



Health literacy

Innvandrerkvinner med lav grad av health literacy

Kandidatnummer: 238

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2016

Antall ord: 10 340

Dato: 24.05.2019

Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 238
Navn på studiet: Bachelor i sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave i sykepleie
Emnekode: BSBACH
Innleveringsfrist: 24.05.2019
Antall ord: 10 340

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 238

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Opphavsrettigheter: Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten. Nedlastning for privat bruk er tillatt.

Sammendrag

Bakgrunn: Myndighetenes krav til befolkningen om å ta ansvar for egen helse forutsetter health literacy. Forskning viser en sammenheng mellom lav grad av health literacy og et negativt helseutfall.

Hensikt: Oppgaven søker å svare på hvordan sykepleieren kan bidra til å sikre bedre helse for innvandrerkvinner med lav grad av health literacy, og belyser hvordan utilstrekkelig health literacy påvirker innvandrerkvinnens møte med helsepersonell, samt sykepleierens praksiserfaringer med denne pasientgruppen.

Metode: En litteraturstudie basert på 7 kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

Resultater: Lav grad av health literacy medfører risikoatferd knyttet til egenbehandling, utrygghet i konsultasjoner og mistro til helsevesenet. Sykepleieren mangler kunnskaper om hva lav grad av health literacy innebærer for pasienten og har begrensede ressurser for å tilrettelegge helsekommunikasjonen. Dette resulterer i brudd på lovfestede pasientrettigheter.

Konklusjon: Kompetanseheving av helsepersonell, kultursensitivitet, skreddersydde tiltak og empowerment kan styrke innvandrerkvinnens health literacy.

Nøkkelord: Health literacy, innvandrerkvinner, tilrettelagt helsekommunikasjon, kulturell trygghet.

Abstract

Background: The authorities requirement for the population to take responsibility for one's own health implies health literacy. Studies report a connection between low grade of health literacy and negative health outcomes.

Aim: This study seeks to answer how nurses can contribute to secure better health for migrantwomen with low grade of health literacy by exploring how inadequate health literacy affects encounter with healthpersonnel, and the nurses experiences with this patientgroup.

Method: A systematic literature study based on 7 qualitative and quantitative research articles.

Results: Inadequate health literacy results in risk behaviour related to selftreatment, unsafety in consultations and mistrust towards the healthcare system. Nurses lack knowlegde about the impact of low grade health literacy on patients and they have limited resources to facilitate an adapted health communication.

Conclusion: Educating nurses, cultural sensetivity, tailored interventions and empowerment can strengthen migrantwomens health literacy.

Keywords: Health literacy, migrantwomen, adapted health communication, cultural safety.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	3
1.3	Oppgavens hensikt	3
1.4	Oppgavens sykepleiefaglige relevans	4
1.5	Oppgavens avgrensninger	4
1.6	Begrepsavklaring.....	5
1.7	Oppgavens videre oppbygging.....	5
2	Metode.....	6
2.1	Beskrivelse av metode.....	6
2.2	Søkestrategier	6
2.3	Presentasjon av forskningslitteratur	7
2.4	Kildekritikk	10
3	Resultater.....	13
3.1	Presentasjon av forskningsartikler	13
3.2	Health literacy	16
3.3	Sykepleierens kommunikasjon i et health literacy perspektiv	18
3.4	Empowerment	19
3.5	Språkbarrierer og tolkebruk	20
3.6	Kultursensitiv tilnærming og kulturell kompetanse	21
3.7	Sykepleieteori: Irihapeti Ramsden	22
4	Diskusjon.....	24
4.1	Pasienterfaringer.....	24
4.1.1	Sykepleierens medansvar	25
4.1.2	Brudd på pasientrettigheter	25
4.1.3	Health literacy som en risikofaktor	26
4.1.4	Mistro til helsevesenet.....	26
4.2	Sykepleierens kunnskap om health literacy	27
4.2.1	Behov for kompetanseheving.....	27
4.2.2	En tillitsbasert pasientrelasjon.....	27
4.2.3	Kulturell bevissthet	28

4.3	En tilpasset helsekommunikasjon	28
4.3.1	Kultursensitivitet	29
4.3.2	Health literacy som en ressurs	29
4.3.3	Tid	30
4.3.4	Tilpassing av skriftlig materiale	30
4.3.5	Muntlig informasjonsoverføring foretrekkes	30
4.3.6	Forutsetninger for å lykkes	31
4.3.7	Språkbarrierer og tolkebruk	31
4.3.8	Kulturell utrygghet med mannlig tolk	32
5	Konklusjon	33
	Litteraturliste	34
	Vedlegg Tabell 1 Søkeshistorikk	38

1 Innledning

Innledningsvis introduseres oppgavens tema og bakgrunnen for dette valget. Så presenteres problemstillingen før hensikten med oppgaven og dens sykepleiefaglige relevans redegjøres for. Videre følger en avgrensning av oppgaven, før aktuelle begreper avklares. Til slutt i dette kapittelet beskrives oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge FNs International Migration Report bor 258 millioner mennesker utenfor sitt fødeland i 2017 (FN, 2018). Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i 2019 er registrert 765 108 personer i Norge med innvandrerbakgrunn. Av disse kommer 417 662 fra ikke-vestlige land. I tillegg bor det 179 294 norskfødte personer med innvandrerforeldre i Norge. Til sammen utgjør de 17,7 prosent av befolkningen. I Oslo er nå 33 % av befolkningen innvandrere og deres etterkommere (SSB, 2019). Bak tallene finnes flyktninger fra krig, arbeidsinnvandrere og familiegjenforente med disse og med etniske nordmenn; mennesker med vidt forskjellige motiv for å bosette seg her.

Innvandrerne kommer fra vestlige land som ligner på Norge, og fra land med svært ulik religion og kultur. De er en mangfoldig gruppe med hensyn til utdanningsbakgrunn; de representerer alt fra å inneha en doktorgrad til å være en voksen analfabet som ikke kan lese og skrive på eget morsmål. Dette er forhold som påvirker språkinnlæringen, innpass på arbeidsmarkedet og forståelsen av norsk kultur og samfunn (Vrålstad & Viggen, 2017). De ulike forutsetningene man har med seg gjennom sin personlige historie og opprinnelseslandets kultur, er også med på å påvirke hvordan man erfarer møtet med det offentlige helsevesenet. Noe som igjen kan få konsekvenser for den enkeltes helse (Ingstad, 2016; Viken & Magelssen, 2010).

Sosial ulikhet i helse eksisterer i Norge selv om vi har et offentlig finansiert helsetilbud som skal inkludere alle landets innbyggere. Det er ulike faktorer som påvirker individets helse og bruk av helsetjenester (Ingstad, 2016). Økonomi, boforhold, arbeidsbelastninger, livsstil og psykososiale forhold spiller alle inn. Kjønn og etnisitet er også variabler som avdekker helseforskjeller.

Helse-og omsorgsdepartementet (HOD) lanserte i 2013 en nasjonal strategi for innvandrethelse: "Likeverdige helse-og omsorgstjenester – god helse for alle" (HOD, 2013). Her beskrives utfordringer og tiltak for å imøtekomme barrierer som innvandrere står ovenfor i det norske helsesystemet.

Norges innbyggere skal ha like rettigheter til helsetjenester, men det finnes begrensninger som gjør at helsetjenestene ikke når frem til alle. Ulikheter i oppfatningen av sykdomsårsaker og behandling av sykdom, lav grad av helseinformasjonsforståelse samt mangel på et felles språk, er eksempler på hindre som gjør at noen innvandrere står i fare for å misforstå eller selv bli misforstått i møtet med det norske helsevesenet (HOD, 2013). Pasient-og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, og lovens §3-2 slår fast at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Ordlyden om et likeverdig tjenestetilbud finner vi også i helse-og omsorgstjenesteloven §1-1, hvor det er nedfelt at lovens formål er å sikre nødvendig pasientopplæring, og at tjenestetilbud tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Informasjonen skal i henhold til lovverket tilpasses pasientens individuelle forutsetninger, som for eksempel kultur – og språkbakgrunn. Det understrekes at helsepersonell så langt det lar seg gjøre skal forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

På tross av lovverket og myndighetenes målsetting om å implementere likeverdige helsetjenester til alle landets innbyggere, evaluerer ikke-vestlige innvandrere sin egen helse som dårligere enn befolkningen som helhet. I levekårsundersøkelsen for innvandrere fra 2016 vurderer 69 % av kvinnene sin helse som svært god eller god, mot 82 % i hele befolkningen. Ikke-vestlige innvandrere har dobbelt så høy andel av psykiske problemer enn i hele befolkningen, 13 % mot 6 %. Kvinnene i undersøkelsen rapporterer om flere psykiske plager enn menn, og kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne er noe større blant kvinnene enn hos mennene (Vrålstad & Wiggen, 2017). De er også mindre aktive gjennom helseforebyggende tiltak, som å trene, og de har utfordringer i forhold til overvekt.

St.meld.nr. 47 som kom i forkant av Samhandlingsreformen fra 2012, uttaler at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom (St.meld.nr.47, 2008-2009). Det er et mål at kroniske sykdommer i befolkningen skal begrenses gjennom primærforebygging

og tidlig intervensjon (St.meld.nr.47, 2008-2009). I det teknologiske samfunnet vektlegges også brukermedvirkning og enkeltindividets ivaretagelse av egen helse. Forbruk av helsetjenester skjer på bakgrunn av informerte valg, men ikke alle innbyggerne har ressurser for å skaffe seg tilgang til, og nyttiggjøre seg av relevant helseinformasjon og eksisterende tilbud. Internasjonale og norske studier har vist at innvandrerkvinner ikke deltar på lik linje med majoritetskvinner i forebyggende screeninger (Gele, Qureshi, Kour, Kumar & Diaz, 2017), og at grupper med ikke-vestlige innvandrerbakgrunn har lav grad av health literacy; helseinformasjonsforståelse (Gele, Pettersen, Torheim & Kumar, 2016). De opplever systemet som utilgjengelig og erfarer at manglende kompetanse gir negative utfall for helsen. Det er et stort ansvar helsearbeidere har i møte med pasienter fra utsatte grupper. Hvis alle pasienter behandles likt vil man ikke tilby likeverdige helsetjenester (Ingstad, 2016).

1.2 Problemstilling

"Hvordan kan sykepleieren bidra til å sikre en bedre helse hos innvandrerkvinner med lav grad av health literacy?"

1.3 Oppgavens hensikt

For å svare på problemstillingen har denne oppgaven til hensikt å øke sykepleierens kunnskap om følgende forhold:

- hva innebærer en lav grad av health literacy og hvordan påvirker det evnen til å tilegne seg helseinformasjon
- innvandrerkvinneres egne erfaringer med health literacy
- sykepleierens forståelse av og erfaringer med health literacy
- helsekommunikasjon i et health literacy-perspektiv

Oppgaven vil drøfte problemstillingen opp mot forskningsfunn, sykepleieteori og annen relevant teori.

