

MASTEROPPGAVE

**Ernæring-, helse- og miljøfag
Mai 2010**

Hvordan tar sykehusleger hensyn til pasienters health literacy og mestringsforventning i sin helsekommunikasjon?

**Astrid Fjell
Avdeling for helse, ernæring og ledelse**

Sammendrag

Bakgrunn

Health literacy dreier seg om enkeltpersoners evne til å lese, forstå, skaffe seg tilgang på, kritisk vurdere og fornuftig anvende helseinformasjon for ervervelse og opprettholdelse av best mulig helse. Studier viser til at pasienter med lav health literacy kan ha problemer med å formidle symptomer eller bekymringer til legen under konsultasjonen. Andre studier indikerer at pasienter med lav health literacy forlater lege eller sykehus med manglende forståelse for hvordan de skal etterleve anbefalte råd eller behandlingsregimer. Like viktig som etterlevelse er pasientens tro på å kunne gjennomføre behandlingen eller anbefalte råd, såkalt mestringsforventning.

Betydning av helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon kan beskrives som ulike strategier for å bidra til en dialog med pasienten, i den hensikt å forbedre helsen. Ved å ta hensyn til pasientens health literacy nivå, er helsekommunikasjonen tilpasset en pasients ferdigheter og egenskaper til å kunne forstå et helsebudskap. Det er svært viktig at legen tilpasser sin helsekommunikasjon til den enkelte pasient for å kunne kartlegge pasientens sykdomsbilde og bekymringer. I forhold til å styrke pasientens mestringsforventning, er tilpasset helsekommunikasjon vesentlig for å kunne kartlegge pasientens egen oppfatning og tanker rundt egne evner til å kunne mestre etterlevelse av råd eller behandling. Denne studien har til hensikt å se nærmere på disse forholdene og har følgende problemstilling: *”Hvordan tar sykehusleger hensyn til pasienters health literacy og mestringsforventning i sin helsekommunikasjon?”*

Metode

Det ble foretatt 8 kvalitative forskningsintervjuer av sykehusleger på 4 ulike sykehus i Rogaland og Hordaland. Inkluderingskriteriet var minst 2 års ansiennitet.

Tolkede funn

Legene oppga av helsekommunikasjonen skal være avklarende for pasienten. Faktorer som respekt, empati, ærlighet, tillit og trygghet ble fremhevet som viktige i helsekommunikasjonen. For å kartlegge pasientens forståelsesnivå anvendte legene kontrollspørsmål og

tilbakemeldingene fra pasienten. De mest anvendte metoden for å forenkle helsekommunikasjonen var bruk av et enkelt språk, tegne og bruk av metaforer. For å styrke pasientens mestringsforventning, mente legene at informasjon var vesentlig. Også bruk av humor, forståelse og tilrettelegging, var faktorer som informantene mente var viktig i forhold til å styrke pasientens mestringsforventning.

Avslutning

Det gis inntrykk av at legene i stor grad tar hensyn til pasienten health literacy i helsekommunikasjonen. Det er også fokus på å styrke mestringsforventningen, selv om det kan gis ett inntrykk av at legene til tider i liten grad tar hensyn til om pasienten er innstilt på en atferdsendring.

Abstract

Background

Health literacy concerns individuals' ability to read, understand, gain access to, critical review and utilize health information sensible for the acquirement and maintenance of optimum health. According to analytical studies patient's with low health literacy may not be able to, or will find it hard to, communicate symptoms or concerns to the doctor during consultation. Studies also indicate that patients with low health literacy leave the consultation with lack of understanding. As a result the patients doesn't know how to follow up the advices or the treatments that has been given. In this regard one shall not forget that the patient's self-efficacy is as important as compliance.

Importance of Health Communication

Health Communication can be described as strategies which contribute to a dialogue between the doctor and the patient in order to improve the patient's health. By taking the patient health literacy into account, the health communication can be adjusted to the patient's skills and abilities. To map the patients worries and clinical picture the doctor's ability to adjust his/her health communication to the individual patients health literacy is of high importance. Adjusted health communication will increase the patient's self-efficacy and his/her understanding. This study intends to look deeper into these matters. The problem to be addressed is: "In which way do the doctors take the patient's health literacy into consideration when they communicate with patients?"

Method

Eight resembling interviews were held. The interviewee's where 8 doctors working at 4 different hospitals in Rogaland and Hordaland. The selection criterion was 2 years or more of seniority.

Interpreted findings

The doctors reported that health communication should be clarified for the patient. Honesty, respect, empathy, trust and security was pointed out as important factors in health communication. The doctors used control questions and feedback to map the patient's health literacy level. The most common methods used for simplifying the health communication were

use of simple language, drawings and metaphors.

Humor, understanding and empathy were pointed out, by the interviewees, as factors that affected the patient's self-efficacy.

Conclusion

The results show that doctors take the patients health literacy into account when they communicate with patients. The doctors also focused on strengthening the patient self-efficacy, but my impression is that doctors in low degree took the patient's openness for change of behavior into consideration.

Innhold

SAMMENDRAG	I
ABSTRACT	III
1. INNLEDNING	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Oppgavens videre oppbygging	3
2. HELSEKOMMUNIKASJON	5
2.1 Lege- pasient kommunikasjon	7
2.2 Legens kommunikasjonsatferd	8
3. HEALTH LITERACY	10
3.1 Fra Literacy til health literacy	10
3.2 Health literacy som risiko eller kapital	11
3.3 Hierarkisk nivåinndeling av health literacy.....	12
3.4 Health literacy og helseutfall	13
3.5 Lege-pasient kommunikasjon og health literacy	14
3.6 Å ta hensyn til health literacynivået	16
3.6. 1 Ulike metoder for å ta hensyn til health literacynivået.....	18
4. MESTRINGSFORVENTNING	21
4.1 Å styrke mestringsforventningen i en endringsprosess.....	23
5. FORHOLDET MELLOM HEALTH LITERACY, MESTRINGSFORVENTNING OG HELSEKOMMUNIKASJON	27
6. METODE	32
6.1 Forskningsdesign.....	32
6.2 Intervjuguide	33
6.3 Hermeneutikk.....	33
6.3.1 Forskerens for forståelse og bakgrunnskunnskap.....	34

6.4 Studiens validitet og reliabilitet	35
6.5 Studiens utvalg	38
6.5.1 Valget av sykehusleger som informanter	38
6.5.2 Rekruttering av informanter	38
6.5.3 Overførbarhet	40
6.6 Forskningsetiske betraktninger	40
6.7 Pilottest.....	41
6.8 Gjennomføring av intervjuene	41
6.9 Transkripsjon av intervjuene.....	41
6.10 Organisering og analyse av transkripsjonene.....	42
6.10.1 Fase 1: Lesing for helhetsinntrykk	42
6.10.2 Fase 2: Fra helhetsinntrykk til meningsbærende enheter.....	42
6.10.3 Fase 3: Fra kode til mening	43
6.10.4 Fase 4: Fra mening til analyse og tolkning.....	44
7. PRESENTASJON OG ANALYSE.....	45
7.1 Hva mener legene er god helsekommunikasjon med pasienter?.....	45
7.1.1 Kategori 1: Å kartlegge pasientens forståelsesnivå.....	45
7.1.2 Kategori 2: Avklarende for pasienten	47
7.1.3 Kategori 3: Respekt og empati	49
7.1.4 Kategori 4: Tillit og trygghet	51
7.1.5 Kategori 5: Ærlighet.....	52
7.1.6 Kategori 6: Å vurdere hvor mye informasjon som skal gis.....	53
7.1.7 Kategori 7: Tid.....	54
7.2 Hvordan oppfatter legene innholdet i health literacy begrepet?.....	55
7.2.1 Kategori 1: Informantens egen tolkning av health literacy	55
7.2.2 Kategori 2: Erfaringer med lav health literacy	56
7.2.3 Kategori 3: Utdanningsnivået betydning.....	58
7.3 Hvordan forholder legene seg overfor pasienter som har grunnleggende vanskeligheter med å forstå helseinformasjonen som blir gitt dem?	59
7.3.1 Kategori 1: Anvende enkelt språk.....	59
7.3.2 Kategori 2: Pedagogiske virkemidler.....	61
7.3.3 Kategori 3: Pasienter som gir inntrykk av å forstå budskapet.....	62
7.3.4 Kategori 4: Sosiokulturelle forskjeller	63
7.4. Hvordan vektlegger legene å styrke mestringsforventningen hos pasientene?.....	65
7.4.1 Kategori 1: Ansvarliggjøre pasienten.....	65
7.4.2 Kategori 2: Informasjon	67
7.4.3 Kategori 3: Empati og motivasjon	69
7.4.4 Kategori 4: Humor	70
7.4.5 Kategori 5: Realistiske mål	71
7.4.6 Kategori 6: Forenkle / legge til rette for.....	72
8. DISKUSJON.....	73

8.1 Metodediskusjon	73
8.1.1 Intervjuspørsmålene	73
8.1.2 Intervjusituasjonen	74
8.1.3 Informantene	75
8.2 Funndiskusjon	76
8.2.1 Hva mener legene er god helsekommunikasjon med pasienter?	76
8.2.2 Hvordan oppfatter innholdet i health literacy begrepet?	84
8.2.3 Hvordan forholder legene seg overfor pasienter som har grunnleggende vanskeligheter med å forstå helseinformasjonen som blir gitt dem?.....	86
8.2.4 Hvordan vektlegger legene å styrke mestringsforventningen hos pasienten?	90
8.3 Mulige sammenhenger mellom mestringsforventning og health literacy i mine funn	95
8.5 Avsluttende kommentar	96
9. LITTERATURLISTE	98
VEDLEGG 1	108
VEDLEGG 2	109
VEDLEGG 3	111

1. Innledning

I stortingsmelding nr. 16 (2002- 2003) *Resept for et sunnere Norge*, vektlegges det å skape gode forutsetninger for at enkeltindividet skal kunne ta ansvar for egen helse. Helsearbeidere har en forpliktelse til å forsøke å redusere risikoen for fremtidig helseskade for det enkelte individ. Individuelt forebyggende arbeid kan medvirke til at individet får større innsikt og gjør bevisste valg vedrørende helsen, noe som styrker opplevelsen av kontroll og mestring (ibid).

Dette innebærer at pasientrollen har endret seg til å være passiv og autoritetstro, til å være aktiv deltagende i egen behandling (NOU 2005: 3, 2005). Pasienter har i større grad fått lovfestet rettigheter og tilgang på helserelatert kunnskap. Det er registrert betydelige ulikheter i hvordan pasientene benytter seg av disse mulighetene, noe som er betinget ut i fra pasientenes forutsetninger for å tilegne seg denne informasjonen (ibid). *Health literacy- HL-* er et nøkkelbegrep i denne sammenhengen (Williams, Davis, Parker & Weiss, 2002). Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, WHO) definerer health literacy som: “(...) *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.*” (WHO, 1998, s. 10). Man ser at pasienter med lav health literacy har hyppigere sykehusinnleggelse, mindre kunnskaper og forståelse vedrørende egne helseproblem, høyere helseutgifter og lavere helsestatus (Weiss et al., 2005).

Leger og annet helsepersonell må derfor være spesielt oppmerksomme på grupper av pasienter som har større behov for å bli kjent med sine rettigheter og få kunnskap om sykdommen og behandlingmuligheter (NOU 2005: 3, 2005). Pasienters nivå av health literacy vil trolig kunne influere på helsekommunikasjonen mellom lege og pasient (Roter, 2005). Helsekommunikasjon blir av Ratzan definert som:

The art and technique of informing, influencing, and motivating individual, institutional, and public audiences about important health issues. The scope of health communication includes disease prevention, health promotion, health care policy, and the business of health care as well as enhancement of the quality of life and health of individuals within the community (Ratzan, 1994, s. 361).

I Norge trådte lov om pasientrettigheter i kraft 1. januar 2001. I § 3-1 heter det: *"Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon"* (Pasientrettighetsloven, 1999). Videre plikter helsepersonell i følge § 3-5 i helsepersonelloven at: *"Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene"* (Helsepersonelloven, 1999). Helsepersonelloven inneholder viktige elementer for kommunikasjonen med pasienten, der det av avgjørende betydning at legen tar hensyn til pasientens individuelle verdier, kultur, preferanser og egen oppfattelse av sykdom for å sikre at kommunikasjonen mellom lege og pasient blir effektiv (Brédart, Bouleuc & Dolbeault, 2005).

Som tidligere nevnt er pasientrollen blitt endret til en aktiv deltakende rolle, både i forhold til behandlingsforløpet, men ikke minst i forhold til å mestre utfordringene pasientrollen medfører. Økte behandlingsmuligheter gjør at svært mange lever med sykdom og har derfor stort behov for å lære å mestre utfordringene i dagliglivet (NOU 2005: 3, 2005). En viktig faktor i mestring av sykdom, som kan innebære endring av livsstil eller oppfølging av et behandlingsopplegg, er mestringsforventning. Bandura beskriver mestringsforventning som en persons tro på å kunne gjennomføre ulike oppgaver (Bandura, 1997). I denne sammenheng er det da snakk om en pasients tro på å kunne gjøre nødvendige endringer eller gjennomføre et behandlingsopplegg.

1.1 Problemstilling

Hensikten med denne studien er å undersøke hva leger mener er god kommunikasjon med pasienten, hvilke hensyn de tar til pasienters health literacy, samt hvordan de tar sikte på å styrke pasientens mestringsforventning. Det synes ikke å være gjort tidligere forskning med dette fokuset i Norge. En studie som ser nærmere på health literacy og mestringsforventning, kan derfor være et interessant bidrag, som trolig kan bidra i form av ny kunnskap særlig på health literacy området, som er forholdsvis et ukjent felt i Norge. Problemstillingen for masteroppgaven

har følgende utforming:

Hvordan tar sykehusleger hensyn til pasientens health literacy og mestringsforventning i sin helsekommunikasjon?

For å belyse sykehuslegers hensyn til pasientens ulike forutsetninger for å forstå informasjon og styrke mestringsforventningen, er følgende forskningsspørsmål utformet:

1. Hva mener legene er god helsekommunikasjon med pasienter?
2. Hvordan oppfatter legene innholdet i health literacy begrepet og mestringsbegrepet?
3. Hvordan forholder legene seg overfor pasienter som har grunnleggende vanskeligheter med å forstå helseinformasjonen som blir gitt dem?
4. Hvordan vektlegger legene å styrke mestringsforventningen hos pasienten?

For å belyse problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene, ble det foretatt litteraturstudie av teori og empiri av sentrale begreper i problemstillingen. Deretter ble det foretatt intervjuer med åtte leger som arbeider på sykehus i Rogaland og Hordaland fylke.

1.2 Oppgavens videre oppbygging

Problemstillingen vil først bli belyst gjennom aktuell teori om problemstillingens tre begreper; helsekommunikasjon, health literacy og mestringsforventning.

Kapittel to innledes med teori om generell helsekommunikasjon, etterfulgt av lege-pasientkommunikasjon, som er en form for helsekommunikasjon. Videre belyses hvordan legens kommunikasjonsatferd innvirker på samhandlingen mellom lege og pasient.

I kapittel tre følger først generell teori om literacy og health literacy. Det forekommer imidlertid ulike definisjoner av sistnevnte begrep. Derfor belyses to hovedtilnærminger til health literacy, samt en presentasjon av Don Nutbeams (2000, 2008, 2009) definisjon av health literacy og hierarkiske nivåinndeling av health literacy. Dernest følger en kort beskrivelse av forholdet mellom health literacy og helseutfall, etterfulgt av innvirkningen health literacy har på lege-pasientkommunikasjonen. Deretter blir ulike studier og metoder presentert for å belyse hvordan

man kan ta hensyn til pasienten health literacynivå.

Kapittel fire inneholder en beskrivelse av problemstillingens tredje hovedbegrep, mestringsforventning, etterfulgt av hvordan man kan styrke mestringsforventningen i en endringsprosess. Helt til slutt, i femte kapittel, blir det forsøkt å gi en forklaring på sammenhengen mellom health literacy og mestringsforventning.

Problemstillingen vil deretter bli belyst gjennom egne studier. Oppgavens sjette kapittel inneholder først en beskrivelse av studiens design og intervjuguide. Deretter følger generell beskrivelse av hermeneutikk, etterfulgt av forskerens egen forforståelse. Studiens validitet og reliabilitet blir deretter vurdert, og en beskrivelse av studiens utvalg, rekruttering av informanter, forskningsetiske betraktninger, pilottest og gjennomføring og transkripsjon av intervjuene. Kapitlet avsluttes med en beskrivelse av analyseringen av datamateriale.

I kapittel syv blir studiens funn presentert i henhold til forskningsspørsmålene.

Kapittel åtte inneholder diskusjon om metoden og funnene som er presentert i kapittel syv.

2. Helsekommunikasjon

Helsekommunikasjon omfatter studien og bruk av kommunikasjonsstrategier for å informere og påvirke enkeltindividets og samfunnets avgjørelser som kan forbedre helsen (Kreps et al., 1998). I løpet av de siste tiår har helsekommunikasjon blitt et eget tverrfaglig studium og bredt forskningsfelt. Helsekommunikasjon utviklet seg fra atferdsforskning og har fokus på hvilken innvikning mennesket har på formidling av helserelatert kommunikasjon. Begrepet innebærer også hvordan kommunikasjonen kan forbedre kvaliteten på helsevesenet og helsefremmende arbeid (Kreps et al., 1998).

WHO definerer helsekommunikasjon (engelsk: health communication) som følger:

Health communication is a key strategy to inform the public about health concerns and to maintain important health issues on the public agenda. The use of the mass and multi media and other technological innovations to disseminate useful health information to the public, increases awareness of specific aspects of individual and collective health as well as importance of health in development (WHO, 1998, s. 8).

Den svenske professoren i helsekommunikasjon, Gunilla Jarlbro (2004), omtaler helsekommunikasjon som en del av den menneskelige kommunikasjon, der individene håndterer helserelaterte spørsmål på ulike vis. Helsekommunikasjon utøves på intra – og/eller interpersonellnivå (Kreps et al., 1998). Intrapersonell helsekommunikasjon omfatter mentale og psykologiske prosesser hos det enkelte *individ*, som har påvirkning på helsen. Disse påvirkningene kan være oppfatninger om helse, holdninger og verdier, som til slutt påvirker hvilke beslutninger den enkelte tar vedrørende helse og helseatferd. Interpersonell helsekommunikasjon innebærer innvirkningen *relasjonen* mellom partene i kommunikasjonen har, da for eksempel lege og pasient relasjonen (ibid). Helsekommunikasjon forekommer også innenfor smågruppekommunikasjon, organisasjonskommunikasjon, offentlig kommunikasjon og i massekommunikasjon (Jarlbro, 2004).

Jarlbro (2004) påpeker at helsekommunikasjonen må tilpasses målgruppens forutsetninger. En studie publisert i *American Journal of Health Behavior* gjennomført av

Kreuter og Wray (2003) belyser dette. Studien indikerer at tilpasset helseinformasjon stimulerer til større kognitiv aktivitet hos mottakeren enn helseinformasjon som ikke er tilpasset. Studien konkluderer med, i likhet med Jarlbro (2004), at vellykket helsekommunikasjon er avhengig av at kommunikasjonen er tilpasset de enkelte målgruppene. Hensikten med å øke den kognitive aktiviteten hos en mottaker av helsekommunikasjon, vurderes dit hen at den intrapersonelle kommunikasjonen påvirkes, og individet således vurderer egen helseatferd.

Den gunstige effekten tilpasset helsekommunikasjon Kreuter og Wrays (2003) antydnet, kan ytterligere belyses gjennom en studie gjennomført av Zachariae et al. (2003) og Kreps et al. (1998) ovenforstående beskrivelse av helsekommunikasjon. Studien tyder på at leger som gir mye informasjon, forklaringer, trygghet og støtte (*interpersonal kommunikasjon*) har tendens til å ha fornøyde pasienter. Pasientene på sin side viste en større forståelse (*kognitiv aktivitet stimulert av tilpasset interpersonell kommunikasjon*) av sine helseproblemer og større engasjement i forhold til behandlingen (*intrapersonal kommunikasjon*). Interaksjonen mellom lege og pasient viste seg å ha stor innflytelse på pasientenes evne til å huske legens anbefalinger, tilfredshet, etterlevelse av behandling regimer og bedre kontroll over blodtrykk og diabetes (helsebringende atferd).

At *relasjonen* blir vektlagt i interpersonell helsekommunikasjon, slik Jarlbro (2004) beskriver ovenfor, understreker at denne kommunikasjonsformen er toveis. Pettersen sier at "*helsekommunikasjonen dreier seg i korte trekk om ulike strategier for å drive toveiskommunikasjon om en av partenes helseanliggende i den hovedhensikt å forbedre vedkommendes helse*" (Pettersen, 2003, s 12).

Jarlbro (2004) påpeker at ordene informasjon og kommunikasjon blir brukt som synonymer. Informasjon blir fremstilt som selve innholdet i kommunikasjonsprosessen (ibid), og blir betegnet som en enveiskommunikasjon. Palm og Windahl (1989) hevder at ordet informasjon gir inntrykk av kontroll og påvirkning i større grad enn ordet kommunikasjon gjør. Med dette som utgangspunkt, konkluderer Jarlbro (2004) med at kommunikasjonsbegrepet gir et "demokratisk" inntrykk, der alle parter deltar, eksempelvis lege og pasient, og er dermed en toveiskommunikasjon. Toveiskommunikasjonen fordrer aktiv deltakelse både for pasient og lege (Ratzan, 1994).

Som WHO's (1998) definisjonen på helsekommunikasjon tilsier, benyttes ulike kanaler for helsekommunikasjon, ikke minst bruken av digitale verktøy. En norsk studie viste at over

halvparten av et utvalg bestående av 1007 nordmenn over 15 år, benyttet internett som kilde for helseinformasjon (Andreassen, Wangberg, Wynn, Sørensen & Hjortedal, 2006). På tross av disse funnene, utgjør imidlertid trolig leger og annet helsepersonell fortsatt den viktigste kanalen for helseinformasjon her i landet (ibid), og det er derfor viktig at helsepersonell har gode kommunikasjonsegenskaper. Andre mulige kanaler anvendt i helsekommunikasjon, foruten digitalt verktøy og møte med helsepersonell, er aviser, blader, reklame, film, tv og radio (Kreps et al., 1998). Bruken av ulike kommunikasjonskanaler til å drive helsekommunikasjon, fordrer å kunne være kritisk sorterende overfor både medisinske og ikke – medisinske påstander som kan versere i mediene (Finbråten & Pettersen, 2009).

