



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Sabrina Gjerstad Nielsen

Bacheloroppgave

Sosioøkonomisk status og elektronisk helseinformasjon.

Socioeconomic status and electronic health information.

Bachelor Folkehelse, B1FOA

2012- 2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å undersøke eksisterende digitale skiller mellom grupper med ulik sosioøkonomisk status. Problemstillingen handler om forskjeller i tilgang til og bruk av elektronisk helseinformasjon, i mellom grupper med lav og høy sosioøkonomisk status, samt hvordan effekten av denne helseinformasjonen påvirker helseatferden i disse to gruppene. Metoden for oppgaven er et litteraturstudie, hvor funnene i relevante forskningsartikler benyttes for å svare på problemstillingen. Konklusjonen av litteraturstudiet er at det finnes en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og tilgangen til og bruk av elektronisk helseinformasjon, og at digitale skiller dreier seg om skiller i digital kompetanse og eHelsefremmende allmenndannelse mellom disse gruppene. Videre tyder dette litteraturstudiet på at informasjon om kosthold og fysisk aktivitet i mindre grad innvirker positivt på helseatferden hos grupper med lav sosioøkonomisk status.

Begrepsavklaringer

eHelse: Elektronisk samhandling og bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren (Helsedirektoratet, 2014).

eHelsefremmende allmenndannelse: Individets sosiale og kognitive evner til å tilegne seg, forstå og anvende informasjon på internett slik at den er gunstig for deres helse (Rehany et al., 2008).

Digital kompetanse: Evnen til å beherske bruken av digitale verktøy og tjenester (Dalland, 2012).

IKT: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi, deriblant internett (Kjøll, 2011).

Sosioøkonomisk status: Summering av ulikheter i gjennomsnitt mellom store grupper med hensikt å avdekke mønstre i fordeling av helseforhold med statistiske fremgangsmåter (Elstad, 2005).

Tabelloversikt

Tabell 1. Søkeprosessen	19
-------------------------------	----

Figuroversikt

Figur 1. En forenklet modell for prediksjon av helseatferd. Fra L. E. Aarø & M. Nylenna, 1987, Kunnskap er makt- og bør deles med andre, s. 76.	11
---	----

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	7
2.0 PROBLEMSTILLING	8
2.1 TEMA OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	8
3.0 TEORI	9
3.1 SOSIALE ULIKHETER I HELSE	9
3.2 SOSIOØKONOMISK STATUS	9
<i>3.2.1 Tre helsefaktorer i sosioøkonomisk status</i>	<i>10</i>
3.3 HELSEATFERD	11
3.5 HELSEKOMMUNIKASJON	12
4.0 METODE	15
4.1 HVA ER METODE?	15
4.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	16
<i>4.2.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie</i>	<i>16</i>
<i>4.2.2 Kildekritikk</i>	<i>17</i>
<i>4.2.3 Vurdering av validitet og reliabilitet</i>	<i>17</i>
4.3 PRESENTASJON AV SØKEPROSESSEN	18
<i>4.3.1 Fremgangsmåte</i>	<i>18</i>
<i>4.3.2 Kriterier for litteratursøk og teori</i>	<i>18</i>
<i>4.3.3 Kildekriterier</i>	<i>19</i>
5.0 KILDEKRITIKK	22
<i>5.1.1 Sosioøkonomisk status som mål på helse</i>	<i>22</i>
<i>5.1.2 Kilder og forfattere</i>	<i>23</i>
<i>5.1.3 Kvantitativ forskning</i>	<i>24</i>

5.1.4 Vurdering av artiklenes validitet	25
5.1.5 Vurdering av artiklenes reliabilitet.....	25
6.0 RESULTATER.....	28
6.1 TILGANG TIL, OG SØKING ETTER ELEKTRONISK HELSEINFORMASJON	28
6.2 BRUK OG EFFEKT AV ELEKTRONISK HELSEINFORMASJON.....	29
7.0 DISKUSJON	32
7.1 TILGANG TIL, OG SØKING ETTER ELEKTRONISK HELSEINFORMASJON	32
7.2 BRUK OG EFFEKT AV ELEKTRONISK HELSEINFORMASJON.....	34
8.0 KONKLUSJON	41
9.0 REFERANSELISTE	42

1.0 Innledning

Vi lever i dag i et digitalt kunnskapssamfunn hvor teknologien utvikles i et stadig samspill med sosiale strukturer. Som en følge av ulik tilgang til og anvendelse av teknologi og informasjon mellom grupper i samfunnet, oppstår digitale skiller (Frønes, 2002). Disse skillene er også et uttrykk for sosiale, økonomiske og kulturelle skiller (Frønes, 2002), og medfører sosiale ulikheter i helse, kunnskap, og muligheter for deltagelse i samfunnet (Mæland, 2010). I arbeidet med å redusere disse skillene står kunnskapsformidling og rettferdig fordeling av ressurser sentralt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). I denne oppgaven ses ressurser som tilgang til internett, og kunnskapsutvikling som tilegnelse og bruk av helseinformasjon via informasjonsteknologi. Bakgrunnen for dette er at internett er en aktuell arena for fremtidig kunnskapsformidling, og selv om dette har vært lite utprøvd i Norge, har man på verdensbasis hatt positive erfaringer med bruk av internett som helseinformasjonskilde (Sletteland & Donovan, 2012). Ved å se nærmere på bruk av helseinformasjon på internett i sosioøkonomisk kontekst, og videre i hvilken grad denne informasjonen påvirker brukernes helseatferd, kan man undersøke potensialet for å benytte internett til formidling av viktige helseopplysninger. Det finnes hittil få norske studier innen sosioøkonomisk status og helseatferd (Elstad, 2005). Derfor vil dette temaet, i tillegg til og sammenheng med elektronisk helseinformasjon, være interessant å undersøke da de største helseutfordringene vi har i dag er knyttet til helseatferd (Sletteland & Donovan, 2012).

2.0 Problemstilling

Hvordan påvirker sosioøkonomisk status tilgang til og bruk av elektronisk helseinformasjon, og hvilken effekt har denne på helseatferden?

2.1 Tema og presisering av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om tilgang til, og bruk av elektronisk helseinformasjon er forskjellig i grupper med lav og høy sosioøkonomisk status, og om denne helseinformasjonen har noen effekt på helseatferden i de to gruppene. Elektronisk helseinformasjon dreier seg i denne oppgaven om helseinformasjon som formidles på internett, selv om litteratur og studier som benyttes i denne oppgaven også inkluderer andre medier. Inndeling etter sosioøkonomisk status er brukt for å gi en enkel kategorisering og oversikt over generelle trekk og forhold i samfunnet som kan knyttes til materielle goder og skjevfordelinger i helsestatus (Mæland, 2009).

3.0 Teori

Teorien som benyttes gir kun allmenngyldige forklaringer, men er valgt på bakgrunn av at det beskriver temaet som undersøkes på en relevant måte (Dalland, 2012). Hensikten med teorien er å gi oversikt over temaet og gjøre det enkelt å forstå det som blir presentert i diskusjonskapittelet.

3.1 Sosiale ulikheter i helse

Sosiale ulikheter er et uttrykk for et allment mønster i fordelingen av stort sett alle helseproblemer i samfunnet (Elstad, 2005), og skyldes systematiske sosiale, kulturelle, materielle og økonomiske forskjeller som påvirker helsen til individet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Da utjevning av sosiale ulikheter er viktig i folkehelsearbeidet, må effektive strategier og tiltak iverksettes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). En forutsetning for å kunne gjøre dette å ha tilstrekkelig kunnskap om faktorene som påvirker helsen (Mæland, 2010). Faktorene som påvirker helsen viser seg å være sammenhengende og har ofte innflytelse på hverandre (Mæland, 2009). I denne oppgaven er det blant annet faktorene som påvirker sosioøkonomisk status, elektronisk helseinformasjon, helseatferd og sosialt nettverk som undersøkes.

3.2 Sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status måler ulikheter i helse summert ved faktorene inntekt, utdanning og yrke, og brukes ofte for å anslå hvor folk er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet (Elstad, 2005). Det sosioøkonomiske hierarkiet lagdeler samfunnet (Galobardes et al., 2006), og

plasseringen individet har i det sosioøkonomiske hierarkiet gir ofte en brukbar indikasjon på hvordan helsen til individet er (Elstad, 2005). Det sosioøkonomiske hierarkiet følger en sosial gradient i helseforhold, hvilket vil si at helseforholdene forverrer seg for hvert eneste steg nedover i hierarkiet (Sund & Krokstad, 2005). Dette betyr at jo lavere den sosioøkonomiske statusen er, jo større er dødeligheten og sykkeligheten for individene med denne plasseringen (Elstad, 2005).

3.2.1 Tre helsefaktorer i sosioøkonomisk status

Hensikten med å klassifisere individer etter sosioøkonomisk status er å avdekke hovedmønstre av fordeling av helseforhold i samfunnet ved å se på faktorene inntekt, utdanning og yrke (Elstad, 2005). Disse faktorer henger ofte sammen, og kan både kombineres eller benyttes enkeltvis for å gi en antydning om hvordan en person er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet (Elstad, 2005). I tillegg til å ha betydning for helse er faktorene også en indikator for hvilke ressurser som finnes tilgjengelig for individet (Mæland, 2009).