1.4 Oppgavens sykepleiefaglige relevans

I løpet av sykepleieutdanningen har jeg møtt innvandrerkvinner i pasientrollen både på medisinsk og kirurgisk sengepost, på poliklinikken og i hjemmesykepleien. Som student har jeg observert møter mellom pasienter og sykepleiere hvor jeg har registrert utfordringer relatert til språk og kultur, og jeg har selv erfart samhandling som ikke har gått som planlagt. I det flerkulturelle Norge trenger sykepleieren omfattende bakgrunnskunnskaper og konkrete verktøy for å skape en trygg og god relasjon til pasienten med innvandrerbakgrunn. I Rammeplan for Sykepleieutdanning er det vedtatt at det skal fremmes en flerkulturell forståelse av helse og sykdom i utdanningen (Kunnskapsdepartementet, 2008). For å yte likeverdige tjenester slik vi er pålagt gjennom lovverket, må sykepleieren forsikre seg om at informasjon, veiledning og undervisning er mottatt og forstått av pasienten. Dette understrekes også av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Vi er bedre rustet til dette gjennom å lære mer om pasientene som vi skal ivareta og samarbeide med. Hva vi bør være oppmerksom på i utøvelsen av flerkulturell sykepleie er derfor et nødvendig felt å utforske.

At health literacy er et dagsaktuelt tema synliggjøres gjennom helseminister Bent Høies nylige lansering av "Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023". Her introduseres helsekompetanse som det norske ordet for health literacy. Bevisstgjøring av helsepersonell på at health literacy er avgjørende for å realisere pasientens helsetjeneste og fokus på å gjøre pasienten helsekompetent, er viktige målsettinger (HOD, 2019).

1.5 Oppgavens avgrensninger

Problemstillingen avgrenses til å gjelde 1. generasjons innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land. Jeg har valgt å ikke avgrense oppgaven i forhold til kvinnenes botid. Hvor lenge man har bodd i et land har mye å si for språkferdigheter og forståelse av samfunnet man lever i. Samtidig finnes det kvinner i utsatte grupper som lever i utenforskap grunnet manglende deltakelse i arbeid og på andre fellesarenaer. Forskere peker på at tilknytning til majoritetssamfunnet kan være en viktigere årsak til integrering enn botid (Vrålstad og Wiggen, 2017).

Jeg kunne også ha valgt å fokusere på innvandrere samlet, uavhengig av kjønn. Grunnen til at jeg utelukkende ser på kvinnene, er at de statistisk sett har dårligere helse enn menn.

1.6 Begrepsavklaring

Health literacy: "graden av kapasitet og individets evne til å innhente, forstå og vurdere helseinformasjon og bruk av helsetjenester for å opprettholde best mulig helse" (Diaz 2010, i Ingstad, 2016, s.77). En lav grad av health literacy viser til begrensede ferdigheter i å tilegne seg nødvendig kunnskap om egen helse, helseinformasjon og helsetilbud (Nutbeam, 2000).

Helse: WHO's definisjon er "en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende", senere moderert til "evnen til å leve et økonomisk og sosialt produktivt liv" (Mæland 2010, s.24).

Helsekommunikasjon: utveksling av informasjon relatert til helse formidlet gjennom ulike kanaler. Hensikten er å formidle informasjon, påvirke holdninger og bistå den enkelte i å ivareta helsen (Finbråten, 2018). Mål med helsekommunikasjon er også motivasjon og økt mestring hos pasienten, i tillegg til økt health literacy (Nutbeam, 2000).

1.generasjons innvandrere: person som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre (SSB, 2019).

1.7 Oppgavens videre oppbygging

I kapittel 2 vil jeg presentere metoden og forskningsartiklene jeg skal benytte meg av i litteraturstudiet. Deretter vil jeg granske funnene mine og utøve kildekritikk. Videre i kapittel 3 presenteres resultater fra forskningen og annen anerkjent teori som jeg vil anvende i drøftingen av problemstillingen, som finner sted i kapittel 4. Jeg vil avslutte oppgaven med en konklusjon i kapittel 5.

2 Metode

Kapittelet introduserer først metodebegrepet og definerer anvendt metode, før søkerstrategier med inklusjons- og eksklusjonskriterier gjøres rede for. Så presenteres forskningen som ble funnet gjennom litteratursøket i en oversikt. Deretter følger kildekritikk av artiklene samt en vurdering av deres relevans for oppgavens problemstilling og hensikt.

2.1 Beskrivelse av metode

Dalland beskriver metode som et verktøy som forteller oss hvordan vi kan gå frem for å fremskaffe ny kunnskap og som kan anvendes i etterprøving av eksisterende kunnskap (Dalland, 2013). I denne oppgaven benyttes det litteraturstudie som metode. Litteraturstudien tar utgangspunkt i eksisterende skriftlige kilder og en valgt problemstilling drøftes opp mot andres teorier og anerkjent forskning. I metoden skal det gjøres rede for valg av litteratur og utvelgelseskriterier må tydeliggjøres (Dalland, 2013).

2.2 Søkestrategier

Gjennom søkemotoren til Helsebiblioteket og i Oria fikk jeg god tilgang til fulltekst artikler. For å finne ny, relevant og anerkjent forskning har jeg foretatt søk i SweMed+, Cinalh og PubMed. Jeg benyttet ordene health literacy, immigrant women, nurse experience, patient experience, patient education, diabetes, communication barriers og nurs* med AND mellom ulike ordkombinasjoner (Vedlegg 1). Jeg har brukt Google Scholar til et enkeltsøk for å finne studier som omhandler innvandrerkvinner i Norge. I Sykepleien.no fant jeg fagartiklene "Hva betyr lav health literacy for sykepleiernes helse-kommunikasjon?" (Jenum & Pettersen, 2014) og "Sykepleie og kulturell trygghet" (Claus & Viken, 2009). I tillegg til artiklene har jeg anvendt bøker fra pensumlista og annen relevant litteratur innenfor tema migrasjonshelse. Jeg lette i hyllene på skolebiblioteket og studert kildehenvisninger i pensumlitteratur og i artikler. Offentlige nettressurser fra Folkehelseinstituttet (FHI), Lovdata og SSB har også vært nødvendige for å oversikt over tema, og for å finne statistikk og tallmateriale. Inklusjonskriterier for valg av artikler var fagfellevurderte primærstudier, helst ikke eldre enn 5 år. Forskningen måtte være fra europeiske eller vestlige, sammenlignbare land. Jeg ekskluderte forskning om innvandrere fra vestlige land, og som var publisert før 2009.

2.3 Presentasjon av forskningslitteratur

Artikkel 1

Tittel: "Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo"

Forfatter/år: Gele, A.A., Pettersen, K.S., Torheim, L.E. & Kumar, B. (2016)

Land: Norge

Journal: BMC Public Health

Hensikt: Kartlegge graden av health literacy blant en gruppe innvandrerkvinner i Norge, da det synes å være en tydelig sammenheng mellom liten helseinformasjonsforståelse og morbiditet og mortalitet. Ved å avdekke omfanget av lav grad av health literacy vil man kunne bistå i å styrke innvandrernes fremtidige helse gjennom adekvate tiltak.

Artikkel 2

Tittel: "Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study"

Forfatter/år: Gele, A.A., Qureshi, S.A., Kour, P., Kumar, B. & Diaz, E. (2017)

Land: Norge

Journal: International Journal of Women's Health

Hensikt: Oppnå økt forståelse for hvilke barrierer og utfordringer de 2 største ikke-vestlige innvandrergruppene i Norge oppgir for å ikke delta i screeningprogrammet for livmorhalskreft. Studien ønsker å finne fellestrekk mellom pakistanske og somaliske muslimske kvinners oppfatninger som kan danne grunnlag for en kulturelt tilpasset test for livmorhalskreft.

Artikkel 3

Tittel: "Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway"

Forfatter/år: Abuelmagd, W., Håkonsen, H., Qurrat-ul-Ain-Mahmood, K., Taghizadeh, N. & Toverud, E-L. (2018)

Land: Norge

Journal: Journal of Immigrant Minority Health

Hensikt: Synliggjøre utfordringer i å forstå og mestre egen sykdom hos pasienter med lav grad av health literacy og begrensede språkkunnskaper. Undersøke i hvordan pasientene klarer å følge opp anbefalinger om livsstilsendringer, og informasjon fra helsearbeidere og farmasøyter om hvordan de skal administrere medisiner.

Artikkel 4

Tittel: "The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomized controlled trial with a culturally adapted education programme improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women"

Forfatter/år: Telle-Hjellset, V., Raberg Kjøllesdal, M.K., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M., Birkeland, I.K., Hege R. Eriksen, R.H. & Høstmark, A.T (2013)

Land: Norge

Journal: British Journal of Nutrition

Hensikt: Vurdere effekten av et kulturelt tilrettelagt undervisningsopplegg for en høyrisikogruppe for Diabetes 2 for å se om fysisk aktivitet og kostholdsendringer kan bidra til å blodsukkerregulering samt reduksjon av metabolsk syndrom.

Artikkel 5

Tittel: "Registered Nurses Experiences with Individuals With Low Health Literacy"

Forfatter/år: Toronto, C.E. & Weatherford, B. (2016)

Land: USA

Journal: Journal for Nurses in Professional Development

Hensikt: Utforske sykepleierens erfaringer med pasienter som har lav grad av health literacy. Avdekke hvilke tiltak sykepleier anvender i møtet med pasientgruppen, samt identifisere utfordringer i praksis som kan dra nytte av opplæring innenfor feltet health literacy.

Artikkel 6

Tittel: "Nurse Practitioners Knowledge, Experience, and Intention to Use Health Literacy Strategies in Clinical Practice"

Forfatter/år: Cafiero, M. (2013)

Land: USA

Journal: Journal of Health Communication

Hensikt: Undersøke sykepleieres kunnskapsnivå vedrørende health literacy samt deres erfaringer med ulike health literacy-verktøy. Avdekke hvilke intensjoner sykepleiere har om å anvende kartleggingsverktøy og strategier rettet mot lav grad av health literacy.

Artikkel 7

Tittel: "Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women"

Forfatter/år: Mengesha, Z.B., Perz, J. Dune, T. & Ussher, J. (2018)

Land: Australia

Journal: Journal of Sexual and Reproductive Health

Hensikt: Belyse konsekvenser av ulike typer tolking, tolkeferdigheter og tolkens kjønn på samhandling og dialog mellom pasient og helsearbeider, og innvirkningen på tjenestetilbudet som blir gitt til kvinnene.