2.1 Lege- pasient kommunikasjon

Kommunikasjon er en viktig faktor i lege-pasientrelasjonen, og er en form for helsekommunikasjon. Det er denne formen for helsekommunikasjon som er aktuell for denne studien. Teutsch (2003) poengterer at vansker i kommunikasjonen mellom lege og pasient ofte gir større utfordringer og vanskeligheter i et effektivt helsesystem, enn feil i det tekniske aspekter av helsevesenet.

I mange år var det antatt at lege-pasient kommunikasjonen var generelt tilfredsstillende, og ga ikke noe grunnlag til bekymring. Men i de senere tiår, har det stadig vært rettet kritikk mot legers måte å kommunisere på. Kritikken har vært rettet mot at kommunikasjonen mellom lege og pasient i liten grad har vært tilpasset den enkelte pasient, og at legene fremstod som kalde og harde personligheter (Stewart, 1995). Å ha gode kommunikasjonsevner i samhandlingen med pasienten, er en grunnleggende ferdighet som lege (Williams et al., 2002). Stewart uttaler også lignende i sin artikkel: *"Effective communication between doctor and patient is a central clinical function that cannot be delegated."* (Stewart, 1995, s. 1424). At Stewart velger å omtale kommunikasjonsferdigheter som en *funksjon* som ikke kan delegeres, hentyder til at legene er pliktet til å være oppdaterte og velfungerende også på dette området, så vel som i det kliniske arbeidet.

Lipkin (1996) uttaler at en vellykket kommunikasjon mellom lege og pasient, forutsetter en toveiskommunikasjon. Kommunikasjonen mellom lege og pasient skal også bidra til at legen enklere kan identifisere pasientens behov, oppfatning og forventning av behandlingen (Brédart et al., 2005). I en klinisk sammenheng vil dette bety at legen får nøyaktig informasjon om

pasientens situasjon og ønsker, for deretter å gi pasienten undervisning og veiledning for å sikre overholdelse med de foreslåtte diagnostiske tester, livsstilendringer eller medisinske behandlinger (Lipkin, 1996). Leger må være i stand til å gi helseinformasjon til pasienter og sikre pasientenes forståelse, selv om denne informasjonen kan være komplisert (ibid). En god kommunikasjon mellom lege og pasient er essensielt fordi det styrker pasientens mestring av sykdommen og økt livskvalitet. Samtidig bidrar et godt lege-pasientforhold til å styrke samarbeidet vedrørende aktuelle tiltak i forhold til helsen og reduserer muligheten av feilbehandling (Brédart et al., 2005). En toveiskommunikasjon bidrar også til at pasienten aktivt bidrar i behandlingen. Det viser seg at aktiv deltakelse fra pasienten i viktige avgjørelser er med på å redusere angst og forbedrer helsen (Fournier & Kerzanet, 2007).

Svenske forskere har undersøkt effekten lege-pasientkommunikasjonen har på etterlevelse av medisinordinasjoner hos 33 pasienter med hypertensjon. Analysen av de kvalitative funnene, viste at nitten av de 33 pasientene tok medisinen som forordnet. Grunnene pasientene oppga for å følge legens råd var, tro på legen, frykten for komplikasjoner av hypertensjon og et ønske om å kontrollere blodtrykket. Hos de som ikke etterlevde legens forordning, viste det seg at dette var en avgjørelse som var delvis basert på misforståelser av tilstanden og generell misbilligelse av medikamenter, men for det meste tatt for å forenkle hverdagen eller minimere bivirkninger. Forskerne konkluderer med at samtalen mellom lege og pasient er en viktig metode for å kartlegge pasienters begreper og atferd. For å optimalisere behandling av hypertensjon, er det viktig å danne en terapeutisk allianse der pasientenes tvil og vanskeligheter oppdages og oppklares. (Svensson, Kjellgren, Ahlner & Säljö, 2000).

2.2 Legens kommunikasjonsatferd

Måten legen kommuniserer med pasienten på er like viktig som den informasjonen som blir formidlet (Stewart, 1995). For å legge til rette for en god kommunikasjon, må legen opptre varsomt og ikke være fordømmende eller aggressiv, men har en positiv kommunikasjonsadferd (Teutsch, 2003). Legens kommunikasjonsatferd kan være utslagsgivende for en pasients utbytte av helsekommunikasjonen, og skal gjøre pasienten i stand til å sette ord på både symptomer, følelser, bekymringer samt øke forståelsen av informasjon som blir gitt (Brédart et al., 2005). En pilotstudie med 104 gravide kvinner mellom 18 - 45 år har kartlagt hva som ble oppfattet som positiv kommunikasjonsatferd hos legen. Egenskaper som å være vennlig, interessert, emosjonelt

støttende, tydelig kommunikasjon, forteller hva som er ventet av pasienten, undersøker om pasienten har forstått informasjonen og gode råd under graviditeten ble fremhevet som viktige faktorer i helsekommunikasjonen (Moore, Adler & Robertson, 2000).

Dessverre er det ofte et misforhold mellom legens kommunikasjon og pasientens nivå av forståelse (Weiss, 2007). Flere studier dokumenterer at leger bruker medisinsk terminologi i helsekommunikasjonen (Williams et al., 2002). Leger som snakker et enkelt språk og repeterer det som blir sagt, samt ikke tar opp for mange saker på en gang, forbedrer pasientenes forståelse (Mayeaux et al., 1996). En pasients evne til å erverve, bearbeide og forstå informasjon, har stor sammenheng med kvaliteten på kommunikasjonen mellom lege og pasient (Hironaka & Paasche - Orlow, 2007). Informasjon om pasienters medisinske tilstand og behandling bør være fremstilt på en enkel og forståelig måte, uten unødvendige medisinske faguttrykk (Safeer & Keenan, 2005). Schwartzberg, Cowett, VanGeest og Wolf (2007) hevder i sin artikkel at helsepersonell gjør en svak innsats for å forklare pasienter med lav health literacy hvordan man kan behandle eller forebygge sykdom med ord som er forståelige.

3. Health literacy

Health literacy omtales som et forholdsvis nytt begrep i internasjonalt folkehelsearbeid (Nutbeam, 2000), men er trolig bedre kjent i engelskspråklige land som USA, England, Canada og Australia (Vassnes, 2010). Her i Norge er begrepet oversatt til *helsefremmende allmenndannelse* av Pettersen (2003). Denne norske oversettelsen er foreløpig lite kjent og brukt i Norge, derfor benyttes det engelske uttrykket i oppgaven.

3.1 Fra Literacy til health literacy

Det er en tydelig sammenheng mellom literacy og health literacy. Det er mye som peker i retning av at literacy er helsebringende, mens illiteracy er forbundet med større helserisiko (Tones, 2002). Literacy kan oversettes til norsk som ”leseferdighet” og ”skriftspråklig kompetanse” (Gabrielsen, 2005). WHO beskriver denne sammenhengen slik: *“Health literacy is itself dependent upon more general levels of literacy. Poor literacy can affect people’s health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy”* (WHO, 1998, s.10).

Videre skriver Tones (2002) at literacy har en tydelig definisjon og henviser til *Collins English Dictionary*;” *The ability to read and write; the ability to use language proficiently.*” Å være *literate* derimot, hentyder til en person som ikke bare er i stand til å lese og skrive, men er utdannet og ”lærd” (Tones, 2002).

American Medical Association definisjon av literacy kan i denne sammenhengen sies å dekke betydningen av å være *literate*: ”(...) *an individual’s ability to read, write, and speak in English, and compute and solve problems at levels of proficiency necessary to function on the job and society, to achieve one’s goals, and develop one’s knowledge and potential*” (American Medical Association, 1999, s. 552).

Sett i lys av WHO’s (1998) beskrivelse ovenfor av sammenhengen mellom literacy og health literacy, kan det tenkes personen må være ”*literate*” for å kunne utvikle en høy health literacy.

På 1990-tallet ble sammenhengen mellom utdanning og helse anerkjent som forskningsområdet, først og fremst i USA. Studier gjennomført i utviklingsland antydte en økt helsegevinst blant befolkningen som hadde deltatt i prosjekter for å styrke utdanningen. Dette fikk amerikanske forskere til å studere en mulig sammenheng mellom personers leseferdigheter

(literacy) og en persons helserelaterte utfall. Forhold som helsekunnskap, korrekt selvmedisinering og risiko for sykehusinnleggelse ble sett i relasjon med literacy. Forskerne dokumenterte en sammenheng mellom leseferdigheter og kompleksiteten av skrevet helsemateriale som ble gitt deltakerne i studiene (White, 2008).

Høye literacy-ferdigheter utgjør imidlertid ingen garanti for at en person responderer hensiktsmessig på helseopplysning og kommunikasjonsaktiviteter (Nutbeam, 2000). Studien av DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr og Pignone (2004) viser også at de ikke alltid er en signifikant sammenheng mellom literacy og health literacy. Bland annet fant forskerne motstridene resultater når det gjaldt overholdelse av et HIV- behandling og ulik grad av literacy.

3.2 Health literacy som risiko eller kapital

I følge Nutbeam (2008) kan health literacy-begrepet kategoriseres på to ulike måter. Disse to kategoriene tilskriver health literacy som en klinisk risiko og som "asset", noe som blir oversatt til ressurs av Vassnes (2010). Tilnærmingene har opprinnelse fra to ulike røtter; fra klinisk praksis og folkehelsearbeid. I USA benyttes health literacy-begrepet til å forklare en pasients nivå av literacy og deres evne til å følge forordninger vedrørende helsen. American Medical Association definerer health literacy som: "*A constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment.*" (American Medical Association, 1999, s. 553). Dette er et eksempel på en tilnærming til health literacy som en klinisk risiko (Nutbeam, 2008). Health literacy som klinisk risiko har større fokus på kunnskap. I tilnærmingen av health literacy som ressurs, er fokuset på utvikling av egenskaper og kapasitet mennesker trenger for å utøve større kontroll over de faktorer som bidrar til deres helsetilstand (ibid).

Health literacy som risiko passer etter Nutbeams (2008) teori inn i klinisk praksis, hvor en pasient med lav health literacy betraktes å tilhøre en risikogruppe for uheldige helseutfall, både av behandling og helsekommunikasjon, for eksempel lege- pasientkommunikasjon - og motsatt. Mens health literacy som en ressurs, kan betraktes som et slags positivt grunnlag, mulighet eller potensial som enkeltindividet har for videre personlig utvikling henimot økt mestringsforventning (engelsk: *self-efficacy*) av helsen sin, i et forebyggende (*health promotion*) perspektiv, for å unngå kliniske tilstander oppstår (ibid).

3.3 Hierarkisk nivåinndeling av health literacy

Nutbeams (2000, 2008) definisjon på health literacy basert på WHO's (1998) brede begrepsdefinisjon nevnt i innledningskapitlet, var Nutbeam selv med og utformet. WHO (1998) sin begrepsdefinisjon kan oversettes til norsk som av Finbråten og Pettersen: "...personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse." (Finbråten & Pettersen, 2009, s. 60).

På bakgrunn av denne definisjonen, har Nutbeam inndelt health literacy i tre hierarkiske nivåer; funksjonell - interaktiv og kritisk health literacy. Nutbeam synes å være inspirert av Freebody og Lukas (1990), slik de er gjengitt i Nutbeam (2000), nivåinndeling av literacy: Funksjonell, - interaktiv- og kritisk literacy. Denne nivåinndelingen hentyder til at literacy ikke bare er et mål på prestasjoner, men også hva literacy gjør mennesker i *stand* til å gjøre.

Nutbeams tre nivåer av health literacy kan til sammen bidra til at en person handler adekvat i forhold til helsen eller sykdomstilstanden sin, og har dermed en høy grad av health literacy (Pettersen, 2005). Progresjon mellom nivåene er ikke bare avhengig av kognitiv utvikling, men også helsekommunikasjonens tilpassning. Responsen på denne helsekommunikasjonen er avhengig av personlige og sosiale ferdigheter og mestringsforventning hos personen (Nutbeam, 2000).

Funksjonell health literacy

Funksjonell health literacy – FHL – er det laveste nivået av health literacy, og innebærer å ha så pass gode lese- og skriveferdigheter (literacy) at man kan forstå faktainformasjon vedrørende helserisiko og egen kropp og helse, samt handle adekvat i forhold til enkle helseråd (Nutbeam, 2000; Pettersen, 2009). Enkle helseråd eller informasjon kan innebære og kunne lese og forstå hva som står skrevet på medikamentbeholderen, slik at medisiner blir inntatt i henhold til forordningen (Parikh, Parker, Nurss, Baker & Williams, 1996).

Interaktiv health literacy

Interaktiv health literacy – IHL- bygger på FHL. IHL innebærer å ha gode kommunikasjons – og samhandlingsferdigheter til å kunne ta grep om egen helse. Dette kan innebære å oppsøke de rette instansene i helsevesenet, samt ha en god helsedialog med helsepersonell som man møter, da

gjerning en sykehuslege. IHL omhandler også i hvor stor grad pasienten har motivasjon og selvtillit til å handle selvstendig i henhold til den informasjonen eller råd som man har mottatt. Nivået innebærer også å kunne samhandle i en sosial gruppe, og dermed både kunne nyttiggjøre seg synergieffekten en gruppe kan innebære, samt være en støtte for andre (Nutbeam, 2000, Pettersen, 2009).

Critical health literacy

Critical health literacy – CHL- tredje og høyeste nivå, bygger på FHL og IHL. Dette nivået innebærer å kritisk vurdere og anvende selvstendig den helseinformasjonen man mottar. Dette kan innebære å kontrollere medisindoser, forstå medisinske tester eller resultater eller og skaffe seg ytterligere helseinformasjon enn den man allerede har mottatt. Å være på et CHL nivå innebærer å kunne engasjere seg i helsefremmende virksomheter både familiært, lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Nutbeam, 2000, Pettersen, 2009). Å være i stand til å forstå hvilke tiltak som må iverksettes i samfunnet rundt en person, ansees som en betydelig grad av kunnskap og personlige ferdigheter. Dette gjør individet i stand til å kunne bidra til endring på de økonomiske, sosiale og miljømessige faktorene som virker inn på helsen (Nutbeam, 2000). Man kan si at en person på CHL nivå har egenskaper som er i stand til å bedre både egen og andres helse.

Disse tre nivåene bygger på hverandre, noe som kan belyses gjennom Ishikawa, Takeuchi og Yano (2008) studie. Studien hadde til hensikt å utvikle ett måleinstrument for både funksjonell, interaktiv og kritisk health literacy. Resultatet ved utprøvingen av måleinstrumentene viste at poengsummen hos deltakerne var høyere for funksjonell health literacy, enn interaktiv- og kritisk health literacy. Funnene styrker dermed den teoretiske antakelsen om at interaktiv- og kritisk health literacy innebærer et høyere nivå av ferdigheter.

3.4 Health literacy og helseutfall

Det er registrert at pasienter med lav health literacy har mindre kunnskaper og forståelse vedrørende egne helseproblemer, høyere helseutgifter, lavere helsestatus og hyppigere sykehusinnleggelseser (Weiss, 2005; Williams et al., 2002). Det er også en tendens til at pasienter med kronisk- eller langtidssykdom og lav health literacy, har vansker med å kontrollere og håndtere sykdommen i hverdagen og få tilgang på nødvendig helsehjelp (Safeer & Keenan, 2005). Hele 75 % av USAs befolkning med langtidssykdom har begrenset health literacy. Dette

peker i retning av at disse pasientene har liten kunnskap om sin sykdom og hvordan de skal tolke symptomene sykdommen medfører (Potter & Martin, 2005).

Rundt halvparten av USAs befolkning har nedsatt health literacy, og forekommer i alle samfunnslag og aldrer (Williams et al., 2002). Likevel er de noen grupper i samfunnet det er registrert lavere health literacy nivå enn andre grupper. Disse gruppene inkluderer eldre over 60 år, minoriteter, immigranter, lavlønte og mennesker med kronisk fysisk eller psykisk lidelse (Glassmann, 2008). Særlig er det observert at eldre er utsatt for lav health literacy, noe som er bekymringsfullt, fordi eldre ofte har flere sykdommer og medisiner å forholde seg til (Bass, 2005).

Det er gjennomført en rekke studier, som undersøker sammenhengen mellom lav health literacy og helseutfall. Blant annet avdekket Schillinger, Grumbach, Piette, Wang, Osmond, Daher et al. (2002) at lav health literacy hos pasienter med type 2 diabetes var assosiert med dårligere blodsukkerkontroll og økt forekomst av retinopati (sykelige forandringer i netthinnen, (Lundhn & Györki, (1986)). Andre studier viser at pasienter med lav health literacy har dårligere kunnskaper om livsstil i forhold til hypertensjon, dårligere teknikk i bruk av inhalator og liten sykdomsinnsikt hos astmapasienter (Williams, Baker, Honig, Lee & Nowlan, 1998b).

En sentral studie utført av Williams, Parker, Baker, Parikh, Pitkin og Coates (1995) belyser utfallet av inadekvat health literacy på to offentlige sykehus i USA. Av 2659 deltakende engelsktalende pasienter, var en tredjedel ikke i stand til å forstå og lese helserelatert materiale. 42 % forstod ikke instruksjoner om å ikke ta medisiner på tom mage. 60 prosent hadde problemer med å forstå et standard samtykke skjema, mens en fjerdedel ikke forstod informasjonen om ny avtale. Senere gjorde Williams et al. (2002) en litteraturstudie som konkluderte med at opptil 80 prosent av pasienter på sykehus har lav health literacy.

3.5 Lege-pasient kommunikasjon og health literacy

HL påvirker en persons forståelse av sunnhet og sykdom, forebyggende aktiviteter, medisiner og varetakelse av egen helse. 60 – 80 prosent av grunnlaget legen bruker for å stille en diagnose, er basert på pasientens egen historie (Brédart et al., 2005). Inadekvat health literacy innvirker på pasientens evne til å gjøre rede for sykehistorien og kunne beskrive symptomer (ibid). Osborne (2004) hevder at health literacy er essensielt for å oppnå en helhetlig omsorg for pasientene, og fremhever at health literacy handler om kommunikasjon og forståelse. Dette støttes også av

Kreuter og Wray (2003) som hevder at desto mer kunnskap man har om en mottaker av kommunikasjonen, desto større mulighet for å gjøre budskapet relevant. Larson (2007) mener at hensyn til pasientens health literacy nivå er en forutsetning for at behandlingen skal være komplett, og er dermed et viktig konsept i lege-pasientkommunikasjonen. For å utøve optimal ivaretagelse av pasienter i helsevesenet, må praktiserende helsepersonell ha forståelse for utfordringene lav health literacy fører med seg og inkorporere strategier og kommunikasjonsteknikker for å forbedre kommunikasjonen med pasientene (Agness, Murell, Nkansah & Martin, 2008). Ratzan (2001) poengterer at den generelle befolkningen stoler mer på helsepersonell enn på seg selv i forhold til å forstå og håndtere egne helseproblem. Dette taler for viktigheten av helsepersonells kommunikasjonsferdigheter, for å kunne tilpasse helsekommunikasjonen til pasienten. Ratzans utsagn kan i denne sammenhengen vise til betydningen av å ta hensyn til en pasients health literacy nivå for å øke forståelsen, samt å stryke mestringsforventningen for å kunne gjøre pasienten i stand til ”å håndtere” egne helseproblem.

Castro, Wilson, Wang og Schillinger (2007) har gjennomført en studie med hensikt å studere legers bruk av faguttrykk i helsekommunikasjonen og forståelsen hos pasienten. Deltakerne var diabetespasienter med lav health literacy. Studien avdekket en hyppig bruk av fagsjargong, hele 210 ganger i løpet av 74 legekonsultasjoner. Legers bruk av fagterminologi ble definert i to ulike kategorier. Den ene kategorien inneholdt faguttrykk som hadde en medisinsk betydning, foreksempel HbA1c (HbA1c er et uttrykk for blodsukkernivået de siste to-tre månedene, Lundhn & Györki, (1986)). Den andre kategorien inneholdt alminnelige utsagn ment som et helsebudskap, for eksempel, "vekten din er stabil". Innen seks måneder etter legekonsultasjonen, ble en fjerdedel av utvalget oppringt, for å undersøke forståelsen av utsagn og uttrykk sagt under legebesøket og relatert til diabetes. Deltakerne fikk presentert utsagn uttalt både fra eget og andres legebesøk. Etter hver presentasjon av utsagnene, ble deltakerne bedt om å rangere forståelsen av utsagnet ved hjelp av Likert skala (ingenting, litt, noe, full forståelse) og definere utsagnet med egne ord. Deltakernes egne beskrivelser ble av *forskerne* rangert med den samme Likert skala, men hadde da ikke innsyn i pasientens rangering av forståelsen. Uavhengig av hvem - deltakerne eller forskerne - var forståelsen av utsagnene aldri vurdert til mer enn 40 prosent. Utsagn som hadde utgangspunkt i deltakerens egen legevisitt, ble av forskerne rangert til 32 prosent forståelse og av pasientene til 17 prosent.

På samme tidspunkt som Castro et al. (2007) publiserte sin studie av legers bruk av

fagterminologi i kommunikasjonen med pasientene, ble Schwartzberg et al. (2007) studie publisert i *American Journal of Health Behavior*. Studien avdekket at bort i mot alle deltakerne brukte et enkelt språk i sin helsekommunikasjon etter å ha deltatt på et videreutdanningsprogram. Hensikten med studiet var å se nærmere på hvilke teknikker leger, sykepleiere og farmasøyter selv rapporterte at de benyttet i kommunikasjonen med pasienter med lav health literacy, i ettertid av opplæringen. Av de mest brukte strategier rapporterte 95 prosent om bruk av enkelt språk, mens 70 prosent leverte ut trykt materiale og 67 prosent snakket langsommere. Et enkelt språk, samt å snakke langsommere er blant strategier som health literacyeksperter anbefaler (Osborn, 2004). Denne undersøkelsen kan tyde på at bevisstgjøring rundt pasienter med lav health literacy har en positiv effekt på helsekommunikasjonen, og viser betydningen av vektleggingen av health literacy i både grunnutdanning og etterutdanning.