Utdanningsnivå

Ved å gruppere befolkningen etter utdanningsnivå, ser man at helsetilstanden blir gradvis bedre i takt med lengden på utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Utdanningsnivået er av spesiell betydning for helse da utdanning bidrar til kunnskap, og er en viktig faktor for denne oppgaven da det kan ha gjenspeile et individs kunnskapsnivå, mottagelighet for helseinformasjon og evne til å anvende denne informasjonen (Mæland, 2009; Strand & Næss, 2009).

Inntektsnivå

Inntektsnivå og helse har en sammenheng, både fordi det måler materielle ressurser og hvordan penger benyttes til helsefremmende tjenester og goder (Galobardes et al., 2006). I velferdssamfunn er det som regel snakk om *relative* forskjeller, hvor små forskjeller i tilgang til materielle ressurser og goder kan ha store helsemessige konsekvenser når det gjelder ytre og indre påkjenner for helse da (Mæland, 2010). Inntekt kan i denne oppgaven kartlegge materielle forutsetninger for helse.

Yrkesstatus

Yrkesstatus er nært forbundet med utdanningsstatus og inntektsnivå, og påvirker ofte helse i sammenheng med disse to faktorene (Strand & Næss, 2009). Jo lavere utdanningsnivået er, jo større er sannsynligheten for å ha en lavtlønnet jobb, som igjen relateres til høyere risiko for sykkelighet og dødelighet (Dahlgren & Whitehead, 1991). Yrkesstatus kan i denne oppgaven påvirke tilgangen til internett og mulighetene for å søke etter helseinformasjon sett i sammenheng med utdanning og inntekt.

3.3 Helseatferd

For å undersøke sosiale ulikheter i helse nærmere, er det også viktig å undersøke den sosiale fordelingen av helseatferd mellom grupper med lav og høy sosioøkonomisk status.

Helseatferd beskriver hvordan et individs atferd og levevaner får helsemessige følger (Sund & Krokstad, 2005; Nylenna, 2009). Det sosiale miljøet og nettverket individet befinner seg i har stor påvirkning på et individs helseatferd (de Vries et al., 2008). Dette skyldes at individets helseatferd er integrert i samspillet mellom sosiale relasjoner og nærmiljøet som individet er en del av og (Sletteland & Donovan, 2012). Det viser seg at et velutviklet sosialt nettverk reduserer risiko for å dø av sykdom eller skade, ved at viktige opplysninger, råd

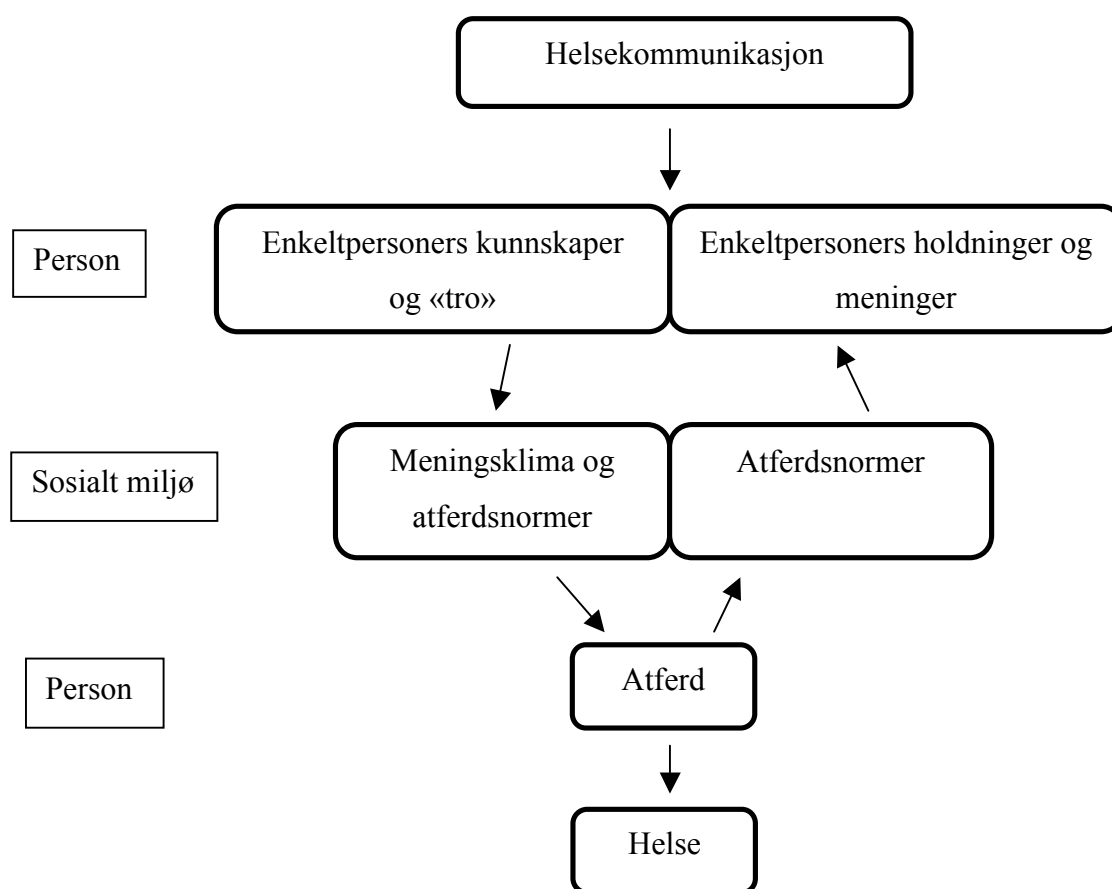
eller veiledning formidles mellom de sosiale relasjonene (Mæland, 2010), og utgjør ulike mestringsressurser for individet (Elstad, 2005). Det sosiale nettverket, individenes erfaring med internett, søkevaner, tillit til helseinformasjon og den elektroniske helseinformasjonens påvirkning på oppfatninger av fysisk aktivitet og kosthold, benyttes i denne oppgaven for å danne et bilde av ulikheter i helseatferden mellom de to sosioøkonomiske gruppene.

3.5 Helsekommunikasjon

Selv om helseopplysninger, råd og veiledning ofte formidles gjennom sosiale relasjoner i sosiale nettverk, har statlige instanser et overordnet ansvar for å fremme befolkningens helse gjennom kunnskapsformidling (Sletteland & Donovan, 2012). Dette gjøres ofte via helsekommunikasjon (Sletteland & Donovan, 2012), hvor hensikten er å overføre kunnskap som kan påvirke holdninger og styrke motivasjon og muligheter for en positiv helseatferd i befolkningen (Mæland, 2010). En måte å gjøre dette på er ved sosial markedsføring hvor intervensjoner, kampanjer og programmer utvikles for å fremme positive helsevalg i befolkningen (Sletteland & Donovan, 2012).

Den mest tradisjonelle måten formidle helseinformasjon på er gjennom dialog (Mæland, 2010), men kommersielle og statlige instanser formidler ofte helseinformasjon via sosiale medier og informasjonsteknologi (IKT) (Sletteland & Donovan, 2012). Den stadige forbedringen av IKT øker mulighetene for tilgang til helseinformasjon, hvilket gjør internett til et nyttig redskap for å nå individer og store grupper i ulike samfunnslag da de fleste er aktive nettbrukere i dag (World Health Organization, 1998; Sletteland & Donovan, 2012). En utfordring med formidling av helseinformasjon generelt, er at effekten av den er avhengig av sammenhengen den blir formidlet i, og at mottageligheten for helseinformasjon varierer hos ulike grupper i samfunnet (Mæland, 2010). Denne mottageligheten påvirkes blant annet

av budskapet til helseinformasjonen, individuelle holdninger og sosialt miljø (Mæland, 2010). Dynamikken som fører frem til endringer i helseatferd er derfor mangesidig, og figur 1. illustrerer hvordan helseinformasjonstiltak ikke kun påvirker individet direkte, men også formes av det sosiale miljøets atferdsnormer og meningsklimaet individet er en del av (Aarø & Nylenna, 1987).



Figur 1. En forenklet modell for prediksjon av helseatferd. Fra L. E. Aarø & M. Nylenna, 1987, Kunnskap er makt- og bør deles med andre, s. 76.