2.4 Kildekritikk

Gjennom å kritiske granske en litteraturkilde kan man si noe om dens pålitelighet og relevans (Dalland & Trygstad, 2013). Siden alle artiklene er fagfellevurdert velger jeg å anse de som pålitelige. Jeg vil i det følgende forsøke å vurdere styrker og svakheter ved forskningen jeg har funnet. Det er 7 studier hvor kvantitative og kvalitative metoder er representert.

"Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo", (Gele et al., 2016). Artikkelen beskriver en kvantitativ tverrsnittstudie hvor et kalkulert utvalg på 302 kvinner besvarte kortversjonen av European Health Literacy Questionnaire. Resultatene belyser helseinformasjonsforståelse relatert til helsetjenester, sykdomsforebygging og helsefremming, dette gir studien reliabilitet. For første gang kartlegges nivå av health literacy hos den største gruppen av ikke-vestlige innvandrerkvinner i Norge, den er derfor relevant for oppgavens problemstilling. En svakhet er at deltakerne er biased da de evaluerer egne ferdigheter, og at det å kunne delta i seg selv er en kompetanse som indikerer helseinformasjonsforståelse. Dette kan utelukke noen deltakere.

"Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study", (Gele et al., 2017). Dette er en kvalitativ studie med diskusjoner i 2 fokusgrupper. Gruppesamtaler kan fremme engasjement og meninger som ikke ellers kommer frem i intervjuer med enkeltpersoner. Dette er en styrke som synliggjør hindre undersøkelsen ønsker å avdekke. Aktuell og relevant da den er norsk og av nyere dato. Fokusgruppene møttes 3 ganger hver, som gir materialet omfang. 35 deltakere er et begrenset utvalg, og representerer ikke alle somaliske, pakistanske eller muslimske kvinners meninger, men det fremkommer dybdekunnskap som bidrar med viktig informasjon for fremtidig forebyggende helsearbeid.

"Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway". (Abuelmagd et al., 2018). Denne kvantitative studien er en strukturert spørreskjemaundersøkelse med 95 % responsrate. Deltakerne ble rekruttert gjennom invitasjoner i kvinnegrupper, moskeer og seniorsentre. 120 kvinner ble intervjuet i egne hjem, og besvarte 64 lukkede og 16 åpne spørsmål. Deltakerne viste frem medikamentene de benyttet, og det ble notert ned. Det styrker validiteten i undersøkelsen at informantenes ulike diabetesregimer kan tallfestes. Jeg ønsket å bruke artikkelen fordi den synliggjør at en

pasientgruppes behov for tilrettelagt helsekommunikasjon og oppfølging blir oversett av helsepersonell. I tillegg er den norsk og nylig publisert.

"The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomised controlled trial with a culturally adapted education programme improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women", (Telle-Hjellset et al., 2013). En randomisert kontrollert studie kan vise effekten av tiltak når man sammenligner en intervensjonsgruppe med en kontrollgruppe. At tiltaket er kulturelt tilpasset målgruppen gjør den relevant for oppgaven min. Intervensjonen er skreddersydd for deltakere med et lavt utdanningsnivå, og er basert på empowerment-tankegangen med dialog og deltakelse i fokus. 245 kvinner i risikozonen for å utvikle diabetes type 2 ble invitert til å delta, hvorav 198 fullførte studien, noe som gir den høy deltakelsesprosent. Rekrutteringsstrategien kan gi et skjevt utvalg, da de som i utgangspunktet er interessert i livsstilsendringer kan ha takket ja til å delta. Selv om artikkelen er publisert i 2013, ble studien utført i 2006-2008. 2.generasjons innvandrerkvinner ble også invitert til å delta. Jeg valgte allikevel å inkludere den.

"Registered Nurses Experiences with Individuals With Low Health Literacy», (Toronto & Weatherford, 2016) & «Nurse Practitioners Knowledge, Experience, and Intention to Use Health Literacy Strategies in Clinical Practice", (Cafiero, 2013). De to amerikanske studiene viser hvordan sykepleieren i klinisk praksis forstår begrepet health literacy, og hvordan samhandling og kommunikasjon med pasienter påvirkes av pasientens lave health literacy. Den første har kvalitativ deskriptiv design. 16 sykepleiere formidlet skriftlig sine erfaringer vedrørende pasienter med begrenset health literacy. Den andre studien tar utgangspunkt i en kvantitativ spørreundersøkelse hvor 73 % av et utvalg på 650 informanter responderte. Funnene fra sistnevnte undersøkelse kom fra spesialsykepleiere samlet på en kongress, så resultatet er ikke nødvendigvis generaliserbare til alle sykepleiere. Ingen av studiene tar eksplisitt for seg innvandrerkvinner, men beskriver begge språk og kulturelle forskjeller som utfordringer.

"Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women", (Mengesha et al., 2018). På bakgrunn av en innledende spørreundersøkelse på nettet benytter en australsk undersøkelse kvalitativ metode med semi-strukturerte dybdeintervjuer av 21 deltakere, deriblant 8 sykepleiere. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en utviklingsøkologisk modell. Jeg tok med studien fordi den problematiserer flere utfordringer omkring likeverdige helsetjenester til innvandrerkvinner; lav health literacy, tolk i et kjønnsperspektiv, kulturelle forskjeller mellom

pasient og helsepersonell, tabu og stigma rundt kropp, seksualitet og sykdom. Selv om studien er fra Australia mener jeg at den har overføringsverdi til norske forhold, da pasientene er fra Afghanistan, Somalia og Irak, innvandrergupper som er representert i Norge.

3 Resultater

I dette kapittelet vil jeg først presentere funn fra forskningsartiklene som danner grunnlag for litteraturstudien. Deretter utdyper jeg aktuell teori og begreper relatert til problemstillingen. Til slutt vil jeg redegjøre for de grunnleggende prinsippene i Irihapeti Ramsdens sykepleieteori om kulturell trygghet.

3.1 Presentasjon av forskningsartikler

I det følgende vil jeg sammenfatte resultater i forskningsartiklene som ble presentert i oppgavens kapittel 2.

"Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo", (Gele et al., 2016).

Resultater: 71 % av deltakerne ikke klarte å innhente, forstå eller ta i bruk eksisterende helseinformasjon – og tjenester, og manglet dermed muligheten til å fatte riktige beslutninger vedrørende ivaretagelse av egen helse. Spesielt å forstå informasjon og tiltak knyttet til forebygging av sykdom viste seg å være utfordrende. Årsaker det pekes på er analfabetisme, begrensede norskkunnskaper, utenforskap og manglende integrasjon som kan skyldes arbeidsledighet. Majoriteten av deltakerne, 70%, hadde liten eller ingen skolegang. De norske helsetjenestene kan synes komplekse og vanskelig tilgjengelige spesielt for innvandrere som tilhører en muntlig og visuell kultur, og som ikke kan lese og forstå elektronisk informasjon.

"Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study", (Gele et al., 2017).

Resultater: Individuelle, sosiokulturelle og systemrelaterte barrierer hindret kvinnene i å delta på screening. En grunnleggende kunnskapsmangel vedrørende sykdommen, kombinert med stigma rundt kreft i deler av kvinnekroppen forbundet med seksualitet, gjorde at man avstod fra testing. Man trengte ikke teste seg "før man følte seg syk", og dermed ble testen sett på som unødvendig. Noen mente at muslimer var beskyttet mot sykdommen. Kvinnene oppga språk som hindring; invitasjonen var på norsk, helsepersonell ga liten informasjon om sykdommen og viktigheten av forebygging, og benyttet ikke tolk. De visste ikke om rettigheter til å få tolk.

Mangel på kvinnelig helsepersonell var også et hinder. Det ble uttrykt mistillit til helsevesenet, som ikke hadde tid eller kunne kommunisere forståelig med kvinnene.

"Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway", (Abuelmagd et al., 2018).

Resultater: Selv med en gjennomsnittlig botid på 28 år snakket informantene dårlig norsk og manglet informasjon om diabetes type 2 (T2D), og hvordan livsstil innvirker på langtidsblodsukkeret. 50 % oppga lav kunnskap om T2D. 27 % var analfabeter, og disse rapporterte minst kunnskap og dårligst helse. 32 % at de hadde svært dårlig eller dårlig helse. 70 % hadde kardiovaskulære risikofaktorer som høyt blodtrykk og forhøyet kolesterol. 65 % oppga at de hadde fått informasjon om livsstilsendringer basert på helsemyndighetenes råd. Samtidig fortalte 77 % at de spiste 1-3 store måltider pr dag og gikk i sakte tempo når de mosjonerte. 85,8 % rapporterte at de hadde fått opplæring i blodsuktermåling, men 38 % mestret ikke dette selv, spesielt ikke analfabetene. 74,5 % fortalte at de hadde fått beskjed om farene ved medisiner i fastemåned, allikevel endret 25 % dette under Ramadan. Bare 47 % oppga at de hadde fått informasjon om at medisinen kunne inneholde gelatin. Samtlige som fikk vite dette under intervjuet ville slutte med slike medikamenter. 30 % svarte at de ikke hadde mottatt noe informasjon om T2D og ønsket å vite om medisiner og bieffekter av disse. 80% sa at de trengte hjelp til å forstå skriftlig informasjon på norsk.

"The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomized controlled trial with a culturally adapted education programme improved the risk profile for type 2diabetes in Pakistani immigrant women", (Telle-Hjellset et al., 2013).

Resultater: Forbedringer i intervensjonsgruppa med hensyn til blodglukose, insulin, C-peptid, BMI og blodtrykk. Det var ingen forskjeller i målingene når man så på botid og språkkunnskaper i intervensjonsgruppa. Forskerne mener at de har laget et vellykket tiltak tilpasset pakistanske kvinner med begrensede norskkunnskaper, og at målet med å gi kunnskaper og verktøy for å mestre egen helse blir nådd gjennom dette skreddersydde opplegget. Tilrettelagt opplæring med muntlig undervisning på morsmål og med kulturelt tilpassede bilder og figurer som erstattet tekst, ga økt kunnskap om risikofaktorer for T2D. Det ble undervist i kostholdets virkning på blodsukkeret. Et fysisk aktivitetsprogram var også en viktig del av opplegget. Intervensjonsgruppen endret holdninger til ernæring og trening, og gjennomførte livsstilsendringer i praksis. Dette ble ikke observert i kontrollgruppen. Ved

oppstart hadde henholdsvis 44% og 41% Metabolsk syndrom. Etter 7 måneder var dette redusert i intervensjonsgruppen til 42% og økt i kontrollgruppen til 57%.

"Registered Nurses Experiences with Individuals with Low Health Literacy", (Toronto & Weatherford, 2016).