Selv om deltakerne i Schwartzberg et al. (2007) studie viste en bevisstgjøring av virkemidler i helsekommunikasjonen med pasienter med lav health literacy, anvender hele 70 prosent av deltakerne stort sett brosjyrer som virkemiddel i helsekommunikasjonen. Safeer og Keenans (2005) hevder i sin artikkel at mange leger stoler på at skrevet informasjonsmateriale som blir gitt til pasienten når konsultasjonen er over, skal forsterke den informasjonen som er gitt under visitten. Mye av helseinformasjonen i brosjyrer er skrevet på ett 10. klasses nivå. Undersøkelser viser at mange pasienter har et lese- og forståelsesnivå fra 5. – 8. klasse, og er dermed ikke i stand til å forstå helseinformasjonen. Alle pasienter, uansett health literacy nivå, foretrekker å lese helseinformasjon som er skrevet på ett tydelig og konsist språk (ibid).

3.6 Å ta hensyn til health literacynivået

Leger som har arbeidet med pasienter med lav health literacy i flere år, er overrasket over hvor dårlige leseferdigheter noen av pasientene deres har, til tross for at de har gitt uttrykk for forståelse av budskapet (Potter & Martin, 2005). Ofte antar helsepersonell at deres pasienter har en høyere grad av health literacy enn det som er tilfelle. En pasients health literacynivå blir ofte bedømt etter pasientens utdannings nivå. Det viser seg likevel at utdanningsnivået ofte er høyere enn det reelle health literacynivået (Larson, 2007).

For å kunne ta hensyn til pasientens health literacy nivå, må en først og fremst vite hvilket nivå pasienten er på. Helsekommunikasjonen må være tilpasset pasientens kulturelle og språklige rammer og health literacy på alle nivåer, for at helsekommunikasjon skal ha den ønskede effekten

(Healty People 2010, 2000). Finbråten og Pettersen (2009) hevder at pasientens nivå av health literacy rutinemessig bør kartlegges av helsepersonellet før helsekommunikasjon med pasienten starter. For å kunne avdekke pasientens health literacy nivå, er det utviklet ulike måleinstrumenter. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) og Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) er de mest benyttede måleinstrumentene. Hensikten med måleinstrumentene er at helsepersonell skal bli bevisst på pasientens literacy ferdigheter, slik at helseinformasjon kan bli tilpasset den enkelte pasient (Safeer & Keenan, 2005).

Seligman, Wang, Palacios, Wilson, Daher og Piette et al. (2005) har sett nærmere på effekten av helsekommunikasjonen når pasientens health literacy nivå er kjent for legene. Legene som deltok i studien, jobbet i primærhelsetjenesten, men var tilknyttet offentlige sykehus. Hensikten med studien var å undersøke om leger endret kommunikasjonsatferd når en diabetespasient health literacy nivå var kjent. I tillegg ville forskerne undersøke legenes oppfatning av å kjenne til pasientens HL nivå, samt om man kunne registrere en endring i mestringsforventning hos diabetespasientene. Et randomisert utvalg av legene fikk kjennskap til pasientens HL-nivå før konsultasjonen, kontrollgruppen fikk ingen opplysninger om pasientens HL-nivå. For øvrig var det bare pasienter med lav HL-nivå som deltok, noe legene ikke var opplyst om. Intervensjonsgruppen fikk ingen opplæring eller gjennomgang i ulike kommunikasjonsmetoder til pasienter med lavt HL- nivå før de møtte pasientene. Legene fikk kjennskap til HL-nivået rett før konsultasjonen. Etter konsultasjonen besvarte alle legene, både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, ett spørreskjema. Spørreskjema undersøkte blant annet hvorvidt legene hadde snakket om den daglige mestringen og utfordringene diabetesykdommen innebar og hvilke kommunikasjonsmetoder de benyttet. Intervensjonsgruppen besvarte i tillegg et spørreskjema om hvorvidt de vurderte pasientens HL-nivå, om screening av HL-nivå var nyttig, om legene diskuterte HL-nivået med pasienten og hvilke kommunikasjonsmetoder legene anså kunne være aktuelle for pasientene. Pasientene ble intervjuet rett etter legebesøket. Resultatet av studien viste blant annet at intervensjonsgruppen i større grad snakket med pasientene hvordan de skulle mestre sin diabetesykdom enn kontrollgruppen. Likevel oppgav intervensjonsgruppen at de var misfornøyde med egen konsultasjon og vurderte seg selv til å være mindre effektive. 64 prosent av legene i intervensjonsgruppen syntes målingen var nyttig og nesten alle pasientene mente av kartleggingen health literacy kunne være *potensielt* nyttig. Etter noen måneder ble det tatt blodprøver og mestringsforventningscore av alle deltakerne. Det var liten forskjell i HbA1c

nivået hos pasienter hos intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, og ingen forskjell med tanke på økt mestringsforventning.

Det viste seg at legene i liten grad diskuterte screeningsresultatet med pasientene (kun 2 prosent). Seligman et al. (2005) antar at dette har sammenheng med at legene var lite forberedt eller var redd for å stigmatisere pasientene. Studien konkluderer med at treningsprogrammer for helsepersonell for hvordan man på beste måte ivaretar pasienter med lavt health literacy bør gjennomføres før man foretar health literacy screening på pasientene.

Dette kan tyde på lite fokus på health literacy i helseutdanninger ettersom egne programmer må gjennomføres for å øke bevisstheten rundt health literacy hos helsepersonell, noe som også Castro et al. (2007) studie beskrevet ovenfor antyder.

Paasche-Orlow og Wolf (2007) mener at måling av health literacynivået kan bidra til å stigmatisere pasienter med lav health literacy og et enkelt språk og tydelig helsekommunikasjon bør anvendes uavhengig av pasientens literacy nivå. En person med gode leseferdigheter, men liten forståelse for helserelaterte aktiviteter og tiltak, vil score høyt på TOFHLA. TOFHLA måler kun pasientens funksjonelle health literacy, og man unnlater dermed å måle det brede aspektet health literacy inneholder i følge Nutbeams nivåinndeling (DeWalt & Pignone, 2005).

En ensidig fokusering av FHL blir også påpekt av Swartzberg et al. (2007). De uttaler at undersøkelser med hensikt å gjøre helsekommunikasjonen mer effektiv, fokuserer kun på å simplifisere skrevet materiale. Artikkelforfatterne mener at man neglisjerer andre viktige utfordringer som health literacy innebærer, som å avgjøre når det er nødvendig å ta kontakt med lege og etterlevelse av helseråd og annen helseinformasjon (ibid).

Ishikawa et al. (2008) tok utgangspunkt i Nutbeams nivåinndeling av HL, og konkluderer med at det er viktig å utforske pasientens health literacynivåer for å få en bedre forståelse av pasientens potensielle hindringer for egen håndtering av sykdom og helsefremmende adferd. Ved å kartlegge alle nivåene i HL, er det dermed enklere for legen å ta hensyn til pasientens HL, og dermed gjennom helsekommunikasjonen bidra til forståelse og at pasienten er aktiv.

3.6. 1 Ulike metoder for å ta hensyn til health literacynivået

"Leger kommuniserer ikke tilfredsstillende med den alminnelige befolkningen." Dette uttaler Rima Rudd, hovedforsker for Health Literacy Studies ved Harvard School of Public Health's

National Centers for the Study of Adult Learning and Language (gjengitt i Larson, 2007). Kommunikasjonen tar i liten grad utgangspunkt i pasientenes utdanning, sosiale og kulturelle faktorer som er med å forme forventninger og preferanser hos mennesker (ibid). Osborne (2004) fremhever at man alltid må være sikker på at konteksten er tilpasset mottakeren, slik at han vil forstå budskapet man vil overbringe. En frivillig arbeider i fredskorpset i Colombia, drev med helsekommunikasjon i forhold til malaria i en landsby. I undervisningen benyttet han bilder av malariamyggen for å forklare hvordan myggene forårsaker sykdom. I diskusjonen som fulgte i etterkant, kunne ikke innbyggerne forstå at dette var noe problem for deres landsby, fordi de ikke hadde så store mygg der. Det viser seg i ettertid at innbyggerne ikke hadde noen forutsetning til å forstå at myggene var blåst opp på bildet (Osborne, 2008). Dette eksemplet belyser at det er viktig å ta hensyn til pasienters kulturelle og sosiale bakgrunn for helsekommunikasjonen.

Teknikker som er anbefalt av health literacy eksperter er blant annet å vise og tegne bilder, begrense og repetere informasjon, video, piktografi, tegninger der budskapet har en humoristisk vinkling og å fremme en atmosfære der pasienten ikke skammer seg for å ha lav health literacy (Schwartzberg et al., 2007; Williams et al., 2005). Multimedia har vist seg å være virkningsfullt. Dette samsvarer med undersøkelser som viser at personer med særlig lav health literacy, lettere forstår helserelatert informasjon gjennom TV og radio (Hironaka & Paasche - Orlow, 2007). Osborne (2004) fremhever betydningen av at mennesker har ulike læringsstiler, der bruk av digitale verktøy kan være ett alternativ for at pasienten skal få ett bedre læringsutbytte. Det er derfor av stor betydning at leger og annet helsepersonell har interaktive kommunikasjonsferdigheter (Chow, 2003).

En effektiv metode, som ofte er beskrevet i relevant litteratur, er "teach back" metoden (Larson, 2007). Denne metoden innebærer å kontrollspørre pasienten om det som har blitt formidlet. Effekten av denne metoden kan belyses med et forsøk en kirurgisk avdeling på et sykehus gjennomførte. Sykehuset kunne vise til en betraktelig senkning i avlyste operasjoner, fordi pasienten ble bedt om å forklare hvordan de vil forholde seg til preoperative rutiner. Pasienten unngikk da forsinkelser i sin behandling, og sykehuset sparte to millioner på ett år (ibid).

"Teach back" metoden er den viktigste men minst benyttede metoden leger bruker for å avdekke opplysninger om pasientens helse. Studien til Seligman et al. (2005) viste som tidligere nevnt at legene undersøker pasienten forståelse kun 2 % av tiden. Kvaliteten på datamateriale som blir

innsamlet for å stille en diagnose eller få innsikt i pasientens behov eller problem, avhenger i stor grad av at legen tar hensyn til pasientens literacynivå og er i stand til å anvende ulike kommunikasjonsteknikker for å øke forståelsen hos pasienten (Williams et al., 2002).

I så måte er det viktig at pasientens health literacy nivå er kartlagt på forhånd, slik at pasienten skal få en best mulig tilpasset helsekommunikasjon og legen kan ta i bruk ulike metoder for å bedre helsekommunikasjonen (Ishikawa et al., 2008).

4. Mestringsforventning

Mestringsforventning (engelsk: self-efficacy) virker inn på hvordan mennesker tenker, føler og handler. Handlingen er formet i tanken før den blir gjennomført, og man forventer enten optimistiske eller pessimistiske utfall i tråd med en persons mestringsforventning (Bandura, 1997).

Adferdsteoretikeren Albert Bandura utviklet sosial kognitiv teori (Bandura, 1986). Sentralt i teorien er hvordan kognitive aspekter er knyttet til valgene våre, samt det kontinuerlige samspillet mellom atferd og kognitive prosesser. Teorien vektlegger også betydningen av sosiale forsterkere og mulighet for modellering i nærmiljøet som viktige faktorer i adferdsendring. Mennesker er i stand til å observere andre og gjøre seg nytte av deres erfaringer på bakgrunn av ens kognitive forestillinger (Bandura, 1986). Bandura (1997) hevder at mestringsforventning er den viktigste komponenten i sosial kognitiv teori. Mestringsforventning refererer til en persons tro på at han kan klare å gjennomføre en spesifikk atferd, og blir sett på som et bindeledd mellom kunnskap og handling (McLeroy, 1986). Mestringsforventning blir definert av Bandura som *"...a person's beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments"* (Bandura 1997, s. 3).

Empowermentbegrepet kan med fordel nevnes i denne sammenhengen. Empowerment kan blant annet oversettes med *"det å vinne større makt og kontroll over"* (Mæland, 2005, s. 70). Andre oversettelser av empowermentbegrepet til norsk er myndiggjøring, brukermedvirkning eller *"å gi autoritet"* (Andrews, 2003; Sørensen & Iversen, 2001). På individnivå handler empowerment om selv- kontroll, personlig utvikling og tro på egen evne til mestring (Tveiten, 2007) og har klare likhetstrekk med mestringsforventning. I denne oppgaven er mestringsforventning valgt som en del av teorigrunnlaget, og empowerment blir ikke ytterligere utdypet i dette kapitlet.

En positiv mestringsforventning er nødvendig for å forsøke og eventuelt lykkes med en atferdsendring. I tillegg kreves en tro på at denne atferden vil føre til et ønsket utfall. Dette kalles resultatforventning (outcome efficacy). Ifølge Bandura (1996) er mestringsforventning av større betydning for en vellykket atferdsendring enn resultatforventningen; det hjelper ikke å tro at trening fører til bedre kondisjon og helse (resultatforventning) dersom man ikke tror at man i sin livssituasjon kan klare å begynne å trene (mestringsforventning) (ibid).

Bandura understreker forskjellen mellom selvtillit og mestringsforventning, som er to begreper

som ofte blir brukt om hverandre. Selvtillit er et individs oppfatning om sin egen verdi, mens mestringsforventning er varierende forventninger om hvordan en kommer til å prestere på ulike områder. Mestringsforventning er individets syn på egne muligheter til å oppnå ulike mål (Bandura, 1997).

Mestringsforventning er ikke nødvendigvis i samsvar med individets reelle evner og ferdigheter (Bandura, 1997). Mestringsforventning kan variere på ulike områder. Man kan ha høy mestringsforventning på et område og lav på et annet. Et individ kan ha høy mestringsforventning til en aktivitet, foreksempel arbeidet sitt, og lav mestringsforventning til å klare å gjennomføre en nødvendig adferdendring i forhold til helsen sin. Mestringsforventning er en indikasjon på faglig holdning og ikke faglig evne, og trenger som nevnt ikke å samsvare med en persons reelle evner (Bandura, 1995).

Mestringsforventningen påvirker hvor stor innsats et individ iverksetter for å klare målet, om individet holder ut, hvordan det takler nederlag og hvilke tankemønstre man benytter seg av (Bandura, 1997). Jo sterkere mestringsforventning man har, desto mer sannsynlig er det at prestasjonene blir vellykket, fordi man yter mer innsats. Personer med høy grad av mestringsforventning opplever større trygghet og mulighet til å håndtere utfordringene i en vanskelig oppgave. I motsetning til personer med høy mestringsforventning, vil lav mestringsforventning føre til at man viker unna situasjoner som virker vanskelige og truende, fordi man tviler på egne evner til å lykkes. Denne usikkerheten fører også til at personer med lav mestringsforventning har en tendens til å legge skylden på seg selv ved opplevelse av nederlag, og ikke gi seg selv æren for oppnådd mestringsforventning.

Personer med høy mestringsforventning velger å utføre utfordrende oppgaver, setter seg høyere mål og gir ikke opp å nå målet (Locke & Latham, 1990). Det viser seg også at personer med høy mestringsforventning i større grad er i stand til å holde den nye atferden ved like, fordi de anser dette som en utfordring å overvinne lysten å gå tilbake til gammel atferd (Maibach & Murphy, 1995).

Det er påvist at en sterk følelse av mestringsforventning er knyttet til bedre helse, høyere prestasjoner og bedre sosial integrering (Bandura, 1997). En gjennomgang av litteratur angående mestringsforventningens innvirkning på endring av adferd er publisert i *Journal of Health Psykologi*, er i tråd med Banduras teori. Artikkelforfatterne har gjennomgått ti studier der røyking, alkohol og narkotika var den uønskede atferden som skulle endres på. Syv av ti studier

rapporterte om positiv effekt i forhold til å styrke mestringsforventningen hos deltakerne. To studier rapporterte om en etablert adferdsendring og en signifikant effekt av mestringsforventning. Det ble ikke gjennomført noen sammenligningsanalyser, slik at atferdsendring ikke kan tilskrives mestringsforventning med sikkerhet (Hyde, Deale & Marteau, 2008).

4.1 Å styrke mestringsforventningen i en endringsprosess

For å styrke en persons mestringsforventning gjennom helsekommunikasjonen, må pasienten selv oppleve atferden som problematisk, og ett ønske om å endre atferden. I eksistensiell sammenheng trenger ikke mestring å handle om å løse problemer, men å ha styrke til å holde ut og tåle å slippe inn over seg truende tanker atferden fører til (Brumoen, 2009). Prochaska og DiClemente (1983) har utviklet en atferdsendringsmodell i fem faser; føroverveielse, overveielse, forberedelse, handling og vedlikehold. Det er viktig at legen tilpasser helekommunikasjonen til hvilken fase i endringen pasienten befinner seg i. Den første fasen, føroverveielserfasen, er preget av at pasienten ikke ser at atferden er problematisk, og anser ikke noen grunn for atferdsendring. Legens oppgave vil være å vise interesse for det aktuelle problemet og gjerne snakke med pasienten om det på en humoristisk måte (Bart, Børtveit & Prescott; 2006 Prochaska & DiClemente, 1983). Å ha en humoristisk eller en ikke-anklagende tilnærming i denne fasen er viktig for å unngå at pasienten opplever psykologisk reaktans. Psykologisk reaktans er en tendens til å reagere mot det som kan bli oppfattet som forsøk på påvirkning av atferd, uten selv å ønske det. Dette kan bli opplevd som innskrenket valgfrihet (Brumoen, 2009). Brumoen hevder at styrking av mestringsforventning ikke er en naturlig del av denne fasen, men å ha fokus på å avdekke umiddelbare og opprettholdene årsaker til atferden.

I de tre neste fasene i endringsmodellen er overveielse-, forberedelse-, og handlingsfasen (Prochaska & DiClemente, 1983). Overveielserfasen kjennetegnes med at personen er oppmerksom på at atferden både har negative og positive sider. I forberedelsesfasen tar personen beslutninger om å endre atferden. I tidligere faser har fokuset vært på atferden slik den er nå, mens man i denne fasen danner seg forestillinger om hvordan livssituasjonen kan bli etter endringen. De tre forutgående fasene, blir betegnet som forberedelser til handlingsfasen, som kjennetegnes med at personen gjør konkrete tiltak for å endre atferden. I alle disse fasene opplever pasienten ambivalens som er en viktig faktor for at pasienten skal kunne beslutte å gjøre

en endring, samt iverksette endringen. Av de tre fasene, er ambivalens mest utpreget i overveielsesfasen. At en person er ambivalent, innebærer at han har konflikterende følelser og tanker overfor noe eller noen. Vedlikeholdsfasen er modellens siste fase, og innebærer at pasienten integrerer endringene i sitt daglige liv (Barth et al., 2006; Prochaska & DiClemente, 1983).

Dersom pasienten skal kunne gjøre endringer i problematisk atferd, er han avhengig av å ha en viss grad av mestringsforventning. I følge Bandura (1997) er det fire kilder som medvirker til utviklingen av menneskers mestringsforventning. Den mest effektfulle måten å danne en sterk mestringsforventning, er fokus på tidligere hendelser som pasienten har mestret på en vellykket måte. Det er viktig å fokusere på situasjoner som har medført suksess hos pasienten, og ikke minst påpeke og hjelpe pasienten til å se hvordan han klarte suksessen. Kognitive prosesser som å visualisere suksess og utvikle strategier for å kontrollere atferden, kan bidra til å yte ytterligere innsats. Dette kan sammenlignes med Katie Erikssons (2006) omsorgsteori. Eriksson hevder at kjernen i å yte omsorg består av å pleie, leke og lære. Lek finnes i ulike grunnformer, og kan blant annet nyttes som trening og avprøving. Gjennom leken får mennesket lov å være den som han gjerne vil være, og kan gi ny energi til å gå tilbake til virkeligheten og løse problemene. Ved å be pasienten tenke på situasjonen han er i nå og forstille seg hvordan han ønsker det skal være, kan føre til at pasienten opplever diskrepans. Leken kan bidra til å legge en strategi eller eksperimentere ut i fra hypoteser angående hvordan han tror at endringen vil virke inn på livet hans (Barth et al., 2006; Eriksson, 2006). Pasienter som er i en overveielsesfase er ambivalente i forhold til atferden, og kan derfor ha nytte av å kunne forestille seg måter å mestre dette på. Ambivalens pasienten opplever i overveielsesfasen, kan også føre til at pasienten tviler på om han er i stand til å gjøre dette. Det er derfor viktig at legen fanger opp at pasienten er ambivalent, og styrker troen på egen mestring (Barth et al., 2006).

Ved forsøk på atferdsendring er det viktig at man ikke setter så store mål at man ikke klarer å nå målet (Bandura, 1986), noe som også Sommerschild (2003) understreker. Hun viser til at det er av stor betydning av endringen gjøres i små steg om gangen, for å sikre en positiv mestringsforventning. Ett eksempel som illustrerer dette er å begynne forsiktig med fysisk aktivitet, for etter hvert å øke intensiteten. Suksessen man oppnår ved å mestre gir en robust tro på egen mestringsevne. Mislykkethet derimot, svekker en persons mestringsforventning, særlig dersom man mislykkes før man får følelsen av å mestre er godt etablert (Bandura, 1997). Dette er

særlig aktuelt for enkelte pasienter i føroverveiellesfasen eller overveiellesfasen, som har resignert i troen på å klare å gjennomføre en endring på bakgrunn av mange mislykkede forsøk. Disse pasientene erkjenner gjerne de negative konsekvensene av atferden, men tillegger seg selv liten eller ingen evne til å kunne klare å gjøre nødvendige tiltak for endring. For disse pasientene kan det være utslagsgivende å etterspørre tidligere mestring. Hos pasienter som tror de ikke klarer å mestre, og kun referer til tidligere mislykkede forsøk, er det viktig at legen gir seg god tid å undersøke tidligere endringsforsøk, for å kunne avdekke pasientens skjulte mestring. Søken etter pasientens skjulte mestring har som mål å avdekke hva som pasienten selv mener bidro i positiv retning i endringen, selv om den mislyktes (Bandura, 1997; Barth et al., 2006).

Den andre måten å opprette og styrke mestringsforventning er gjennom erfaringer fra sosiale modeller. Virkningen av sosiale modeller avhenger i hvor stor grad man identifiserer seg med modellen. De sosiale modellene man velger å sammenlikne seg med, er gjerne mennesker som er like seg selv eller har en kompetanse man etterstreber. Å se andre mennesker som er like seg selv lykkes, vil styrke innsatsen og troen på at man skal klare å mestre lignende eller lik aktivitet. (Bandura, 1997). Aktuelle tiltak for legene i bruk av sosiale modeller, kan være å henvise til støttegrupper eller spørre pasienten om han har kjennskap til andre som har klart å gjennomføre en lik endring som han selv planlegger å gjennomføre.