Digital kompetanse og eHelsefremmende allmenndannelse

Mottageligheten for helseinformasjon knyttes også til et individs helsefremmende allmenndannelse som beskriver de sosiale og kognitive evnene individet har til å tilegne seg, forstå og anvende informasjon slik at den er gunstig for deres helse (World Health Organization, 1998). I denne oppgaven benyttes begrepet «eHelsefremmende allmenndannelse», som beskriver individets evne til å tilegne seg, forstå og bruke elektronisk helseinformasjon slik at den er gunstig for deres helse (Rehany et al., 2008). eHelsefremmende allmenndannelse har sammenheng med digital kompetanse, som dreier seg om evnen til å beherske bruken av digitale verktøy og tjenester (Dalland, 2012).

eHelse

Da statlige instanser har også et overordnet ansvar for å tilby kunnskapsbasert helseinformasjon og løsninger som møter utfordringer knyttet til formidling av helseinformasjon, har helsemyndighetene lansert eHelse (Helsedirektoratet, 2014). eHelse en tjeneste som samordner nettbaserte tiltak i helse- og omsorgssektoren for å skape en digital arena for helseinformasjon og håndtering av helseanliggende for privatpersoner (Helsedirektoratet, 2014). Bakgrunnen for utviklingen av eHelse er at tjenestene skal være brukervennlige slik at individer i alle samfunnslag, da spesielt de som befinner seg i den urettferdige sosiale fordelingen av ressurser, skal få muligheten til å tilegne seg, prosessere og forstå helseinformasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

4.0 Metode

4.1 Hva er metode?

I forskning dreier metode seg om hvordan man samler inn informasjon, hvordan informasjonen analyseres og hvordan resultatene av analysen presenteres for å finne svar på det man ønsker å finne ut noe om (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Metode er i denne oppgaven verktøyet som anvendes for å kunne komme frem kunnskap som kan besvare min problemstilling (Dalland, 2012). Det finnes ulike forskningsmetoder, blant annet kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode benyttes der man ønsker å kartlegge utbredelse av et fenomen (Dalland, 2012), hvor metoden går ut på å innhente data (informasjon) fra mange undersøkelsesenheter via spørreskjema eller systematiske observasjoner, som analyseres ved hjelp av opptellinger og statistikk (Johannessen et al., 2010). Hensikten med kvantitativ metode er å kartlegge det som er felles og belyse funn som kan være av allmenn gyldighet (Dalland, 2012). Kvalitativ metode benyttes der man ønsker å gå i dybden av et fenomen ved å undersøke få enheter for å finne spesielle kjennetegn eller kvaliteter ved det som undersøkes gjennom intervjuer eller nære observasjoner, hvor data presenteres som analyse av tekst eller lyd (Johannessen et al., 2010). Selv om tilnærmingene til innhenting av kunnskap ved metodene er ulike, er hensikten felles; begge benyttes for å skape en bedre forståelse av fenomener i samfunnet (Dalland, 2012). I denne oppgaven benyttes kun kvantitative studier for å besvare problemstillingen.

4.2 Litteraturstudie som metode

Jeg vil i denne oppgaven forsøke å belyse problemstillingen gjennom et litteraturstudium, dvs. med utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur hvor data fra studiene til ulike forskningsartikler benyttes for å finne svar på min problemstilling. I denne oppgaven er kildekritikk gjennom vurderinger av skriftlige kilder det metodiske redskapet, hvilket presenteres i kapittel 5.0 (Dalland, 2012).

4.2.1 Styrker og svakheter ved litteraturstudie

Der kvantitativ og kvalitativ metode benyttes for å utforske eller finne ny kunnskap, er litteraturstudie en metode som benytter kunnskap som allerede er etablert ved å analysere eksisterende forskning (Dalland, 2012). Et litteraturstudie er derfor både tids- og kostnadsbesparende, og gir en stor spennvidde i kunnskap og fagfelt fordi en kan bruke flere forskningsartikler med ulike studier og sammenligne disse for å oppnå ny innsikt. En annen styrke ved et litteraturstudie er at kravet til å arbeide metodisk er det samme for litteraturstudier som for kvantitative og kvalitative studier (Dalland, 2012), hvilket kan likestille de ulike forskningsmetodene.

En ulempe ved et litteraturstudie kan være er at forskningen man benytter ikke holder et faglig høyt nivå. Man må derfor gjøre godt forarbeid og være kildekritisk i utvelgelse av litteratur og kilder (Dalland, 2012). En annen ulempe ved et litteraturstudie kan være feilaktige resultater. Feilaktige resultater kan opptre i tilfeller der studiene som benyttes er utdaterte, det vil si at vitenskapen har kommet lengre innen fagfeltet (Dalland, 2012).

Utdaterte funn er spesielt en risiko ved studier som undersøker fenomener som er relativt nye eller under utvikling, som i dette litteraturstudiet (Dalland, 2012). En ulempe kan også være at forskningsartiklene som benyttes hovedsakelig er skrevet på engelsk, som kan medføre at

jeg forsker trekker slutninger som *jeg* tror forskningsartiklene representerer, hvilket kan resultere i feiltolkninger av viktig og meningsbærende budskap (Johannessen et al., 2010).

4.2.2 Kildekritikk

I forhold til ulempene ved litteraturstudier er det viktig å være kildekritisk. Kildekritikk er metoden som benyttes for å fastslå at en kilde er sann, og kildekritikk utøves ved å vurdere og karakterisere litteraturen som er benyttet (Dalland, 2012). I denne litteraturstudien er det viktig å vurdere hvorvidt teori og forskningsresultater fra utvalgte studier lar seg overføre til denne oppgavens problemstilling. Vurderingene presenteres skriftlig og skal gi innsikt i eventuelle svakheter og styrker ved studiene, samt begrunnelse for hvorfor kildene som er benyttet er tilstrekkelige for å besvare problemstillingen (Dalland, 2012).

4.2.3 Vurdering av validitet og reliabilitet

Sentralt for valg av forskning som skal brukes i et litteraturstudie, er om studiene presenteres på en måte som gir troverdig kunnskap (Dalland, 2012). For å sikre troverdig informasjon vurderes de utvalgte studiene i denne oppgaven ut ifra validitet og reliabilitet (Dalland, 2012). Validitet handler om gyldigheten av det som presenteres, og om hvor godt data representerer det som undersøkes (Johannessen et al., 2010). Reliabilitet handler om hvor pålitelige studienes data er og har sammenheng med hvilke data som brukes, måten data samles inn på og hvordan den bearbeides (Johannessen et al., 2010).

4.3 Prestentasjon av søkeprosessen

For å kunne besvare problemstillingen i denne oppgaven må forskningsartiklene som benyttes ha en faglig relevans i forhold til problemstillingen. Her beskrives måten jeg har gått frem på for å finne slike artikler.

4.3.1 Fremgangsmåte

For å finne aktuelle forskningsartikler søkte jeg i databasen EBSCOhost via Høgskolen i Hedmark sine nettsider. EBSCOhost gir tilgang til forskningsartikler fra ulike akademiske institusjoner, tidsskrifter, skoler, bibliotek, sykehus, medisinske institusjoner og statlige institusjoner (EBSCO Industries, 2015). Ved å bruke EBSCOhost hadde jeg mange muligheter til å begrense mine søk med søkeord, tidsrangering og grad av forskningskvalitet, slik at jeg kunne finne forskningsartikler med faglig relevans.

4.3.2 Kriterier for litteratursøk og teori

For å begrense mine søk benyttet jeg ulike søkeord som kunne belyse problemstilling og teoretisk stoff, samt at tre kriterier ble benyttet i alle søk. Kriteriene var at alle artiklene skulle være fagfelleverderte («peer reviewed»). Fagfelleverderte artikler er kvalitetssikret av eksperter innenfor forskningsfeltet før de blir publisert. Fagfelleverderte artikler vurderes kritisk ut fra bestemte kvalitetskriterier, og fagfelleverderte artikler tilbyr derfor kvalitetssikret kunnskap (Svartdal, 2014). Da anvendelse av internett til helseformål ifølge Sletteland & Donovan (2012) ikke er like godt undersøkt i Norge som internasjonalt, ble tidsrangeringen 2005- 2015 benyttet som kriterium for tidsrangering i håp om å finne flest mulig studier om emnet, og forhåpentligvis studier fra Norden. Et annet kriterium var at artiklene skulle være publisert i fagtidsskrifter (Academic Journals) fordi fagtidsskrifter har

redaksjoner som sikrer kvaliteten på forskningsartiklene som utgis, og befinner seg øverst i kildehierarkiet over hvilke kilder som burde benyttes (Dalland, 2012).

4.3.3 Kildekriterier

For å vise leseren hva som ligger til grunn for utvelgelsen av forskningsartiklene jeg har benyttet, har jeg her listet opp ulike kriterium som jeg benyttet ved gjennomlesing og vurdering av artikkelens relevans for min problemstilling.

Inkluderingskriterier

- Har sosioøkonomisk status som mål på helse: én eller flere faktorer (jfr. kap. 3.2.1.)
- Omhandler tilgang til, søking etter eller bruk av elektronisk helseinformasjon
- Omhandler effekter av elektronisk helseinformasjon på helseatferd i ulike sosioøkonomiske grupper.

Ekskluderingskriterier

- Forskning fra ikke- industrialiserte land.
- Forskning eldre enn 10 år.
- Forskning uten teoretisk rammeverk.

I tabell 1. fremstilles søkeprosessen i EBSCOhost med søkeord, antall relevante treff på utvalgte artikler, samt artikkelforfattere, årstall og tittel på utvalgte artikler.

Tabell 1. Søkeprosessen

Søk	Søkeord	Treff	Utvalgte artikler
1	Socioeconomic AND Information seeking AND Media	2	Chen, W., Lee., K., Straubhaar, J. D., & Spence, J. (2014). Getting a second opinion: Social capital, digital inequalities, and health information

			repertoires.
			Lorence, D & Park, H. (2008). Group disparities and health information: a study of online access for the undeserved.
2	Socioeconomic status AND Information seeking AND Internet	3	<p>Wang, M. P., Wang, X., Lam, T. H., Viswanath, K & Chan, S. S. (2013). Health Information Seeking Partially Mediated the Association between Sosioeconomic Status and Self- Rated Health among Hong Kong Chinese.</p> <p>Ishikawa, Y., Nishiuchi, H., Hayashi, H., & Viswanath, K. (2012). Socioeconomic Status and Health Communication Inequalities in Japan.</p> <p>I. Beaudoin, C. E., & Hong, T. (2011). Health information seeking, diet and physical activity: A empirical assesment by medium and critical demographics.</p>
3	Socioeconomic status AND Digital divide AND Information seeking	1	Rehany, E., Parizot, I., & Chauvin, P. (2008). Health information seeking on the internet: a double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005- 2006.
4	eHealth AND Online health information AND Behaviour	1	Lustria, M. A., Smith, S. A & Hinnant, C. C. (2011). Exploring digital divides: An examination of eHealth technology use in health information seeking, communication and personal health information management in the USA.
5	Socioeconomic status AND Online health information seeking AND Physical activity	1	Chan Y.M & Huang, H. (2013). Weight Management Information Overload Challenges in 2007 HINTS: Socioeconomic, Health Status and Behaviour Correlates.
6	Socioeconomic position AND Health disparities AND Diet	1	Kontos, E. Z., Emmons, K.M., Puleo, E & Viswanath, K. (2011). Determinants and beliefs of health information mavens among a lower- socioeconomic position and minority population.