Resultater: Pasienter med lav grad av health literacy stilte sykepleieren ovenfor kulturelle og språklige utfordringer, i tillegg til at det eksisterte barrierer på organisatorisk nivå i helsevesenet. Bare 7 av 16 deltakere i studien var kjent med begrepet health literacy fra utdanning eller jobb. På bakgrunn av det skriftlige materialet ble det identifisert ulike tema i forhold til hvordan pleierne imøtekom denne pasientgruppen. Å bygge tillit i relasjonen til pasienten var avgjørende. Kunnskapsmangel ble gjerne oppdaget under prosedyrer eller i kommunikasjonsutveksling, hvor åpne spørsmål kunne avklare svikt. Pleierne identifiserte blant annet kulturforskjeller, mangel på felles språk og egen forutinntatthet som hindre for pasientopplæring. Behov som ikke ble møtt i organisasjonen, som flerspråklig skriftlig materiale og tilgjengelige tolker, hindret sykepleierne ytterligere. Også mangel på tid ble pekt på en årsak. Å være tydelig og enkel i kommunikasjonen var et viktig verktøy for deltakerne.

"Nurse Practitioners Knowledge, Experience, and Intention to Use Health Literacy Strategies in Clinical Practice", (Cafiero, 2013).

Resultater: På tross av begrensede kunnskaper om screeningverktøy kunne 95 % av pleierne identifisere lav grad av health literacy hos pasienter. 75 % hadde kunnskaper om konsekvensene av lav health literacy, og 75 % kjente til retningslinjer for skriftlig pasientinformasjon. Samtidig benyttet 88 % aldri eller kun noen ganger screeningsverktøy for å stadfeste graden av health literacy. 76 % brukte ofte eller alltid skriftlig materiale i opplæringen, men hele 70 % evaluerte aldri eller kun noen ganger om materialet var tilpasset pasientens nivå før bruk. Kun 34 % sjekket at undervisningsmaterialet var kulturelt tilpasset pasienten. Få anvendte audiovisuelt undervisningsmateriale, bare 10 % av deltakerne bekreftet en slik bruk.

"Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women", (Mengesha et al., 2018).

Resultater: Tolkens kjønn ble avgjørende for en vellykket pasientdialog, pasientene "lukket" seg hvis det var en mannlig tolk tilstede. Deltakerne reflekterte også rundt det de opplevde som pasientens vanskeligheter med å snakke om tema som var tabubelagt i egen kultur, på

manglende anatomiske kunnskaper om kropp og begrensede språkkunnskaper selv etter flere år i Australia. Svak health literacy hos pasientgruppen gjorde det også vanskelig å kommunisere helseinformasjon til pasienten, selv om den ble tilpasset med modeller og bildemateriale. Helsearbeiderne oppga språk og kulturell ulikhet som barrierer for samhandling med pasienten.

3.2 Health literacy

Det stilles i dag krav til individet om medansvar for egen helse, og dette innebærer blant annet å kunne orientere seg i tilgjengelig helseinformasjon gjennom medier og internett. Å være en kompetent bruker av tjenester i helsesystemet forutsetter et sett av ferdigheter. Disse kan samlet betegnes som health literacy (Finbråten, 2018).

Verdens helseorganisasjon (WHO) anser manglende health literacy som en trussel for den globale helsen, og som en avgjørende årsak til sosiale ulikheter i helse (WHO, 2013). I rapporten "Health Literacy the solid facts" viser WHO til at 50 % av voksne EU-borgere har et utilstrekkelig health literacy-nivå. Utsatte grupper er blant annet etniske minoriteter, nylig ankomne migranter og lavt utdannede med manglende lese- og skriveferdigheter (WHO, 2013). Organisasjonen refererer til følgende definisjon av health literacy:

Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. (Nutbeam, 1998, s.10)

Nutbeam utdyper at health literacy innebærer mer enn å kunne lese brosjyrer og bestille en timeavtale hos legen. Det handler om å tilrettelegge for økt kunnskap på individ- og gruppenivå, slik at endringer kan finne sted (Nutbeam, 1998). Her retter health literacy - begrepet seg mot sosiale, miljømessige og politiske faktorer som er avgjørende for helse. Helseopplysning er mer enn bare individuelle livsstilsvalg. Gjennom samhandling, deltakelse og kritisk analyse vil health literacy øke, skape utvikling av sosial kapital og kollektive handlinger på vei mot oppnåelse av internasjonale helse- og utviklingsmål (WHO, 2015).

Nutbeam (2000) har laget en forklarende modell som deler begrepet inn i 3 nivåer som bygger på hverandre:

1. Funksjonell health literacy innebærer evnen til å innhente, forstå og ta i bruk kunnskap om helse og helserisikoadferd. Individet kan orientere seg i systemet for tjenester. Et

grunnleggende premiss for funksjonell health literacy er lese- og skriveferdigheter og tallforståelse.

2. Interaktiv health literacy innebærer blant annet ferdigheter i ta selvstendige valg basert på helseinformasjon og anvende relevant informasjon i nye situasjoner, samt å kunne kommunisere og samhandle med helsepersonell.

3. Kritisk health literacy innebærer å kritisk vurdere helseinformasjon fra flere kilder, og evnen til å forstå mekanismene bak de sosial og økonomiske helsedeterminantene.

Funksjonell og interaktiv health literacy omfatter individets evne til å orientere seg og samhandle rundt helse. Her ligger kimen til mestring og empowerment som kan føre til endringer. Den kritiske health literacy innbefatter både individet og samfunnet/ gruppen det tilhører, og er nødvendige for å delta i delte beslutningsprosesser (Smith mfl. 2013, i Finbråten 2018). Health literacy kan ses på som summen av pasientens språk, kulturbakgrunn, lese -og skriveferdigheter, sosiale og kulturelle referanser, psykisk og fysisk kapasitet.

En videreutvikling av Nutbeams modell beskriver health literacy som en varierende størrelse som kan endre seg med kontekst og individets livserfaringer (Sørensen et al, 2012). Health literacy anvendes innenfor tre helsedomener: i pleie og behandling, ved sykdomsforebygging og i forhold til helsefremming. Innenfor de ulike helsedomenene må individet kunne finne, forstå, vurdere og anvende informasjon om sykdom, medikamenter, risikofaktorer og sosiale – og miljømessige helsedeterminanter (Sørensen et al., 2012). Sørensens modell indikerer at health literacy er dynamisk og utvikles gjennom en livslang læringsprosess (Finbråten, 2018).

Nutbeam betegner health literacy både som en risiko og en ressurs (Nutbeam, 2008). En person som mangler lese -og skriveferdigheter vil ikke kunne tilegne seg grunnleggende informasjon om sykdom, forebyggende livstil og helsefremmende aktiviteter. Kritiske feil og mangler kan oppstå relatert til skriftlig materiale som innkallingsbrev, pasientopplæring, egenbehandling og inntak av ordinert medikamenter.

Som en ressurs kan health literacy styrkes og lede til økt autonomi. Nutbeam vektlegger myndighetenes satsning på utdanning og alfabetisering av voksne. Grunnleggende lese- og skriveferdigheter er en del av den funksjonelle health literacy, som tilrettelegger for økt deltakelse og kontroll over egen helse.

I tillegg understrekes viktigheten av at helsepersonell lærer mer om pasientgruppen med lav health literacy, slik at de kan imøtekomme deres behov. I helseopplæring kan kunnskaper formidles, ressurser styrkes og handlingsrom utvides, med økt interaktiv og kritiske health literacy som resultat (Nutbeam, 2000). Hvordan sykepleieren kommuniserer og samhandler med pasienten blir avgjørende for utfallet av pasientens health literacy.

3.3 Sykepleierens kommunikasjon i et health literacy perspektiv

Helsekommunikasjon handler om å utveksle informasjon, gi veiledning og opplæring med formål å tilrettelegge for ivaretagelse av helse. Tilpassing av helseinformasjon er et ansvar både på system – og organisatorisk nivå, og for sykepleieren på individnivå, der hvor møtet med pasienten finner sted. Finbråten siterer Heinrich (2012) som uttaler at health literacy bør være det 6. vitale tegnet i klinisk praksis (Finbråten, 2018). Gjennom å kartlegge graden av health literacy kan helsepersonell anpasse kommunikasjonen til pasientens forutsetninger og slik sikre at det ytes likeverdige helsetjenester (Finbråten, 2018). Foreløpig anvendes ikke health literacy kartleggingsverktøy i særlig utstrekning i Norge (Jenum & Pettersen, 2014). Metodene som tas i bruk skal blant annet kategorisere lese, skrive og tallforståelse hos pasienten. Jenum & Pettersen (2014) viser til norsk forskning som avdekker kommunikasjonsbarrierer mellom pasienter og helsepersonell, og at deler av dette kan relateres til lav grad av health literacy hos pasienten. Studiene synliggjør at sykepleieren kan overvurdere pasientens leseferdigheter og kropps – og helsekunnskaper. Dette kan få konsekvenser for pasientens egenbehandling, og dermed pasientsikkerheten.

Kommunikasjonsevnene til avsender, kompleksiteten i budskapet og mottakers nivå av health literacy virker sammen og er utslagsgivende for en vellykket helsekommunikasjon (Finbråten, 2018). Sykepleieren kan ta i bruk strategier som ivaretar disse momentene. Eksempler på dette er: et tydelig og enkelt muntlig språk, bruk av bilder og film fremfor tekst, kulturelt tilpasset informasjonsmateriale, åpne fremfor lukkede spørsmål og teach -back-metoden. Teach -back er et verktøy som gir sykepleieren en direkte tilbakemelding på om pasienten har mottatt og forstått innholdet i helsekommunikasjonen (Finbråten, 2018). Når sykepleieren er ferdig med å forklare, skal pasienten gjøre rede for hvordan innholdet i informasjonen anvendes i praksis.

Et mer effektivt helsevesen har overført ansvar til pasienten, og mindre kontakt mellom pasient og helsepersonell gjør at skriftlig selvhjelpsmateriale blir en del av pasientopplæringen.

Skriftlig materiale må være på et nivå som tilsvarer pasientens funksjonelle health literacy. Dette bør gjennomgås med hver enkelt pasient. Materialet skal også foreligge på et språk som er lesbart for mottakeren. Helsepersonell må være oppmerksom på at pasienter med lav health literacy har større behov for en muntlig overføring av kunnskap (Finbråten, 2018).

eHealth literacy er et nyere begrep som beskriver evnen til å ta i bruk digitale medier for å hente inn relevant helseinformasjon. I tillegg til IKT-kunnskaper forutsetter innhenting av informasjon og selvhjelpsmateriale at pasienten har en funksjonell health literacy, som innebærer lese -og skriveferdigheter. I Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 pekes det på at sammenhengen mellom deltakelse i arbeidsliv og digital kompetanse styrker e-helsen, og at innvandrerkvinner uten utdanning og jobb erfarer at tilgangen til helseinformasjon blir svekket (HOD, 2013).