Verbal overtalelse er en tredje måte å styrke en persons mestringsforventning. Personer som blir overbevist verbalt om at de har muligheter til å mestre en bestemt oppgave, vil yte ytterligere innsats for å klare det. Når man er overbevist over at man har de nødvendige ressursene for å gjennomføre en oppgave, fremmer dette utvikling av personlige ferdigheter og mestringsforventning. En urealistisk oppmuntring av hva en person kan klare å mestre, vil ikke være sammenfallende med prestasjonen, og dermed føre til skuffelser over eventuelle mislykkede endringsforsøk (Bandura, 1997).

Mennesker bedømmer også sine mestringsevner i forhold til sine emosjonelle og somatiske tilstander. Stress og spenninger blir ofte tolket som indikatorer på sårbarhet, lav innsats og ytelse. Den enkeltes humør har også innvirkning på bedømmelse av mestringsevnen. Positiv sinnsstemning forsterker og forbedrer mestringsforventningen, mens et dårlig og motløs humør har motsatt effekt (Bandura, 1997). Derfor er den fjerde måten å endre menneskets oppfattelse av mestringsforventning å redusere stress og engstelse. Det er ikke selve intensiteten av emosjonelle og fysiske reaksjoner som er viktig, men hvordan de blir oppfattet og fortolket. Høy grad av

engstelse og bekymring kan virke hemmende på pasientens endring, derfor kan en moderat grad av emosjonell og fysiologisk aktivering stimulere til handling (ibid). En sentral oppgave for legen vil i dette tilfellet være å tilby hjelpemidler eller legge til rette for at situasjonene kan forenkles, eller hjelpe pasienten til å se hvordan dette kan gjøres.

Mennesker med høy mestringsforventning vil trolig tolke sin emosjonelle eller fysiske tilstand som en bekreftelse på bragden, mens mennesker med lav mestringsforventning tolker samme tegn som svakhet. Fysiske indikasjoner er spesielt viktig i mestringsforventning som angår helse, idrett og andre fysiske aktiviteter (Bandura, 1997).

Vedlikeholdsfasen i Prochaska og DiClementes (1983) endringsmodell, innebærer at endringene er etablerte i hverdagen. Noen personer opplever at endringene blir automatisert, mens andre må daglig arbeide hardt for å vedlikeholde endringen. Tilbakefall til uønsket helseatferd er både forventet og normalt i en endringsprosess. Det vil her være vesentlig å hjelpe pasienten til å se på den mestringen han allerede har prestert (Barth et al., 2006). Dette er i tråd med Banduras (1997) kilder for å bygge opp mestringsforventningen hos en person.

En motstanddyktig mestringsforventning bygger på erfaring i å overvinne hindringer gjennom utholdende innsats. At man kan oppleve tilbakeslag og problemer underveis, kan bidra til at man lærer at suksess krever vedvarende innsats. Når man blir overbevisst om at man har det som trengs for å lykkes, er man bedre rustet for motgang og tilbakeslag (Brumoen, 2009).

En randomisert studie gjennomført av Ash et al., (2006) gir en indikator på at gruppe- eller individbasert veiledning kan føre til adferdsendringer og øke mestringsforventningen. Hensikten med studien var å undersøke effekten etter et åtteukers program med kognitiv adferdsterapi for å gå ned i vekt. 176 voksne kvinner og menn med body mass index (BMI) større en 27 ble delt inn i tre ulike grupper. Studien benyttet seg av to intervensjonsgrupper. Den ene intervensjonsgruppen benyttet seg av kognitiv atferdsterapi for livsstilintervensjon i gruppe, mens den andre gruppen fikk individuell kostholdsoppfølging. Kontrollgruppen mottok kun en brosjyre og skulle ikke treffes eller få individuell veiledning. De to intervensjonsgruppene treftes ukentlig i åtte uker, samt oppfølging etter 6 og 12 måneder. Vekt, kroppsfett, livviddemål, fysisk aktivitet, helsestatus, mestringsforventning og livskvalitet ble målt den 3., 6. og 12. måneden. Resultatet av studien viste en signifikant forskjell mellom gruppene. Begge intervensjonsgruppene hadde ett signifikant større vekttap enn kontrollgruppen ved alle målingene. For alle gruppene hadde livviddemålene minket signifikant for hver måling. Det var

også signifikante forskjeller i mestringsforventning. De to intervensjonsgruppene som hadde mottatt enten gruppe- eller individveiledning, hadde scoret høyere på opplevd mestringsforventning enn kontrollgruppen (ibid).

5. Forholdet mellom health literacy, mestringsforventning og helsekommunikasjon

Health literacy bygger på prinsippet at man må beherske ulike ferdigheter for å kunne forstå den helseinformasjonen man møter, for å få et størst mulig helseutbytte. Graden av health literacy er avgjørende for hvor mye en person forstår eller kan nyttiggjøre seg av helseinformasjon (Nutbeam, 2000). Mestringsforventning vektlegger en persons tro på at han kan klare å gjøre atferdsendringen som helseinformasjonen anbefaler, og er derfor vesentlig for at en person har en helsebringende livsstil. Mestringsforventning relateres til hvilken grad individet oppfatter at det har nødvendige ferdigheter til å ta initiativ, engasjere seg og opprettholde en helsebringende atferd. Selv om individet har høyt kunnskapsnivå vedrørende helse, er ikke dette en automatisk prediktor for helsebringende atferd (Rimal, 2000).

Forskere har sett nærmere på forholdet mellom health literacy, mestringsforventning og helseatferd. Blant annet har Rimal (2000) studert forholdet mellom helsekunnskap og atferd, og hvorvidt mestringsforventning danner en link mellom disse. Helsekunnskap, som Rimal kaller det, kan her sammenlignes med health literacy. Han mener at linken mellom kunnskap og atferd er sterkere for dem med høy grad av mestringsforventning og motsatt.

Rimal antyder i artikkelen at forholdet mellom de ulike determinanter av helse og atferd blir formidlet av mestringsforventningen. Han hevder at personer som styrker sin mestringsforventning også vil styrke korrelasjonen mellom kunnskap og atferd. Rimal arbeidet ut i fra to hypoteser:

H1: Korrelasjonen mellom kunnskap og atferd vil øke blant de som har høy, sammenlignet med lav, grad av mestringsforventning.

H2: Korrelasjonen mellom kunnskap og atferd blant de som styrker sin mestringsforventning over tid vil bli større enn hos de med avtagende mestringsforventning.

For å undersøke H1 benyttet Rimal seg av tverrsnittundersøkelse. Resultatene fra de årene undersøkelsen ble utført, viste det seg at korrelasjonen mellom kostholdskunnskap og atferd ved

henholdsvis lav, middels og høy mestringsforventning, ikke var statistisk forskjellig fra hverandre. Likevel viste det seg at gruppen med høy mestringsforventning hadde sterkest korrelasjon mellom kunnskap og atferd, og de med lavest mestringsforventning svakest korrelasjon.

Utvalget for å teste ut H2 ble gjort på grunnlag av at deltakerne ble kategorisert etter om de hadde en svak eller sterk mestringsforventning i forhold til første måling. Deretter ble det gjort målinger etter to og fire år og sammenlignet med grunnundersøkelsen. Forskjellen i korrelasjon ved økt eller svekket mestringsforventning, kunnskap og atferd, var bare tilnærmet signifikant andreårssammenligningen, men signifikant i fjerdeårssammenligningen (ibid).

Syv år etter Rimals (2000) studie undersøkte DeWalt, Boone og Pignone (2007) forholdet mellom literacy, tillit til legen, mestringsforventning og aktiv deltakelse hos pasienten, blant 268 pasienter med diabetes 2. Det er verd å bemerke at forskerne undersøkte literacy ikke *health literacy*. Resultatet av undersøkelsen viste at det ikke var noen sammenheng mellom literacy, mestringsforventning og tillit til legen, men en sterk sammenheng mellom mestringsforventning og livskvalitet knyttet til diabetes (helse knyttet til fysisk, emosjonell og sosiale forhold) og en beskjeden sammenheng med HbA1C (ikke signifikant $p=0.057$). Dette samsvarer med Banduras teori, som understreker at mestringsforventning er en indikasjon på holdning og ikke evner; og trenger derfor ikke å samsvare med en persons reelle evner (Bandura, 1995). En persons reelle evner kan da sammenlignes med en persons literacy.

Undersøkelsen viste imidlertid at lav literacy er assosiert med liten deltakelse i medisinske beslutninger og mindre kunnskap om diabetes. For øvrig viste studien at literacy ikke var relatert til blodsukkerkontroll eller livskvalitet, noe som understreker at en person med høy literacy ikke nødvendigvis har adekvat *health literacy*.

Det er likevel en mulig grunn til å stille spørsmålstegn ved resultatet av studien, på bakgrunn av den svake sammenhengen mellom HbA1c og mestringsforventning. HbA1c er sterkt påvirket av kosthold og mosjon. Måleinstrumentet som ble benyttet for å måle mestringsforventningen til deltakerne i studien, var *Diabetes Management Self-efficacy Scale* (DMSES). Bruken av dette måleinstrumentet innebærer at pasientene selv skal blant annet rangere i hvilken grad de er i stand til å utføre ulike aktiviteter i forhold til diabetes; å velge riktig mat, undersøke føttene for sår, vilje til å trene, å holde vekten under kontroll, regulere blodsukkeret når det er for lavt eller for høyt og lignende (Sturt, 2008).

Det er mulighet for at når deltakerne i studien til DeWalt et al. (2007) leser skjema i ro og mak, kan disse punktene fortone seg forholdsvis enkle å forholde seg til. Dersom pasientene som deltok i studien hadde like sterk mestringsforventning som de utgav seg for å ha, er det grunn til å anta at HbA1C nivået skulle korrelert i større grad med mestringsforventning enn det i utgangspunktet gjør. Studien viste at det ikke var sammenheng med mellom literacy og blodsukkerkontroll, men det kan være muligheter for at de pasientene som scoret høyt på mestringsforventning, likevel manglet en kunnskapsfaktor. Det er godt mulig at pasientene er i stand til å måle blodsukker selv eller mener selv at de trener. Spørsmålet er om pasienten har kunnskaper om hvor *mye* han skal trene og om han *forstår* blodsukkerverdiene han måler. Dette synes å kunne i noen grad å belyse en sammenheng mellom health literacy og mestringsforventning, i den grad man gjerne kan være i stand til å foreta seg ulike aktiviteter, men i noen tilfeller er det også viktig å vite hvorfor man gjør det.

Lignende resultater fikk også Sarkar, Fisher og Schillinger (2006) i sin studie. Forskerne utførte en studie som undersøkte forholdet mellom mestringsforventning, self-management og health literacy. Self-management er et begrep som anvendes i forhold til atferdsmessige intervensjoner, og er ansett som en viktig faktor i forhold til å ha en helsebringende atferd, særlig ved kroniske tilstander (Lorig & Holman, 2003). I denne sammenhengen bli self-management oversatt til norsk som selvstyrt. 413 pasienter med diabetes type to deltok i Sarkar et al. (2006) studie. Inkluderingskriteriene for å delta i studien var > 30 år, snakket engelsk eller spansk, hadde type 2 diabetes, kontrollert eller ukontrollert, med eller uten komplikasjoner. Undersøkelsen fant en sammenheng mellom økende mestringsforventningscore og å være selvstyrt med hensyn til kosthold, mosjon, SMBG (Self-Monitoring of Blood Glucose) og fotpleie, men ikke sammenheng mellom mestringsforventning og medisinsk etterlevelse.

Medisinsk etterlevelse i forbindelse med diabetes type 2, innebærer blant annet å kunne regulere kosthold og mosjon i forhold til blodsukkerverdier (Almås, 1992), og vil kunne kreve en forståelse av disse forholdene. I studien til DeWalt et al. (2007) er det også korrelasjon mellom mestringsforventning i forhold til kost, mosjon og SMBG, slik som i studien til Sarkar et al., 2006. Begge studiene viser til at det ikke er tilstrekkelig med mestringsforventning alene for å kontrollere diabetes, men må i tillegg ha kunnskap vedrørende forhold som innvirker på sykdommen.

Selv om begrepene health literacy og mestringsforventning har varierende beviselig

sammenheng med hverandre, viser det likevel at begrepene er viktige faktorer for at mennesker skal kunne gjøre forebyggende tiltak i forhold til helsen sin eller følge helseråd, og blir dermed viktige faktorer i lege-pasientkommunikasjonen. Atferdsendring kommer altså ikke utelukkende fra faktiske kunnskaper, men en persons vurdering av fremtidige prestasjoner (Natvig, 1998). Mange fortsetter med en usunn livsstil selv om helseskadelige konsekvenser er formidlet. ”*Det hele dreier seg om en komplisert beslutningstakingsprosess som innebærer å få til en endring av en usunn livsstil, som av utøveren selv oppfattes som en viktig side ved sitt liv*” (Natvig, 1998, s. 55).

Natvig (1998) viser til KAP – modellen i sin artikkel. KAP modellen bygger på prinsippet at kunnskap (Knowledge) fører til endring av holdning (Attitude) etterfulgt av atferdsendring (Practice). Denne modellen er imidlertid blitt ansett som for enkel, fordi kunnskap bare i begrenset grad kan forutsi eller påvirke helse relatert atferd (Mæland, 2005). Dette betyr ikke at kunnskapsoverføring ikke har betydning, og i noen situasjoner, for eksempel ved sykdom, er korrekt kunnskap en forutsetning for mestring og opplevelse av kontroll (ibid). Dette sammenfaller med Banduras syn på atferdsendring, som hevder at kunnskap og fakta er grunnleggende faktorer i helsekommunikasjon, men at dette ikke er tilstrekkelig for å oppnå en atferdsendring. Først når det i tillegg finnes *ferdigheter* til å bruke kunnskaper og en forventning om å mestre, kan disse faktorene fremme en sunn livsstil og kan dermed bidra til å forklare hvorfor noen velger å fortsette med en ugunstig livsstil (Bandura, 1997).

KAP – modellens begrensing kan bidra til å belyse kompleksiteten i Nutbeams nivåinndeling av health literacy. Nutbeams ulike nivåer av health literacy, FHL, IHL og CHL, er utviklet på bakgrunn av oppfattelsen av at kunnskap alene ikke er tilstrekkelig for en helsebringende atferd. Man må i tillegg ha personlig egenskaper som gjør at man er i stand til å handle (Nutbeam, 2000). Dersom man tar utgangspunkt i Nutbeams tre health literacynivåer, argumenterer han nettopp for denne dyptgående definisjonen, for å kunne utvikle en persons personlige ferdigheter. Disse ferdighetene gjør personen i stand til å handle selvstendig samt å oppnå forbedret selvtillit (ibid). Dette er svært sammenfallende med Banduras syn på atferdsendring. Som tidligere nevnt understreker Bandura at det er forskjell på selvtillit og mestringsforventning (Bandura, 1997). Men Nutbeams beskrivelse av interaktiv health literacy, har et meningsinnhold som ligger svært nær begrepet mestringsforventning. Nutbeam hevder at personlige ferdigheter utvikles i et støttende miljø, og at disse ferdighetene skal gjøre individet til

å utvikle personlig kompetanse til å handle selvstendig, noe som også er i tråd med Banduras (1986) syn på utvikling av mestringsforventning. Også critical health literacy innebærer å være fleksibel og ha motstandskraft til å opprettholde de livsstilsendringer personen har iverksatt for å fremme egen helse (Nutbeam, 2000).

De tidligere nevnte forskerne, Ishikawa et al., (2008) syn på viktigheten ved å kartlegge alle health literacynivåene hos pasienten kan styrke denne oppfatningen. Ishikawa et al. (2008) mener at kartlegging av health literacynivå kan gi en bedre forståelse av pasientens potensielle hindringer for egen håndtering av sykdom og helsefremmende adferd. Undersøkelsen viste at kommunikativ og kritisk HL var korrelert med mestringsforventning i forhold til diabetessykdom, og tyder på at avanserte nivåer av HL kan være tettere knyttet til høyere mestringsforventning i pasientens egen håndtering av diabetes (ibid).

Kunnskap, fakta og mestringsforventning er tre viktige faktorer som sammen kan stimulere til atferdsendring (Bandura, 1995). Derfor, må legen i sin helsekommunikasjon ta hensyn til pasientens health literacynivå, både for å øke muligheten for forståelse av fakta, øke kunnskapen og utvikle personlige egenskaper, men også for å kartlegge pasienten for å kunne styrke mestringsforventningen hans.

6. METODE

På områder der det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før, kan kvalitative forskningsmetoder være velegnet. Kvalitativ forskning kan bidra til å bringe frem i lyset fenomener som har vært lite studert, og til å utvikle velegnede begreper for å studere slike fenomener (Ringdal, 2001).

I dette kapitlet vil det bli gitt en presentasjon av studiens design, intervjuguide, metode og utvalg, studiens validitet og reliabilitet, samt en beskrivelse av hvordan analysen av intervjuene ble gjennomført.

6.1 Forskningsdesign

Et forskningsdesign er en plan eller skisse for hvordan undersøkelsen skal gjennomføres, og gir forskeren en beskrivelse av hva som skal fokuseres på, hvem som er aktuelle informanter, hvor og hvordan undersøkelsen skal utføres (Thagaard, 2006).

Denne studien har som mål å kartlegge hvordan sykehusleger tar hensyn til pasientens health literacy og mestningsforventning i sin helsekommunikasjon. Som design ble semistrukturert intervju, også kalt kvalitativt forskningsintervju valgt. Kvalitative intervjuer er samtaler der forskeren forsiktig leder samtalepartneren i en utvidet diskusjon, og er ikke en samtale mellom to likeverdige deltagere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer situasjonen. Forskeren får frem dybde og detaljer om forskningsemnet ved å gjøre seg nytte av oppfølgingsspørsmål på svarene som blir gitt under diskusjonen. Ved et kvalitativt intervju blir dermed hvert intervju unikt, siden forskeren tilpasser sine spørsmål til hva de intervjuede vet og er villig til å dele. *”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra den intervjuedes eget perspektiv”* (Kvale, 2008). Et av kjennetegnene på det kvalitative intervjuet er at temaene som forskeren vil undersøke er fastsatt, men rekkefølgen bestemmes underveis i intervjuet. Dette er vesentlig for å kunne knytte spørsmålene til den enkeltes informants forutsetninger (Thagaard, 2006). Intervjuet tok utgangspunkt i hovedspørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 1). I intervjuguiden var det notert underpunkter som var ønskelig å spørre informantene om dersom ikke informanten selv ytret seg om dette. For hvert intervju som ble gjennomført, ble det benyttet nye ark av intervjuguiden med underspørsmål, slik at det var mulighet til å kunne notere underveis, for eksempel non-verbalt språk. Intervjuet ble tatt opp med digital lydopptaker.

Funnene er blitt diskutert i lys av teori og empiri om helsekommunikasjon, health literacy og mestringsforventning.

6.2 Intervjuguide

Den mest innholdsrike kunnskapen får man dersom informanten inviteres til å dele sine erfaringer og tanker. Dette er en av hensiktene med kvalitativt forskningsintervju. Samtidig må forskeren også vise til hvilke kunnskaper han er ute etter, derfor må intervjuet ha en viss struktur (Malterud, 2008).

Intervjuspørsmålene som er utarbeidet er åpne spørsmål. Åpne spørsmål inviterer til utforskning, beskrivelser og forklaringer og åpner opp for den andre til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser (Eide & Eide, 2007). Intervjuguiden er utformet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og representerer operasjonaliseringen av disse.

6.3 Hermeneutikk

Ett fellestrekk for alle kvalitative tilnærminger, er at de data forskeren analyserer, foreligger i form av en tekst (Thagaard, 2006). En form for tekst brukt i kvalitativ forskning skal analyseres og fortolkes for å gi svar på forskningsspørsmålene forskeren har stilt seg. Hensikten med en tekstanalyse er å få tak i det som ”står mellom linjene” (Hovdenak, 2006).

Hermeneutikk tar sikte på å fortolke menneskers handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold, for å oppnå en valid tolkning av meningen i teksten (Thagaard, 2006). Når man tolker en tekst, møter man den med ulike forutsetninger, noe som av Gadamer blir omtalt som forforståelse. Forforståelsen danner en forståelseshorisont eller kontekst, som forskeren må se teksten i sammenheng med, og gi en subjektiv mening som er med på å skape forståelse.

Den hermeneutiske sirkel er et begrep som ofte blir benyttet for å peke på forbindelser som er mellom fenomenet, forforståelsen og konteksten av fortolkningene. (Gilje & Grimen, 2007). Det er viktig at hver del i teksten blir forstått som en del av helheten, men at helheten er forstått som deler av teksten. Gadamer påpeker at en harmoni mellom delene og helheten er et kriterium til riktig tolkning (Dahlberg, Drew & Nystrøm, 2001).

I denne masterstudien har informantene ytret seg muntlig om de intervjuspørsmålene som har blitt stilt dem. Deretter ble ytringene transkribert til tekst og videre tolket av forsker – med

forskere forforståelse av temaet.

6.3.1 Forskerens forforståelse og bakgrunnskunnskap

Forskerens forforståelse gir forskeren mulighet til å forstå og å fortolke verden og får betydning for hvilken kunnskap som utvikles. I forskningsprosessen er det i følge moderne vitenskapsteori, ikke et spørsmål om hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan hans forforståelse påvirker prosessen (Malterud, 2008).

Forsker har jobbet som sykepleier på sykehus. Flere ganger er det opplevd at pasientene eller pårørende ikke har oppfattet budskapet til legen eller annet helsepersonell. Forsker må nok selv innrømme svakheter på dette området. Forskers erfaring tilsier at helsepersonell lett blir innarbeidet i rutiner, prosedyrer og medisinske faguttrykk, som anses som ”normalt” og en del av allmennkunnskapen. Derimot er mye av denne kunnskapen forbeholdt helsepersonell og må omtales i andre ordelag enn det som blir gjort.

Også som privatperson har forsker opplevd personer som uttrykker frustrasjon over å ikke forstå hva som har blitt sagt under et legebesøk, sykehusopphold eller i brev skrevet av helsepersonell. Ofte blir pasienter eller privatpersoner unødvendig uroet fordi de i utgangspunktet ikke er godt informert. Dette kan være i forhold til sykdomsutvikling, reaksjoner på behandling eller medikamentdosering.