I: Beaudoin & Hong. (2011) ble funnet i litteraturlisten til ovennevnte forskningsartikkel (Ishikawa et al., 2012) og inngår i søkekriteriene (peer reviewed, 2005- 2015, academic journal).

5.0 Kildekritikk

Hensikten med dette kapittelet er å utøve kildekritikk slik at både forfatter og leser av oppgaven skal kunne holde seg kritisk til kildematerialet som blir brukt (Dalland, 2012). Her presenteres kildekritikk av sosioøkonomisk status som mål på helse, kilder, utvalgte forskere, kvantitativ forskning, samt vurdering av studienes validitet og reliabilitet på en kortfattet måte.

5.1.1 Sosioøkonomisk status som mål på helse

Artiklene i den litteraturstudien benytter kvantitative forskningsmetoder, hvor én eller flere av de sosioøkonomiske faktorene undersøkes for å belyse ulike aspekter ved elektronisk helseinformasjon og helsestatus (jfr. kap. 3.2 og 3.2.1.). Sosioøkonomisk status har hovedsakelig et strukturelt og materielt fokus, og er derfor mer egnet til å se på materielt betingede mekanismer for helse, enn samspillet mellom sosiale og individuelle faktorer for helse (van der Wel & Dahl, 2009). Dette kan medføre en overforenkling av den aktuelle situasjonen i samfunnet (Dalland, 2012), og sier mer om kollektive ulikheter i helse enn enkeltindividene (Mæland, 2009). En kjent risiko ved generelle analyser og studier er at det finnes individuelle variasjoner innen alle sosioøkonomiske sjikt, hvor endringer i inntekt og yrke kan føre til at individer som i utgangspunktet har lav sosioøkonomisk status kan klatre opp på den sosiale rangstigen, og motsatt - de som har høy sosioøkonomisk status kan falle ned på den sosiale rangstigen (Mæland, 2009). Slike individuelle variasjoner kan ha en innvirkning på funnene i studiene som benyttes i denne oppgaven, på tross av at sosioøkonomiske ulikheter i helse dreier seg om hvordan helsen *stort sett* varierer mellom store grupper i samfunnet (Elstad, 2005). Andre metodiske tilnærminger eller innfallsvinkler anbefales likevel i senere forskning slik at flere nyanser ved faktorene som påvirker helsen

og anvendelsen av elektronisk helseinformasjon kommer frem (Dalland, 2012). Fremtidig forskning kan derfor inkludere mykere materialistiske forklaringer for å undersøke nettverkets betydning for helse, sosial støtte og mestringsressurser (Kontos et al., 2011; van der Wel & Dahl, 2009). En måte å gjøre dette på kan være ved metodetriangulering hvor funnene i disse kvantitative studiene kan benyttes som en forberedelse til kvalitative studier, for å få en mer helhetlig forståelse av sammenhengene mellom sosioøkonomisk status, elektronisk helseinformasjon, digitale skiller og ulikheter i helse (Johannessen et al., 2010).

5.1.2 Kilder og forfattere

Kildegrunnlaget for oppgaven vurderes som pålitelige da mange av kildene er hentet fra pensumlitteratur og søkemotorene jeg benyttet for å finne forskningsartikler er anbefalt gjennom Høgskolen i Hedmark. Søkekriteriene jeg benyttet genererte mange relevante treff, og etter gjennomlesning og utvelgelse etter inkluderings- og ekskluderingskriteriene endte jeg opp med 9 artikler som benyttes for å besvare problemstillingen. For å sikre kvaliteten på forskningsartiklene, gjorde jeg en rask bakgrunnsjekk av de ulike forfatterne av studiene. Det viser seg at opptil flere av forskerne er eksperter innen sitt fagfelt. Blant annet har Wenhong Chen, professor med doktorgrad i sosiologi, vunnet priser for sin forskning på sosiale følger av digitale medier og IKT (Moody College of Communication, 2014). Pierre Chauvin er forskningsdirektør for sosial epidemiologi (CVScience, s.a.). Kasisomayajula Viswanath er med i tre av studiene i denne oppgaven, og er en prisvinnende professor for helsekommunikasjon ved *Department of Social and Behavioural Sciences* ved Harvard skole for folkehelse (Harvard, s.a.). Det er dog ikke slik at forskernes profesjonalitet styrker studienes validitet og relabilitet alene, og selve forskningsmetoden og studienes relevans og troverdighet må vurderes enkeltvis.

5.1.3 Kvantitativ forskning

Studiene jeg har valgt ut er kvantitative og utført i form av tverrsnittstudier, eller sekundærstudier. Tverrsnittstudier brukes i tilfeller der man ønsker å undersøke forekomsten av fenomener, eller hvordan fenomener varierer på et visst tidspunkt eller kort periode (Johannessen et al., 2010). Tverrsnittstudiene ble gjennomført i form av spørreundersøkelse ved hjemmebesøk (Rehany et al., 2008), og en telefonbasert spørreundersøkelse (Wang et al., 2013). Studiene til Beaudoin & Hong. (2011), Chan & Huang. (2013), Chen et al. (2014), Ishikawa et al. (2012), Kontos et al. (2011), Lorence & Park. (2008) og Lustria et al. (2011) og er sekundærstudier og analyserer derfor datasett fra tidligere spørreundersøkelser som passer til deres formål (Dalland, 2012).

Tverrsnittstudier gir kun et øyeblikksbilde av det man ønsker å undersøke, og gir muligheten til å samle mye informasjon om hvordan fenomener varierer på tidspunktet undersøkelsen gjennomføres, men sier ikke noe om endringer over tid og kan derfor ikke avdekke årsakssammenhenger mellom disse fenomenene (Johannessen et al., 2010). Det samme kan sies om sekundærstudiene da analysene er basert på datasett fra tverrsnittsundersøkelser. Med tanke på at det overordnede temaet for denne oppgaven er sosioøkonomisk status, og tilgang til internett og bruk av helseinformasjon på internett, er dog valget av kvantitativ metode og tverrsnittstudier som studiedesign antagelig den mest anvendelige metoden for å komme frem til kunnskap om dette området da dette i stor grad er målbart (Johannessen et al., 2010). Når det gjelder de psykologiske aspektene ved undersøkelsen av helseatferd kan det derimot tenkes at kvalitativ forskning ville vært bedre egnet da dette har en større evne til å få frem de subjektive aspektene ved helse (Dalland, 2012).

5.1.4 Vurdering av artiklenes validitet

Alle studiene som er presentert her er valgt på bakgrunn av at de er valide. Dette vil si at studienes data representerer det som undersøkes på en hensiktsmessig måte, hvor målingene presenterer det som undersøkes på en gyldig måte (Johannessen et al., 2010). En svakhet ved studien til Kontos et al. (2011) Lorence & Park. (2008) og Rehany et al. (2008) er at de ikke har noen ytre validitet da de benytter eldre datasett som er innsamlet før 2005. Ytre validitet handler om hvorvidt det som måles hos utvalget kan overføres til befolkningen og belyse dagens situasjon (Johannessen et al., 2010). Med bakgrunn i den ekspansive utviklingen av IKT de seneste årene har dermed ikke funnene noen gyldighet den dag i dag, men vurderes likevel som troverdige på bakgrunn av metodenes *begrepsvaliditet*, som vil si at det er samsvar mellom det som undersøkes og dataene som er samlet inn i disse studiene (Johannessen et al., 2010). Studiene benyttes i denne oppgaven fordi viser til samme funn mellom sosioøkonomisk status og bruk av internett til helseinformasjon som de andre studiene med nyere datasett (2007- 2012), og får frem en utvikling. Datasettene av nyere dato anses for å ha å en høyere grad av validitet sett i forhold til studiene som benytter eldre datasett, men heller ikke disse kan benyttes som noe annet enn et ledd som kan påpeke årsaker og mekanismer som kan ligge til grunn for ulikhetene jeg er ute etter å kartlegge denne oppgaven. Årsaken til dette er at det data og analysen av disse data i bunn og grunn kun er teoretiske fortolkninger av virkeligheten (Johannessen et al., 2010).