Med økt ikke-vestlig innvandring til Norge vil helsevesenet også yte tjenester til grupper av voksne som ikke kan lese og skrive på eget morsmål. Det er ikke tallfestet hvor mange analfabeter som lever i Norge i dag, men i 2011 anslo det statlige integreringsutvalget på bakgrunn av tall fra Integrerings-og mangfoldsdirektoratet (IMDI) og Norsk språktest, at det kommer 1000 analfabeter til landet årlig (Stokke, 2012).

En skreddersydd tilnærming muliggjør en mer aktiv medvirkning og deltakelse basert på pasientens forutsetninger. Tilpasset helsekommunikasjon styrker individet eller gruppens health literacy. Progresjon i health literacy gir økt selvstendighet og kontroll over faktorer som innvirker på egen helse, med empowerment som et sluttresultat (Finbråten, 2018).

3.4 Empowerment

WHO introduserte empowerment som en del av en helsefremmende strategi i Ottawa-charteret i 1986 (Kristoffersen, 2016). En kort definisjon av begrepet lyder: "En prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse" (Nutbeam, 1998, s.6). Opprinnelsen til empowerment kan knyttes til frigjøringsbevegelser og til den brasilianske pedagogen Paulo Freire (1921-1997). Han lanserte undervisningsmetoden "de undertrykte pedagogikk", og boka med samme navn ble utgitt i 1968 (snl.no, 2019). Gjennom dialog kan en lærer forandre elven fra å være en passiv mottaker til å bli kritisk og aktivt søkende. Det er en prosess som igangsetter endringer hos enkeltindividet og grupper.

Forestillinger om roller og rolleforventning blir endret denne i måten å tenke på. Innenfor helse flyttes ansvaret fra sykepleieren og fokus rettes mot ansvarliggjøring og bemyndigelse av pasienten (Kristoffersen, 2016). Med dette vil både sykepleier og pasient fått nytt innhold i rollene sine, og det har skjedd en maktoverføring i relasjonen mellom de to partene.

En sykepleieoppgave blir å tilrettelegge for og initiere prosesser hos pasienten som gjør at forandring kan finne sted. Sykepleieren bistår med verktøy som kan resulterer i kunnskaper om egen kropp, sykdom og behandling. Dette dreier seg om ressursmobilisering og utvikling av personens mestringsevne gjennom veiledning. Selve ansvaret for gjennomføringen ligger hos pasienten. Tanken er at myndiggjøringsprosessen vil gi økt selvkontroll og mestring av eget liv (Kristoffersen, 2016).

3.5 Språkbarrierer og tolkebruk

For innvandrere med begrensede norskkunnskaper og lav funksjonell health literacy er det avgjørende at helsepersonell benytter tolk i helsekommunikasjonen. Tolkens oppgave er å lytte og oppfatte det som kommer til uttrykk, huske og reformulere det og gjengi samme innhold på et annet språk (IMDI, 2019). Tolkning bidrar til å sikre likeverdige tjenester til alle, og er nødvendig ved språkbarrierer.

Lav grad av health literacy kombinert med kulturelle og språklige utfordringer nødvendiggjør tilrettelegging for å sikre at pasientens behov blir ivarettatt. IMDI viser til at det pr i dag ikke eksisterer et eget lovverk som regulerer tolkebruk, men at ulike lovtekster inneholder bestemmelser som utløser rett eller plikt til tolk (IMDI, 2019). For helsepersonell er følgende lovparagrafer aktuelle å forholde seg til:

Forvaltningslovens §11e gir et generelt forbud mot å bruke barn som tolk. §17 utaler at fagpersoner har veiledningsplikt og for å oppfylle en slik plikt kan det innebære å bruke tolk. Pasient-og brukerrettighetslovens §3-1 og §3-2 slår fast retten til medvirkning og til informasjon om tjenestetilbudet. §3-5 presiserer at informasjonen skal være tilpasset mottakerens kultur- og språkbakgrunn og at så lang det er mulig skal personell forsikre seg om at innholdet er forstått. I helsepersonelloven §10 pålegges tjenesteyter å gi helseinformasjon etter reglene i pasient-og brukerrettighetslovens §3.

Foruten lovverket har Helsedirektoratet en egen veileder i tolkebruk. Der understrekes det at ansvaret for å vurdere behovet for å bestille kvalifisert tolk, hviler på den enkelte tjenesteyter (Helsedirektoratet, 2011). Skjer det feil fordi profesjonell tolk ikke er en del av konsultasjonen får det følger for den enkelte pasienten. Et underforbruk av tolketjenester kan også skape mistillit til helsevesenet hos utsatte befolkningsgrupper.

Språkbarrierer kan føre til en rekke negative konsekvenser for fremmedspråklige brukergrupper. Tilgangen til helsetjenester blir redusert da det blir vanskelig å orientere seg i tilbudene som finnes. Kvalitet på tjenester som ytes blir dårligere, og kan skape farlige situasjoner som går ut over pasientsikkerheten. Feildiagnostisering og feilbehandling kan bli resultatet (Helsedirektoratet, 2011). "Er du i tvil, så bestill tolk" er IMDIs råd til helsepersonell (IMDI, 2019).

I tillegg til prinsippet om likeverdige tjenester og ivaretagelse av pasientsikkerheten, er muligheten til å kommunisere på eget språk med på å trygge pasienten. Migrasjon fører til tap av språklig kompetanse. Dette resulterer ofte i skam og en følelse av utilstrekkelighet fordi man ikke lenger kan ivareta sine behov slik det forventes av ansvarlige voksne personer (Magelssen, 2008). Mangel på språk setter grenser for delaktighet og muligheter til å uttrykke seg. Ved å gyldiggjøre morsmålet blir pasienten delaktig og verdsatt som en reel samtalepartner.

3.6 Kultursensitiv tilnærming og kulturell kompetanse

Magelssen benytter følgende definisjon av begrepet kultur: "Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn" (Magelssen, 2008, s.15). I møtet mellom sykepleieren og innvandrerkvinnen som pasient, bringer begge parter med seg erfaringer filtrert gjennom sin kulturelle bakgrunn. Det som er forskjellig er ofte åpenbart og iøynefallende. Samtidig finnes det mye som er allmenngyldig og felles ved det å være menneske, uavhengig av landbakgrunn og etnisitet. Disse likhetene i oss danner et utgangspunkt for kommunikasjon og samhandling. Kommunikasjon betyr å gjøre felles, fra latin *communicare* (Wikipedia, 2019). At den er kultursensitiv innebærer en følsomhet og varhet ovenfor motpartens bakgrunn (Magelssen, 2008).

Kulturrelativisme kan defineres som "å forstå de andre ut fra de andres premisser, uten å bli truet eller provosert av deres virkelighetsoppfatning" (Magelssen, 2008, s. 20). Denne åpenheten fordrer ikke at man skal være enig med motparten. Men en slik tilnærming vil

trygghet og respekt ideelt sett prege dialogen (Magelssen, 2008). Det å sidestille kulturer og innta en relativistisk posisjon, er ingen enkel øvelse. Ofte har vi fordommer mot det som oppleves som annerledes og som vi ikke forstår. Å rette oppmerksomheten mot egne holdninger og verdier er avgjørende for å følge opp pasienten på en kulturkompetent måte (Alpers, 2018). Kunnskaper om andre kulturers geografi, historie, religion og sosiokulturelle forhold er en del av den kulturelle kompetansen, og nødvendig for å innhente kulturelle data som er viktige for å vurdere pasienten på en sensitiv måte (Alpers, 2018).

3.7 Sykepleieteori: Irihapeti Ramsden

Irihapeti Ramsden (1946-2003) var sykepleier, antropolog og etnisk maori fra New Zealand. På 1980-tallet lanserte hun sin sykepleieteori om kulturell trygghet, og i dag er landets sykepleieutdanning basert på dens grunnprinsipper (Nursing Council of New Zealand, 2011). Teorien hevder at etnisitet og kultur ikke er det samme, og fordi enkeltmennesket er unikt kan kulturell kompetent sykepleie ikke baseres utelukkende på å sette seg inn i en gruppes språk og skikker (Claus & Viken, 2018). Nursing Council of New Zealand (NCNZ) definerer kulturell trygghet som:

The effective nursing practice of a person or family from another culture, and is determined by that person or family. Culture includes, but is not restricted to, age or generation; gender; sexual orientation; occupation and socioeconomic status; ethnic origin or migrant experience; religious or spiritual belief; and disability. (NCNZ, 2011, s. 8)

En overføring av makt i relasjonen mellom pleier og pasient er en forutsetning for at tillit skal prege relasjonen, og det er sykepleierens ansvar for å tilrettelegge for at dette kan skje. Teorien utfordrer majoritetssamfunnets oppfattelse av at egne verdier og normer skal ligge til grunn for samhandling, og asymmetrien mellom majoritet og minoritet adresseres (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). For at sykepleieren skal skape trygghet, blir det avgjørende å kunne reflektere over sin egen kultur, og hvordan denne påvirker samspillet med pasienten. Når pasienten opplever en følelse av fremmedgjøring i møtet med helsevesenet, og fordommer hos personalet, oppstår kulturell utrygghet (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). En praksis som skaper utrygghet er av NCNZ definert som "Unsafe cultural practice comprises any action which diminishes, demeans or disempowers the cultural identity and well-being of an individual" (NCNZ, 2011, s.8).

Kulturell trygghet skapes gjennom tre stadier; kulturell bevissthet, kultursensitivitet og til slutt kulturell trygghet (Viken & Magelssen, 2010). Først utvikles kulturell bevissthet, hvor blant annet de sosialpolitiske forholdene til pasienten må tas med i betraktning. Gjennom selvrefleksjon opparbeider sykepleieren økt kultursensitivitet og blir mer følsom for kulturelle forskjeller, og det å kunne respektere ulike oppfatninger. Dette innebærer ikke aksept av alle handlinger, men man kan forsøke å forstå den andres utgangspunkt for holdning eller handling. Ved å erkjenne at det eksisterer kulturforskjeller og uenighet, og at dette ikke er farlig, anerkjenner sykepleieren pasientens ståsted. Majoritet-og minoritetskultur sidestilles og prosessen ender i kulturell trygghet. Brukerperspektivet i teorien understrekes ved at det er pasienten som avgjør om sykepleien oppleves som trygg eller ikke (Viken & Magelssen, 2010).

Et hovedpoeng hos Ramsden er den tillitsbaserte relasjonen mellom sykepleier og pasienten (Viken & Magelssen, 2010). Gjennom dialog med åpne spørsmål, respekt og forhandlinger kan det likeverdige partnerskapet oppstå, hvor pasienten har med seg sin individualitet og sitt kulturelle særpreg.

