

Helsehjelp uten skriftspråk

KRONIKK

KIWUMULO NAKANDI

robnakug@yahoo.com

Kiwumulo Nakandi jobber som migrasjonslege og er lege i spesialisering i samfunnsmedisin.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Analfabetisme, som ofte er skjult, er en betydelig barriere for lik tilgang til helsehjelp. For asylsøkere i Norge forsterkes utfordringene av språk- og kulturforskjeller.

Migrasjonsleger har som hovedoppgave å sikre medisinsk oppfølging, primært av asylsøkere og flyktninger som bosettes i eller utenfor kommunen. I tillegg til å kunne gi generell medisinsk behandling krever møter med personer i migrasjonsprosessen ferdigheter hos legen som går langt ut over stetoskopet og henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Jeg har selv erfart at rollen som migrasjonslege byr på unike utfordringer, spesielt med tanke på pasienter med manglende lese- og skriveferdigheter.

Lese- og skriveferdigheter over landegrenser

Lese- og skriveferdigheter danner fundamentet for effektiv kommunikasjon og beslutningstaking. Det defineres som evnen til å identifisere, forstå, tolke, skape og kommunisere ved hjelp av trykket og skrevet materiale (1). Det handler ikke bare om å lese og skrive, men også om tallforståelse og visuell lesing, altså evnen til å tolke bilder og symboler (2). I en helsesammenheng omfatter dette også helsekompetanse, altså evnen til å finne, forstå og bruke helseinformasjon for å ta informerte beslutninger om egen helse (3).

På verdensbasis er analfabetisme fortsatt en stor utfordring. UNESCO anslår at omtrent 754 millioner voksne mangler grunnleggende lese- og skriveferdigheter (4). En fersk rapport viste at selv om Norge ligger høyt når det gjelder lese- og regneferdigheter, har innvandrere i Norge lavere ferdighetsnivå enn ikke-innvandrere (5). Grunnene kan være mange, og ferdighetsnivået varierer betydelig mellom land og individer. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at en stor andel av asylsøkere og flyktninger til Norge de

siste tiårene har kommet fra land der utdanningssystemene kan ha vært svekket av konflikter eller mangel på ressurser (6). Forskjellen kan få alvorlige konsekvenser for hvordan asylsøkere benytter seg av helsetjenester.

Kultur og skam

Jeg har sett at analfabetisme blant asylsøkere ofte har sammenheng med begrenset skolegang, særlig for dem som har levd i konfliktområder med sårbare utdanningsinstitusjoner. Kulturelle faktorer spiller også inn, da enkelte samfunn ikke prioriterer utdanning for kvinner eller marginaliserte grupper (7). I tillegg møter mange asylsøkere hindringer for å delta i opplæring eller undervisning etter ankomst, enten det gjelder jobbforpliktelser, familieansvar eller mangel på ressurser til voksenopplæring (7).

«Stigma knyttet til analfabetisme er en stor barriere for å kartlegge pasienters ferdighetsnivå. Mange går langt for å skjule vanskene sine i frykt for å bli dømt eller diskriminert»

Det kan være utfordrende å vurdere en pasients leseferdigheter i en konsultasjon. Direkte spørsmål om dette kan føre til skam eller at pasienten skjuler sine utfordringer (8). Stigma knyttet til analfabetisme er en stor barriere for å kartlegge pasienters ferdighetsnivå (8). Mange går langt for å skjule vanskene sine i frykt for å bli dømt eller diskriminert. De later som de forstår skriftlig informasjon, signerer dokumenter de egentlig ikke kan lese og unngår å be om forklaring (9).

Når kommunikasjon forsvinner i tallene

Analfabetisme i helsesituasjoner kan få alvorlige følger. Pasienter med lave leseferdigheter har ofte dårligere tilgang til helsetjenester, lavere evne til å håndtere helseproblemer på egenhånd og generelt dårligere helseutfall (9). Funn viser også at lave leseferdigheter gir dårligere evne til å beskrive helseproblemer (10).