5.1.5 Vurdering av artiklenes reliabilitet

I tverrsnittstudiene og sekundærstudiene er det metoden, altså bakgrunnen for studiene, utvalget av respondenter, gjennomførelsen av undersøkelsene og analyse av dataene som definerer studienes reliabilitet (Johannessen et al., 2010). Bakgrunnen for flere av studiene er

godt dokumentert med teoretisk rammeverk. I tillegg til dette er flere av studiene en del av et større prosjekt eller samarbeid med forskningsnettverk, forskningsmiljø eller myndigheter (Rehany et al., 2008; Wang et al., 2013). Utvalget av undersøkelsesenheter (respondenter) er i de fleste studier hentet fra undersøkelser som inneholder datasett som inneholder informasjon knyttet til befolkningen med omfattende informasjon om demografiske statistikker og helseanliggende. Blant annet innehar *Health Information Trends Survey* (HINTS), som benyttes av Chan & Huang. (2013), Kontos et al. (2011) og Lustria et al. (2011), noen av de mest omfattende datasettene man finner på nasjonalt nivå i USA om helserelatert informasjon fra befolkningen. En kinesisk versjon av HINTS benyttes i studien til Wang et al. (2013). Nøyaktigheten av undersøkelsen data er også avgjørende for reliabiliteten (Johannessen et al., 2010). Respondentene i disse studiene valgt ut på bakgrunn av én eller flere sosioøkonomiske karakteristikk, og spørreundersøkelsene inneholder spørsmål og målinger som omhandler helsetrender, nettvaner og sosioøkonomisk status for å kartlegge tilgang til internett, bruk av elektronisk helseinformasjon eller helseatferd knyttet til dette. Reliabiliteten ved utvalget og innsamlede data anses for å være nøyaktige på bakgrunn av de spesifikke kriteriene som respondentene og data er valgt ut ifra, samt at flere av studiene sammenligner sine utvalg med nasjonale folketellinger for å teste om utvalget er representativt med den generelle befolkningen (Beaudoin & Hong, 2011; Ishikawa et al., 2012; Rehany et al., 2008; Wang et al., 2013). Folketelling er en innsamling av opplysninger om befolkningens sammensetning etter kjønn, alder, yrke, mm. fra antall hjemmehørende personer i et område (Solerød, 2015).

Verktøyet for å analysere innsamlede data er også med på å avgjøre reliabiliteten, og i disse studiene benyttes det regresjonsanalyser for innsamlede data (Johannessen et al., 2010).

Regresjonsanalyse er den mest vanlige formen for kvantitativ analysemetode (Dahlum, 2014). I regresjonsanalyser undersøkes sammenhengen mellom to eller flere variabler, og

påvirkningen mellom ulike variabler og verdier for å utelukke at sammenhengen mellom variablene ikke skyldes andre egenskaper ved undersøkelsenhetene (respondentene) (Dahlum, 2014). Variabler er i denne sammenhengen blant annet de sosioøkonomiske faktorene utdanning, inntekt og yrke, mens verdier av variablene er lengden på utdanning, hvor stor stillingsprosent respondentene har, og om de har lav eller høy inntekt (Johannessen et al., 2010). Reliabiliteten ved studiene styrkes også ved at flere av studiene har oppgitt feilmarginer og anerkjenner svakhetene ved både funn og forskningsdesign (Beaudoin & Hong, 2011; Ishikawa et al., 2011; Kontos et al., 2011; Lustria et al., 2011; Rehany et al., 2008; Wang et al., 2013)

6.0 Resultater

De utvalgte forskningsartiklene presenteres her med en kort beskrivelse av bakgrunn og metode, samt hovedfunn for studien. Da problemstillingen inneholder flere spørsmål har jeg først forsøkt å finne artikler som tar for seg ulikheter i tilgangen til og søking etter elektronisk helseinformasjon mellom grupper med lav og høy sosioøkonomisk status. Deretter har jeg forsøkt å finne artikler som tar for seg hvilken effekt den elektroniske helseinformasjonen har på helseatferden i disse gruppene.

6.1 Tilgang til, og søking etter elektronisk helseinformasjon

Lorence & Park. (2008) og Rehany et al. (2008) kartla hvordan de sosioøkonomiske faktorene utdanning og inntekt påvirket tilgang til, og søking etter elektronisk helseinformasjon i grupper med ulik sosioøkonomisk status. Lorence & Park. (2008) utførte en sekundærstudie av to spørreundersøkelser fra *Pew Internet & American Life Project* fra 2000 og 2002 med 4227 respondenter, mens Rehany et al. (2008) gjennomførte en intervjubasert tverrsnittsundersøkelse, *Systèmes d'Information à Référence Spatiale (SIRS)*, på 3023 respondenter i 2005. Funnene viste at høyere inntekt og utdanning medførte bedre tilgang til, samt økt sannsynlighet for å søke etter elektronisk helseinformasjon. Disse funnene samsvarer også med studiene til Ishikawa et al. (2012) og Lustria et al. (2011), som også undersøkte sammenhengen mellom søking etter elektronisk helseinformasjon og sosioøkonomisk status.

Ishikawa et al. (2012) benyttet utdanning, inntekt og yrke som sosioøkonomiske faktorer, og gjennomførte en sekundærstudie av data fra tverrsnittstudien *National Healthy Lifestyle Survey (NHLS)* fra 2009 med 1311 respondenter. Lustria et al. (2011) benyttet utdanning

som sosioøkonomisk faktor, og utførte en sekundæranalyse av en brevbasert spørreundersøkelse fra HINTS i 2007 med 3473 respondenter. Funnene viste at utdanning og inntekt økte sannsynligheten for å søke etter elektronisk helseinformasjon (Ishikawa et al., 2012; Lustria et al., 2011), men at sammenhengen mellom yrkesstatus og tilgang til, og søking etter elektronisk helseinformasjon ikke var signifikant (Ishikawa et al., 2012). Lustria et al. (2011) undersøkte i tillegg bruk av eHelse og digitale skiller i USA. Funnene viste at det ikke var noen forskjeller i anvendelse av eHelse mellom de sosioøkonomiske gruppene, og at digitale skiller i tilgang til PC og internett var redusert i likhet med studien til Lorence & Park. (2008), som også undersøkte digitale skiller, og antydte det samme.

I sammenheng med søking etter elektronisk helseinformasjon, undersøkte Chen et al. (2014) hvilke kilder som ble benyttet til å innhente helseinformasjon blant TV, radio, aviser og internett ved å analysere data fra en brevbasert spørreundersøkelse blant 1701 respondenter i Texas. Det viste seg at elektronisk helseinformasjon var en viktig kilde til helseinformasjon både hos individer med både lav og høy utdanning, men at sammensetningen og bruk av de andre kildene var ulikt fordelt etter utdanningsnivå, hvor de med høy utdanning benyttet flest kilder.

6.2 Bruk og effekt av elektronisk helseinformasjon

I tillegg til å studere sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilgang til og søking etter elektronisk helseinformasjon, undersøkte studiene til Beaudoin & Hong. (2011), Chan & Huang. (2013), Ishikawa et al. (2012), Kontos et al. (2011) og Wang et al. (2013), bruk av elektronisk helseinformasjon ved å se på hvilken effekt denne hadde på helseatferden til brukerne. Studiene har benyttet ulike tilnærminger, men undersøker utdanning og inntekt som indikatorer for sosioøkonomisk status.

Beudoin & Hong. (2011) ønsket på link linje med Chen et al. (2014) hvordan elektronisk helseinformasjon og ulike kilder som TV, radio og aviser ble benyttet for å innhente helseinformasjon, i tillegg til at de ønsket å finne ut hvordan helseinformasjonen via disse ulike kildene påvirket kostholdet og fysisk aktivitet blant brukerne. Beudoin & Hong. (2011) utførte en sekundærstudie av datasettet til en nasjonal undersøkelse fra USA fra 2007 med 700 respondenter, hvor det viste seg at helseinformasjon fra aviser og TV hadde større påvirkning på helseatferd enn elektronisk helseinformasjon. TV ble assosiert med usunne helsevalg og med passiv læring av helsekunnskap, mens aviser ble forbundet med aktiv læring av helsekunnskap og sunnere helsevalg. Helsevalg forbindes med helseatferd (Nylenna, 2009), og studien til Wang et al. (2013) undersøkte hvordan elektronisk helseinformasjon påvirket helseatferden, samt selvurdert helse i grupper med ulik utdanning og inntekt. Studien ble gjennomført som en telefonbasert spørreundersøkelse kalt *Hong Kong Family and Health Information Trends Survey* i perioden november-desember 2009, og desember- mars 2010/2011, på et utvalg av 4553 voksne individer i Hong Kong. Funnene indikerte at lav utdanning og inntekt medførte sjelden søking etter elektronisk helseinformasjon og dårlig selvrapportert helse.

For undersøke det sosiale nettverkets betydning for helseatferd, utførte Kontos et al. (2011) en sekundærstudie for å kartlegge søking etter elektronisk helseinformasjon, hvordan informasjonen ble brukt til utvikle helsekunnskap, samt hvordan denne informasjonen ble delt innad i grupper med lav sosioøkonomisk status og minoritetsbakgrunn. Alle respondentene hadde lav utdanning i denne studien. Studien benyttet datasettet til *Click to Connect: improving health literacy through computer literacy (C2C)*, en telefonbasert spørreundersøkelse med 325 respondenter, med spørsmål fra HINTS fra 2003 og 2005. Funnene viste at elektronisk helseinformasjon var en viktig kilde til helseinformasjon, og at denne informasjonen i stor grad ble benyttet- og videreformidlet av individer med høyere

utdanning som ble ansett for å ha helsekunnskap i det sosiale nettverket. Studien viste også at oppfatningene av helseinformasjonen blant brukerne ikke samsvarte med det opprinnelige budskapet til helseinformasjonen.