4 Diskusjon

I det følgende vil jeg drøfte problemstillingen opp mot hovedfunn i forskningsartiklene. Jeg vil også ta i bruk annen aktuell teori som kan bidra til å belyse utfordringene innvandrerkvinner står ovenfor i møte med helsevesenet, og hvordan sykepleieren kan imøtekomme denne pasientgruppen.

4.1 Pasienterfaringer

Stortingsmelding nr. 47 tegner et bilde av pasienten som en aktiv, handlende aktør, som selv er med på å definere egne behov og utforme sin behandling:

Retten til selvbestemmelse og medbestemmelse er således også en viktig del av prinsippet om respekt for pasientens integritet....Pasienten har utviklet seg fra å være passivt mottakende til å bli langt mer aktivt medvirkende, og til dels etterspørrende og krevendePasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser. (St.meld.nr.47, 2008-2009, s. 51)

Som en kontrast til Stortingsmelding nr. 47 viser norsk forskning at ikke-vestlige innvandrerkvinner faller utenfor i et samfunn som i økende grad vektlegger ansvarliggjøring av enkeltindividet og stiller krav om delaktighet i avgjørelser om egen helse (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2016, mfl.). Funnene avdekker en lav grad av health literacy som får konsekvenser for evnen til å innhente relevant helseinformasjon, utføre riktig egenbehandling og ta helsefremmende beslutninger. Tilsynelatende makter ikke de ulike helsetjenestene å imøtekomme behovene til minoritetspasienter med lav grad av health literacy. Dette til tross for at helsemyndighetene har oppmerksomheten rettet mot å tilby likeverdige tjenester til befolkningen (HOD, 2013) og at Norge har et egalitært, offentlig finansiert helsevesen som tilbyr gratis tolketjenester.

71 % av somaliske kvinner i Oslo har en score som tilsvarer en utilstrekkelig eller problematisk generell health literacy. Hele 73 % mangler ferdigheter knyttet til sykdomsforebyggende handlinger, og disse tallene er høyere enn i 8 EU-land som brukte samme måleverktøy (Gele et al, 2016). 80 % av respondentene i studien til Abuelmagd et al. (2018) oppgir at de har problemer med å forstå den skriftlige informasjonen om sykdommen, og 50 % svarer at de har

liten kunnskap om sin sykdomstilstand. Begrenset forståelse av årsakssammenheng mellom livsstil og sykdom (Telle-Hjellset et al., 2013) og kunnskapsmangel vedrørende forebygging (Gele et al., 2017), oppgis som utbredt blant kvinnene.

4.1.1 Sykepleierens medansvar

Det norske helsesystemet kan synes komplekst for en som er ny i landet. Imidlertid viser forskningsfunn at informantene har en botid på 10-30 år og allikevel foretar dårligere valg for helsen enn majoritetsbefolkningen (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2016; Telle-Hjelseth et al., 2013). At innvandrerkvinner i Norge kommer dårligere ut enn kvinner i andre europeiske land nødvendiggjør politiske føringer og skreddersydde programmer som styrker deres kompetanse i helseforståelse (Gele et al., 2016; Gele et al., 2017). Det er samtidig viktig å understreke at den enkelte sykepleier også er delaktig i dette arbeidet. Både gjennom sin plikt til å utøve en helhetlig sykepleie, og ved å forholde seg til lovverket. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 er tydelig på ansvaret til å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser gjennom å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon (NSF, 2011). Dette i tråd med tanken om empowerment (Kristoffersen, 2016) og med helsemyndighetenes fremtidsperspektiv om økt brukermedvirkning (St.meld.nr.47, 2008-2009).

4.1.2 Brudd på pasientrettigheter

Mye tyder på at pasient-og brukerrettighetslovens §3-2 og §3-5 brytes kontinuerlig. Forskningsfunnene viser at pasientene ikke klarer å følge opp egenbehandling på riktig måte, at de føler seg oversett, ikke får nok tid med helsepersonell og at det kommuniseres på et språk de ikke behersker godt (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2017, Mengesha et al., 2018). Dette indikere en kunnskapsmangel hos tjenesteyter om pasientgruppens særskilte behov, eller at disse behovene nedprioriteres. Selv om det ikke er bevisste handlinger som ligger til grunn for en manglende oppfølging av lovteksten, kan det synes som at ansvarliggjøring av tjenesteyter og sanksjoner mot brudd på loven er fraværende. I praksis erfarte jeg et helsevesen som er presset på tid og ressurser. Dette er faktorer som kan medføre at svake grupper blir skjøvet ut i periferien, istedenfor at tjenestene tilpasses pasientens nivå av health literacy, språk og kultur, som er lovens intensjon (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2, §3-5).

4.1.3 Health literacy som en risikofaktor

Fellestrekk ved kvinnene i litteraturstudien er liten eller ingen skolebakgrunn fra hjemlandet, et mangelfullt norsk språk og at mange står utenfor arbeidslivet. (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2016; Telle-Hjellset et al., 2013). De savner lese- og skriveferdighetene som forutsettes for å inneha funksjonell health literacy, og språkkunnskaper som trengs for å kunne utøve interaktiv health literacy, som omfatter kommunikasjon med helsepersonell (Nutbeam, 2000).

En konsekvens av deres lave health literacy-nivå blir at den utgjør en risiko (Nutbeam, 2008). "Hvorfor skal jeg ta en celleprøve når jeg føler meg frisk?", spør en av kvinnene i studien til Gele et al. (2017, s.491). Blant kvinnene med D2T unnlot 25 % å ta medisiner under Ramadan med alvorlig hypoglykemi som mulig konsekvens (Abuelmagd et al., 2018). Funnene samsvarer med Jenum & Pettersen (2014) som viser til at lav health literacy gir større sannsynlighet for dårligere helse, med økt forekomst av reinnleggelse, komorbiditet og tidlig død. HOD (2013) understreker at likeverdige tjenester betyr at de skal tilpasses den enkeltes behov. Imidlertid blir pasientens ferdigheter vilkårlig møtt, i den forstand at de er prisgitt det helsepersonellet de kommer i kontakt med. Studien til Toronto & Weatherford (2016) avdekket at sykepleiere kan oppleve pasientmøter som frustrerende og utfordrende fordi de trenger mer hjelp og veiledning enn andre pasienter. Nettopp derfor, når hjelpebehovet er større, bør et ekstra fokus rettes mot prinsippene om brukervedvirkning og pasientsikkerhet (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

4.1.4 Mistro til helsevesenet

Kvinnenes erfaringer med å komme til kort ovenfor personell som skal bistå og hjelpe, kan bidra til å skape mistro mot helsevesenet. Noen av informantene uttrykker en mistillit til helsepersonell, også på bakgrunn av å bli møtt av tjenesteytere uten kulturell kompetanse. Eksempler på dette er press til å gjennomføre gynekologisk undersøkelse utført av mannlig helsepersonell (Gele et al., 2017) og at muslimske pasienter ikke har blitt orientert om gelatin i medikamentene som er foreskrevet, eller faren ved å endre DT2- regimet under Ramadan (Abuelmagd et al., 2017). Disse handlingene kommer inn under Ramsdens definisjon av kulturell utrygg sykepleie, som innbefatter alt som usynliggjør eller nedverdiger pasientens kulturelle identitet og velvære (NCNZ, 2011). Et resultat av mangel på tillitt kan igjen føre til et underforbruk av helsetjenester hos denne pasientgruppen (Gele et al., 2016; Gele et al., 2017; Nutbeam, 2008).

4.2 Sykepleierens kunnskap om health literacy

Gele et al. (2016) påpeker at health literacy ikke utelukkende dreier seg om en tilstand i individet, men at det også innbefatter og fordrer en kulturell kompetent tjenesteutøver og et forståelig helsesystem. Dette er i tråd med Nutbeam (2000) som understreker at helsepersonell må lære mer om pasientgrupper med lav health literacy for å kunne skape kommunikasjon og samhandling. Men, ifølge Jenum & Pettersen (2014) er health literacy fortsatt ikke et innarbeidet begrep i det norske helsevesenet. Mine egne erfaringer fra utdanning og praksis støtter opp om dette. Ute i institusjonene eksisterer det lite refleksjon rundt det faktum at helsesystemet fremstår som utilgjengelig for noen pasientgrupper, og på hvilken måte tjenestene som ytes bør tilrettelegges for den enkelte.

4.2.1 Behov for kompetanseheving

Det er grunn til å tro at mer undervisning om health literacy og adekvate verktøy i utdanningen vil kunne forbedre pasientopplæringen og få positivt utfall for pasienten. I klinikken kartlegges graden av smerte og kvalme med en rekke verktøy, men når det kommer til pasientens health literacy-nivå blir dette opp til den enkelte sykepleierens skjønnsmessige vurdering. Mer enn 50% av sykepleierne i Cafieros undersøkelse kjente ikke til kartleggingsverktøy for health literacy (Cafiero, 2013). De hadde begrenset kunnskap om effekten av lav health literacy på utnyttelse av helsetjenester, evaluering av skriftlig pasientinformasjon og hvordan pasientopplæring bør aktivisere pasienten til deltakelse. Nesten 50% svarte at health literacy sjelden eller aldri ble vektlagt som en del av pensum under utdanningen. Samtidig avdekker studien til Toronto & Weatherford (2016) at noen av sykepleierne, på tross av lite formell opplæring vedrørende health literacy, benytter strategier for pasientundervisning som regnes som best practices.

4.2.2 En tillitsbasert pasientrelasjon

Pasientens manglende kompetanse blir gjerne avdekket gjennom måten pasienten uttaler seg om sykdommen eller egenbehandlingen (Toronto & Weatherford 2016). Samtidig er ikke pasientens ferdigheter opplagte. For det første kan pasienter med lav health literacy forsøke å skjule dette, for eksempel er det stigma knyttet til å ikke kunne lese. For det andre kan sykepleieren overvurdere nivået av health literacy, og trekke feil slutninger, gjerne basert på at pasienten nikker (Toronto & Weatherford 2016). Et hovedpoeng i Ramsdens teori om kulturell

trygghet er at sykepleieren skaper tillit i pasientrelasjonen (Viken & Magelssen, 2010). Sykepleiere som utviste empati, omsorg og tilstedeværelse over tid, klarte å innhente viktig informasjon om reelle behov hos pasienten (Toronto & Weatherford, 2016). Dette forskningsfunnet støtter opp om Ramsdens tanker om den tillitsbaserte pasientrelasjonen.

