasientrettigheter (15), hvor det presiseres at pasienten har rett til å medvirke under gjennomføring av helsehjelp. Dessuten vektlegges brukermedvirkning i Stortingsmelding 25 om «Mestring, muligheter og mening – fremtidens helseutfordringer» (16). Det blir dermed nokså tydelig at idégrunnlaget i helsefremmende arbeid (på engelsk: health promotion) har utviklet seg fra tradisjonelt opplysnings- og informasjonsarbeid (på engelsk: health education) til større grad av brukermedvirkning (empowerment) (17,18). Enveispreget helseinformasjon har blitt mer og mer til toveis helsekommunikasjon (engelsk: health communication) (3,4,18). Thesen & Malterud (19) hevder at empowerment handler om omfordeling av makt i helsefremmende strategier, hvor man forsøker å nøytralisere krefter som fører til avmakt.

Det vil si at man i helsedialogen forsøker å utjevne eller ubetydeliggjøre kunnskaps- og autoritetsgapet som ofte er mellom pasient og helsepersonell (10). Dermed kan forslag til helsemessige problemløsninger, teoretisk sett, like gjerne være basert på pasienters erfaringer og sterke argumenter som på fagfolks profesjonelle kunnskap og nøkterne årsaksresonnementer. I verste fall kan utfallet bli uheldig for pasientene, særlig dersom deres og fagpersonenes forståelsesrammer og vurderinger i utgangspunktet var på kollisjonskurs (14).

Empowerment kan betraktes som en inviterende prosess som aktivt forsøker å sette pasienten i stand til å ivareta egen helse. Imidlertid er det trolig nødvendig å reflektere kritisk over mange pasienters reelle forutsetninger for valgene og beslutningene de tar etter denne velmenende maktervervsen. Sigstad (14) påpeker at empowerment-begrepet kan oppfattes som konsumorientert. Pasientene får en slags kunderolle i møte med helsevesenet, samtidig som «innkjøpet» blir basert på det normative slagordet «ansvar for egen helse». Dette innebærer at pasienten selv må ta ansvar for det «helseprodukt» han eller hun med egenmakt har skaffet seg. Stortingsmelding 25 presiserer at fremtidens velferdssamfunn forutsetter ikke bare myndiggjøring av hvert enkelt menneske, men også ansvarliggjøring (16). Dette krever etter vårt syn, omfattende kunnskap hos dem som mottar eller skaffer seg helsetjenester. Lov om pasientrettigheter poengterer at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne både til å gi og motta informasjon om sin helsetilstand, innbefattet samtykkekompetanse (15). Følgelig får man at empowerment gjerne blir knyttet til helsekommunikasjon som ofte foregår mellom pasient og helsepersonell.

Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon dreier seg kort og godt om ulike strategier for å drive toveiskommunikasjon om én av partenes helseanliggende i den hovedhensikt å forbedre vedkommendes

helse (4). I løpet av de siste tre tiårene har også helsekommunikasjon blitt et eget tverrfaglig studium og forskningsfelt, særlig i USA (20). Som akademisk utdanning og forskningsfelt legitimeres helsekommunikasjon av følgende forhold:

- erkjennelsen av at mennesker, av forskjellige årsaker, har ulike evne til og forutsetninger for kunnskapsservervelse (om helse)
- flommen av helseinformasjon fra ulike kilder i samfunnet
- økt behov for å kunne kritisk vurdere all helseinformasjon (21)

Helsekommunikasjon forgår ikke kun i relasjonen mellom pasient og helsepersonell innen det offentlige helsevesenet. En rekke eksterne instanser i moderne samfunn tilbyr helsekommunikasjon, for eksempel kommersielle vektreduksjonskurs, treningsstudioer, alternativ medisinske praksiser, ulike typer massemedia som aviser, ukeblader, TV, radio – og ikke minst Internett (3,4,22). WHO's mest brukte definisjon av helse (23) sier at helse ikke bare er fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende. Sannsynligvis på grunn av denne definisjonen er dagens helsekommunikasjon preget av et stort spektrum av sendere av helsebudskap. Avsenderne kan ha høyst ulik kvalitet på deres helsefaglige utdanningsbakgrunn, og mange fremmer helsepåstander uten vitenskapelig dokumentasjon (24). For mange mennesker kan det trolig oppleves som vanskelig å evaluere helsepåstandene og helsetjenestene som florerer i samfunnet (1,2,5).

