

Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården

Josefin Wångdahl, Malena Lau, Pia Nordström,
Anke Samulowitz, Lovisa Karlsson

Josefin Wångdahl, MSc Public Health, Doktorand, Socialmedicinsk epidemiologi,
Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.

E-post: josefin.wangdahl@pubcare.uu.se

Malena Lau, Enhetschef, Kunskapscentrum för jämlik vård,

Västra Götalandsregionen. E-post: malena.lau@vgregion.se

Pia Nordström, Regionutvecklare, Kunskapscentrum för jämlik vård,

Västra Götalandsregionen. E-post: pia.nordstrom@vgregion.se

Anke Samulowitz, Regionutvecklare, Kunskapscentrum för jämlik vård,

Västra Götalandsregionen. E-post: anke.samulowitz@vgregion.se

Lovisa Karlsson, Folkhälsovetare, biträdande nationell koordinator för Nätverket

Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS). E-post: lovisa.karlsson@regionostergotland.se

Hälsolitteracitet, en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation är en förutsättning för patientens delaktighet i sin vård. Studier har visat att hälsolitteracitet kan påverka när och hur patienter söker vård, deltar i screeningprogram, följer behandlingsrekommendationer med mera. Hur patienten använder hälsoinformation påverkas dels av individuella förutsättningar men ännu mer av hälso- och sjukvårdens förmåga att kommunicera och ge information som är lätt att förstå, inkluderande och tillgänglig. Tre konkreta metoder som kan användas för att göra hälso- och sjukvården mer hälsolitterat är: Förstå mig rätt/teach-back, personcentrerad patientutbildning och kommunikationsstöd med bilder.

Health literacy, the ability to obtain, understand, communicate, evaluate and use health information, is a prerequisite for patient participation. Studies have shown that health literacy can affect how and when patients seek health care, participate in screening programs, follow treatment recommendations, and so on. Patients' utilization of health information depend on individual preconditions, but even more on health care providers' capability to communicate and to provide inclusive and accessible information which is easy to understand. Three methods which can be used to improve health care organizations' health literacy are: Teach-back/Förstå mig rätt, person centered patient education, and communication support with pictures.

Bakgrund

Under de senaste åren har en ständig utveckling pågått för att öka patientens ställning och delaktighet i hälso- och sjukvården. En förutsättning för det är en fungerande kommunikation

mellan patient och personal. Patientlagen, som trädde i kraft 2015, föreskriver bland annat att ”den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelse

sen av den lämnade informationen”⁽¹⁾.

I utvecklandet av en mer personcentrerad och jämlik vård är kunskapen om, och förståelsen för, hälsolitteracitetens betydelse på individnivå och samhällsnivå avgörande. Begränsad hälsolitteracitet i en organisation kan hindra människors möjlighet till vård på lika villkor. Detta får konsekvenser för hela vårdkedjan och påverkar såväl deltagande i förebyggande insatser som vårdkonsumtion, följsamhet till behandling och rehabiliterande åtgärder. Hälso- och sjukvården behöver i högre utsträckning utformas utifrån människors olika behov och förutsättningar. Genom att utveckla mer hälsolitterata organisationer, det vill säga organisationer som medvetet arbetar för att göra information och kommunikation mer tillgänglig och förståelig ökar vi inte bara hälso- och sjukvårdens kvalitet och jämlikhet utan även jämlikheten i hälsa.

Patientlagen betonar att information och delaktighet är viktigt för att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet och självbestämmande. Samtidigt visar både en nyligen publicerad rapport och den Nationella Patientenkäten, att detta är något befolkningen ofta är missnöjd med¹. Frågan är då – hur gör vi? Ett första viktigt steg är att vända på perspektivet. Istället för att fokusera på om patienten har svårt att förstå vårdens information, fundera på om det jag förmedlar är möjligt att förstå. Och att därtill, utöver att fundera på vad vården vill förmedla behöver vi efterhöra vad den unika patienten

behöver veta och förstå för att kunna hantera sin sjukdom och känna trygghet och delaktighet i sin vård och behandling. På vilket sätt behöver jag uttrycka mig för att åstadkomma detta?