4.2.3 Kulturell bevissthet

Ramsden understreker kjennskap til pasientens sosialpolitiske forhold som avgjørende i pasientrelasjonen, og at sykepleieren må være oppmerksom på forskjeller i levekår (Viken & Magelssen, 2010). Dette er relevant med tanke på at lav health literacy i stor grad er et problem for lite integrerte innvandrere i Norge (Gele et al., 2016; HOD, 2013; Vrålstad & Viggen, 2017). Sykepleieren må møte pasienten der hun er, og jobbe for å skape en likeverdig relasjon, ifølge Ramsden. I et heterogent samfunn bør pasientens forutsetninger til å nyttiggjøre seg av helsetjenestene være utgangspunktet (HOD, 2013). I sin ytterste konsekvens kan sykepleierens uvitenhet om pasientens health literacy og bakgrunn true pasientsikkerheten. Ved å utøve kulturell bevissthet i tråd med Ramsdens tretrinns-modell kan sykepleieren selv lære og forstå mer av ulike kulturelle uttrykk, og at forskjeller kan sameksistere (Viken & Magelssen, 2010). En av sykepleierne fremhever erfaring som en styrke "- After many years, I have learned about many cultures...the words I use are different now" (Toronto & Weatherford, 2016).

4.3 En tilpasset helsekommunikasjon

WHO stadfester at 80 % av verdens befolkning tilhører en muntlig og visuell kultur, hvor læring foregår gjennom å se og lytte (WHO, 2013). Det er mulig at helsepersonell overser et reelt behov hos en stor pasientgruppe, gjennom å ikke tilrettelegge for adekvat helsekommunikasjon. Det er en betydelig sykepleieroppgave å formidle forståelig informasjon og veiledning. Forskning avdekker at minoriteter med dårlige språkkunnskaper og lav grad av health literacy, har behov for differensiert og tilpasset helseinformasjon (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2016; Telle-Hjellset et al., 2013). Gele et al. (2016) peker på at kvinnene har opplevd et brudd med sin storfamilie og sitt tradisjonelle nettverk for overføring og deling av helseinformasjon. Kompetanse og strategier som var gyldige i hjemlandet fungerer ikke lengre, og i en skriftbasert kultur erfarer analfabeter at de ikke lengre kan orientere seg og derfor er avhengig av andres hjelp. I tillegg kommer muntlige språkvansker. Slike tap som migrasjon fører med seg kan resulterer i en følelse av skam og utilstrekkelighet (Magelssen, 2008).

4.3.1 Kultursensitivitet

Studien til Toronto og Weatherford påpeker nettopp viktigheten av at pasientveiledning- og opplæring foregår "...in a shame-free environment " (2016, s.13). Utfordringen for sykepleieren kan være å skape en tillitsfull pasientrelasjon. Tidligere erfaringer har resultert i mistro til helsepersonell hos flere av kvinnene, da de opplevde å ikke bli sett og hørt (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2017). Ifølge Ramsdens teori hviler ansvaret for å fremme trygghet på sykepleieren (Viken & Magelssen, 2010). Alle møter er to-kulturelle, sier Ramsden, da sykepleieren bringer med seg sin spesielle yrkeskultur. I tillegg til å være oppmerksom på maktforholdet i relasjonen, må sykepleieren gå inn i seg selv og reflektere over hva hun bringer med seg egne erfaringer, og hvordan dette virker inn på motparten. Da utøver hun kulturell sensitivitet, som er det andre trinnet mot kulturell trygghet for minoritetspasienten (Viken & Magelssen, 2010).

4.3.2 Health literacy som en ressurs

Lav grad av health literacy kan medføre at valgene man foretar gir dårligere helse (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2017; Telle-Hjellset et al., 2013). Gele et al. (2016) viser til forskning som avdekker at innvandrere i større grad behandler sykdom fremfor å forebygge. Kunnskapsmangel får konsekvenser utover kvinnene selv, ifølge Gele et al. (2016). Mange somaliske mødre er aleneforsørgere i barnerike familier, og helsevalgene til mor får innvirkning på barna. Samtidig er ikke health literacy en statisk størrelse. Både Nutbeam (2008) og Sørensen et al. (2012) understreker at health literacy har endringspotensiale og kan styrkes. Som en ressurs kan health literacy fremme helse, og gjennom skreddersydde opplegg og økt brukermedvirkning kan pasienten utvikle kunnskaper og styrke egen mestring (Finbråten 2018; Nutbeam, 2008; Telle-Hjellset et al., 2013). I denne prosessen er sykepleierens rolle avgjørende. Forskningsfunn synliggjør ulike forhold som er med på å tilrettelegge for en best mulig helsekommunikasjon: tilstrekkelig tid, tilgang til tolk, muntlig informasjonsoverføring fremfor skriftlig, enkel og tydelig tale, samt bruk av bilder og modeller istedenfor tekst (Abuelmagd et al., 2018; Cafiero, 2013; Gele et al., 2017; Mengesha et al., 2018; Telle-Hjellset et al., 2013).

4.3.3 Tid

De australske sykepleierne opplevde at selv om de tok i bruk anatomiske modeller og plansjer ble formidlingsprosessen omstendig, med mange gjentakelser. Noen språk hadde heller ikke alle ordene på kvinnelig anatomi (Mengesha et al., 2018), og kvinnene manglet elementære bakgrunnskunnskaper om kropp og helse. Derfor brukte man lengre tid på informasjon og veiledning til kvinner med innvandrerbakgrunn enn til de etnisk australske pasientene. Funn avdekker også at tid er noe kvinnene etterlyste, og de følte seg avskrevet når de ikke fikk forklart seg ordentlig (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2017).

4.3.4 Tilpassing av skriftlig materiale

Den skriftlige informasjonen bør være på morsmål (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2017; Telle-Hjellset et al., 2013). Skriftlig materiale på norsk gjorde informasjonen vanskelig og utilgjengelig, og mange måtte ha hjelp til å oversette og forklare innholdet. Flere av sykepleierne i studien til Toronto & Weatherford (2016) vektla at det skriftlige materialet måtte være enkelt formulert og med forklarende illustrasjoner. Cafiero (2013) fant derimot at sykepleiere med liten opplæring vedrørende health literacy stort sett benyttet skriftlig materiale i pasientveiledning og undervisning, og sjelden sjekket om innholdet var tilpasset pasientens nivå og ferdigheter.

4.3.5 Muntlig informasjonsoverføring foretrekkes

Funn i forskningen viser også at kvinnene helst ønsket seg muntlig informasjon på morsmål, med mulighet for dialog (Abuelmagd et al., 2018; Gele et al., 2017). For analfabeter ble den skriftlige informasjonen ubrukelig, uansett hvilket språk den er trykket på. Skriftlig informasjon fra kreftregisteret risikerte å bli kastet (Gele et al., 2017). Muntlige kulturer foretrekker ansikt-til-ansikt kommunikasjon, noe som bør reflekteres i samhandlingen med pasienten (WHO, 2013). Kvinnene i intervensjonsstudien til Telle-Hjellset et al. (2013) profiterte på en slik tilrettelagt undervisning, med gjentatte samlinger som foregikk på morsmål, og med utstrakt bruk av dialog og bilder. Når sykepleieren utøver kulturell trygg pleie er pasientens bakgrunn likestilt med sykepleierens egen (Viken & Magelssen, 2010). Hvis pasienten opplever den muntlige overføringstradisjonen som tryggere enn skriftbasert informasjon, bør dette være strategien som benyttes. Ramsden anbefaler sykepleieren å benytte dialogbasert kommunikasjon med åpne spørsmål til pasienten, og at pasienten inviteres til deltakelse (Viken

& Magelssen, 2010). Å få pasienten til å repetere informasjonen, gjerne flere ganger, nevnes av Jenum & Pettersen (2014) som et nyttig verktøy for å bekrefte at pasienten har forstått innholdet i undervisning og opplæring. Teach-back metoden muliggjør også korrigerende av eventuelle misoppfatninger. Kun en av sykepleierne refererte til denne måten å evaluere pasientens forståelse på (Toronto & Weatherford, 2016) og deltakerne i Cafieros studie hadde liten kunnskap om å aktivisere voksne pasienter i undervisningen (Cafiero, 2013). Funnene er med på å understreke viktigheten av mer opplæring av helsepersonell om health literacy og effektive virkemidler innenfor helsekommunikasjon, både i utdanningen og som en del av den faglige oppdateringen for sykepleiere i jobb.

4.3.6 Forutsetninger for å lykkes

Å engasjere pasienten og pasientgrupper til deltakelse blir en løsning som ikke bare har effekt i den aktuelle opplæringssituasjonen, men som også kan føre til varige endringer og styrke graden av interaktiv health literacy (Nutbeam, 2000; Telle-Hjellset et al., 2013). I tråd med empowerment-tankegangen kan et samarbeid mellom helsepersonell og pasienter med lav health literacy føre til forandringer, men det krever tid, kulturell tilrettelegging og tett oppfølging (Telle-Hjellset et al., 2013). Flere forskningsfunn understreker at helsekommunikasjon ovenfor pasienter med lav health literacy forutsetter tilgang på ressurser. Sykepleierne oppga mangel på tid, tolker, adekvat undervisningsmateriale og begrenset opplæring om pasientgruppens behov som organisatoriske hindringer (Cafiero, 2013; Mengesha et al., 2018; Toronto & Weatherford, 2016). Av dette kan det avledes at ansvaret for å bedre innvandrerkvinnens helse må løftes opp på et høyere nivå. Dette ansvaret kan ikke hvile på sykepleieren alene. Skal sykepleieren kunne utføre et viktig arbeid i samsvar med yrkesetiske retningslinjer og lovverk, må disse grunnleggende premisene være oppfylt.

4.3.7 Språkbarrierer og tolkebruk

Å kunne kommunisere egne erfaringer og formidle behov til helsepersonell er en del av pasientens interaktive health literacy (Nutbeam, 2000). Flere av studiene slår fast at helsepersonell opplever møtet med innvandrerpatienten som utfordrende, fordi språkbarrierer setter begrensninger for informasjonsformidlingen, eller at tiden til rådighet blir spist opp av oversetting (Abuelmagd et al., 2018; Mengesha et al., 2018; Toronto & Weatherford, 2016). En mulig forklaring når det kommer til norske forhold, er at helsepersonell ikke har satt seg godt

nok inn i anbefalinger fra Helsedirektoratet og IMDI vedrørende tolkebruk. Tolk skal alltid benyttes hvis det er tvil om behovet (IMDI, 2018). Helsedirektoratets veileder slår fast at tolkning tar ekstra tid, og at dette må planlegges for (Helsedirektoratet, 2011). En persons hverdagsspråk kan komme til kort i helsekommunikasjon. Når godkjent tolk benyttes, kvalitetssikres kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Pasienten får muligheten til å gi informasjon om alle forhold som er relevant for en grundig datasamling (Magelssen, 2008).