De tre begrepene i forhold til hverandre

I det følgende drøfter vi hvorledes vi antar at de tre begrepene som er utredet i avsnittene over, forholder seg til hverandre. Hvert av begrepene er ofte ansett som sentrale forutsetninger for og bidragsyttere til helsefremmende atferd (3,8,26). Vitenskapelig basert helsekommunikasjon anses som et sentralt middel til at befolkningen oppnår helsefremmende allmenndannelse (4). Ifølge den brasilianske pedagogen

Paulo Freires politiske tenkning rundt begrepet empowerment, skulle ett av flere empowerment-relaterte tiltak være etablering av allment tilgjengelige skoler som bidro med helseopp-læring (27,28). Dermed ville folk flest i prinsippet sikres helsefremmende allmenndannelse. Helsekommunikasjon kan også påvirke personer til å foreta helsefremmende valg gjennom utøvelse av empowerment. Helsefremmende allmenndannelse kan i så fall bidra til at «empowered» personer forholder seg både adekvat og kritisk til mye helsekommunikasjon. Større grad av uavhengighet og empowerment er dessuten, ifølge Nutbeam (1), et prioritert mål med helsefremmende allmenndannelse. Han hevder at jo høyere nivå av helsefremmende allmenndannelse en person befinner seg på, jo høyere grad av empowerment og autonomi kan det tillates at vedkommende handler i forhold til.

I utgangspunktet er teorien rundt helsefremmende allmenndannelse kritisk til begrepet empowerment. Empowerment som handlingsstrategi uten et visst nivå av helsefremmende allmenndannelse som basis, vil ifølge både Nutbeam (1) og Kickbush (29) kunne føre til at den ervervede egenmakten blir utøvd i en kunnskapsløs, ureflektert, dogmatisk og ukritisk dimensjon. Dette vil i så fall verken gagne enkeltindividers helse eller de demokratiske idealene som empowerment-begrepet er koblet til. Ilona Kickbush er nokså krass når hun hevder at helsefremmende allmenndannelse må betraktes som et vesentlig grunnlag for og kritisk «verktøy» i enhver empowerment-strategi som har som mål å øke befolkningens kontroll over egen helse (29). Noen kritiske røster hevder til og med at empowerment-ideologi, anvendt i det helsefremmende arbeidet blant folk i rike vestlige land, vil favorisere de ressurssterke som har råd til å være autonome i forhold til egen helse (30,31,32). I tråd med dette vil vi hevde at helsefremmende allmenndannelse har en normativ ideologisk forankring (33). Et høyt nivå av helsefremmende allmenndannelse vil trolig medføre at enkeltindi-

videt både kan forstå, skaffe seg og evaluere helsekommunikasjon for å ivareta egen helse. Dermed oppnås bedre kontroll over faktorer som påvirker helsen, hvilket etter vårt syn faktisk reflekter WHO's definisjon av begrepet empowerment (9).

Vi er klar over at personers initiativ til endring av helseatferd er avhengig av mange demografiske og psykologiske variabler, som for eksempel gjenspeiles i Theory of planned behavior av Icek Ajzen (34). Vi har i denne artikkelen valgt å fokusere på tre begreper som har innvirkning på helseatferd, hovedsakelig fordi de på varierende vis involverer pedagogikk og didaktikk som fagområder. Både fagstoff, læring og formidlingsmåter er etter vår mening

som angår egen helseutvikling (36). Vi stiller spørsmål ved i hvilken grad pasientgrupper med lav helsefremmende allmenndannelse faktisk er i stand til å ta selvstendige og adekvate beslutninger om egen helse.