Se for deg at en kvinne kommer til en konsultasjon der du videreformidler medisindose og -varighet både muntlig og skriftlig. Du er til og med behjelpelig med å legge inn dette i kalenderen på telefonen hennes. Kvinnen tar imot medisinen, men neste gang spør hun deg via telefontolk hvor lenge hun skal ta medisinen sin. Det viser seg at kvinnen ikke kunne lese oversikten du ga, til tross for at hun bruker mobiltelefon til enkle oppgaver under konsultasjonen.

Et annet eksempel gjelder smerte. Smertefølelse er en subjektiv størrelse, og grad av smerte blir ofte kartlagt ved hjelp av en verbal numerisk skala. En slik kartlegging må baseres på pasientens egen opplevelse, men skalaen kan i denne pasientgruppen være vanskelig å forholde seg til. En pasient med analfabetisme vil for eksempel ikke nødvendigvis vite hvordan man beskriver smerte numerisk.

Eksemplene understreker viktigheten av å ha bevissthet rundt leseferdigheter og helsekompetanse i pasientbehandling og hvor vanskelig dette kan være å fange opp uten strategisk kartlegging av pasientens leseforståelse.

Analfabet i nytt land

Jeg har ofte hørt argumentet om at denne gruppen, som tross alt har klart å komme seg fra hjemlandet til Norge, overdriver utfordringene med analfabetisme. Jeg er uenig. Det å være analfabet i eget hjemland innebærer ofte at man kjenner det lokale språket, symbolene og kulturen, noe som kan dempe praktiske vansker i hverdagen (11). Man kan for eksempel støtte seg på muntlig overlevering, hjelp fra nettverk eller visuelle tegn i omgivelsene. Men å være analfabet i et nytt land innebærer en helt annen virkelighet. Asylsøkere og flyktninger møter ikke bare stigmaet rundt analfabetisme, men også språkbarrierer, ukjente systemer og nye kulturelle forventninger (11). Oppgaver som det å fylle ut skjemaer, lese skilt eller forstå medisinske instruksjoner blir langt mer kompliserte når man ikke forstår språket (11). Mangelen på sosiale nettverk og kjente støttestrukturer i det nye landet øker risikoen for feilinformasjon og misforståelser, særlig i helsevesenet, og gjør denne gruppen ekstra sårbar (12).

«Det å være analfabet i eget hjemland innebærer ofte at man kjenner det lokale språket, symbolene og kulturen, noe som kan dempe praktiske vansker i hverdagen. Men å være analfabet i et nytt land innebærer en helt annen virkelighet»

Utfordringene forsterkes ytterligere av språkbarrierene (13). Som helsepersonell er vi ofte avhengige av tolk i møte med pasienter som ikke snakker norsk (14). Selv om tolker er helt nødvendige, har jeg opplevd at deres kommunikasjonsstil noen ganger kan skjule pasientens lesevansker, særlig når tolkene kun formidler meningsinnhold (15). Med telefontolk er det i tillegg vanskeligere å fange opp ikke-verbale signaler (16), som usikkerhet når pasienten får utdelt skriftlig informasjon. Dette gjør det mer utfordrende å tilpasse behandlingen etter pasientens faktiske behov.

Kartlegging ved det første møtet

Å ivareta pasienter med analfabetisme i helsevesenet krever en helhetlig tilnærming. I konsultasjoner bør vi bruke et enkelt og tydelig språk (17). Etter over et år i denne stillingen har jeg lært meg å bruke førstegangskonsultasjonen til å vurdere leseferdigheter. Jeg spør hvilket land pasienten kommer fra og hvilket/hvilke språk de snakker. For flerspråklige pasienter spør jeg alltid: «Kan du lese og skrive på alle disse språkene?» Da får jeg vanligvis en oversikt over ferdighetsnivået. For enspråklige pasienter spør jeg: «Hvis jeg sender deg en melding på engelsk eller norsk, kan du lese den på ditt språk gjennom en oversetterapp?» Hvis svaret ikke er et tydelig nei, går jeg videre til spørsmål om utdanningsbakgrunn. Deretter blir det naturlig å spørre om leseferdigheter dersom det fortsatt er uklart. Dette kan virke som mange spørsmål for ett enkelt tema, men stigmaet rundt leseferdigheter gjør det langt fra enkelt.