Hälsolitteracitet vad är det?

Enligt Sorensen et als definition är hälsolitteracitet ”relaterat till litteracitet⁽²⁾ och har med människors kunskap, motivation och förmåga att få tillgång till, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation för att kunna göra bedömningar och ta beslut i vardagen som har med sjukvård, sjukdomsprevention och hälsopromotion att göra, för att bibehålla och förbättra livskvaliteten under hela livet”². Definitionen används flitigt i Europa och bygger på ett brett folkhälsoperspektiv där flera olika förmågor ses som viktiga för en persons totala hälsolitteracitet.

Hälsolitteracitet innebär således mer än en god läs- och skrivförmåga. Det innefattar bland annat att kunna samtala om sin hälsa med andra, kunna värdera och tolka information och att vara källkritisk. För att få nytta av hälsoinformation och för att kunna påverka sin hälsa behövs därför en viss grad av hälsolitteracitet, i form av förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation. Denna förmåga kan förändras över tid³ och påverkas av till exempel en akut olycka, sjukdom eller av att personen är ny i ett land. Sociala medier och olika hemsidor på internet har blivit en allt viktigare källa för hälsoinformation, vilket ställer höga

⁽¹⁾ Patientlag, SFS 2014:821, 7 §

⁽²⁾ Förmåga att kunna läsa och skriva

krav på individens förmåga att kritiskt kunna granska den. Det rika informationsflödet ställer också nya krav på hälso- och sjukvårdens medarbetare, då de kan behöva besvara eller ifrågasätta patientens funderingar kring hälsoinformation.

En individs hälsolitteracitet är nära knutet till den kontext personen befinner sig i, och är beroende av vilka utmaningar och hinder som finns i omgivningen⁴. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården arbetar aktivt med att säkerställa att information och kommunikationsinsatser verkligen är tillgängliga för alla, oavsett individuella förutsättningar och förmågor. Tydlig och lättförståelig information tjänar alla på⁵. Genom att bli en mer hälsolitterat organisation, det vill säga en verksamhet som stöder patienterna i att navigera, förstå och använda information och tjänster för att ta hand om sin hälsa⁶, kan hälso- och sjukvården minska negativa konsekvenser till följd av individers skiftande hälsolitteracitet. Det leder också till en mer personcentrerad hälso- och sjukvård⁷ och bättre hälsa i befolkningen⁶.

Varför är hälsolitteracitet viktigt?

Många individer har svårt att förstå och tolka hälsoinformation^{3,8} vilket kan få negativa konsekvenser⁸. Inom hälso- och sjukvården kan det bland annat leda till svårigheter att förstå och följa kallelser till besök, rekommendationer om behandling från vårdpersonal samt information om läkemedel. Begränsad hälsolitteracitet kan leda till att en person inte kommer till en inbokad tid, inte hittar till platsen för

mötet eller inte följer behandlingen så som det var tänkt⁹. Det kan också göra att en person inte känner till symtom för olika sjukdomar, söker vård sent eller inte alls, alternativt söker sig till fel instans¹⁰.

På plats hos en vårdgivare kan begränsad hälsolitteracitet hos individen i kombination med en begränsad hälsolitteracitet hos organisationen leda till kommunikationsproblem, vilket i sin tur kan leda till fel diagnos och behandling samt onödigt många vårdbesök^{11,12}. När det gäller sjukdomsförebyggande arbete som screening och vaccination nås och deltar ofta personer med begränsad hälsolitteracitet i lägre grad än andra^{8,13,14}. Svensk forskning visar också att nyanlända migranter med begränsad hälsolitteracitet, jämfört med de med högre hälsolitteracitet, får ut mindre både av hälsoundersökningar som erbjuds asylsökande¹⁵ och av hälsofrämjande insatser inom samhällsorienteringen¹⁶. Vidare visar forskning att det finns samband mellan begränsad hälsolitteracitet, och hälsa i form av kronisk sjukdom samt ökad risk för sjukdom och för tidig död⁸. Det är också viktigt att komma ihåg att hälsolitteracitet består av olika delar och inte är detsamma som lång utbildning, goda språkkunskaper eller vana att söka information på internet. Hälsolitteracitet kan likaväl begränsas genom bristande förmåga eller motivation att värdera information eller att tillämpa den i vardagen.