Ulik grad av helsefremmende allmenndannelse

Samtidig som de tre begrepene muligens kan forholde seg til hverandre som argumentert for i det foregående, vil vi hevde at begrepene forutsetter hverandre i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Nivået av helsefremmende allmenndannelse hos helsepersonell og pasienter kan være ulikt og likt, noe vi mener man bør ta særlige hensyn til under empowerment-preget helsekommunikasjon.

man anvender flere kommunikasjonsmåter samtidig (26,38). Dette krever at sykepleiere i tillegg til muntlige kommunikasjonsferdigheter, også har tilgang på og erfaring med elektroniske kommunikasjonskanaler (39).

Når helsekommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er preget av empowerment, vil man i større grad kunne ivareta det som personen er opptatt av i øyeblikket. At pasienten får anledning til å definere sine egne behov, er ansett som et nøkkelpri-sipp i helsefremmende arbeid (11). Koelen & Lindström anbefaler at relasjonen mellom helsefaglige profesjonsarbeidere og pasienten bør basere seg på likeverdig samarbeid fremfor, slik det var tilfelle med tidligere helseopplysningstradisjon,

Tanken bak empowerment er at kunnskaps- og autoritetsgapet mellom sender og mottaker av helsebudskap bør jevnes ut.

implisitt i begrepene helsefremmende allmenndannelse, empowerment og helsekommunikasjon. Denne artikkelens belystning og drøfting av disse begrepene er således særlig rettet mot vitenskapelig ansatte som underviser sykepleierstudenter.

Tanken bak empowerment er at kunnskaps- og autoritetsgapet mellom sender og mottaker av helsebudskap bør jevnes ut. Satt litt på spissen; forslag til problemløsninger kan like gjerne basere seg på legfolks erfaringer som på profesjonelles fagkunnskaper. Vi synes et slikt potensielt scenario er betenkelig, særlig sett i lys av det faktum at det er registrert meget stor frekvens av sykkelighet blant folk med lav sosio-økonomisk status – og motsatt (7). Internasjonale studier har som nevnt vist, at mange «pasientgjengangere» både har lav inntekt og utdanning – og lav helsefremmende allmenndannelse (35). Innen medisinsk etikk understrekes det at pasienten må være kompetent til å være autonom, og følgelig ha innsikt og ferdigheter som er gode nok til å kunne ta avgjørelser

I de fleste tilfeller er nok helsepersonellet på et høyere helsefremmende allmenndannelsesnivå enn pasienten. Men det er heller ikke utenkelig at nivåene kan være like – og i enkelte tilfeller; endog høyere hos pasienten. Under alle omstendigheter vil vi foreslå at pasientens nivå av helsefremmende allmenndannelse rutinemessig bør kartlegges av helsepersonellet før viktig rådgivende helsekommunikasjon med vedkommende starter (37). Gunilla Jarlbro anbefaler at helsekommunikasjon må skreddersys i forhold til målgruppens forutsetninger (26). Hun hevder at all endringsfokusert helsekommunikasjon må tilpasses mottakerens kjønn, alder, utdanningsnivå, språk- og kulturbakgrunn. For personer med særlig lav grad av helsefremmende allmenndannelse anbefaler Williams et al. (6) at helsepersonell bruker et enkelt, hverdagslig språk når de informerer vedkommende, og gjerne supplerer med bilder eller animasjoner. Helsekommunikasjon med personer med lav helsefremmende allmenndannelse synes å være mest effektiv dersom

et hierarki i favør av helsepersonellet (40). I en empowerment-preget relasjon bør man likevel forutsette at partene kan ha ulik grad av helsefremmende allmenndannelse – hvilket man ikke kan vite noe om før man har kartlagt den. I en helsefremmende allmenndannelse-kartlagt helsekommunikasjon mellom sykepleier og pasient kreves det, etter vår mening, at sykepleieren både har psykologisk,