Når det gjelder å forklare medisinerbruk og behandlingsplan, er visuelle hjelpemidler nyttige, for eksempel bilder, videoer eller enkle diagrammer (18). Selv har jeg forsøkt å bruke piktogrammer med symboler for tid på døgnet, men dette er utfordrende med tanke på årstider og lysforhold. Muntlige oppsummeringer bør alltid følge skriftlig materiale, og pasienter bør oppfordres til å gjenta instruksjonene for å sikre at de har forstått dem (18). Jeg har lært meg å gjenta behandlingsplanen tre ganger før konsultasjonen avsluttes. Ved analfabetisme er oppfølgingskonsultasjoner spesielt viktige for å sikre etterlevelse.

«Muntlige oppsummeringer bør alltid følge skriftlig materiale, og pasienter bør oppfordres til å gjenta instruksjonene for å sikre at de har forstått dem»

Vi må skape et inkluderende og trygt helsevesen der vi styrker pasientenes mestring og gir god og trygg behandling for alle. Jeg vil oppfordre helsepersonell, særlig leger, til å anerkjenne og håndtere utfordringer knyttet til pasienters lese- og skriveferdigheter. For å gjøre det må vi bruke strategier som identifiserer og støtter dem som har begrensede eller ingen leseferdigheter.

REFERENCES

1. UNESCO. Literacy. <https://uis.unesco.org/en/glossary-term/literacy> Lest 1.3. 2025.
2. UNESCO. Numeracy. <https://learningportal.iiep.unesco.org/en/glossary/numeracy> Lest 3.1.2025.
3. WHO. Health literacy. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy> Lest 3.1.2025.
4. UNESCO. Literacy. <https://uis.unesco.org/en/topic/literacy> Lest 3.1.2025.
5. Statistisk sentralbyrå. Voksnes ferdigheter i lesing, regning og problemløsning i teknologi-rike omgivelser. Rapport nr.: 2024/44. s. 66. https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/artikler/voksnes-ferdigheter-i-leseforstaelse-tallforstaelse-og-adaptiv-problemløsning/_/attachment/inline/ed1f2018-a0b1-4c7f-819d-34fbb33c3974:beaa84b0828cda6ced31e87c5c10f133890e7731/RAPP2024-44.pdf Lest 30.5.2025.
6. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere i Norge 2023. Rapport nr.: 176. s. 11–13. https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/artikler/innvandrer-i-norge-2023/_/attachment/inline/80cac6c5-0945-4c2c-853d-5b58dba589f5:998a84e25c95b73184abb9db8cd1e7d4308e0697/SA-176_web.pdf Lest 30.5.2025.
7. Council of Europe. Language learning in the context of migration and integration – Challenges and options for adult learners. <https://rm.coe.int/16802fc1d6> Lest 3.1.2025.

8. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR et al. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Educ Couns* 1996; 27: 33–9. [PubMed][CrossRef]
9. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 319. [PubMed][CrossRef]
10. Dexter ER, Levine SE, Velasco PM. Maternal schooling and health-related language and literacy skills in rural Mexico. *Comp Educ Rev* 1998; 42: 139–62. [PubMed][CrossRef]
11. Adami H. The role of literacy in the acculturation process of migrants. Council of Europe.
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016802fc1b7> Lest 23.4.2025.
12. Pandey M, Maina RG, Amoyaw J et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 741. [PubMed][CrossRef]
13. Artieda G. The role of L1 literacy and reading habits on the L2 achievement of adult learners of English as a foreign language. *System* 2017; 66: 168–76. [CrossRef]
14. Ślusarczyk P. Hugs tolken! *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0904. [PubMed][CrossRef]
15. Gude T. Bruk av tolk–det er vel greit? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 637–8.
16. Cho J. Interpreters as translation machines: Telephone interpreting challenges as awareness problems. *Qual Health Res* 2023; 33: 1037–48. [PubMed][CrossRef]
17. Mayeaux EJ, Murphy PW, Arnold C et al. Improving patient education for patients with low literacy skills. *Am Fam Physician* 1996; 53: 205–11. [PubMed]
18. Mbanda N, Dada S, Bastable K et al. A scoping review of the use of visual aids in health education materials for persons with low-literacy levels. *Patient Educ Couns* 2021; 104: 998–1017. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 20. august 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0331

Mottatt 14.5.2025, første revisjon innsendt 25.5.2025, godkjent 30.5.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.