Kan man mäta hälsolitteracitet?

Det är vanligt att vårdpersonal över-skattar patienters hälsolitterata för-

mågor²¹. Att utgå från en persons utbildning för att skatta hälsolitteracitet rekommenderas inte. En person med god läs- och skrivförmåga kan sakna goda kommunikativa och kritiska förmågor och tvärtom²²⁻²³. Det är inte helt ovanligt att patienter är pålästa och upplever att de vet vilket problem de söker för, vad det beror på och hur det ska behandlas – utifrån vad de har läst på nätet. Men det är inte säkert att de har reflekterat över huruvida dessa källor är att lita på eller om informationen är relevant för just dem. Det är heller inte säkert att personalen spontant kan värdera alla källor patienten anger. De kanske behöver ”läsa på” för att kunna göra det. Att en patient skäms när hen inte riktigt förstår är vanligt. Det gör att många låtsas eller säger att de förstår, hellre än att berätta att de inte förstått, och kan också leda till en överskattning av de hälsolitterata förmågorna²⁴.

Det finns ett flertal instrument som mäter individers hälsolitteracitet och som syftar till att ge ökad kunskap om hälsolitteracitet i samband med vetenskapliga studier och utvärdering av olika insatser¹⁷. Tre instrument finns översatta till svenska och består av korta självskattningsformulär: SFHL²³¹⁸, CCHL¹⁹ och HLS-EU Q16²⁰. Dessa bör dock inte användas i det vardaliga mötet med patienten^{17,18}. I samband med dessa möten är det ofta mer lämpligt att i stället fokusera på sin egen förmåga att kommunicera och förmedla information så att det är lätt att förstå, se förslag på metoder nedan.

En organisations hälsolitteracitet kan också mätas. Ett exempel på instrument för det, är HLHL-10²⁵. In-

strumentet består av tio frågor som bygger på kännetecknen för en hälsolitterat organisation och kan med fördel användas för att identifiera sådant som kan skapa informations- och kommunikationsproblem i den egna verksamheten. Ett alternativ är att använda checklistor som fokuserar på kommunikativa hinder som kan finnas i hälso- och sjukvården²⁶.

Det saknas nationella studier av befolkningens hälsolitteracitet i Sverige. Sannolikt ligger den i nivå med andra europeiska länder. Enligt en studie med data från åtta europeiska länder bedöms nästan varannan person ha begränsad hälsolitteracitet²⁷. Den och många andra internationella studier⁸, visar också att det finns samband mellan begränsad hälsolitteracitet, kort utbildning, låg socioekonomi och att ha flyttat till ett nytt land. I Sverige bedöms cirka 60 procent av alla nyanlända flyktingar ha begränsad hälsolitteracitet^{16,20}.

Hur kan hälso-och sjukvården arbeta med hälsolitteracitet?

Att ha kunskap om och förståelse för människors hälsolitteracitet är viktigt. Men än viktigare är frågan vad hälso- och sjukvården kan göra för att förbättra kommunikationen med patienten. Hur är kallelser och informationsbroschyrer utformade? Hur uttrycker vi oss i mötet med patienten? Hur mycket information ger vi på en och samma gång? Har vi bett några patienter att läsa och kommentera informationsbroschyren innan vi sprider den till alla?

Ett första steg är att se över vilka

hinder som finns i organisationen²⁸, till exempel genom att mäta hur hälsolitterat verksamheten är²⁵ samt ta del av kännetecken för hälsolitterata organisationer⁶ och välja ut några av dem att börja arbeta med.