Chan & Huang. (2013) gjennomførte i sin en sekundærstudie av et datasett fra spørreundersøkelsen HINTS fra 2007, med 3311 respondenter for å undersøke hvordan ulike faktorer, deriblant sosioøkonomisk status, påvirket evnen til å håndtere helseinformasjon med fokus på informasjon om overvekt fra ulike kilder som internett. Det viste seg at høy utdanning og inntekt økte evnen til å håndtere og forstå elektronisk helseinformasjon, og reduserte sjansen for at helseinformasjon skulle oppleves som en byrde. I sammenheng med å forstå og håndtere helseinformasjon, undersøkte Ishikawa et al. (2012) mestring av, og tillit til elektronisk helseinformasjon, hvor funnene viste at høy utdanning og inntekt ble assosiert med økt mestring av elektronisk helseinformasjon, og at individer med lav utdanning og inntekt hadde mindre tillit til elektronisk helseinformasjon (Ishikawa et al., 2012).

7.0 Diskusjon

I denne diskusjonen drøftes de utvalgte studienes funn om ulikheter i tilgang til, søking etter og bruk av elektronisk helseinformasjon, samt den elektroniske helseinformasjonens påvirkning på helseatferd.

7.1 Tilgang til, og søking etter elektronisk helseinformasjon

Funnene i de utvalgte studiene antyder at forskjeller i tilgang til, søking etter og bruk av elektronisk helseinformasjon påvirkes av de tre sosioøkonomiske faktorene utdanning, yrke og inntekt, og at faktorene må ses i forhold til hverandre.

Studiene indikerer at høyere utdanning og inntekt medfører økt tilgang til og søking etter elektronisk helseinformasjon enn lav utdanning og inntekt (Beaudoin & Hong, 2011; Chen et al., 2014; Ishikawa et al., 2012; Lustria et al., 2011; Lorence & Park, 2008; Rehany et al., 2008), og at det i grupper med lav sosioøkonomisk status og lav utdanning er individene med den høyeste utdanningen som benytter elektronisk helseinformasjon mest (Kontos et al., 2011). I motsetning til utdanning og inntekt, hadde ikke yrkesstatus noen signifikant påvirkning på tilgang til eller søking etter elektronisk helseinformasjon i studiene (Chan & Huang, 2013; Ishikawa et al., 2012). Årsaken til dette kan være at studenter, hjemmeværende foreldre, jobbsøkere og pensjonerte ofte kategoriseres som enten deltidsarbeidende eller arbeidsledige i spørreundersøkelser, og at feilmarginene derfor blir for store til å kunne valideres (Kristensen, Mehlum & Gravseth, 2009; Ishikawa et al., 2012). Denne type kategorisering er en kjent svakhet, og medfører ikke bare feilmarginer, men også en underestimert av ulikheter i helse (Galobardes et al., 2006). Ifølge Ishikawa et al. (2012) burde fremtidig forskning undersøke hvordan forholdet mellom yrkesstatus og påvirkningen

av elektronisk helseinformasjon kan knyttes sammen med potensielle sammenhenger mellom sosioøkonomisk status og ulikheter i helse, da denne faktoren også kan være av betydning.

Ved å se på inntektsnivå, kan i studiene til Lorence & Park. (2008) og Rehany et al. (2008) indikere hvordan penger brukes på helsefremmende tjenester og goder (Galobardes et al., 2006), da inntektsnivået synes å ha en innvirkning på det å eie en PC og ha tilgang til internett hjemme (Lorence & Park, 2008). Lav inntekt kan derfor føre til ingen, eller reduserte muligheter til å eie slike materielle goder, hvilket igjen kan være en bakenforliggende årsak til at individer med lav inntekt søker sjeldnere etter elektronisk helseinformasjon enn individer med høy inntekt (Ishikawa et al., 2011; Rehany et al., 2008; Wang et al., 2013). På tross av forskjellene i inntekt, viser det seg at tilgangen til internett øker alle samfunnslag (Rehany et al., 2008; Lorence & Park, 2008; Lustria et al., 2011). Årsaken til dette kan være at kostnadene ved å eie en PC og ha tilgang til internett er betydelig redusert, og at materielle digitale skiller i ferd med å viskes ut (Lorence & Park, 2008), som følger av den generelle økningen av materiell velstand i samfunnet (Lorence & Park, 2008; Strand & Næss, 2009). Dette, samt at forbedringer innen IKT har bidratt til at en større andel er aktive nettbrukere i dag enn tidligere (Sletteland & Donovan, 2012; World Health Organization, 1998), medfører at ulikheter i inntektsnivå derfor ikke kan forklare forskjellene i tilgang til og søking etter elektronisk helseinformasjon alene.

På tross av materielle digitale skiller er i ferd med å viskes ut, eksisterer det fortsatt digitale skiller i samfunnet (Lorence & Park, 2008). Selv om disse forskjellene er mindre enn tidligere (Lorence & Park, 2008), kan dette få helsemessige konsekvenser for individet som rammes av mangelen på materielle og digitale ressurser (Mæland, 2010). Dette skyldes at *relative* økonomiske forskjeller kan medføre ytre og indre påkjenninger for helse (Mæland, 2010), hvor det å ha svakere økonomi enn menneskene man er omgitt av, kan medføre

eksklusjon fra helsefremmende aktiviteter både i større og mindre skala (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Studiene til Rehany et al. (2008) og Lustria et al. (2008) antyder også at de digitale skillene har utviklet seg fra å gjelde materielle skiller til å omhandle skiller i digital kompetanse og eHelsefremmende allmenndannelse, og at disse skillene er en større utfordring enn de materielle (Lustria et al., 2011; Rehany et al., 2008).

7.2 Bruk og effekt av elektronisk helseinformasjon

Forskjeller i digital kompetanse og eHelsefremmende allmenndannelse belyser det som kan kalles det immaterielle aspektet ved digitale skiller, og relateres til funnene som tyder på at individer med høyere utdanning og inntekt både søker oftere etter elektronisk helseinformasjon (Wang et al., 2013), og har bedre evne til å forstå og håndtere denne elektroniske helseinformasjonen (Chan & Huang, 2013; Rehany et al., 2008).

Dette til tross for den sosiale gradienten i helse hvor individer med lav sosioøkonomisk status har større sannsynlighet for sykkelighet (Sund & Krokstad, 2005), hvilket kan føre til antagelsen om at elektronisk helseinformasjon benyttes mer av individer med lav sosioøkonomisk status og sykdom (Rehany et al., 2008). Det viser seg likevel at selv om individer med lav sosioøkonomisk status søker sjeldnere etter elektronisk helseinformasjon enn individer med høy sosioøkonomisk status (Wang et al., 2013), tyder på at elektronisk helseinformasjon er en viktig kilde helseinformasjon hos individer med lav sosioøkonomisk status (Kontos et al., 2011). Årsaken til dette kan være at elektronisk helseinformasjon raskt kan gi svar på helsespørsmål (Chan & Huang, 2013). Likevel assosieres lav utdanning og lav sosioøkonomisk status med vanskeligheter med å håndtere og følge opp råd via elektronisk helseinformasjon, og en generell erfaring er at helseopplysning er mindre effektivt ovenfor grupper med lav utdanning og sosioøkonomisk status (Rehany et al., 2008; Kontos et al., 2011; Mæland, 2010).

For å finne potensielle forklaringer på ulikhetene mellom de to sosioøkonomiske gruppens evne til å håndtere helseinformasjon kan man se på sammenhengen mellom utdanningsnivå og eHelsefremmende allmenndannelse, da disse har en påvirkning på hverandre (Rehany et al., 2008). Utdanningsnivået er den sosioøkonomiske faktoren som gjenspeiler individets kunnskapsnivå og mottagelighet for informasjon som fremmer helse (Strand & Næss, 2009), mens begrepet eHelsefremmende allmenndannelse gjenspeiler evnen til å innhente, forstå og evaluere kvaliteten av elektronisk helseinformasjon (Rehany et al., 2008). En årsak til at elektronisk helseopplysning er mindre effektivt ovenfor grupper med lav utdanning og sosioøkonomisk status (Rehany et al., 2008; Kontos et al., 2011; Mæland, 2010), kan være at individer med høy utdanning har mer erfaring med å forholde seg til elektronisk helseinformasjon (Rehany et al., 2008; Mæland, 2010). Denne erfaringen kan medføre at individer med høy utdanning har en høyere eHelsefremmende allmenndannelse, og derfor har bedre evne til å forstå og kritisk evaluere kvaliteten av elektronisk helseinformasjon enn individer med lav utdanning og begrensede muligheter til å utvikle eHelsefremmende allmenndannelse (Chan & Huang, 2013; Rehany et al., 2008). Et eksempel på dette er studien til Chan & Huang (2013) hvor informasjonsrikheten på internett kan oppleves som en byrde for individer med lav utdanning og sosioøkonomisk status. Årsaken til dette kan også skyldes lese- og skriveferdigheter (Kontos et al., 2011). Begrensede lese- og skriveferdigheter kan gjøre det utfordrende å forstå elektronisk helseinformasjon da språket ofte er akademisk (Rehany et al., 2008). Dette kan bidra til at elektronisk helseinformasjon oppleves utilgjengelig, overveldende eller vanskelig å omsette i praksis for individene dette gjelder (Chan & Huang, 2013). Dersom elektronisk helseinformasjon oppleves som en utfordring kan dette medføre at individene velger å benytte informasjon av dårligere kvalitet dersom denne er enklere å forstå, eller at de feiltolker informasjonen de benytter (Kontos et al., 2011). Dette kan spørsmål om hvorvidt elektronisk helseinformasjon er nyttig for