Det er ikke bare den verbale delen av kommunikasjonen forsker har registrert klager eller frustrasjon over. Også samhandlingen mellom helsepersonell og pasient. Utsagn som ”jeg ser dere har det travelt her i dag, så jeg skal ikke hefte dere”, ”jeg syntes ikke jeg kunne spørre mer, han virket så opptatt” ” det er et samfunn for seg selv det helsevesenet, ikke spør, bare gap opp”, ”legen så nesten ikke på meg da han snakket til meg”, ”det virket ikke som om noen tok hensyn til at jeg nettopp hadde fått vite at jeg hadde kreft”.

Som medisinsk sykepleier er det erfart at pasienters livsstil gjør dem syke. En livsstilsendring kan for mange være avgjørende for en bedre helse og dempe symptomer. Men svært ofte er ikke pasientene i stand til, eller ønsker ikke å gjøre disse endringene, av ulike grunner. Helsepersonell er ikke ansvarlig for en pasients helseatferd eller manglende endring av atferd, men kan gjennom kommunikasjon bidra til å styrke pasientenes tro på at endring er mulig.

Det kan oppfattes slik at forsker har en negativ oppfatning av kommunikasjonen i helsevesenet og det skal ikke legges skjul på at mye kan forbedres på. Men det som oppleves

positivt er alle de gangene kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient har fungert godt. Pasienter eller privatpersoner har rost leger eller annet helsepersonell når legen har snakket forståelig, og omtalt legen som ”en som snakket normalt” og følt seg ivaretatt.

Det er viktig for en person som er syk å føle seg delaktig i eget behandlingsregime, og føle at helsepersonellet tilpasser seg akkurat ham. Like viktig er det at leger eller sykepleiere retter oppmerksomheten mot personen og ikke bare symptomene. Forsker har ett helhetlig menneskesyn, noe som innebærer at helsepersonell ikke bare må vie pasientens fysiske side oppmerksomhet, men også de psykiske, åndelige og sosiale behov som et helhetlig syn innebærer (Almås, 1997).

6.4 Studiens validitet og reliabilitet

Validitet dreier seg om man har lyktes i å belyse det som var intensjonen med undersøkelsen (Halvorsen, 2008).

Under intervjuet er det alltid en fare for at forskeren og informantene snakker forbi hverandre. Det er derfor viktig at forskeren kontrollerer sin egen oppfatning, ved hjelp av oppklarende spørsmål til informantene. Dette kalles dialogisk validering (Malterud, 2008), noe som ble anvendt flere ganger i løpet av intervjuene.

Samsvaret mellom det teoretiske begrep og det begrep man har lyktes i å operasjonalisere kalles begrepsvaliditet (Kleven, 2005). I studiens problemstilling er begrepet health literacy ett av hovedbegrepene. Det ble stilt spørsmål om hvorvidt informantene kjente til begrepet. Health literacy er et lite kjent begrep i Norge, og det var forventet på forhånd at legene ikke kjente til begrepet. Etter at informantene ble spurt om begrepet health literacy, ga de selv en forklaring, etterfulgt av en liten innføring av forsker. Spørsmålene i intervjuguiden tar videre utgangspunkt i elementer i health literacybegrepet; forståelse av informasjon hos pasienten, formidling av informasjon og lignende. I og med at begrepet var noe ukjent for legene, hadde de likevel betraktninger som lå nært opp til hva health literacy innebærer. Men intervjuet bygget videre på et begrep som legene ikke kan sies å kjenne godt til hva innebærer, på samme måte som gjerne begrepet helsekommunikasjon gjør. Det kan da stilles spørsmålsteget med i hvor stor grad man belyser ”hensyn til health literacy”. Gjerne hadde andre forhold blitt trukket frem dersom legene hadde bedre kjennskap til begrepet. Begrepet kunne muligens gjort kjent for legene ved at de fikk tilsendt ett informasjonsskriv som omhandlet health literacy. Tolkningen av hvordan

informantene tar hensyn til pasientens health literacynivå er basert på min teoretiske forståelse av begrepet.

Begrepet mestringsforventning står også sentralt i problemformuleringen. På lik linje med health literacybegrepet skulle legene fortelle om sin oppfattelse av begrepet. I operasjonaliseringen ble ikke informantene spurt om hvordan de oppfattet mestringsforventning, men fikk i stedet en forklaring på hva begrepet innebar. Noe som innbefatter at ett av studiens forskningsspørsmål som omhandlet legenes oppfatning av mestringsforventning ikke ble besvart.

Analysen er gjort i lys av teori og empiri om helsekommunikasjon, health literacy og mestringsforventning. Dannelsen av kategorier er nok noe preget av forforståelsen dannet gjennom teoretisk forståelse. Likevel er det liten mulighet for at det er dannet kategorier fra datamaterialet som var ønsket fordi det ga et godt helhetsbilde. Legene har ikke fått spørsmål som ”synes du det er viktig med empati? eller ”synes du det er viktig å vise pasienten respekt?” Dette er kategorier som har dannet seg ut i fra det informantene selv har sagt, for eksempel på spørsmålet ”Hva synes du er god pasientkommunikasjon?” Forskers forforståelse ut i fra yrkeserfaring kan nok ha preget analysen.

I søken etter å finne den egentlige meningen i utsagnene til informantene, er informantens ”stemme” brukt. Setningene ble gjentatt mange ganger både fra båndopptaker og forskerens indre ”stemme”, for å få frem stemmeleie og tonefall. Da meningsytringene var tolket, ble utsagnene ”prøvd ut” i forskers univers. Hvilken mening kan ligge bak dette? Kan dette relateres til tidligere erfaringer? Dersom utsagnet ble knyttet til en erfaring som ikke var relevant i forhold til det som informantene sa, kan det oppstå en mistolkning av datamaterialet, men også ført til større forståelse gjennom tolkning.

Det er likevel en mulighet for at legene ikke legger frem situasjonen slik den er. Dette kan være av to ulike grunner; måten spørsmålene er stilt på og at informantene gir beskrivelser som er preget av hvordan han ønsker å fremstå (Thagaard, 2006). Spesielt kan spørsmålet om ”Hva mener du er god helsekommunikasjon” bli både preget av hva leger faktisk *gjør*, og hva de *tenker* er god helsekommunikasjon. Det har i for seg ikke så stor betydning, fordi forskningsspørsmålet etterspør ”Hva mener legene er god helsekommunikasjon med pasienter?”, og er i så måte ikke på søken etter konkret handling.

Med tanke på å fremstå bedre enn man er, har leger fått kritikk for å kommunisere dårlig med pasienten (Stewart, 1995), og kan derfor ha et ønske om å ikke fremstå slik.

Forholdet mellom forsker og informant var preget av maktballanse. Informantene er mest sannsynlig gjennom sitt arbeid fortrolige med å forholde seg til forskning og metoder. Om det skulle være en ubalanse i maktforholdet, er det i tilfelle forskeren som utfører et kvalitativt forskningsintervju for første gang. Leger har gjennom sin utdanning gjennomført en form for forskning, og mest sannsynlig bedriver flere av legene forskning i sitt arbeid. I forhold til profesjon, er forsker sykepleier. I yrkessammenheng er sykepleier underlagt legen, så i så måte er det ikke en truende situasjon for informantene.

Noen forskere sender utskriften av intervjuene til informanten for korreksjon og godkjenning. Da har man anledning til å oppklare eventuelle misforståelser eller supplere intervjuet (Malterud, 2008). Det er ikke blitt benyttet denne måten å validere studien på, da legene mest sannsynlig er svært opptatt av arbeidet sitt, og hadde allerede gitt av sin tid til å delta i intervjuet. Men det skal ikke ses bort fra at en gjennomgang av informantene kunne ha avdekket annet meningsinnhold enn det som har fremkommet i transkripsjonen.

Kjønnsfordelingen blant de åtte informantene er skjev. Syv av informantene er menn, og er dermed ikke et representativt utvalg. Spørsmålet i denne sammenhengen er *hva* slags kunnskaper man ønsker å innhente, og hvor disse kildene finnes (Malterud, 2008). Roter og Hall (2002) har gjort en gjennomgang av syv observasjonsstudier som hadde til hensikt å undersøke forholdet mellom legens kjønn og pasientkommunikasjon. Funn i studien tyder på at pasienten er mer åpen i samtalen med en kvinnelig lege, og at kvinnelig leger engasjerer seg mer om pasientens psykososiale situasjon enn sine mannlige kollegaer. I denne studien får man først og fremst et innblikk i hvordan mannlige leger tar hensynt til pasienters health literacy og mestringsforventning i helsekommunikasjonen.

Det er funnet flere studier som er sammenfallende med denne studiens funn. Dette kan tyde på at validiteten i studien er tilfredsstillende.

Reliabilitet referer til hvor konsekvent forskeren har gjennomført undersøkelsen (Thagaard, 2006) og er det samme som pålitelighet (Kleven, 2005). Det klassiske reliabilitetsbegrepet er knyttet til *"påliteligheten i målingen av de enkelte personer ved målingstidspunktet"* (Kleven, 2005, s.124). I kvalitativ forskning blir ikke reliabilitetsbegrepet anvendt på samme måte som i kvantitativ metode, som har som krav at man skal få samme resultat ved å gjenta undersøkelsen ved bruk av samme metode (ibid). I kvalitativ metode vektlegges det at forhold kan endre seg, og man kan da få ulike resultater. I denne studien er det

benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode. Dette innebærer at intervjuet ikke har noen fast struktur på rekkefølgen på intervju spørsmålene, men bestemmes underveis med utgangspunkt i informantens fortelling (ibid). Dette medfører en mulighet for at spørsmålene har blitt stilt på ulike måter til informantene, noe som kan påvirke resultatet (Kleven, 2005; Kvale, 2008).

Også dagsformen til intervjuer og informant kan ha innvirkning på resultatet (Kleven, 2005). Et av intervjuene som ble foretatt, var omstendighetene noe annerledes enn hos de andre. Forsker var av ulike årsaker ikke i form, ei heller informant, som ga uttrykk for en ekstremt slitsom arbeidsdag. I ettertid viser det seg at intervjuet inneholder minst datamateriale av alle intervjuer, og er det minst siterte.

Ved hjelp av notater i transkripsjonen, sukk, latter, tonefall, er det etter beste evne prøvd og gjenskapt hver enkelt intervju. Opptakene som er gjort har god lyd kvalitet.

6.5 Studiens utvalg

Utvalget til en studie skal sammensettes slik at det gir materiale om det man ønsker å utdype når studien er gjennomført. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsettingen at materialet har potensial til å belyse den problemstillingen man velger for studien (Malterud, 2008).

6.5.1 Valget av sykehusleger som informanter

Sykehusleger kommuniserer daglig med pasienter og vil trolig oppleve at pasienter har ulikt forståelsenivå. Sykepleiere som arbeider på sykehus er også et relevant utvalg. Da forsker selv er utdannet sykepleier, er det mulig at erfaringer og fordommer i stor grad kan sette preg på studien.

Denne studien har ikke som hensikt å vurdere hvor potensielt mangelfulle kommunikasjonsegenskaper leger kan ha, men har til hensikt å kartlegge hvilke kommunikative hensyn legene tar for å tilpasse informasjonen til den enkelte pasient.

Det er også sannsynlig at utvalget kan være mer opptatt av studiens tema, helsekommunikasjon, enn andre leger, på grunn av frivillig deltakelse.

6.5.2 Rekruttering av informanter

For å rekruttere informanter, ble de utvalgte sykehusene i Rogaland og Hordaland kontakt. Et av

sykehusene ba om at det ble sendt en forespørsel til informasjonsavdelingen ved sykehuset, som da ville sende dette videre til legene. Ved de tre andre sykehusene, ble det anbefalt å kontakte den enkelte klinikkdirektør, noe som ble gjort per telefon. Det ble avtalt å sende mail til klinikkdirektørene med informasjonsskriv (vedlegg 2) som skulle videresendes til legene. Klinikkdirektørene sendte mail til legene, og ba den enkelte lege og kontakte intervjuer på e-mail eller telefon. Inkluderingskriterier for studien er minimum to års praksis som lege.

Informasjonsskrivet inneholdt med hensikt lite informasjon om selve studien, for å unngå at informantene innhentet informasjon på forhånd. I informasjonsskrivet ble også aktuelle informanter informert om at intervjuene ville bli tatt opp på lydbånd, som ville bli slettet når studien var avsluttet, mulighet til å trekke seg fra studien, informasjon om undersøkelsens hensikt, hvem som gjennomfører den, institusjon, prosjektansvarlig/prosjektmedarbeider og faglig bakgrunn. I tillegg ble det informert om at intervjuet ville ta maksimum 30 minutter og at informanten valgte intervjutidspunkt. Informantene mottok ett informasjonsskriv som tilfredstilte kravet til informert samtykke. Ved å takke ja til deltakelse, ble det ansett som informert samtykke. Et informert samtykke innebærer blant annet at informantene er informert om studiens overordnede mål.

I tillegg ble det prøvd å arrangere ett informasjonsmøte for å rekruttere informanter. Dette ble godt mottatt av klinikkdirektørene, men vennlig avslått fordi de anså at legene ikke hadde mulighet til å kunne sette av tid til dette.

Etter tre uker var det kommet tilbakemeldinger fra åtte leger som var villige til å delta. Legene jobbet på ulike avdelinger ved fire forskjellige sykehus. Fire av informantene har kirurgisk bakgrunn, mens fire har medisinsk fagbakgrunn.

Intervjutidspunkt ble avtalt per mail eller telefon.

Da det første intervjuet var gjennomført, tilbød informanten seg å prøve å rekruttere flere informanter til studien. Forsker fikk en mail fra informanten om fem aktuelle kollegaer som kunne være potensielle informanter. De aktuelle informantene ble tilsendt informasjonsskrivet som tidligere var blitt sendt klinikkdirektørene. Dessverre var det ingen av legene som tok kontakt, og det syntes ikke naturlig å sende en purring. Informantene som var rekruttert var positivt innstilt til studien, og ga uttrykk for at temaet interesserte dem.

Antall informanter er kun åtte. Selv om dette ikke gir mulighet for generalisering, kan det likevel anses som et tilstrekkelig antall. Målet med kvalitative studier er ikke å oppnå

overførbarhet på populasjonsnivå eller å teste hypoteser. Informasjonsrikdom er et mer adekvat kriterium for et godt utvalg enn representativitet. Utvalget skal være sammensatt slik at datamaterialet inneholder det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført, og bidrar til å belyse problemstillingen (Malterud, 2008), noe som er mulig med åtte deltakere.

6.5.3 Overførbarhet

Selv om tífredsstillende validitet dermed kan være ivaretatt, er det viktig å være klar over at funnene strengt tatt bare er gyldige i forhold til legene som var med i utvalget. Dette besto av overveiende mannlige leger, og en kan i tillegg anta at de har relativt sterk interesse for helsekommunikasjon. Likevel kan nok studien gi et visst innblikk i hvordan sykehusleger tenker omkring de spørsmål undersøkelsen reiser.

6.6 Forskningsetiske betraktninger

Relasjonen mellom forsker og informant er viktig i kvalitativ forskning (Thagaard, 2006). Den personlige interaksjonen i intervjusituasjonen påvirker både den som blir intervjuet og forskeren. Den kunnskapen som kommer frem under intervjuet påvirker ens syn på det mennesket man intervjuer (Kvale, 2008). Som intervjuer må man være oppmerksom på at spørsmålene under intervjuet, eget verbalt og non-verbalt språk kan påvirke de svarene som informanten gir (ibid).

Opplysningene er ikke av sensitiv karakter, og anonymiteten til respondentene er sikret. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (vedlegg 3) og er ikke meldepliktig til Regional etisk komité

Deltakere som er med i et forskningsopplegg har krav på konfidensialitet. I praksis innebærer dette at all informasjon som kommer frem under intervjuene, blir behandlet anonymt og uttilgjengelig for andre en forsker (Thagaard, 2006). De transkriberte intervjuene er anonymisert.

Alt datamateriale er lagret på en bærbar pc, som kun forsker har tilgang på. Lydopptaker er oppbevart i safe. Alt datamateriale vil bli slettet ved studiens slutt, i tråd med NSD retningslinjer for slik informasjon. Informantene er informert om at de når som helst kan trekke seg fra studien, uten å gi noen grunn.

6.7 Pilottest

Hensikten med en pilottest i denne sammenhengen, er å vurdere om innholdet i intervjuguiden fungerer slik man har tenkt (Ringdal, 20007). Man kan gjerne be den som er med på pilottesten om å komme med opplevelser av intervjuet (Kvale, 2008). Denne pilottesten hadde to hensikter; å teste ut om den utvidede intervjuguiden var tiltrekkelig, og å gi forskeren trening i en forskerrolle.

Pilottesten ble gjennomført med en lege. Han fikk i ettertid anledning til å gi tilbakemelding på intervjuet, men hadde ingen konkrete forslag til endring.

Informanten ble ikke brukt i utvalget. I følge Malterud (2008) er det helt legalt å bruke data fra pilotprosjektet. Dette ble imidlertid ikke gjort, fordi forsker og informant har ett vennskap og informanten var ikke informert om det på forhånd. Det kan i så måte stilles spørsmålsteget med hvor gunstig det var å velge en venn som informant til pilottesten, da det kan være vanskelig å gi tilbakemeldinger.

6.8 Gjennomføring av intervjuene

Forsker og informant treftes første gang da intervjuet skulle gjennomføres. Før intervjuene startet, ble innholdet i informasjonsskrivet gjentatt, samt hva som var hensikten med studien.

Intervjuene foregikk på ulike kontorer og grupperom på informantens arbeidsplass. I den utvidede intervjuguiden, ble alder, lengde på yrkespraksis, samt type praksis notert før intervjuet startet. Det ble til tider tatt notater av non-verbalt språk under spørsmålet i intervjuguiden under intervjuet. Informanten ble informert på forhånd at det ville bli tatt notater underveis og hensikten med disse.

Da intervjuet var ferdig, ble det tatt en oppsummering av det som hadde blitt sagt. I tillegg ble informantene spurt om de ønsket å legge til noe mer eller korrigere på noe.

Intervjuene varte fra 17.10 minutter til 27.03 minutter.

6.9 Transkripsjon av intervjuene

Intervjuene ble tatt opp ved bruk av digital lydopptaker, samt notater underveis. Likevel er det rådata som er den faktiske hendelsen, slik den fant sted mellom partene og deres opplevelse av den. Dette er vesentlig, fordi teksten i utskriftsform ikke må tolkes som virkeligheten og mening går tapt eller forvrenges mellom et oversettelsesledd (Malterud, 2008). Transkripsjonen skal i

størst mulig grad ivareta de originale data, slik at informantens erfaringer og meninger kommer frem. Likevel vil muntlig tale omgjort til tekst fordreie hendelsen noe. Derfor har skriftliggjøringen som mål å fange opp i størst mulig grad det informanten ønsket å formidle.

Transkripsjonen ble skrevet ned i Word, hvor hver linje er nummerert. Denne nummereringen forenklet det å finne igjen meningsbærende enheter senere i analysen. Til sammen utgjorde transkripsjonen 25 A4-sider, skrevet med enkel linjeavstand, font 12 og standardmarger.

For å skille mellom informantens og forskers stemme, ble det benyttet fet skrifttype når transkripsjonen var intervjuers tale. Tenkepauser hos informanten er markert med prikket linje (...). Tonefall eller annen non-verbal kommunikasjon som har for betydningen av meningen er skrevet i parentes i transkripsjonen. Transkripsjonene er gjort samme dag som intervjuene er gjort. Alle intervjuene er hørt igjennom flere ganger før transkripsjonen, for på best mulig måte å gjenskape intervjusituasjonen.

6.10 Organisering og analyse av transkripsjonene

I gjennomføringen av analysen er det i stor grad benyttet Malteruds (2008) metode for systematisk tekstkondensering for kvalitative data.

6.10.1 Fase 1: Lesing for helhetsinntrykk

For å få et helhetsinntrykk av transkripsjonene, ble alle intervjuene gjennomlest hver for seg. Det er av stor betydning i denne fasen å legge fra seg sin forforståelse og teoretiske referanserammer, for å kunne stille seg åpent til hva informantene virkelig formidler gjennom intervjuet (Malterud, 2008). Denne fasen er ikke noen form for systematisk refleksjon, men det dannet seg likevel tema etter gjennomlesningen. Etter at intervjuene var lest, ble det skrevet ned stikkord eller tema som ble betraktet som beskrivende for transkripsjonen og slik intervjuet ble husket.

6.10.2 Fase 2: Fra helhetsinntrykk til meningsbærende enheter

Andre trinn i analysen innebærer å søke etter meningsbærende enheter i transkripsjonen, basert

på temaene i første trinn. Temaene representerer foreløpige oppfatninger og ideer om ulike sider av problemstillingen. Når meningsbærende enheter ble funnet, ble disse skrevet ned på et ark med nummeret på informanten og linjen i det transkriberte intervjuet. Det ble satt like mange X som det var linjer i enheten og enheten ble knyttet til tema fra fase 1. Dette kalles for koding (Malterud, 2008). Kodearbeidet har den hensikt å fange opp og klassifisere de meningsbærende enhetene i teksten som har sammenheng med hverandre (ibid).

Alle intervjuene ble så lest på nytt. På grunn av studiens design, kommer ikke svarene i samme rekkefølge. Intervjuene ble gjennomlest på nytt og markert i intervjuet med ulike fargekoder hvilke svar som hørte til hvilke spørsmål i intervjuguiden. Dette ble gjort for å ha fokus på hva hver informant hadde svart som var relatert til hvert spørsmål. Deretter ble alle meningsbærende enheter streket under med kulepenn, og deretter kodet i kolonner i et excelark. Når en kode fremkom, ble nummeret på informantintervjuet og nummereringen av de linjene hvor teksten var hentet fra, skrevet i kolonnen.

Deretter ble det forsøkt å finne svar på forskningsspørsmålet ut i fra det som hver enkelt informant hadde svart. For å finne ut av dette, ble det benyttet et A3-ark for hver informant, som ble delt inn i fire kolonner, en for hvert forskningsspørsmål. Intervjuene ble gjennomgått på nytt, da med ”rene” utskrifter av intervjuene, uten fargekoder. De meningsbærende enhetene som ble vurdert hadde tilhørighet til de ulike forskningsspørsmålene ble ført inn i skjemaet. For å kunne systematisere de meningsbærende enhetene ytterligere ble forskningsspørsmålene ført i kolonner på et nytt ark. Intervjuene ble lest igjennom nok en gang, og ført inn informantnummer og linjenummer.