Konkreta exempel på hur och vem som kan göra vad, finns bland annat i WHO:s dokument ”Health literacy - The Solid facts”²⁹. En rekommenderad metod är tydlig kommunikation genom till exempel återupprepning (teach-back, se goda exempel nedan) och användning av enkla ord och fraser²⁹⁻³¹. Andra exempel på metoder är att mäta förförståelse innan ny information ges³² samt att ta med målgruppen vid utformningen av materialet²⁹. Vid kommunikation med nyanlända migranter rekommenderas användning av kulturella brobyggare⁽³⁾ och information på modersmål²⁹, en metod som har visat sig fungera väl på flera håll i landet^{16,33,34}.

Det är också viktigt att arbeta tvärsektorielt²⁹. Utöver hälso- och sjukvården behöver övriga aktörer arbeta med detta område tillsammans. Genom att få mer kunskap om hälsofrågor, informationssökning och källkritik kan en persons hälsolitteracitet öka. Att träffas i grupp för att diskutera olika hälsofrågor på sitt modersmål har till exempel visat sig kunna öka migranternas hälsolitteracitet^{34,35}. I övrigt finns det i dagsläget lite kunskap om effektiva metoder för att öka individens hälsolitteracitet, behovet av interventionsforskning är stort.

⁽³⁾ Kulturella brobyggare är etablerade migranter med kunskap och erfarenheter när det gäller språk och kultur både från sitt tidigare hemland och det nya land de har etablerat sig i. Genom sina dubbla kompetenser kan de anpassa och förklara information för nyanlända migranter från samma land så att den blir lättare att ta till sig och förstå.

⁽⁴⁾ www.vgregion.se/forstamigratt.

Tre goda exempel

Nedan följer en utförligare beskrivning av tre exempel på hur hälso- och sjukvården kan arbeta med hälsolitteracitet.

Förstå mig rätt – teach-back

Kunskapscentrum för jämlik vård i Västra Götalandsregionen har vidareutvecklat teach-back³⁰ till en metod vi kallar ”Förstå mig rätt”⁽⁴⁾. Grunden, att sammanfatta given information med egna ord, är densamma. Men därutöver betonar ”Förstå mig rätt” några viktiga principer som inte brukar nämnas i samband med teach-back:

Den som ger information ber patienten att sammanfatta, men inte för att kontrollera patienten utan för att få en återkoppling hur väl hen har förklarat för patienten. Det handlar inte om vilken hälsolitteracitet den enskilda patienten har utan om hur väl man som vårdföreträdare kommunicerar med varje enskild patient. Det innebär att ”Förstå mig rätt” rekommenderas att användas i alla vårdssamtal. Att i förväg mäta eller bedöma vilka patienter vi tror har lättare eller svårare att ta till sig information kan leda till att förväntningar eller stereotyper styr personalens agerande, vilket i sin tur kan leda till ojämlikheter i vården.

Det är viktigt att den som möter patienten också sammanfattar det patienten har sagt, för att försäkra sig om att hen inte har missat eller missförstått

information från patienten. Ömsesidigheten i samtalet är en förutsättning för patientens delaktighet. Behovet av att både patienten och vårdpersonalen sammanfattar, framgår också i resultaten från den Nationella Patientenkäten. Frågor som traditionellt får låga betyg är både de som speglar vilken information patienten har fått, exempelvis ”Förklarade läkaren vad du borde göra om problemen eller symptomen skulle fortsätta, bli värre eller komma tillbaka?” men också frågor om läkarens förståelse, som exempelvis ”Tog läkaren tillräcklig hänsyn till dina kunskaper och erfarenheter av din sjukdom/dina besvär?”.

”Förstå mig rätt” lämpar sig väl även vid tolksamtal. När tre personer ingår i ett samtal istället för två, och en part agerar ”mellanhand”, ökar risken för missförstånd ännu mer. ”Förstå mig rätt” kan vara ett stöd i tolksamtal för att försäkra sig om att patient och vårdpersonal har förstått varandra fullt ut.