individer med begrensede lese- og skriveferdigheter, dersom disse individene ikke innehar en viss digital kompetanse og eHelsefremmende allmenndannelse (Rehany et al., 2008). Det viser seg nemlig at hyppig i bruk av internett og elektronisk helseinformasjon kan utvikle digital kompetanse og eHelsefremmende allmenndannelse gjennom erfaring (Rehany et al., 2008; Wang et al., 2013). Det er tilsynelatende grupper med høy utdanning og sosioøkonomisk status som har erfaring med søking etter og bruk av elektronisk helseinformasjon, og denne erfaringen avhenger først og fremst av tilgang til internett hjemmefra, antall år med tilgang til internett og alminnelig PC- bruk (Rehany et al., 2008). Da studier viser at individer med høy inntekt og utdanning hatt tilgang til PC og internett i flere år enn individer med lav inntekt og utdanning (Rehany et al., 2008; Lorence & Park, 2008), kan dette tyde på at individer med lav utdanning og inntekt har hatt færre muligheter til å utvikle erfaring, digital kompetanse, og eHelsefremmende allmenndannelse enn individer med høy utdanning og inntekt (Lorence & Park, 2008; Rehany et al., 2008). Dette fortrinnet kan ha medført flere fordeler for individer med høy utdanning og sosioøkonomisk status, selv om litteraturen tyder på at de fleste er aktive nettbrukere i dag (Sletteland & Donovan, 2012).

Det viser seg nemlig at erfaringen medfører at individer med høy utdanning og inntekt søker hyppigere etter helseinformasjon fordi de vet hva de skal søke etter (Chan & Huang, 2013; Lorence & Park, 2008; Rehany et al., 2008). Erfaringen synes å også å øke disse individenes generelle forståelse og kunnskap om helse (Chen et al., 2014), hvilket igjen kan være årsaken til at de har en bedre helsestatus (Elstad, 2005). Studien til Chen et al. (2014) tyder nemlig på at individer med høy utdanning også benytter flere kilder til helseinformasjon enn internett, noe som kan medføre at individene oftere kommuniserer med helsepersonell og oppsøker helsetjenester i større grad enn individer med lav utdanning (Galobardes et al., 2006). Dette samsvarer med litteratur og forskning som beskriver hvordan utdanning

(Sletteland & Donovan, 2012), erfaring og bruk av elektronisk helseinformasjon (Rehany et al., 2008), kan ha betydning for bruk av helsetjenester, hvor de som trenger den mest, bruker den minst (Sletteland & Donovan, 2012; Rehany et al., 2008).

Forskjellene i bruk av helsetjenester kan reflektere forskjeller i helseatferd mellom de to sosioøkonomiske gruppene (Sletteland & Donovan, 2012). For å undersøke helseatferd studerte Wang et al. (2013) selvvurdert helse. Selvvurdert helse er en enkel måte vurdere generell helse på, da den ofte stemmer overens med individets faktiske helse (Elstad, 2005). Studien til Wang et al. (2013) indikerer det samme som den tradisjonelle fordelingen av ulikheter i helse og sosioøkonomisk status, hvor de med lav sosioøkonomisk status, oftere rapporterer dårlig selvvurdert helse enn de med høy sosioøkonomisk status (Sund & Krokstad, 2005). Generelt tyder studier på at grupper med høyere utdanning har en mer gunstig helseatferd (Kontos et al., 2011; de Vries et al., 2008), noe som gjenspeiles i litteraturen som er brukt som skriver at grupper med lav utdanning og inntekt har et mindre sunt kosthold og er mindre fysisk aktive enn grupper med høy utdanning og inntekt (Wold & Samdal, 2009).

Årsaken til at individer med lav utdanning og inntekt har mindre gunstig helseatferd enn de med høyere utdanning og inntekt kan skyldes kildene som benyttes til helseinformasjon. Det viser seg at selv om internett er en viktig kilde til innhenting av helseinformasjon (Chen et al., 2014), har mer helseinformasjon via tradisjonelle medier som TV og aviser større påvirkningskraft på helseatferd enn elektronisk helseinformasjon (Beaudoin & Hong, 2011). Ulempen ved dette er at helseinformasjon, spesielt fra TV, assosieres med usunne helsevalg, og det er de med lav utdanning og inntekt som benytter denne kilden mest (Beaudoin & Hong, 2011). Årsaken til at TV har stor påvirkningskraft kan være at TV benyttes daglig av de fleste i befolkningen, og medfører en mer tilfeldig og ubevisst eksponering for helseinformasjon (Beaudoin & Hong, 2011), enn om man bevisst søker etter elektronisk

helseinformasjon (Kontos et al., 2011). Denne eksponeringen dreier seg i stor grad om snacksreklamer og dårlige helsevaner fra kommersielle aktører som finner sted i reklamer og programmer på TV (Beaudoin & Hong, 2011). En annen årsak til at TV har større påvirkningskraft, kan være at en stor andel stoler mer på informasjonen de får fra TV, fordi denne er enklere å forholde seg til (Ishikawa et al., 2012). Studiene til Ishikawa et al. (2012) og Wang et al. (2013) tyder også på at individer med lav utdanning har mindre tillit til elektronisk helseinformasjon, hvilket kan belyse hvorfor denne kilden benyttes sjeldnere til helseformål enn tradisjonelle medium. Elektronisk helseinformasjon viser seg å fungere som en kompensator for andre kilder til helseinformasjon hos individer med lav utdanning i studiene til Chen et al. (2014) og Kontos et al. (2008), og at disse individene har større tillit til helseinformasjon fra familie, venner og fastlege (Chan & Huang., 2013; Kontos et al., 2011; Ishikawa et al., 2012). I sosiale nettverk med lav utdanning og sosioøkonomisk status tyder det altså på at sosiale relasjoner er viktigere kilde til helseinformasjon enn elektronisk helseinformasjon (Chen et al., 2014; Kontos et al., 2011). For å belyse det sosiale nettverkets betydning (omtalt i kapittel 3.4.), illustrerer modellen for prediksjon av helseatferd (figur. 1), hvordan mottageligheten for helseinformasjon og helsekommunikasjonens påvirkning på helseatferd er avhengig av meningsklimaet, atferdsnormene og det sosiale miljøet individet er en del av (Aarø & Nylenna, 1987). Et eksempel på dette vises i studien til Kontos et al. (2011), hvor individer med høyere lese- og skriveferdigheter som anses for å ha høy helsekunnskap fungerer som opinionsledere i det sosiale nettverket. Dette innebærer at de har en innflytelse på andres holdninger eller beslutninger (Kontos et al., 2011; Mæland, 2010), og kan fungere som mellomledd i noe som kalles «tostegs- hypotesen» (Vikøren & Phil, 2012; Mæland, 2010). I «tostegs- hypotesen» spres helseinformasjon via opinionslederne som fanger opp denne informasjonen tidlig og som, hvis de aksepterer denne, sprer den videre til sine omgivelser gjennom «munn- til munn»- metoden, eller ved å

fremstå som modeller for andre (Mæland, 2010). «Munn- til munn»- metoden representerer enkeltpersoners subjektive oppfatninger av helseinformasjon, hvilket kan resultere i *flertallsmisforståelser*, ved at de som mottar denne informasjonen danner seg oppfatninger om hva de tror er vanlig atferd hos mange, men i realiteten kun gjelder noen få (Kontos et al., 2011; Mæland, 2010). Det er derfor sannsynlig at kunnskapen og erfaringene opinionslederne deler påvirker individets helseatferd ved atferdsnormene og meningsklimaet opinionslederne skaper (Aarø & Nylenna, 1987). Ved bruk av elektronisk helseinformasjon kan subjektive fortolkninger bli et problem, da kun 30% av opinionslederne hadde oppfatninger om inntak av frukt og grønt som samsvarte med myndighetenes anbefalinger i USA, og tallene var enda lavere for fysisk aktivitet i studien til Kontos et al. (2011). Dette kan tyde på at feilaktige helseoppfatninger og helseinformasjon formidles i sosiale nettverk med lav sosioøkonomisk status (Kontos et al., 2011). Selv om studien til Kontos et al. (2011) ikke har noen ekstern validitet, kan den gi et innblikk i hvordan enkeltindivider i nettverk med lav sosioøkonomisk status oppfatter og internaliserer helseinformasjon (Mæland, 2010).