didaktisk, pedagogisk og kommunikativ kompetanse. De tilsvarende emnene i sykepleierens grunnutdanning bør således styrkes. Et høyt nivå av helsefremmende allmenndannelse hos en sykepleier fordrer, ifølge Nutbeam (1), at vedkommende har grunnleggende kjennskap til vitenskapsteori, ulike epistemologier og vitenskapelige forskningsmetoder. I tillegg bør han eller hun kjenne til de tilhørende standarder som brukes for å validere ny kunnskap i det sykepleiefaglige feltet, samt ha evne til kritisk tenkning (3,41). Slik opplæring kunne prioriteres ytterligere i studieemnet «Vitenskapsteori og forskningsmetode i sykepleierutdanningen» (41).

Konklusjon

Vi har i det foregående forsøkt å redegjøre for begrepet helsefremmende allmenndannelse, som vi tror er nokså ukjent for mange sykepleiere som er engasjert i det helsefremmende arbeidet i Norge. Videre har vi forsøkt å drøfte hvordan dette begrepet kan knyttes til to mer kjente begreper i denne sammenhengen; empowerment og helsekommunikasjon. Helsefremmende allmenndannelse forstås på to måter, som mål og resultat (7). Helsefremmende allmenndannelse kan anses som et resultat av profesjonelles helsekommunikasjon. Målet er individuell kompetanse til å forstå, kritisk vurdere og anvende va-

lid helsekommunikasjon i den hensikt å utvikle og opprettholde god helse – alt i lys av empowerment. Vårt sterkeste argument, eller subjektive partsinnlegg om man vil, for at ervervelse av helsefremmende allmenndannelse kan være den viktigste forutsetningen for oppnåelse av helsefremmende atferd, er at pasienten blir i stand til å bruke helsefremmende allmenndannelse som filter. En person som er på et høyt helsefremmende allmenndannelsesnivå er i stand til å skille ut evidensbasert helseinformasjon fra annen informasjon om helse som ikke har vitenskapelig dokumentasjon å støtte seg til. I dagens moderne samfunn «flommer» helseinforma-

sjon ut fra mange ulikt kvalifiserte aktører og gjennom et utall mediekkanaler. Det kan derfor være både rasjonelt og «forebyggende sunt» å ha kompetanse til kunne «filtrere» bort den helseinformasjonen som neppe er valid etter sykepleiervitenskapelige standarder. I moderne samfunn hvor «ansvar for egen helse» er et stadig hyppigere brukt liberalistisk slagord, kan det være grunnlag for å påstå at man kan få en ny helsemessig «klasseinndeling» i samfunnet basert på personers ulike grader av helsefremmende allmenndannelse (42). Det kan derfor være fristende å avslutte med et omskrevet kjent utsagn; «kunnskap er egenmakt».