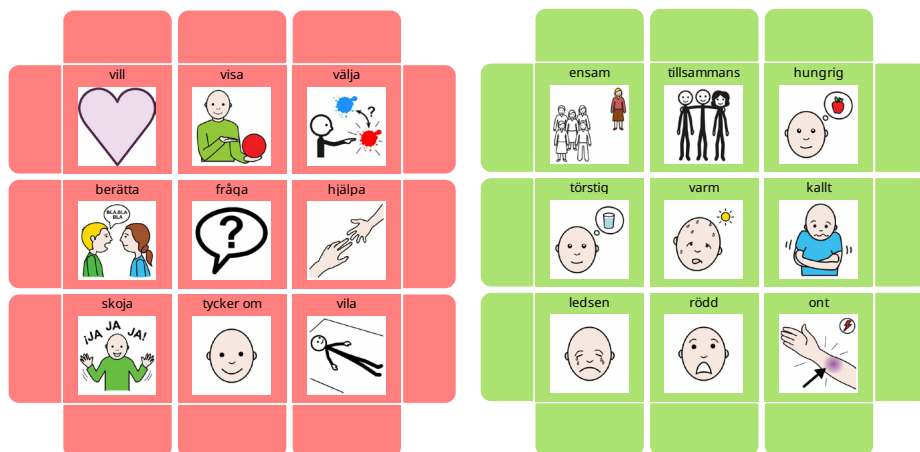
Metoden minskar inte bara missförstånd utan påverkar också hur väl en person kommer ihåg det som har sagts. Ett experiment på koncernkontoret hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen visade att kollegorna kom ihåg dubbelt så mycket information om larminstruktionerna när ”Förstå mig rätt” användes, jämfört med när de fick instruktionerna upplästa⁽⁵⁾. Experimentet ligger också till grund för en klinisk studie som påbörjades hösten 2016 i Göteborg. Det blir den första studien som undersöker effekten av teach-back/Förstå mig rätt i Sverige.

⁽⁵⁾ www.vgregion.se/forstamigratt

Personcentrerad patientutbildning

En patientutbildning enligt en personcentrerad metod har utvecklats i Västra Götalandsregionen, utifrån en norsk förlaga, kallad läring och mestrings³⁶. Denna typ av patientutbildning vänder sig till personer som lever med långvariga sjukdomar, och deras närstående. Den syftar till att deltagarna ska få ökad kunskap om sin sjukdom och bättre möjligheter att hantera sjukdomen i vardagen. Det ska i sin tur ge dem en större trygghet och högre livskvalitet. Det utmärkande för metoden är att utbildningarna leds av två ledare med olika kompetens. En av ledarna är anställd i vården och har sin professionella kunskap, den andra ledaren har kunskap och erfarenhet av att leva med den aktuella sjukdomen eller diagnosen. De verksamheter som erbjuder utbildningarna formulerar de övergripande målen, men därefter utformas innehållet till stor del i samråd med deltagarna för att säkerställa att gruppens behov blir tillgodosedda.

Varje deltagare formulerar sina frågor och behov till det första utbildningstillfället. De samlas in av utbildningsledarna och utgör sedan grunden för utbildningens innehåll. Utbildningen bedrivs i hög utsträckning i dialogform och ett aktivt deltagande är en grundläggande förutsättning för lärande. Varje deltagare får genom detta arbetssätt sina frågor belysta och besvarade. Deltagarna får även möjlighet att samtala om sina frågor med övriga deltagare och ledarna, utifrån sin förförståelse och



Figur 1. Detta bildstöd är skapat via www.bildstod.se

kunskapsnivå. Det innebär i princip att utbildningarna skräddarsys efter både enskilda deltagare och gruppen som helhet. Det blir ett sätt för vården att anpassa sin information och kunskapsspridning efter den enskilda personens förmåga och motivation att ta den till sig.

Kunskapscentrum för jämlik vård erbjuder ledarutbildningar i metoden och utbildar olika yrkeskategorier från hälso- och sjukvården, tillsammans med erfarna patienter och närstående, för att de ska kunna samarbeta som ledare i en utbildningsgrupp.