6.10.3 Fase 3: Fra kode til mening

Enkelte av kodene ble ekskludert, mens andre ble plassert i kategorier. Dette blir kalt for abstraksjon (Malterud, 2008). Kodingens hensikt er å kategorisere og finne meningsbærende enheter som kan bidra til å gi svar på studiens problemstilling (ibid). Derfor ble nå forskningsspørsmålene anvendt og plasserte i kategoriene under det forskningsspørsmål det var antatt at kategorien ga svar på. Det var svært få av kategoriene som ble ekskludert. En kategori på grunn av at det var bare en person som hadde trukket tema frem, og to andre ble slått i sammen til en.

6.10.4 Fase 4: Fra mening til analyse og tolkning

I analysens fjerde trinn gjenstår rekontekstualisering. Kategoriene fra fase tre ble relatert til de fire forskningsspørsmålene. Under hver kategori ble det plukket ut utsagn fra informantene som var typiske for kategorien. Utsagn som gjennom tolkning og analyse ble vurdert dit hen at utsagnet belyste kategorien fra ulike oppfatninger, ble også benyttet. For å finne aktuelle utsagn fra informanten ble A3 arket fra 2 del i fase to benyttet.

Funnene presenteres og diskuteres ut i fra studiens gitte teoriramme. I diskusjonen blir funnene relatert til de fire forskningsspørsmålene, og diskutert opp i mot empirisk forskning og teori.

7. Presentasjon og analyse

Utvalget i studien bestod seg av åtte informanter, en kvinne og syv menn. Fire av legene jobber på medisinske avdelinger og fire på kirurgiske avdelinger. Ingen av informantene jobbet på samme avdeling. Fire av legene hadde fra 5 til 8 års ansiennitet. Alder mellom 33 til 39 år.

De resterende fire informantene hadde ansiennitet fra 20 til 33 år. Alder mellom 45 – 61 år.

I det følgende kapittel vil studiens funn bli presentert i henhold til oppgavens forskningsspørsmål. Under hvert av forskningsspørsmålene vises svarkategoriene som utviklet seg gjennom analysen. Sitatene som er valgt, skal eksemplifisere de kategoriske tolkningene. Sitatene er gjengitt i muntlig form, og tenkepauser er markert med (...).

Siden det i utvalget bare er en kvinne, vil alle informantene omtales som ”han” for å bevare anonymiteten til informantene. En av legene er barnelege. Det er barnets foresatte som blir omtalt som pasient.

7.1 Hva mener legene er god helsekommunikasjon med pasienter?

Til det første forskningsspørsmålet ble det utviklet syv svarkategorier.

7.1.1 Kategori 1: Å kartlegge pasientens forståelsesnivå

Alle legene anser kartlegging av pasienten som en viktig del av kommunikasjonen for å danne seg et inntrykk av hvor mye pasienten forstår eller er i stand til å forstå. Ved å lytte på tilbakemeldingene til pasienten, samt stille kontroll spørsmål, mener legene å kunne danne seg et inntrykk av pasientens forståelse.

Informant 1: Jeg hører litt på hvilke svar jeg får tilbake av pasienten.....hvilke oppfølgingsspørsmål pasienten stiller eller kommentarer til det som blir sagt. Hører om spørsmål eller kommentarer er relevante for samtalen.

Informant 2: Det er jo sånn at de nikker, sier at de har skjont det jeg sier: Ja det skjønner jeg” gir slike tilbakemeldinger som ”ja det høres jo riktig ut” ”det skjønner jeg” sånne kommentarer som det som indikerer at de har forstått hva du sier.

Informant 3: *Man lærer seg å bedømme mennesker...og når man diskuterer da hører man hvilke motspørsmål man får.*

Informant 6: *Men, det kan jo gå litt på å stille kontrollspørsmål, at du spør de tilbake, spør om de har forstått det...eventuelt om de har tilleggsspørsmål, sånne ting som det.*

Både informant nr 1, 2, 3 og 6 oppgir at de benytter seg av å tolke og analysere de tilbakemeldinger pasienten gir underveis i samtalen, for å få en indikasjon om pasientens forståelsesnivå. Informant nr 1 spør pasienten om han har noen kommentarer. Dette er muligens mer åpen måte å stille spørsmål på, en å spørre om vedkommende forstår. Selvsagt kan pasienten svare "ja" eller "nei" på begge spørsmålene, men ordet kommentar synes å invitere i større grad til oppklarende spørsmål enn "forstår du det?" eller "lurer du på noe?".

Informant nr 2 og til dels nr 6 synes å stole for mye på at pasienten gir en tilbakemelding dersom han ikke forstår. At pasienter gir uttrykk for å forstå budskapet, er slett ikke uvanlig, derfor kan dette indikere noe overflatisk kartlegging eller kontroll av pasientens forståelsesnivå. Informant nr 1 og 3 synes i større grad å vektlegge og få pasienten til å uttale seg om selve anliggende, for å danne seg et inntrykk av pasientens forståelse av informasjonen.

Tre av legene observerer også pasientens omgivelser eller leser i journal på forhånd, for å danne seg ett inntrykk av pasienten.

Informant 3: *Alltid før jeg treffer en pasient, uansett hvem det er går jeg inn på data og leser om han, slik at jeg er forberedt.*

Informant 4: *Og så er det den menneskelige samtalen. Alltid når jeg går inn i ett rom går jeg og hilser på pasienten, jeg håndhilser, bøyer meg over pasienten, da får jeg inntrykk om hygiene, lukt av urin, ser pasienten meg i øynene, hvor fast er håndtrykket, trekker han seg bort...dette gir meg inntrykk om hans personlighet. Det er så utrolig mye informasjon de første sekundene allerede.*

Informant nr 4 utsagn vitner om at legen er opptatt av helheten rundt pasienten, og interessert i å finne ut hvem han er, noe som er viktig i kartlegging av en pasients forutsetninger for å lære. En

svekket psykisk og fysisk helse kan føre til at pasientens lære- og forståelsesforutsetninger blir nedsatt (Tveiten, 2001). Flere av utsagnene fra informantene uttrykker en helhetlig interesse for pasienten, men denne informanten utpekte seg. Han gjør seg nytte av alle sansene sine, for å få ett så riktig inntrykk av pasienten som mulig. Måten legen fortalte dette på, ga et inntrykk av en person som er genuint interessert i selve mennesket. Han er interessert i å høre hva pasienten har å fortelle, ikke bare i selve sykdommen eller tilstanden pasienten har blitt innlagt for.

Informant 5: Jeg spør alltid hva de driver med...småprate litt, og danne med veldig fort ett inntrykk av hvem de er. Sier de at de er pensjonerte sykepleiere eller går de på allmennfag på videregående, så har du fort ett innblikk i hvilket språk de bruker.

Informant nr 5 beskriver her en kartlegging som ikke tar utgangspunkt i *hva* pasienten sier om selve helseinformasjonen, men hvilke rammefaktorer som kan ligge til grunn for pasientens muligheter for forståelse. Dette er viktige rammefaktorer å ta hensyn til i helsekommunikasjonen, men er ikke tilstrekkelig for å danne et riktig eller reelt inntrykk av pasienten forståelse. Det er først gjennom samtale med pasienten under og etter informasjonen, at det kan dannes et inntrykk av hva som er forstått (Tveiten, 2001).

7.1.2 Kategori 2: Avklarende for pasienten

Hensikten med en lege-pasient kommunikasjon er at pasienten skal få klarhet i sin helsesituasjon og forstå det som blir formidlet av legen, for deretter å gjøre nødvendige endringer i livsstil eller andre tiltak. Halvparten av legene oppga også at de ga informasjon i den hensikt at pasienten selv skulle ha en aktiv deltakelse og bestemme selv hvordan han ville forholde seg til det.

Informant 1: Viktig å få oppklart misforståelser, og snakke med pasienten dersom de ikke er fornøyd med operasjonen eller opplegget.

Informant 2: Og du må prøve å beskrive deres situasjon så nøyaktig og saklig som mulig. Fortelle det som har betydning for sykdommen slik at de kan ta hensyn til dette og forsøke å bedre sin situasjon så mye som mulig.

Informant 4: Etter en samtale føler jeg at pasienten har forstått hva som foregår, og hva

vi skal gjøre, og virker fornøyd. Ikke for å gjøre meg bedre enn jeg er, men jeg opplever veldig ofte at pasienten på en måte sier at "det var veldig god medisinsk oppdatering", og når jeg hører det, da er jeg veldig fornøyd. Da vet jeg at denne kommunikasjonen gikk greit, jeg har fått formidlet det jeg ville formidlet, og de har skjønt hva det dreier seg om.

Informant 6: Dersom jeg har gitt informasjon slik at pasienten forstår både hva som feiler ham og hva som vi har tenkt å gjøre med ham...og utsiktene til å bli frisk eller ikke. Og den informasjonen er gitt på en slik måte at jeg er trygg på at han har oppfattet det som er blitt sagt. Da har vi vel gjort en god jobb.

Informant 7: Prøve å få stilt en diagnose, kan jeg hjelpe så kan jeg hjelpe, kan jeg ikke hjelpe så må jeg forklare hvorfor jeg ikke kan.

Alle de siterte informantene uttrykker her at helsekommunikasjonen skal være avklarende for pasienten. Det synes som at det kan være ulike behov hos pasientene skal føle at de har fått avklart situasjonen sin. Informant nr 1 poengter at det er viktig at pasienten gir beskjed dersom han er uenig. Legens uttalelse var meget entusiastisk, og gir en indikasjon på at legen er opptatt av at pasienten skal være delaktig i avgjørelser vedrørende behandlingen eller andre avgjørelser.

Informant nr 2 derimot, er opptatt av at helsekommunikasjonen skal være avklarende, for at pasienten skal ha muligheten til å kunne gjøre nødvendige endringer i livsstilen, og har nok kunnskap til å kunne gjennomføre dette. Utsagnet tilsier at legen mener at pasienten må være tilstrekkelig informert, for å kunne foreta en atferdsendring. Implisitt i utsagnet, er en oppfatning om at informasjonen må tilpasses hver enkelt pasient, for at informasjonen skal være nyttig.

Informant nr 7 kommer inn på at det også er viktig at pasienten forstår at han *ikke* kan bli behandlet. Uttalelsen til legen tyder på at noen pasienter har urealistiske forhåpninger til behandlingen, og det er vesentlig at pasienten er informert om dette. Det ble også gitt uttrykk for at informanten oppfattet pasienter som ikke kunne gis den behandling som de selv ønsket eller mente var riktig, var misfornøyd med helsevesenet. Opplevelsen av å ikke få behandlingsønsket oppfylt kunne gi en følelse av en inkompetent lege eller helsevesen hos pasienten. Også informant nr 1 ga også uttrykk for lignede tanker. Dette kan muligens avdekke et lav kritisk health literacy nivå hos pasienten. Et kritisk health literacynivå innbefatter blant annet å være kritisk til

den helseinformasjonen som man mottar, og å kunne vurdere om dette er aktuelt for ens egen helsetilstand. Pasienten kan i så måte være på et høyt interaktiv health literacy nivå, i og med at pasienten selv har oppsøkt helseinformasjon.

Like viktig å informere på bakgrunn av at pasienten skal være deltagende og informert, kan informant nr 4 og nr 6 uttalelse oppfattes som at det er viktig for pasienten å få avklart situasjonen sin, for å kunne føle seg tryggere. Å være trygg og få klarhet i egen situasjon, bidrar til å styrke mestringsforventningen hos pasienten (Bandura, 1997).

7.1.3 Kategori 3: Respekt og empati

Respekt, omsorg og empati for pasientene ble uttrykt på ulike måter hos flere informanter. Ikke alle legene nevnte selve ordet respekt, men måten utsagnene ble uttalt på, kan forstås på en slik måte at respekt lå som en grunnholdning av uttalelsen. Legene nevnte spesielt å ha respekt for enkeltindividet og forståelse for hva hver enkelt pasient gjennomgår, der to av legene nevnte krisereaksjoner.

Informant nr 1: En må jo virkelig innstille seg på hvem en har framfor seg, kan jo ikke ha den samme stilen overfor alle, men jeg tror ikke at helsevesenet kan gi alle ett like godt tilbud. Tror ikke en alkoholiker blir behandlet like seriøst som en rådmann... det er noe med det altså, må jo være obs på det.

Dette er en ytring fra informanten som kan antyde at han oppfatter at helsevesenet på det mellommenneskelige planet, til tider kan behandle pasient ulikt ut i fra sosial status. Selv om han er innstilt på å behandle alle likt, kan det godt tenkes at dette utsagnet indikerer at også han til tider kan komme i skade for å behandle pasienter ulikt, og minner seg selv på at det er viktig å ha samme respekten for alle mennesker.

Informant nr 3: ...men det er viktig å ha empati, for flertallet som kommer inn er underlegen mot oss....vi har kunnskapen, vi har en sosial rang, og man vet at de fleste yngre som kommer inn har ulike problemer...i hvert fall hos oss. Da må man forsøke å snu på det; hvordan kan vi tale til dem uten å sette oss på dem? Forstå deres vanskelige

situasjon. Det er de som er syke, og vi er til for dem.

På lik linje som informant nr 1, er også informant 3 opptatt av å behandle alle pasienter med respekt. Informanten bringer selv på bane at som lege har han en høy sosial status og rang, noe som han ikke ønsker skal påvirke forholdet hans til pasienten. Dette tyder på at legen er bevisst på at pasientene han samhandler med ofte kan innta en defensiv holdning på bakgrunn av den makten legen har, både kunnskapsmessig og sosialt, spesielt når pasienten er rammet av problemer som gjerne blir betegnet som lavstatusproblem. Informanten gir inntrykk av at han er oppriktig interessert i pasienten og ikke ønsker å kritisere eller nedverdigrige pasienten, uansett hvilke situasjoner de kommer i. Implisitt i utsagnet hentyder informanten til pasienter tilhørende et lavt sosioøkonomisk nivå. Det er da tenkelig at disse pasientene har en passiv tilnærming på grunn av muligheten av lavt HL nivå grunnet sosial status, noe som kjennetegner lav HL.

Informant nr 6: Kommer som regel av at de er i en fase, det som jeg kaller for en sjokkfase, der en plutselig har fått dette her at en har fått en alvorlig sykdom, og så stenger en ute informasjonen som en får. Det er jo en del av krisearbeidet.

Det er svært viktig å ta hensyn til pasienters krisereaksjoner når man skal gi informasjon. En pasient som opplever en krise, kan ha nedsatt konsentrasjon og hukommelse (Almås, 1997). Informanten nr 6 er tydelig på at dette er vesentlig i pasientkommunikasjonen, noe som vitner om at legen er oppmerksom på at den informasjonen han har gitt, ikke nødvendigvis er forstått. I uttalelsen er det også implisitt at legen har stor forståelse og respekt for at pasientene trenger tid til å bearbeide vanskelige beskjeder og tilpasse seg en ny situasjon.

Informant nr 7: Men jeg er alltid ydmyk for eksempel at pasienten ønsker en second opinion, jeg er veldig åpen for å sende folk i fra meg.

Informant nr 7 kommer inn på at det ikke alltid pasientene slår seg til ro med den informasjonen eller behandlingsforslaget han kommer med. Denne åpenheten til å la andre uttale seg om pasienten, avspeiler gjerne først og fremst hensyn til at pasienten har rett til medvirkning i behandlingen, samt rett til fornyet vurdering (Pasientrettighetsloven, 1999). Men dette signaliserer også en ydmykhet overfor legeyrket, der også legen kan gjøre feilvurderinger, på tross av mange års yrkeserfaring.

7.1.4 Kategori 4: Tillit og trygghet

I analysen er det valgt å slå sammen tillit og trygghet i en kategori. Tillit er en spontan livsytring som oppstår mellom to personer, og er avgjørende i de første møtene mellom mennesker. Tillit og trygghet henger nøye sammen, ved at tillit på sikt kan føre til trygghet (Aarflot & Henriksen, 2002). Fem av informantene vektla å gi trygghet og bygge et tillitsforhold til pasienten. Legene vurderte dette som viktig både fordi at pasienten skal føle seg trygg hos legen og for å bygge en allianse mellom seg og pasienten.

Informant nr 1: *Du må få til en allianse mellom deg og pasienten, slik at de stoler på deg.*

Informanten gir her inntrykk av å prøve å danne et tillitsforhold mellom seg og pasienten, for å kunne skape et godt ”læringsmiljø” for pasienten. Bruken av ordet allianse er interessant her. Allianse blir benyttet som en betegnelse for samarbeid mellom to eller flere parter (Roos, von Krogh & Ross, 1997). Implisitt i utsagnet antydes det en tanke om at kommunikasjonen mellom pasient og lege skal være trygg og inkluderende.

Informant nr 3: *Man må ha noen som man kan stole medisinsk på, selv om det er vanskelige beskjeder. Det tror jeg er det viktigste.*

Informant 4: *Og dersom jeg har lært noe som lege, så er det at det er veldig viktig å opptre trygt, gi trygghet. Mange er veldig usikre, så du må gi trygghet.*

Informant nr 5: *Man vil jo alltid betrygge og berolige, men dersom jeg greier å si det på en slik måte at jeg er beroligende, og de føler at de har fått den informasjonen de trenger. Da er jeg fornøyd.*

Utsagnene til informant 3 og 5 gir et inntrykk av at legen inngår et ”kompromiss” med seg selv. Informantene forteller at det er viktig å informere, samtidig som han ikke skal uroe pasienten, kan tolkes som at trygghet og tillit er vesentlig i kommunikasjonen med pasienten. Samtidig gir utsagnene ett inntrykk av to ulike hensikter med tryggheten i utsagnene. Informant nr 3s utsagn, kan tolkes som at legen ønsker å gi pasienten en faglig trygghet. Informant 4 og 5, hentyder

derimot til en trygghet som kan ha til hensikt å gi trøst, dempe angsten og bekymringen det kan være å bli syk og miste kontrollen over sitt eget liv.

7.1.5 Kategori 5: Ærlighet

Hele syv av de åtte informantene fremhevet ærlighet som en viktig forutsetning i kommunikasjonen med pasienten. Legene var opptatt av å gi riktige opplysninger til pasienten. Dette kan tolkes dit hen at ærlighet bidrar til at pasienten får ett reelt bilde av situasjonen, og legen får dannet seg et bilde av pasienten.

Informant nr 1: Må nesten bare være ærlig...jeg vet at du har det slik og slik, jeg tror at du kommer til å ruse deg, hvordan kan vi best få dette til.

Dette utsagnet gir inntrykk av at legen gir pasienten en mulighet til å kunne diskutere noe som kan være vanskelig for pasienten selv å innrømme eller å ta opp. Legen inviterer med dette til en ærlig og ivaretaende omsorg for pasienten.

Informant nr 3: Jeg fortalte henne om risikofaktorer ved å ta en operasjon...enten dør du eller du kan bli lam, du kan få en blodpropp eller ett hjerteinfarkt... Det er mye større mulighet for at dette går bra dersom du slutter å røyker og går litt turer, så går sikkert alt bra. Hun aksepterte det.

Dette utsagnet er en annen ”type” ærlighet en informant nr 1 uttrykte. Denne ærligheten kan vitne om et forsøk fra legen å prøve å få pasienten til å endre atferd. Dette kan tolkes som en siste mulighet til å få pasienten til å endre atferd eller å forstå informasjon som er gitt tidligere, men som ikke er etterfulgt.

Informant nr 3: Det å våge å si sannheten er en del av vår jobb, synes jeg.

Informant nr 4: Du skal ikke lyve, du skal ikke si ting som ikke er sant.

Informant nr 6: Og at en er åpen om den informasjonen som en gir, altså at en gir informasjon om den reelle situasjonen, at en ikke utelater ting eller gir feil informasjon.

Informant nr 3, 4 og 6 utsagn gir ett bilde av en oppriktig oppfatning hos legene om å gi sann og riktig informasjon som pasienten har krav på. Dette bærer også preg av at legene er ydmyke for den informasjonen som tilhører pasienten, noe som også kan innebærer ubehagelige og sterke situasjoner for legen selv, da med tanke på eventuelle reaksjoner pasientene kan få.

7.1.6 Kategori 6: Å vurdere hvor mye informasjon som skal gis

Fire av de åtte legene kommer inn på at det kan være vanskelig å gi informasjon til pasienten, fordi noen pasienter av ulike grunner ikke ønsker informasjon. På den andres siden er det andre som vil vite alt vedrørende deres helsesituasjon. Informantene påpekte at det er en utfordring å føle seg frem til hvor mye informasjon den enkelte pasient ønsker å få. Disse utsagnene vitner om at informantene finner det utfordrende å ikke uroe unødvendig, samtidig som den enkelte pasient skal føle at han er tiltrekkelig informert.

Informant nr 1: Og så er det de pasientene som ønsker å vite ALT, mens andre ønsker nesten ikke å høre noe som helst... hvor alvorlig det er.

Informant nr 3: Men så finnes det andre ganger der folk synes at jeg ikke skulle ha sagt noen ting...det har jeg ikke noe med å gjøre...men da må man respektere det. Så det er ikke alltid så lett.

Informant 3 gir her uttrykk for at han har opplevd negative situasjoner ved å gi for mye informasjon. Dette kan oppfattes som, i følge måten det ble uttrykt på, at legen synes det er vanskelig når pasienten ikke ønsker å motta mer informasjon for å bedre på egen situasjon eller sykdomstilstand. Likevel må han respektere pasientens valg, selv om han ser at pasienten kan ha potensial til å endre på omstendighetene.

Informant nr 5: Jeg har jo opplevd å gi for mye informasjon, at folk ikke vil vite det...

Samtidig påpeker informantene at noen pasienter vil vite alt, og at kan bidra til at pasienten blir unødvendig uroet.