LITTERATUR

- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International* 2000; 15(3): 259-267.
- Pettersen S. Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: Bungum B, Jorde D (red.) *Naturfagdidaktikk. Perspektiver – Forskning – Utvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 273-88.
- Pettersen S. Health Claims and Scientific Knowledge. A study of how students of health sciences, their teachers, and newspaper journalists relate to health claims in society. (Doktoravhandling for dr.scient.grad). Det Utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo, 2007. Oslo: Unipub ISSN 1501-8962, No. 77.
- Pettersen S. The importance of health literacy in nutrition communication. Paper presentert oralt ved: The 9th Nordic Nutrition Conference. København, Danmark, 1.-4. juni, 2008.
- Pettersen S. Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NORDINA* 2005; 1(1): 5-16.
- Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD. The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine* 2002; 34(5): 383-389.
- American Medical Association. HL: report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of American Medical Association* 1999; 281(6): 552-557.
- Tveiten S. Den vet best hvor skoen trykker – om veiledning i empowermentprosessen. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
- World Health Organization (WHO). Health promotion glossary. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Andrews T. "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. *Tidsskrift for Velferdsforskning* 2003; 6(1): 30-42.
- Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16(3): 354-361.
- Askheim OP, Starrin B. Empowerment i teori og praksis. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- Gulbrandsen P. Styrking – det rette norske begrep for empowerment? *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 2330.
- Sigstad HMH. Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124: 63-64.
- Lovdata. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Nedlastet 24. oktober fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening – fremtidens utfordringer. Nedlastet 24. oktober fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-1.html?id=200880>
- Sørensen M, Graff-Iversen S, Haugstvedt, KT, Enger-Karlsen T, Narum IG, Nybø A. «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2379-83.
- Tones K, Tilford S. *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity* (3rd ed.), London: Nelson Thornes, 2001.
- Thesen J, Malterud K. «Empowerment» og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001; 121: 1624-28.
- Coalition for Health Communication. Advancing the field of health communication. Nedlastet 23. oktober 2008 fra: <http://www.healthcommunication.net/>
- Dorsey AM, Miller KI, Parrott R, Thompson TL. *Handbook of Health communication*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Association, 2003.
- U.S. Department of Health & Human Services. *Healthy people 2010*. Health Communication. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: <http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11 HealthCom.htm>
- World Health Organization (WHO). WHO definition of health. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: <http://www.who.int/about/definition/en/>
- Johansen LW, Bjørndal A, Flottorp S, Grøtting T, Oxman AD. Vurdering av helseinformasjon i aviser og brosjyrer. Hva skal man tro? *Tidsskr Nor Legeforen* 1996; 116: 260-64.
- Tappe K, Galer-Unti RA. Health Educators' role in Promotion Health Literacy and Advocacy for the 21st Century. *Journal of School Health* 2001; 71: 477-82.
- Jarbo G. Hälsokommunikation – en introduction. Lund: Studentlitteratur, 2004.
- Freire P. *De undertrykte pedagogikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
- Rindner E. Using Freirean Empowerment for Health Education With Adolescents in Primary, Secondary and Tertiary Psychiatric Settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2004; 17(2): 78-84.
- Kickbush I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 2001; 16(3): 289-97.
- Askheim OP. Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
- Murphy J, Cauch J. Empowering Communities! Who are we kidding? Paper presentert ved: The Empowerment Conference with Noel Pearson. Melbourne, Australia, 16.-17. mai, 2006. Nedlastet 23. oktober 2008 fra: <http://www.communityconnections.com.au/empwpaapr.pdf>
- Riger S. What's wrong with empowerment? *American Journal of Community Psychology* 1993; 21(3): 279-92.
- Raphael D. Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. *Health Promotion International* 2003; 18(4): 397-405.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Safeer RS, Keenan, J. *Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients*. *The American Family Physician* 2005; 72(3): 463-468.
- Slettebø Å. *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag, 2002.
- Weiss BD. *Health literacy and patient safety: Help patients understand*. Manual for clinicians (2nd edition). American Medical Association Foundation and American Medical Association. Nedlastet 24. oktober fra: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>
- Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodyski MA, Savir A. Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*; 2008; 40(1): 3-10.
- U.S. Department of Health & Human Services *Healthy people 2010*. Health Communication. Nedlastet 24. oktober 2008 fra: <http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11 HealthCom.htm>
- Koelen MA, Lindström B. (2005). Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 59: 10-16.
- Solberg J, Pettersen S. Amerikanske forskere har rapportert ... Sykepleierstudenter evne til å etterlyse vitenskapelig informasjon. *Tidsskr Sykepleien* 2004; 15: 59-61.
- Pettersen S. Education for Health Literacy: A Challenge to Media Journalists and School Teachers. Paper presentert oralt ved: The International Conference on Poverty, Food and Health, Lisboa, Portugal, 1.-4. juli, 2003.