Kommunikationsstöd med bilder

KomHIT-modellen har utvecklats av DART⁽⁶⁾, ett kommunikations- och dataresurscenter vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Västra Götalandsregionen, i samarbete med andra aktörer inom sjukvård, tandvård och aktuella intresseorganisationer. Grundtanken och arbetssättet utgår

från rätten till kommunikation enligt både patientlagen, FN:s konventioner och idén om universell utformning. Genom att utforma information och kommunikation så att den fungerar för patienter med kommunikativ funktionsnedsättning, blir kommunikationen bättre även för andra kommunikativt sårbara grupper och för alla patienter. Framför allt används bilder som stöd, både i skriftlig information och direkt i vårdsituationen, för att underlätta för alla parter.

Erfarenheterna av att använda bildstöd är mycket positiva i både hälso- och sjukvård och tandvård. Bildstöd har använts i vården av både vuxna och barn och har visat sig värdefullt vid exempelvis vård av flyktingar och andra patienter som har svårt förstå svenska. Utvärdering och forskning pågår och hittills kan konstateras att barn, både med och utan kommunikationssvårigheter, som genomgår olika behandlingar vid sjukhus visar mindre oro när bildstöd används. Behovet av

⁽⁶⁾DART är ett kommunikations- och dataresurscenter för personer med funktionsnedsättning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset

att premedicinera minskar avsevärt. Både barn och föräldrar uppfattas vara mer fokuserade och barnen medverkar bättre till undersökning. Antal patienter som uteblir minskar och färre patienter behöver skickas hem på grund av felaktiga förberedelser. Enkäter och intervjuer med personal, föräldrar och barn visar framför allt på en hög grad av nöjdhet. När det gäller barn med omfattande intellektuell funktionsnedsättning fungerar dock inte alltid bildstöd.

En utbildning till kommunikationsvägledare ges på DART⁽⁷⁾ och Mun-H-Center⁽⁸⁾. Vägledare får kunskap om kommunikation och kommunikativa rättigheter, funktionsnedsättning samt hur kommunikationsstöd med bilder och lättbegriplig text utformas. Vägledaren ska leda arbetet med verksamhetens information och kommunikation och utbilda sina kollegor. Kunskap sprids också via en fri webbresurs som vänder sig till vårdpersonal, närstående och patienter.

Slutsats

Hälsolitteracitet är en viktig bestämningsfaktor för hälsa, människors möjlighet att påverka sin egen hälsa² och en förutsättning för patientens delaktighet i sin vård⁷. Begränsad hälsolitteracitet hos patienten kan leda till undvikbar ohälsa⁸, om den inte möts av hälsolitterata organisationer. Bristande hälsolitteracitet i hälso- och sjukvården kan leda till omotiverade skillnader i vårdens insatser³⁷, onödiga kostnader^{29,38} samt till ojämlik hälsa⁸.

För att minska negativa konsekven-

ser till följd av individers skiftande hälsolitteracitet behöver hälso- och sjukvården bli mer hälsolitterat genom att utveckla en mer lättförståelig, tillgänglig och inkluderande information och kommunikation. Hälso- och sjukvården har stor potential att förbättra sin förmåga att få tag på, förstå, och använda sig av hälsoinformation från patienten men att också förmedla information så att varje patient kan tillgodogöra sig den informationen som just hen behöver.

Länkar till material

www.halsolitteracitet.se

Svensk webbsida med filmer, instrument, metodmaterial, checklistor för hälsolitterata organisationer m.m.

www.vgregion.se/forstamigratt

Webbplats om Förstå mig rätt med folder och annat material för nedladdning.

www.vgregion.se/patientutbildning

Webbplats med information och material om personcentrerad patient- och närståendebildning.

www.kom-hit.se

Information, föreläsningar och filmklipp med exempel från vårdssituationer.

www.bildstod.se

Fritt webbverktyg där kommunikationsstöd med bilder kan laddas ner, utformas och delas.