Informant nr 8: *Nei der er ikke alltid så lett å avgjøre...men dersom en pasient kommer inn som blør fra endetarmen, kan det være alt fra hemoroider til kreft. Og dersom vi da begynner å snakke om kreft med en gang er jo det sann informasjon, men det kan være litt for mye informasjon på en gang. For eksempel slik han som kom inn med blødning fra tarmen, man begynner ikke å diskutere alle differensialdiagnosene. Det er jo ikke riktig å gjøre det, så man må jo ta det steg for steg.*

Dette utsagnet kan indikere at legen kan holde tilbake informasjon som er pasientens egen. Men måten dette ble sagt på, antyder ikke at legen har til hensikt å skjule informasjon, heller å beskytte pasienten for unødvendig uro om alvorlig sykdom. Det er likevel en forskjell på dersom legen vegrer seg å gi reell informasjon dersom pasienten selv etterspør mulige forklaringer på symptomene, eller om han utelater å informere om differensialdiagnoser dersom pasienten ikke spør. Pasienter som har ett stort informasjonsbehov, føler seg tryggere ved å bli informert, selv om det kan innebære bekymringsfull informasjon (Kringlen & Finset, 2006).

7.1.7 Kategori 7: Tid

Halvparten av legene nevnte tidens betydning for pasientkommunikasjonen, og to av legene vektlegger å ta seg tid til pasienten selv om det til tider kan være vanskelig.

Informant 1: *Men det kan jo godt også være at det ikke har vært god nok tid til å få stille spørsmål... Men vi prøver virkelig å unngå det.*

Informant 2: *Ja, ja det tar jeg meg tid til. Altså... det gjør jeg faktisk ja.*

Informant 4: *Men her spiller jo også tiden inn, men jeg gjentar det en gang.*

Informant 5: *Så av og til, dersom du har en veldig travelt, så godtar de å ikke få den smalltalken, og informasjon og sånne ting, fordi at de vet at der fikk jeg kontrollen min, det kan bli sagt også eksplisitt, jeg er her for kontrollen, ikke for å snakke. Og at ikke alle på grunn av det forventer informasjon. Det skjer jo. Jeg prøver jo å informere, men...*

Funnene antyder tre ulike oppfatninger om tidens påvirkning av helsekommunikasjonen. Informant nr 1 utsagn viser at det kan forekomme at pasienten ikke blir tilstrekkelig informert på grunn av dårlig tid. Uttalelsene til 2. og 4. informant antyder at legene er bevisst tiden, men lar ikke dette gå utover kommunikasjonen. Likevel gir informant nr 4 inntrykk av at han må inngå et kompromiss. Selv om det kan oppstå tilfeller der pasientene hadde hatt behov for ytterligere informasjon, ser han seg nødt til å korte ned tiden med pasienten.

Informant nr 5 antyder en frustrasjon i forhold til å ikke ha god nok tid til å snakke med pasienten. Han mener at pasientene i noen situasjoner kan godta dette, fordi legebesøket består i en klinisk kontroll. Men det kan stilles spørsmålsteget om ikke pasienten hadde behov for å snakke med legen, selv om kontrollen var av klinisk art, i denne situasjonen undersøkelse av et operert organ. Det er stor sannsynlighet for at pasienten har spørsmål han gjerne ville tatt opp med legen. Det skal tilføyes at dette utsagnet kan være uttalt på en annen måte enn det i utgangspunktet var ment, og at noe av frustrasjonen over stort arbeidspress gir en følelse for legen å ikke få behandlet pasientene slik han ønsker.

7.2 Hvordan oppfatter legene innholdet i health literacy begrepet?

Ingen av legene er kjent med det teoretiske begrepet av health literacy. Legene ga likevel en tolkning av begrepet. Tolkningen var for det meste basert på at legene kjenner begrepet literacy fra før, og setter det i sammen med health.

Det utviklet seg tre kategorier som kan relateres til health literacy.

7.2.1 Kategori 1: Informantens egen tolkning av health literacy

I forsøket på å tolke begrepet relaterte flere av informantene at meningsinnholdet i begrepet er knyttet til å forstå egen helse.

Informant 2: Jeg har ikke hørt akkurat det uttrykket før da men...det må jo være det at du...dersom jeg skulle tenke meg til det, så tror jeg at det betyr at du er opplyst av hva som har betydning for helsen din.

Informant 4: *Jeg kan forestille meg at dette betyr noe slik som "medisinsk verktøy" som pasienten har til å forstå den informasjonen som de får.*

Informant 5: *Det går vel på om man er i stand til å sette ord på symptomer og innsikt i egen sykdom og slikt?*

Informant 7: *Ja, jeg kan tenke meg hva som ligger i begrepet...at man kan...har lest mye...har begrep om sykdom og helse...om de skjønner det eller ikke.*

Informant 8: *At det går på hvor mye man forstår av sin egen helse. Jeg strøk bare health, og tenkte på hva literacy betyr.*

Ut i fra disse utsagnene er det helt tydelig at legene oppfatter health literacy begrepet i riktig retning. Uttaleser som "å forstå den informasjonen som de får", "sett ord på symptomer", "har begrep om sykdom og helse" er absolutt talende for en forståelse av begrepet. Health literacy begrepet innebærer nettopp det, noe som kommer tydelig frem i Nutbeams (2000) beskrivelse av health literacy: Health literacy er en kompleks sammensetting av ulike ferdigheter som lesing, skriving, lytting, kunne analysere og ta avgjørelser, og evnen til å kunne anvende disse ferdighetene til "helsesituasjoner"

7.2.2 Kategori 2: Erfaringer med lav health literacy

Selv om legene ikke var kjent med det teoretiske health literacybegrepet, ble det uttalt utsagn som kan relateres til erfaringer med lav health literacy.

Informant 1: *Og, som vi lærte i sosialmedisin, at de som er nederst på den sosiale rangstige ikke kommer like raskt til lege eller klarer å holde en legetime...kommer gjerne seinere med symptomene...får ikke de samme resultatene av behandlinger fordi det skjer så mange feil underveis.*

Legen gir typiske eksempler på hvilke konsekvenser lav health literacy kan føre til. Informanten gir inntrykk av at dette er problemstillinger som han prøver å ta hensyn til i sitt daglige arbeid.

Samtidig er legen noe resignert, fordi problemene ikke er spesifikt på ”ett sted”, og det kan være vanskelig å iverksette de rette tiltakene.

Informant 3: Men pasientene forstår. Vi vet jo at ikke alle tar medisiner som vi ha sagt, selv om de forstår...Noen synes at de smaker vondt. Eller de tar fem stykker på en gang så en slipper å ta resten av uken...det finnes så mye rart. Noen bytter gjerne medisiner med andre.

I dette utsagnet vil det ut i fra et health literacy perspektiv være en motsetning i uttalelsen. Legen tar utgangspunkt i at pasienten har forstått informasjonen vedrørende medisiner, og mener at det er andre faktorer som gjør at medisinerne ikke blir tatt. Det er grunnlag for å anta at pasienten ikke tar medisinen, eller tar flere på en gang, fordi han ikke *forstår* konsekvensene på grunn av lav health literacy, enn at de smaker vondt. Men å unnlate å ta medisiner på grunnlag av at det smaker vondt, kan også tyde på lav health literacy, og kan til tider likestilles med at informasjonen ikke er forstått.

Informant 6: Men du ser jo relativt ofte at de ikke forstår, så når du får de tilbake igjen på kontroller så ser du jo at de gjerne har gjort noe helt annet med den medisinen enn det som du i utgangspunktet avtalte de skulle gjøre.

Informant 7: Og for det første skal du jo være fastende før du kommer, ikke spise eller drikke fra midnatt, og det prøver jeg å si til de fleste men jeg regner jo med at folk leser det skal når de vet at de skal opereres. Så kom det en mann her og hadde drukket kaffe og tygget tyggegummi rett før. Så spør jeg ham ”leser du ikke det jeg sa, jeg sa jo ting til deg også?”” Nei det kan jeg ikke, fordi jeg er dyslektiker, jeg leser aldri noen ting” svarte pasienten da.

Også informant nr 6 og nr 7 beskrivelser gir inntrykk av at det er underforstått at legen har antatt at pasienten har forstått informasjonen om hvordan han skal gå frem. Informant nr 6 omtaler informasjonen som ”en avtale”, noe som kan oppfattes som om pasienten gjør ett avtalebrudd dersom han ikke etterfølger informasjonen. Dette kan i så måte gi en indikasjon på at det er

pasienten som ikke har overholdt sin del, og blir dermed den parten som har gjort en feil. Hvorvidt legen har sjekket ut om pasienten virkelig forstår informasjonen er noe usikkert, og vesentlig for utfallet.

Informant nr 7 gjengir en pasienthistorie som dessverre ikke er unik for pasienter med lav health literacy. For det første har legen tatt utgangspunkt i at pasienten har forstått budskapet, og i etterkant stolt på skrevet materiale. Skrevet materiale er ikke hensiktsmessig å anvende alene som informasjon (Safeer & Keenans, 2005).

7.2.3 Kategori 3: Utdanningsnivået betydning

Informantene er delt i synet på om man kan dømme en persons forståelse av helsekommunikasjon ut fra utdanningsnivået.

Informant 1: Ja, de er mer ressurssterke, og har gjerne mer overskudd til å ta vare på egen helse...mange som er i form... ikke røyker...har litt mer overskudd til å gjøre slik de burde. Tar råd til etterretning... Men det er jo også folk som ikke har utdanning som gjør det...

Informant 2: Det er vel mer medfødt intelligens som betyr noe enn hvor mye utdanning de har. Kan ha velutdannede folk som ikke nødvendigvis forstår mer enn de som ikke har utdanning.

Informant 6: Sånn rent instinktivt så vil jeg vel anta at de som har ett høyere utdanningsnivå har lettere for å forstå den informasjonen som vi gir. Også fordi at måten en kommuniserer på blir nok litt andreledes når en kommuniserer med folk med et høyt utdanningsnivå.

Informant 8: Generelt sett tror jeg nok at de (pasientene) vil ha en større forståelse som gruppe. Men de enkelte personene kan være veldig forskjellige, så man må jo se personen an.

Informant nr 1 og nr 6 ytrer en oppfatning om at utdanningsnivået til pasienten er utslagsgivende i helsekommunikasjonen. Informant nr 1 legger tenkende til at også lav- eller ikke utdannede pasienter er i stand til å forstå helseinformasjon. Informanten gir likevel et inntrykk av at utdanningsnivået har en vesentlig betydning i forhold til en pasients forståelse av helseinformasjon eller utbyttet av helsekommunikasjonen.

Informant nr 6 hevder at måten det blir kommunisert på er ulik, avhengig av hvilket utdanningsnivå pasienten har. Muligheten for at legen står i fare for å overvurdere pasientens health literacynivå er absolutt til stede. Det er ikke gitt at en høyt utdannet pasient automatisk forstår et helsefaglig språk (Safeer & Keenan, 2005). Det ble ikke stilt spørsmål til legen om han mente at han i større grad kunne anvende fagspråk i helsekommunikasjonen med høyt utdannede pasienter, men det er nærliggende å tro at kommunikasjon med høyt utdannede også innebærer bruk av fremmedord og faguttrykk.

7.3 Hvordan forholder legene seg overfor pasienter som har grunnleggende vanskeligheter med å forstå helseinformasjonen som blir gitt dem?

Videre i analysen behandles hvordan legene kartlegger pasientenes forståelsesnivå og hvilke hensyn legene vektlegger for å oppnå god kommunikasjon med pasienten. Det ble utviklet fem kategorier med relevans til dette forskningsspørsmålet.

7.3.1 Kategori 1: Anvende enkelt språk

Seks av åtte informanter anser å unngå å bruke fagterminologi som noe av det viktigste i pasientkommunikasjonen, og det første som blir nevnt av informantene. Legene forteller at et enkelt språk blir som oftest benyttet for å klargjøre budskapet i kommunikasjonen. Med et enkelt språk mener informantene å bruke dagligdagse benevnelser på organer og sykdommer eller bruke metaforer som virkemiddel:

Informant 1: Ett eksempel som jeg alltid bruker når vi skal hudtransplantere, er å sammenligne det å ta hud fra andre områder som å skjære ost med ostehøvel. Bare at dette er mye tynnere skiver.

Informant 2: *Ja, det må være å bruke ett folkelig språk, slik at pasientene skjønner hva du sier...forklare det på en sånn måte at de skjønner det. Og jeg har vel aldri opplevd at de ikke skjønner hva jeg sier. Jeg har mitt univers, ikke sant, når det gjelder kunnskap om helse og hvilke faktorer som betyr noen ting...har interessert meg for det i mange år. Men pasientene de er på et helt annet plan, ikke sant, mange av de har jo lite forestillinger om det...*

Informant 4: *Og når jeg for eksempel forklarer antikoagulasjon på grunn av hjerteflimmer, så sier jeg at blodet går langsommere og det vil bli som en pølse i en strømpe som kan være farlig.*

Informant 5: *Vi forenkler jo medisinske termer, vi snakker om netthinne i stedet for retina og slike ting.*

Informant 6: *Og en må bruke ord som de forstår...det er litt lett for at vi gjerne bruker fremmedord, fagsjargong, som pasientene ikke kan forstå. Så jeg må passe det inn i forhold til det.*

De siterte informantene har fokus på å bruke enkelt språk i helsekommunikasjonen, noe som også er en anbefalt metode for å ta hensyn til pasientens health literacy (Osborn, 2004). Det er imidlertid ikke alltid tilstrekkelig å kun anvende enkle ord for å øke forståelsen, noe som vil bli omtalt i diskusjonskapitlet.

Både informant nr 1 og 4 benytter seg av metaforer som tar utgangspunkt i dagligdagse bilder for å gjøre språket enklere. Begge informantene demonstrerte med hendene, noe som mest sannsynlig bidrar til å forenkle informasjonen.

Informant nr 2 vektlegger å bruke det han kaller ett folkelig språk, slik at pasienten skal forstå det som blir sagt. Uttalelsen om at pasientene og han selv er i ulike universer, kan sammenlignes med ulike grader av health literacy. Det kan ut fra dette synes som om legen tar hensyn til dette i kommunikasjonen med pasienten. Likevel kan det stilles spørsmålsteget ved at legen ikke har opplevd at pasientene ikke forstår budskapet. Som tidligere nevnt, kan det tenkes at pasientene ikke har mot til å spørre legen, enten fordi de ikke vil bruke av legens tid eller vil avsløre at det ikke har forstått informasjonen.

Selv om legen mener at han anvender et folkelig språk, er det en viss mulighet for at pasienter og leger har ulik forståelser av begreper. Det som for en lege kan betegnes som folkelig språk, kan for en pasient fortone seg som vanskelig eller fagspråk.

Informant nr 5 og 6 vektlegger å unngå å bruke faguttrykk. Informant nr 5 ga et inntrykk av at ”netthinne” var et integrert del av språket hans, mens informant nr 6 reflekter over at han må forbedre seg på dette området. Informanten gir et inntrykk av at han er klar over at enkelt språk er viktig i kommunikasjonen med pasientene, men med nærmere ettertanke må erkjenne at dette ikke alltid blir gjort. Nettopp dette antar jeg også kan inntreffe hos informant nr 2.

To av informantene trekker frem viktigheten med å benytte et enkelt språk, selv om pasienten selv arbeider i helsevesenet.

Informant 1: Selv om jeg treffer pasienter som jeg vet jobber i helsevesenet og egentlig har kunnskaper, er det viktig å bruke ett enkelt språk, for du vet jo aldri hva den andre kan.

Informant 7: Kollegaer er litt vanskelig, fordi du tror du er kollega, men det er du ikke. Når en er pasient så har en behov for å være pasient. Men vi er bevisste på at legen skal være pasient. Noen ganger lykkes det og andre ganger lykkes det ikke.

Tveiten (2001) understreker at pasienter som er helsefagligutdannet har det samme behovet for tilpasset informasjon som andre pasienter, noe som informant nr 1 uttrykker. Yrkeskompetansen har liten betydning når det gjelder egen sykdom, men kan likevel bidra til at pasienten lettere erverver seg kunnskap og forståelse rundt egen sykdom. Informant nr 7 understreker at det er viktig at legen skal være pasient, noe som også støttes av Tveiten (2001). I tillegg mener hun at deres kunnskap om sykdom og helse, kan føre til at engstelsen over egen sykdom blir forsterket, noe som gir ytterligere behov for differensiert informasjon

7.3.2 Kategori 2: Pedagogiske virkemidler

Alle legene oppga at de benyttet seg av pedagogiske hjelpemidler i samtalen med pasienten, og samtlige leger anvender tegning som ett hjelpemiddel. Også bruk av røntgenbilder eller anatomiske modeller blir brukt for å tydeliggjøre budskapet.

Informant 1: *Vi tegner ganske ofte det vi skal gjøre, det er konkrete ting (...)Bruddet ser sånn og sånn ut (...)her skal vi sette inn en pinne.*

Informant nr 3: *Ja, jeg tegner. Det synes jeg er bra. Og så tror jeg at jeg har ett levende språk, som tegner bilder og sammenligner.*

Informant 4: *Du kan si det slik at alt medisinsk og som har forklaringsmodeller forsøker jeg å forklare....hvorfor skal du ikke ta Ibux sammen med AlbylE. Da tegner jeg en trombocyt og så sier jeg at Albyl E vil dit, og Ibuxen vil dit. Da ser du at Ibuxen stenger for AlbylE, slik at den ikke får virke der den skal.*

Informant 5: *Jeg begynner å forklare hvordan øyet er, altså forklare hvor problemet sitter. De fleste har vel gjerne hørt ordet iris og hornhinne, men må liksom forklare at "her er øyet, og øyet har en nerve som går bak her. Som oftest tegner jeg det, det er veldig greit å tegne en ring som er øyet, her kommer lyset inn, her har du en grå stær, eller her sitter kreften, eller her er det en forandring.*

Informant nr 7: *Bruker en del figurer, tegner av og til, tegner og forklarer, viser skjelletet.*

Alle informantene ser ut til å kombinere bruk av tegning med et enkelt språk. Likevel utmerket informant 4 seg på dette området. Legen demonstrerte hvordan han utførte dette, noe som ga et virkningsfullt inntrykk. Han tegnet Ibuxen som en runding som stengte for det stedet i trombocytten som AlbylE hadde sitt virkeområde. Det var lett å forstå at AlbylE ikke kunne virke, fordi den kom seg ikke frem på riktig sted.

7.3.3 Kategori 3: Pasienter som gir inntrykk av å forstå budskapet

Noen av legene spør pasienten direkte om de har forstått budskapet, for å kartlegge pasientens forståelse. Flere oppgir videre at de da antar at pasienten har forstått dersom han samtykker i

dette. Ved senere oppfølging viser seg at pasienten ikke har forstått innholdet i budskapet.

Informant 3: De som har høyt utdanningsnivå forsøker ofte å gjemme seg bak fine ord. Så her finest det...eller vi kan lures av de som har høy utdanning. At de anvender en del kunnskap, men ikke ser helheten slik vi gjør.

Informant 6: Men du ser jo relativt ofte at de ikke forstår, så når du får de tilbake igjen på kontroller så ser du jo at de gjerne har gjort noe helt annet med den medisinen enn det som du i utgangspunktet avtalte de skulle gjøre.

Informant 7: Da er det jo noen som åpenbart ser ut som noen spørsmålstegn og så er de det som er flinke til å vise gode miner til slett spill.

Det informant nr 3 beskriver kan oppfattes som at noen høyt utdannende mennesker anser det som en skam å ikke forstå informasjonen, noe som stemmer godt overens med Parikh et al., (1996) sine funn Det kan tenkes at høyt utdannede pasienter kan anse det å snakke med en lege som en likemann, gjerne ikke på det rent faglige planet, men intellektuelt sett. Dermed kan det være vanskelig å gi uttrykk for usikkerhet, som kan i neste omgang bli oppfattet som uvitenhet. Likevel anser informanten at høytutdannede pasienter kan være kunnskapsrike, men problemet kan være å se helheten. Nettopp evnen til å se kunnskapen relatert til egen helse, kan avsløre graden av pasientens health literacy.

7.3.4 Kategori 4: Sosiokulturelle forskjeller

I likhet med forrige kategori omhandler også denne pasient som gir inntrykk av å forstå budskapet, men betinget av sosiokulturelle forutsetninger. Halvparten av legene forteller at de opplever at minoritetsspråklige samtykker i at de forstår informasjonen uten at de i virkeligheten gjør det. To av legene uttrykte seg slik:

Informant 5: De kan ofte svare ja bare for å være høflige, det er jo typisk noen kulturer, hvor de sier bare ja, ja, for at de ikke vil være til besvær. Så spesielt utlendinger har den

tendensen.

Informant 6: For det kan ofte være slik at de gir inntrykk av å ha forstått for å ikke å være til for mye bry... og så viser det seg at de har ikke forstått det likevel.

Informant 7: Og så er det de som er flinke til å vise gode miner til slett spill, og der er jo asiater forferdelige. De skjønner alt, sier aldri nei, det ligger jo til folkeslaget. Så det kan jo være en utfordring.

Informant 7: Og pasientene vil ikke ha tolk fordi de skjønner "godt" norsk. Det er greit nok, de forstår sikker godt norsk til å kjøpe melk og brød, men det er ikke alltid det samme som at du forstår alt.

Alle tre informantene forteller at pasienter med minoritetsbakgrunn ofte bekrefter at de har forstått informasjonen, for å ikke være ekstra bry for legen. Informant nr 5 forteller at han selv har vært minoritetsspråklig i et annet land, og prøver derfor å snakke senere og med korte setninger, noe som han selv opplevde forenklet språkforståelsen.

Informant nr 6, legger tenkende til at han må ta noe selvkritikk, og i større grad gjøre seg nytte av tolk. Men, det er nærliggende å tro at tolken i liten grad blir benyttet, fordi den minoritetsspråklige pasienten samtykker at han forstår. Nettopp dette vitner om at det ikke er tilstrekkelig å spørre om pasientene forstår, men heller kontrollere med å stille spørsmål eller å be pasienten forklare.

Informant nr 7 derimot, forteller at bruken av tolk blir mindre anvendt fordi pasienten selv ikke ønsker det, og kan muligens oppfatte dette som et nederlag i forhold til å forstå norsk. Motviljen til å bruke tolk er ikke bare et anliggende hos pasienten, men det kan like gjerne være ett påtrykk fra nær pårørende (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet [IMDI], 2007).

I tillegg kommer denne informanten inn på at tolker som blir benyttet i tolketjenesten har ulik kvalitet. Det blir anvendt tolker som er fra stammer som kan være i krig med pasientens stamme eller har en annen livsoppfatning enn pasienten, selv om de forstår et felles språk. Dette har etter legens erfaring ført til feil i tolkningen, og antyder at dette er noe tolketjenesten kan bli bedre på.