4.3.8 Kulturell utrygghet med mannlig tolk

Når helsepersonell ikke er sitt ansvar bevisst, kan det resultere i negative erfaringer for pasienten. Flere av innvandrerkvinnene forteller at de ikke har blitt informert om retten til tolk. Noen benytter ektefellen som oversetter, selv om dette bryter med pasientens rett til privatliv, og at hun blir mindre åpen i samtalen (Gele et al., 2017). Et annet problem som studien til Mengesha et al. (2018) utforsker, er at kulturelle føringer gjør det vanskelig for ikke-vestlige innvandrerkvinner å snakke med en mannlig tolk tilstede. Spesielt gjelder dette hvis tema er knyttet til seksuell og reprodutiv helse. Hvilket kan utgjøre en stor del av helseproblematikken i et vanlig kvinneliv. Med en mann tilstede oppleves samhandlingen kulturell utrygg fra pasientens side, jamfør Ramsdens definisjon (NCNZ, 2011). Dermed er det avgjørende at tolken er av samme kjønn. Sykepleiere uttalte at de ikke klarte å yte kvalitetssikrede, fullverdige tjenester til innvandrerkvinner grunnet tolkens kjønn (Mengesha et al., 2018). Helsedirektoratets veileder trekker frem at man alltid bør undersøke hvilket kjønn på tolken som pasienten foretrekker (Helsedirektoratet, 2011). Dette samsvarer med ønskene i fokusgruppene som diskuterte cervical cancer-screening (Gele et al., 2017). Kvinnene foreslo mer muntlig informasjonsoverføring om tilbudet gjennom tospråklig kvinnelig helsearbeider eller gjennom kvinnelig tolk. Sykepleier kan bidra til å tilrettelegge for kultursensitiv kommunikasjon gjennom å være var ovenfor pasientens bakgrunn (Magelssen, 2008) og sikre trygge rammer gjennom å spørre om pasientens preferanser.

5 Konklusjon

Funnene i denne litteraturstudien viser en sammenheng mellom lav grad av health literacy og risiko for dårligere helseutfall. Videre avdekker funnene at ikke-vestlige innvandrerkvinner ikke får den tilpassede helseinformasjonen som lovverket pålegger sykepleieren og annet helsepersonell å yte. Dette innebærer at likeverdige helsetjenester ikke kommer denne pasientgruppen til gode. Innvandrerkvinner har negative erfaringer som resulterer i mistillit til helsevesenet. Samtidig er de i en avhengighetsposisjon, og må ha hjelp. Tillit blir avgjørende for å kunne skape et godt utgangspunkt for helsekommunikasjonen. Kjønn på helsepersonell og tolk innenfor reproduktiv og seksuell helse er et hovedanliggende for informantene i forhold til hva som bør forbedres. Pasienten risikerer feil eller mangelfull behandling fordi kulturelle føringer gjør det umulig å formidle spørsmål eller problemer relatert til kvinnehelse med en mann tilstede. Kvinnene trenger også tid og ønsker en muntlig kunnskapsoverføring.

Forskningsfunnene avdekker at sykepleierne mangler grunnleggende kunnskaper angående health literacy, og hvilke tiltak som er adekvate for å sikre tilpassede helsetjenester som pasienten har utbytte av. De trenger å lære mer om health literacy-fremmende verktøy, og etterlyser ressurser i arbeidet med å tilpasse en health literacy-vennlig helsekommunikasjon. Selv om sykepleieren har et individuelt ansvar må forholdene for å yte god og helhetlig sykepleie tilrettelegges på et organisatorisk nivå. Siden noen av studiene ikke er gjennomført i Norge, blir det vanskelig å trekke en konklusjon vedrørende norske institusjoner. Egen praksiserfaring tilsier at det ikke er optimale vilkår ved sykehusene. Norsk forskning på dette feltet er ønskelig.

Dagens sykepleiere forventes å gi en kulturelt tilpasset pasientopplæring. Mer undervisning om health literacy og hensiktsmessige verktøy i utdanningen vil kunne forbedre pasientopplæringen og få et positivt utfall for pasienten. Skriftlig informasjon benyttes i stor grad. Sykepleieren kan med fordel ta i bruk andre formater når hun veileder og underviser pasienter med lav grad av health literacy. Det er nødvendig med tiltak på alle systemnivåer for å sikre grupper av innvandrerkvinner et likeverdig og tilgjengelig tilbud. Forskerne peker på at det må jobbes tverrfaglig ovenfor denne sårbare gruppen. Empowerment av innvandrerkvinner er også essensielt for at de skal oppnå bedre helse; ved at de styrker sine kunnskaper, ferdigheter og kompetanse knyttet til helseforståelse.

Litteraturliste

Abuelmagd, W., Håkonsen, H., Mahmood, K. Q. U. A., Taghizadeh, N., & Toverud, E. L. (2018). Living with diabetes: personal interviews with Pakistani women in Norway. *Journal of immigrant and minority health*, 20(4), 848-853. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0622-4>

Alpers, L-M. (2018). Sykepleieres kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (Red). *Migrasjon, helse og profesjon*. (s.26-43). Oslo: Gyldendal forlag.

Cafiero, M. (2013). Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. *Journal of health communication*, 18(sup1), 70-81. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825665>

Claus, I. B., & Viken, B. (2004). Generell sykepleie: Sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien*, 92(07), 40-43. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0030>

Dalland, O. (2013). Hva er metode? I O. Dalland (Red), *Metode og oppgaveskriving*, (5.utg.), (s.111-122). Oslo: Gyldendal forlag.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2013). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving*, (5.utg.), (s.63-81). Oslo: Gyldendal forlag.

Finbråten, H.S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Gammersvik, Å., & Larsen, T. (Red.). (2018). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>

Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B., & Diaz, E. (2017). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *International journal of women's health*, 9, 487 <https://doi.org/10.2147/IJWH.S139160>

Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/242/Veileder%20om%20kommunikasjon%20via%20tolk%20for%20ledere%20og%20personell%20i%20helse%20og%20omsorgstjenesten%20fullversjon%20IS-1924.pdf>

Helse-og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse-og omsorgstjenester -og helse for alle Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra :

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>

Helse-og omsorgsdepartementet (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Integrerings-og mangfoldsdirektoratet (2019). *Tolking i offentlig sektor*. Hentet fra:

<https://www.imdi.no/tolk/>

Ingstad, K. (2016). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J (2016) Å styrke pasientens ressurser. I Kristoffersen, N. J, Nordtvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (s.349-406). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for Sykepleieutdanning*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lovdata. (2011). Helse-og omsorgstjenesteloven. Lov om kommunale helse- og

omsorgstjenester LOV-2011-06-24-30. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>

Lovdata. (1999). Pasient-og brukerrettighetsloven. Lov om pasient-og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene* (2.utg). Oslo: Akribe Forlag.

Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women. *Sexual & reproductive healthcare*, 16, 199-205. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.007>

Norsk Sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2010). Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling–på rett sted–til rett tid. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. Hentet fra : <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Nursing Council of New Zealand (2011). Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori health in Nursing Education and Practice. Hentet fra: [file:///C:/Users/ntAlderspsyk4/Downloads/Guidelines%20for%20cultural%20safety,%20the%20Treaty%20of%20Waitangi,%20and%20Maori%20health%20in%20nursing%20education%20and%20practice%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ntAlderspsyk4/Downloads/Guidelines%20for%20cultural%20safety,%20the%20Treaty%20of%20Waitangi,%20and%20Maori%20health%20in%20nursing%20education%20and%20practice%20(2).pdf)

Pettersen, K. S., & Jenum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning 2014* 9(3)(272-280)n <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>

Statistisk Sentralbyrå. (2019). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn. Hentet 1.april 2019 fra: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>

Stokke, Olga (2012). Voksen, men må leses for. Hentet fra:

https://www.aftenposten.no/norge/i/Advoj/Voksen_-men-ma-leses-for

Store norske leksikon (2019). Paulo Freire. Hentet fra : https://snl.no/Paulo_Freire

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Telle-Hjellset, V., Kjøllesdal, M. K. R., Bjørge, B., Holmboe-Ottesen, G., Wandel, M., Birkeland, K. I., & Høstmark, A. T. (2013). The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomised controlled trial with a culturally adapted education programme improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women. *British Journal of Nutrition*, 109(3), 529-538. <https://doi.org/10.1007/s10903-009-9290-3>

Toronto, C. E., & Weatherford, B. (2016). Registered nurses' experiences with individuals with low health literacy: A qualitative descriptive study. *Journal for nurses in professional development*, 32(1), 8-14. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000211>

Vrålstad, S., & Wiggen, K. S. (2018). Levekår blant innvandrere i Norge 2016. Oslo: SSB. Hentet fra: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekar-blant-innvandrere-i-norge-2016>

Viken, B. & Magelssen, R. (2010). Kulturelle forskjeller og dialog. I Kumar.B. N & Viken.B (Red). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. (s-59-80). Bergen: Fagbokforlaget.

United Nations (2018). The International Migration Report 2017. Hentet fra:

<https://www.un.org/development/desa/publications/international-migration-report-2017.html>

World Health Organization (WHO, 2013). Health literacy. The solid facts. Hentet fra:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

Wikipedia (2019). Hentet fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Kommunikasjon>

Vedlegg Tabell 1 Søkehistorikk

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
Pubmed 28.3	Siste 5 år	Health literacy AND Immigrant AND women	14902 78 40	3	2	"Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo", (Gele et al)
Swemed+ 28.3	Female	Immigrant women Interpreter #1 AND #2 Immigrant AND #2	60 346 0 2	5 0 2	0 0 0	
Google Scholar	Siste 5 år	Somali women Norway Screening				"Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study", (Gele et al)
Pubmed 1.4		Migrant women AND Interpreters	2520 1846	2	1	"Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The

		#1 AND #2	22			experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women", (Mengesha et al)
Chinal 2.4	Journal of health Communication	Health Literacy AND Nurse experience	4971 92 40	2	1	"Nurse Practioners Knowlegde, Experience, and Intention to Use Health Literacy Strategies in Clinical Practice" (Cafiero)
PubMed 2.4		Patient Education AND Health Literacy AND Nurs*	453 183 98	4	2	"Registred Nurses Experiences With Induividuals With Low Health Literacy" (Toronto & Weatherford)
PubMed 2.4		Immigrants AND Diabetes AND Norway	 43 19	3	3	"Living with Diabetes: Personal Interviews with Pakistani Women in Norway",

						(Abuelmagd et al.) Bestilt utskrift fra skolens bibliotek.
Folkehelseinstituttet/ fhi.no 5.4						"The InnvaDiab-DE-PLAN study: a randomised controlled trial with culturally adapted education programme improved the risk profile for type 2 diabetes in Pakistani immigrant women", (Telle-Hjellset et al.)