⁽⁷⁾ <http://www.dart-gbg.org/>

⁽⁸⁾ <http://www.mun-h-center.se/sv/Mun-H-Center/>

Referenser

1. Myndigheten för vårdanalys. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 - en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5.; 2016.
2. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
3. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):151-60.
4. Parker R. Measuring health literacy: what? So what? Now what? In Hernandez L, ed. Measures of health literacy: workshop summary, Roundtable on Health Literacy. Washington DC.; 2009.
5. Davis TC, Crouch MA, Wills G, Miller S, Abdehou DM. The gap between patient reading comprehension and the readability of patient education materials. *J Fam Pract*. 1990;31(5):533-8.
6. Brach C, Keller D, Hernandez B, Bauer C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of Health Literate Health Care Organizations. Discussion Paper. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.
7. Palumbo R. Designing health-literate health care organization: A literature review. *Health Service Management Research*. 2016;0(0):1-9.
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
9. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2016;99(7):1079-86.
10. Easton P, Entwistle VA, Williams B. Health in the 'hidden population' of people with low literacy. A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. 2010;10:459.
11. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med*. 2013;28(11):1469-76.
12. Hironaka LK, Paasche-Orlow MK. The implications of health literacy on patient-provider communication. *Arch Dis Child*. 2008;93(5):428-32.
13. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(2):131-40.
14. Miller DP, Jr., Brownlee CD, McCoy TP, Pignone MP. The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC Fam Pract*. 2007;8:16.
15. Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2015;15:1162.
16. Al-Adhami M, Wängdahl J. Hälsokommunikation i samhällsorienteringen i Stockholms län 2015-2016: En utvärderingsrapport. Uppsala Universitet: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2016.
17. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sorensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun*. 2014;19 Suppl 2:302-33.
18. Wängdahl JM, Mårtensson LI. Measuring health literacy - the Swedish Functional Health Literacy scale. *Scand J Caring Sci*. 2014.
19. Wängdahl JM, Mårtensson LI. The communicative and critical health literacy scale - Swedish version. *Scand J Public Health*. 2014;42(1):25-31.
20. Wängdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1030.

21. Bass PF, 3rd, Wilson JF, Griffith CH, Barnett DR. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2002;77(10):1039-41.
22. Protheroe J, Nutbeam D, Rowlands G. Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *Br J Gen Pract*. 2009;59(567):721-3.
23. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract*. 2013;14:40.
24. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:319.
25. Kowalski C, Lee SY, Schmidt A, Wesselmann S, Wirtz MA, Pfaff H, et al. The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:47.
26. Rudd R, Anderson J. *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers – Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy-Friendly*. Boston; 2006.
27. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
28. Altin S, Stock S. Health Literate Health Care Organizations and their Role in Future Healthcare. *Nursing and Care*. 2015;4(2).
29. World Health Organization Regional Office for Europe. *Health Literacy - the solid facts*. 2013 Hämtad från: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
30. Kriplani S, Weiss BD. Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Intern Medicine*. 2006;21:888-90.
31. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005;72(3):463-8.
32. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Internal Medicine*. 1978;88(2):251-8.
33. Al-Adhami M. Förstudie MILSA - Hälsokommunikation i relation till samhällsorientering och etablering av nyanlända flyktingar i Sverige. Skåne: Länsstyrelsen Skåne; 2015.
34. Svensson P, Carlzen K, Agardh A. Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Cult Health Sex*. 2016:1-15.
35. Wängdahl J, Åhs A. Projekt Athena - en användbar metod för att främja närhet till arbetsmarknaden och hälsa hos långtidsarbetslösa utlandsfödda kvinnor? Uppsala Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap; 2014.
36. Dehbaraz NT, Lynggaard V, May O, Sogaard R. Learning and coping strategies versus standard education in cardiac rehabilitation: a cost-utility analysis alongside a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:422.
37. Myndigheten för vårdanalys. *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. Rapport 2014:7*. Stockholm; 2014.
38. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(10):1032-8.