For å unngå feilaktig helseinformasjon, er helsemyndighetenes kunnskapsbaserte helseinformasjon viktig i arbeidet for å fremme gunstig helseatferd (Sletteland & Donovan, 2012). Studiene som viser at helseinformasjon på TV og aviser har større påvirkning på helseatferd enn elektronisk helseinformasjon (Beaudoin & Hong, 2011), og at at eHelse ikke benyttes slik det var tenkt av målgruppene (Lustria et al., 2011), kan være en indikasjon på at helsemyndighetene ikke har klart å tilrettelegge for at elektronisk helseinformasjon og elektroniske helseinformasjonstjenester skal være enkle å ta i bruk av gruppene som trenger det mest (Ishikawa et al., 2012; Lustria et al., 2011; Wang et al., 2013). Dette kan bety at fordelene ved å benytte disse tjenestene og informasjonen må bli mer kjent (Sletteland & Donova, 2012), hvilket kan gjøres ved sosial markedsføring (Ishikawa et al., 2012; Kontos et al. 2011). Sosial markedsføring benytter markedsføringsmetoder innen helsefremmende

arbeid for å fremme fordelene ved å foreta positive helsevalg og redusere barrierer knyttet til atferdsendring (Sletteland & Donovan, 2012). En forutsetning for at kunnskapsformidling gjennom elektronisk helseinformasjon og eHelse skal være vellykket, er nemlig at informasjonen og tjenestene tilpasset målgruppene (Chen et al., 2014; Ishikawa et al., 2012; Kontos et al., 2011), ved at behov og utfordringer kartlegges (Sletteland & Donovan, 2012), slik at den elektroniske helseinformasjonen når gruppene den er rettet mot (Mæland, 2010). Ved å innrette sosial markedsføring etter kunnskap om hva som motiverer, og hva som hindrer målgruppene i å følge anbefalinger og råd (Sletteland & Donovan, 2012), har budskapet større sannsynlighet for å få oppmerksomhet og muligheten til å påvirke holdningene og atferden til mottakerne (Mæland, 2010). Den elektroniske helseinformasjonen må også være tilpasset slik at den kan benyttes av målgruppen den er tiltenkt (Chan & Huang, 2013; Lustria et al., 2011; Sletteland & Donovan, 2012), slik at det å følge helseråd forbindes med mestring (Eriksen & Ursin, 2009), da det motsatte kan føre til ugunstig helseatferd og sykdom som følger av ytre og indre påkjenninger for individet (Eriksen & Ursin, 2009; Mæland, 2010)

8.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke om tilgangen til, og bruk av elektronisk helseinformasjon var forskjellig i grupper med lav og høy sosioøkonomisk status, og om denne helseinformasjonen hadde noen effekt på helseatferd. Studiene viste at lav sosioøkonomisk status, basert på faktorene utdanning og inntekt, medførte mindre tilgang til og bruk av elektronisk helseinformasjon enn høy utdanning og inntekt. Elektronisk helseinformasjon hadde liten, eller ingen effekt på helseatferden hos grupper med lav sosioøkonomisk status sammenlignet med helseinformasjon fra TV og aviser. Fremtidig forskning burde undersøke betydningen av, og sammenhengen mellom eHelsefremmende allmenndannelse, sosiale relasjoner og sosialt nettverk for å kartlegge mestring og kompetanse knyttet til bruk av elektronisk helseinformasjon i grupper lav sosioøkonomisk status, da dette kan belyse utfordringer ved denne type kunnskapsformidling.

9.0 Referanseliste

Beaudoin, C. E., & Hong, T. (2011). Health information seeking, diet and physical activity: A empirical assessment by medium and critical demographics. *International Journal Of Medical Informatics*, 80(8), 586-595. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.04.003

Chan Y.M & Huang, H. (2013). Weight Management Information Overload Challenges in 2007 HINTS: Socioeconomic, Health Status and Behaviour Correlates. *Journal of Consumer Health On The Internet*, 17(2), 151- 167. doi:10.1080/15398285.2013.780540

Chen, W., Lee, K., Straubhaar, J. D., & Spence, J. (2014). Getting a second opinion: Social Capital, Digital Inequalities, and Health Information Repertoires. *Journal Of The Association For Information Science & Technology*, 65(12), 2552- 2563.

doi:10.1002/asi.23130

CVScience. (s.a.). *Pierre Chauvin, MD PhD, Research director in social epidemiology.*

Lokalisert 19 mars på <http://cvscience.aviesan.fr/cv/138/pierre-chauvin>

Dahlgren, G & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health: background document to WHO- Strategy paper for Europe.* Lokalisert 11 februar

2015 på [http://www.iffs.se/wp-](http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)

[content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf](http://www.iffs.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf)

Dahlum, S. (2014). Kvantitativ analyse. I A. M. Godal (Red.), *Store Norske Leksikon.*

Lokalisert 23 april 2015 på https://snl.no/kvantitativ_analyse

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

de Vries, H., van'tRiet, J., Spigt, M., Metsemakers, J., van den Akker, M., Vermunt, J. K. & Kremers, S. (2008). Clusters of lifestyle behaviors: Results from the Dutch SMILE study. *Preventive Medicine* 46(3), 203- 208.

EBSCO Industries. (2015). *EBSCOhost*. Lokalisert 3 april 2015 på <https://ebscohost.com/>

Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: Teorier og forklaringer*. Lokalisert 2 februar 2015 på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/318/Sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer-IS-1282.pdf>

Eriksen, H. & Ursin, H. (2009). Sosiale ulikheter i helse i et biologisk, kognitivt og læringsteoretisk perspektiv. . I J.G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 303- 313). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Frønes, I. (2002). *Digitale skiller*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 60(1), 7-12..

doi:10.1136/jech.2004.023531

Harvard. (s.a). *Kasisomayajula Viswanath*. Lokalisert 20 mars 2015 på

<http://www.hsph.harvard.edu/kasisomayajula-viswanath/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld. nr. 20, 2006- 2007). Lokalisert 8 februar 2015 på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Én innbygger- én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Lokalisert 2 februar 2015 på <https://www.regjeringen.no/contentassets/33a159683925472aa15ad74f27ad04cc/no/pdfs/stm201220130009000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonalt handlingsplan for e-helse*. Lokalisert 2 februar 2015 på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/12/Nasjonalt-handlingsplan-for-e-helse-2014-2016-IS-2179.pdf>
- Ishikawa, Y., Nishiuchi, H., Hayashi, H., & Viswanath, K. (2012). Socioeconomic Status and Health Communication Inequalities in Japan. *Plos ONE*, 7(7), 1-9.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kjøll, G. (2011). IKT. I A. M. Godal (Red.), *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 16 februar på <http://www.snl.no>
- Kontos, E. Z., Emmons, K.M., Puleo, E & Viswanath, K. (2011). Determinants and beliefs of health information mavens among a lower- socioeconomic position and minority population. *Social Science & Medicine*, 73(1), 22- 32. doi:10.1016/j.socsimed.2011.04.024
- Kristensen, P., Mehlum, I. S. & Gravseth, H. M. (2009). Arbeid og yrke: Helsefremmende og helseskadelige faktorer. I J.G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 152- 169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorence, D & Park, H. (2008). Group disparities and health information: a study of online access for the undeserved. *Health Informatics Journal*, 14(1), 29- 38.

Lustria, M. A., Smith, S. A & Hinnant, C. C. (2011). Exploring digital divides: An examination of eHealth technology use in health information seeking, communication and personal health information management in the USA. *Health Informatics Journal*, 17(3), 224- 243. doi:10.1177/1460458211414843

Moody College of Communication. (2014). *Wenhong Chen. Assistant Professor*. Lokalisert 2 mars 2015 på <http://rtf.utexas.edu/faculty/wenhong-chen>

Mæland, J. G. (2009). Sammenfattende årsaksmodeller for sosiale ulikheter i helse. I J.G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 213-231). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nylenna, M. (2009). Helseatferd. I A. M. Godal (Red.), *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 10 februar 2015 på <http://www.snl.no>

Pew Research Center. (s.a). About Pew Research Center. Lokaliser 27 mars 2015 på <http://www.pewresearch.org/about/>

Rehany, E., Parizot, I., & Chauvin, P. (2008). Health information seeking on the internet: a double divide? Results from a representative survey in the Paris metropolitan area, France, 2005- 2006. *BMC Public Health*, 869-78.

Sletteland, M & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. (1. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solerød, H. (2015). Folketelling. I A. M. Godal (Red.), *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 27 mars på <https://snl.no/folketelling>

Strand, B. H & Næss, Ø. (2009). Folkehelsens sosioøkonomiske fordeling. I J.G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 60- 79). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sund, E. R & Krokstad, S. (2005). *Sosiale ulikheter i helse i Norge: en kunnskapsoversikt*.

Lokalisert 8 februar 2015 på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/317/Sosiale-ulikheter-i-helse-i-norge-en-kunnskapsoversikt-IS-1304.pdf>

Svartdal, F. (2014). Fagfelle vurdering. I *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 19 februar 2015

på <http://www.snl.no>

van der Wel, K. & Dahl, E. (2009). Materialistiske og strukturelle forklaringer på sosiale ulikheter i helse. I J.G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial Epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 266- 285). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vikøren, B. M. & Phil, R. (2012). Opinionsledere. . I *Store Norske Leksikon*. Lokalisert 6

april 2015 på <http://www.snl.no>

Wang, M. P., Wang, X., Lam, T. H., Viswanath, K & Chan, S. S. (2013). Health Information Seeking Partially Mediated the Association between Socioeconomic Status and Self- Rated Health among Hong Kong Chinese. *Plos ONE*, 8(12), 1- 7.

doi:10.1371/journal.pone.0082720

Wold, B. & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter?

I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.). *Sosial epidemiologi- Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 83- 95). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Lokalisert 10 februar 2015 på <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

Aarø, L. E. & Nylenna, M. (1987). Helseopplysning. I P. Fugelli & M. Nylenna (Red.), *Kunnskap er makt - og bør deles med andre*. Festskrift til O. K Harlems 70-årsdag (s. 70-81). Oslo: Universitetsforlaget AS.