Samme informant som uttalte seg om bruk av tolk, trakk frem betydningen av kulturforskjeller i forhold til oppfatning av behandlingen:

Informant 7: *Afrikanere og pasienter fra Midtøsten som gjerne har en helt annen kroppsoppfatning enn det vi har. De har helt andre begreper om kropp. (...) Det kan være ett veldig viktig poeng i forhold til opptrening etter skader eller operasjoner. Du må forklare at dette gjør vondt. Så det føler jeg at jeg har brent meg på, at jeg har operert noen som gjerne ikke tar det clouet der og får problemer med opptreningen. Det skal gjøre vondt, men du må likevel ta i.*

Her peker informant nr 7 på et annet viktig aspekter innen sosiokulturelle ulikheter, nemlig kroppsoppfatning. I forhold til de plager han behandler, er det i ettertid viktig at pasienten trener. Dette kan ofte gjøre vondt, og legen hevder at vestlige pasienter lettere kan akseptere at en behandling kan kreve en smertefull egentrening for å kunne bli bedre. Han presiserer at dette er et veldig viktig punkt i kommunikasjonen med pasienten, og erkjenner at han har undervurdert dette. Behandlede pasienter har ikke hatt den nødvendige forståelsen for at opptrening og smerte er en viktig del av den helhetlige behandlingen. Konsekvensen av dette er et ikke optimalt behandlingsresultat.

7.4. Hvordan vektlegger legene å styrke mestringsforventningen hos pasientene?

Å styrke mestringsforventningen kan ha stor betydning for pasientens mulighet til atferdsendring eller å takle sykdom og smerte. Det utviklet seg syv kategorier under dette forskningsspørsmålet.

7.4.1 Kategori 1: Ansvarliggjøre pasienten

Informantene var tydelige på at det er pasientens eget ansvar å endre atferd. Dette blir begrunnet med at pasienten har en fri vilje, og velger selv hvilken livsstil han ønsker å ha.

Informant 1: *Men det er deres ansvar, det tenker jeg litt for min egen del også. Vi skal ikke oppdra de som om de er unger, og jeg læreren. Jeg bare sier det jeg mener, så får de ta sine egne valg. Hva pasienten gjør til slutt er hans eget ansvar, en må gjøre pasienten ansvarlig.*

Informant nr 1 uttalelse kan oppfattes som en beskyttelse av seg selv mot de pasientene som har en form for helseskadelig atferd. Legen må sette grenser for seg selv for hvor mye han kan gjøre, og ikke laste seg selv for en mislykket behandling der pasienten selv har valgt å handle mot anbefalte råd.

Informant 2: Ja, pasienten må jo velge selv sitt eget liv. Dersom du har røykt i 60 år og synes at det er kjekt, og vil ta sjansen på å fortsette og at dette her skal gå bra, selv om risikoen er større. Det er jo ikke opp til meg å bestemme at de skal slutte å røyke. Jeg kan bare si hva som vil skje dersom de fortsetter, men at de må selv bestemme om de vil slutte.

Informant 3: Man sier at de kommer til å bli bedre...du klarer dette...tilbake til den damen jeg snakket om...du vi klare det og det skal gå bra, men vi stiller krav til deg.

Informant 4: Det er veldig viktig for pasienten å ta ansvar for seg selv. Og dersom jeg føler at det ikke går greit, så informerer jeg pårørende, og dersom jeg føler at det ikke går greit, da gir jeg beskjed til hjemmesykepleien.

Informant 5: Jeg tenker litt at det er deres liv også. Jeg kan ikke omfatte alt, de får den informasjonen som er relevant.

Informant 8: Dersom røyken er den eneste vennen, og det er det en lever for, så får de velge da...får ta ansvar for sitt eget liv. Det kan ikke jeg ta ansvar for.

Både informant nr 1, 2, 5 og nr 8 nevner at de ikke kan ta ansvar for pasientens atferd, noe som er forståelig og rimelig. Alle disse tre informantene virket noe oppgitt over pasienter som fortsatt velger en helseskadelig atferd, som røyking nevnt her. Det er begripelig at leger kan bli oppgitt på pasientens vegne, dersom pasienten har en så skadelig helseatferd at han ikke kan helbredes eller forbedre helsetilstanden sin. Likevel anes det i uttalelsene at legene antar at de har gjort det de kunne, og gir litt opp. Utsagn som ” røykt i 60 år og synes at det er kjekt” er kanskje noe nedlatende, samt ”dersom røyken er den eneste vennen, og det er det en lever for, så får de velge

da". Med utgangspunkt i Prochaska og DiClementes (1983) endringsprossmodell er det vesentlig for pasientene at han blir møtt der han er i prosessen. Det kan tenkes at legene ikke alltid kartlegger hvor pasientene befinner seg i endringsprosessen, og får dermed et negativ utfall (Bart, et al., 2006). Dette kan også informant nr 5 uttalelse være preget av. Legen mener at på grunnlag av relevant informasjon som er gitt, skal pasienten gjøre nødvendige atferdsendringer. Om pasienten endrer sin atferd er i denne oppgavens teoriramme, både avhengig av hvorvidt informasjonen er tilpasset pasienten, samt om pasienten er i endringsfase som gjør han mottakelig for å styrke mestringsforventningen.

Informant nr 3 og nr 4 er også tydelige på at det er pasienten selv som har ansvaret for egen endring. Men uttalelsene her er tuftet på en tro på at pasienten kan klare det. Informant nr tre gjør det klart for pasienten at han må selv bidra med noe, før han kan få hjelp. Informant nr 4 har også i første omgang en tillit til at pasientene vil klare en endring selv, men holder likevel muligheten for hjelp og støtte til pasienten åpen. Dette er utsagn som kan sammenlignes med health literacy som en ressurs. Dog er det likevel også her viktig at pasienten blir møtt der han måtte befinne seg i endringsprosessen.

7.4.2 Kategori 2: Informasjon

Flere av legene fremhever at det er viktig at pasienten er informert om tilstanden sin for å styrke mestringsforventningen sin. Alle informantene uttaler at det er viktig å gi informasjon som kan relateres direkte til pasientens lidelse.

Informant 1: Men da pleier jeg bare å pøse på med argumenter for å slutte (å røyke), og relatere det konkret til det som er aktuelt for pasienten. For eksempel, en brannskade er det stor fare for komplikasjoner og infeksjoner i såret pga sårtilhelingen som blir dårligere dersom en røyker.

Informant 2: Da informerer jeg om risikofaktorer som de kan ha innflytelse på...f.eks jeg sier...hva det betyr å røyke, altså, jeg sier ikke at de skal slutte å røyke, men jeg forteller de med tall hva det betyr statistisk, dersom de fortsetter å røyke hvor mye det øker sjansen for komplikasjoner i forhold til operasjoner i fremtiden og hvor større sjanser for å få slag og hjerteinfarkt osv. Og så kan de forholde seg til det, og bestemme selv om det

vil slutte å røyke eller ikke.

Informant 5: Jeg sier at vi sier det vi vet, vi sier det som er sant. Og dersom vi tror det er bra for deg, så sier vi det, så er det opp til pasienten selv. Så er det mer stemningen rundt...jeg tror egentlig at det om noen liker fastlegen sin eller ikke liker fastlegen sin har mer å si for om pasienten gjør som han sier eller hva han sier.

Informant nr 1 og 2 er meget entusiastisk når de forteller dette, og viser et genuint ønske om å kunne gjøre noe for at pasienten skal endre atferd. Men som tidligere nevnt, er det sannsynlig at pasientene ikke befinner seg i en endringsfase der han er mottakelig for slik type informasjon.

Informant nr 5 utsagn er meget interessant. Han hevder at atferdsendring avhenger av om pasienten liker fastlegen sin. Utsagnet er ikke umiddelbart tydelig til å ha tilhørighet i kategorien informasjon, men sett i den konteksten det ble uttalt i, er det vurdert slik at dette utsagnet plasseres med tilhørighet i denne kategorien. Dette begrunnes med at informanten forut snakker om å gi informasjon, og gir inntrykk av at det ikke alltid er fruktbart. Påstanden om at fastlegene i større grad lykkes, kan ha sammenheng med at det gjerne er hyppigere møter mellom en fastlege enn en sykehuslege, og fastlegen kan ha større mulighet til å kunne kartlegge hvilken oppfatning pasienten selv har til endring av atferd, og dermed tilpasse informasjonen til der i prosessen pasienten måtte befinne seg. Det kan også ha sammenheng med hvilket forhold pasient og lege har til hverandre. Tillit er den faktoren i lege-pasientkommunikasjonen som er sterkest assosiert med etterlevelse av råd hos pasienten (Safran, Taira, Rogers, Kosinski, Ware & Tarlov, 1998).

Informant 8: Men det må relateres til pasienten slik at han forstår det.(...) Ja, du er visuelt syk og du har sykdommer som forverres av røyking, og likevel røyker...da trenger du ett spark bak for å slutte.

Informant nr 8 er på lik linje med de øvrige informantene opptatt av å gi relevant informasjon, men gir her også inntrykk av at informasjonen har til hensikt å skremme pasienten til å slutte.

Både informant nr 2 og 8 relaterer direkte til symptomer eller tilstander pasienten har. Dersom den skadelige helseatferden gir seg utslag i symptomer eller forverring, blir handlingen mer av personlig art. Dette kan motivere pasienten til å endre atferd (Barth et al., 2006).

7.4.3 Kategori 3: Empati og motivasjon

Begrepene empati og motivasjon er sammenslått til en kategori. Grunnen til dette, er at informantenes uttalelser om empati ligger det et implisitt tanke eller ønske om å motivere.

For å bygge opp mestringsforventningen hos en pasient, er det en avgjørende rolle at legen har en empatisk atferd. Fem av informantene nevnte forståelse og empati som et viktig redskap i å styrke mestringsforventningen hos pasientene og kan bidra til å øke motivasjonen.

Informant 2: Nei, da sier jeg det at det er jo vanskelig å slutte å røyke og at det har jeg forståelse for.

Informant 4: Når det gjelder røyking, da kommer jeg ofte med min egen erfaring. Jeg sier at jeg har også røykt i mange mange år, og jeg vet at det kjempedeilig, og det finnes ikke noe bedre frokost enn espresso og to sigaretter, holder hele dagen det, men når er tiden kommet at du må slutte, og jeg måtte også slutte, og jeg vet at det er vanskelig.

Informasjon 5: Ja, dersom du ber noen om å slutte å se på TV, så tenker jeg at det er jo sammenlignbart som å be noen om å trene. Så det er jo kjempevanskelig.

Alle informantene gir uttrykk for forståelse for pasienten, enten i form av egne erfaringer eller innlevelse. Selv om legene gir uttrykk for at det kan være vanskelig å slutte med en helseskadelig atferd, gir informantene uttrykk for at de ikke gir pasienten en grunn til å fortsette, men motivasjon til å slutte. Spesielt informant nr 4 er tydelig på dette. En empatisk holdning kan oppleves som støttende. Støtte kan gi pasienten opplevelse av trygghet til å fortelle om hvor vanskelig det er å slutte med den helseskadelige atferden (Brumoen, 2009). Selv om informanten ga tydelig uttrykk for at det er vanskelig å slutte, var han tydelig på at røyking er skadelig. Dette kan sammenlignes med verbal overtalelse (Bandura, 1997) i den grad at legen har tro på at pasienten kan slutte. Det er også mulig at legen kan fungere som en sosial modell for pasienten. I og med at legen innrømmer at det kan være vanskelig å slutte, kan pasienten i en viss grad

identifisere seg med legen (ibid).

7.4.4 Kategori 4: Humor

Tre av legene gjør seg nytte av humor for å styrke mestringsforventningen til pasienten. Humor ble anvendt både i den hensikt å få pasienten til å se hvor skadelig atferden er, motivere og gjøre situasjonen mer avslappet.

Informant 3: Men da måtte jeg forsøke å motivere henne; "du før røyke gulrøtter i stedet for" sa jeg.

I den konteksten informant nr 3 fortalte denne historien, kan utsagnet antyde hvor viktig det var for denne pasienten å slutte å røyke. Pasienten var såpass marginal klinisk sett, at en operasjon uten at pasienten hadde vært røykfri og i lett aktivitet, var utelukket. Det har så stor betydning for pasienten å slutte røyke, at legen "foreslår" gulrøtter om det skulle bli for vanskelig med røykekutt. I dette kan det ligge implisitt at "alt" er bedre å røyke enn en sigarett, og dermed ikke tillater å røyke i det hele tatt frem til operasjonen.

Informant 5: Nå har du det jo drit uansett, så dersom du skal ligge her i tre dager å ha det vondt, så kan du slutte (å røyke) og bare ha det litt verre i tillegg."

Informant nr 5 anvender humor i den forstand at han tar utgangspunkt i den situasjonen pasienten er i. Med å bruke humor på denne måten, kan legen oppnå både å gi empati til at det er vanskelig å slutte å røyke, samtidig som det er en god mulighet til å slutte.

Informant 7: Prøver jeg å fleipe litt også, alt trenger ikke å være så alvorlig.

Informant nr 7 gir inntrykk av at selv om sykdom og smerte kan være alvorlig, kan det likevel være humor i kommunikasjonen. Wender (1996) viser i sin studie at bruk av humor reduserer stressituasjoner hos pasienten. Dette er sammenfallende med Bandura som hevder at en positiv sinnsstemning, stressreduksjon forsterker og forbedrer mestringsforventningen (Bandura, 1997).

7.4.5 Kategori 5: Realistiske mål

For at en pasient skal kunne gjøre en endring, er det viktig at han setter seg realistiske mål, som er tilpasset hans situasjon. Suksessen man oppnår ved å mestre gir en robust tro på egen mestringsevne. Mislykkethet derimot, som kan forekomme dersom man setter seg urealistiske mål (Bandura, 1997). Tre av legene kommer inn på å hjelpe pasienten til å sette seg realistiske mål.

Informant 2: Det er ikke nødvendig å jogge... men bare å være litt mer aktiv. Bare det er reise seg for å skru på TV`en kan være èn forbedring... å lage seg små ærender hele tiden.

Informant nr 2 er tydelig overfor pasientene sine om at det er ikke nødvendig å jogge, men bare å være litt aktiv. Legen uttalte dette på en oppmuntrende måte, som trolig vil ha en oppmuntrende effekt på pasienten. På sikt er det gjerne mulig at pasienten kan være mer fysisk aktiv, men begynner forsiktig. Dette er i tråd med Banduras (1986) oppfatning av å sette seg små mål i en endringsprosess. Flere av informantens pasienter har sykdommer som forutsetter til dels radikale livsstilsendringer for pasienten for å oppnå forbedring, noe som ikke alle pasientene makter å gjøre noe med umiddelbart. Derfor er det viktig at pasienten er klar over at selv små endringer bidrar til forbedring av livsstilen, noe som muligens kan medføre en viss trygghet, for de pasientene som ikke klarer å gjøre de store endringene.

Informant 3: Det er et samspill mellom pasient og lege, og det tror jeg er viktig at man har, og ikke har for store forventninger.

Informant nr 3 utsagn har mye til felles med nr 2. Samspillet legen henviser til oppfattes som en avklaring av hva som er realistisk for pasienten å klare. Utsagnet vitner om å unngå at pasienten setter seg for store mål, og dermed mislykkes, noe som kan føre til at en mister troen på egen mestringsforventning (Bandura, 1997).

Informant 7: Jeg må på en måte få de til å akseptere at sånn er ståa og sånn blir det med tid og stunder. Prøve å få fokus på trening...prøve å forklare hva en kan forvente.

Med dette utsagnet tyder det på at legen vil forberede pasienten på hva han kan forvente seg fremover, med tanke på lidelsen. Med en forståelse av hva som er i vente, kan pasienten sammen med legen planlegge hva som kan være realistisk for pasienten å gjennomføre, og dermed styrke mestringsforventningen.

7.4.6 Kategori 6: Forenkle / legge til rette for

Å forenkle eller legge til rette for at pasienten skal kunne mestre kan være avgjørende, spesielt for pasienter i en overveielsesfase. Det kan være utslagsgivende at noen peker på hvordan endringen kan skje enklest mulig, da gjerne pasienten selv kan anse endringen som uoverkommelig.

Informant 1: Vi prøver jo å motivere pasienten mest mulig, og prøver å få ting til å virke minst mulig komplisert.

Informant 2: Så sier jeg da at de finnes muligheter for å fortsette med nikotinavhengigheten på en mindre skadelig måte ved å bruke nikotinplaster eller andre nitropreparater.

Informant 4: Så jeg anbefaler deg sterkt å slutte (å røyke) og å bruke tyggegummi. Og trenger du hjelp, tar du kontakt med fastlegen.

Informant 7: Fortelle om aktuelle hjelpemidler.

Alle fire informantene vektlegger å forenkle situasjonen pasienten befinner seg i, enten ved å peke på hjelpemidler eller å bidra til å forenkle situasjonen. Dette kan tenkes å bidra til at pasienten blir mindre engstelig eller stresset for endringen, noe som i følge Bandura (1997) er viktig for å styrke mestringsforventningen.

8. DISKUSJON

I dette kapitlet blir studiens metodiske styrke og svakheter diskutert. Deretter følger en diskusjon av funnene. Avslutningsvis vil en kort diskusjon av enkelte funn belyse en mulig sammenheng mellom health literacy og mestringsforventning.

8.1 Metodediskusjon

I det følgende vil det bli diskutert sider ved intervju spørsmålene, intervjusituasjonen og informantene.

8.1.1 Intervju spørsmålene

Ett semistrukturert intervju gir rom for forskeren til å stille oppfølgingsspørsmål, og dermed muligheten til å gi informanten frihet til å uttrykke seg. Likevel er funnene avhengige av forskerens spørsmål. Forskeren får svarene på bakgrunn av de spørsmålene han stiller. I intervjuguiden hadde jeg utarbeidet et spørsmål vedrørende informantenes kjennskap til begrepet mestringsforventning, samt hvordan mestringsforventningen til en pasient ble kartlagt.

Da intervjuene ble gjennomført, ble intervjuguiden fulgt i forhold til spørsmålene om helsekommunikasjon om health literacy. Intervju spørsmål nummer to er som følgende: ”*Kjenner du til begrepene health literacy og mestringsforventning?*” Her ble informantene først spurt om begrepet health literacy, og deretter hvordan de vil forholde seg kommunikativt til pasienter med lav health literacy. I forskers forforståelse var det dannet en oppfatning av at de færreste av informantene mine hadde et klart bilde av selve ordet mestringsforventning. Siden det tidligere var spurt om begrepet health literacy, følte det vanskelig å spørre om et nytt begrep. Legene resonnererte seg noenlunde frem til hva begrepet health literacy innebærer. Likevel var det ønskelig å unngå å sette informantene i en situasjon der det *kunne* være vanskelig å gi et klart svar, ved å spørre om mestringsforventningsbegrepet. Situasjonen kan tolkes dit hen, at intervjuer ville hindre informantene å tape ansikt. Med dette kan man vise hvordan forforståelse kan innvirke på en studie og dermed også resultatene. I ettertid synes det naturlig å forklare legene på forhånd hva begrepene innholdt, før det ble stilt spørsmål videre til dem.

Det er kritikkverdig at dette skjedde flere ganger, til tross for at intervjuguiden lå på bordet foran intervjuer. De to første intervjuene ble gjennomført på samme dag, og ble ikke

oppdaget før intervjuene ble transkribert om kvelden. Hensikten var å rette opp i dette til de neste intervjuene. Likevel ble feilen gjentatt i de neste tre intervjuene. Da hadde over halvparten av informantene ikke fått spørsmålet, og så det ikke hensiktsmessig å spørre det tre resterende informantene.

Det kan selvsagt stilles spørsmål hvorfor dette ikke ble oppdaget under pilotintervjuet, noe av hensikten med pilottesten. Grunnen kan være at intervjuer hadde for stort fokus på om spørsmålene gode til å kunne gi svar på forskningsspørsmålene. I pilotintervjuet ble alle spørsmålene brukt, og vurdert dit hen at denne delen av intervjuet ikke behøvde å endres på.

Pilotinformanten stusset noe over mestringsforventningsbegrepet, men hadde selvsagt kunnskaper og erfaringer når begrepet ble nærmere forklart. Det er mulig at denne erfaringen ubevisst har preget de andre intervjuene. Det kan også stilles spørsmålstegn om det kunne ha blitt benyttet ordet mestring som trolig er bedre kjent blant helsepersonell. Begrepet som er benyttet i problemformuleringen er Banduras self-efficacy, som på norsk blir oversatt til mestringsforventning.

I etterkant synes det klart at det var lite hensiktsmessig å benytte to ulike begreper i samme spørsmål, slik som health literacy og mestringsforventning.

Informantenes oppfatning av mestringsforventning var ett av forskningsspørsmålene. Det må kunne sies å ikke blitt besvart i denne studien. Derfor vil forskningsspørsmålet nummer to videre i studien være: ”Hvordan oppfatter legene innholdet i health literacy begrepet?”

De andre spørsmålene i intervjuguiden ga antakeligvis svar på forskningsspørsmålene, og antas å bli oppfattet av legene som klare og tydelige, da det ikke syntes å oppstå misforståelser eller uklarheter underveis.

8.1.2 Intervjusituasjonen

Det er vesentlig for intervjuet av det blir etablert en atmosfære som oppleves trygg av den som skal intervjues, noe som er forskerens ansvar (Kvale, 2008). Atmosfæren mellom intervjuer og informantene ble oppfattet som seriøs, men likevel uformell, preget av gjensidig respekt.

Intervjuer ble godt mottatt av alle legene. Informantene hadde på forhånd mottatt et informasjonsskriv som blant annet beskrev studiens hensikt. Likevel ble informantene informert om at studien ikke var på søken etter feil og mangler hos legene, men hadde som mål å kartlegge hvilke hensyn som blir tatt i helsekommunikasjonen med pasienten. I følge Kvale (2008) kan

intervjuer variere i forhold til åpenhet om formålet. Med det menes at informanten blir informert om hensikten med studien enten før eller etter intervjuet. I denne sammenhengen syntes det naturlig å informere informantene på forhånd hva som var studiens hensikt. Dette kan bidra til en tryggere atmosfære, når begge parter vet hva som er agendaen for intervjuet. I utgangspunktet antas det at det lå lite utrygghet i å delta.

På forhånd i informasjonsskrivet var informantene informert om at intervjuet ville ta maksimum 30 minutter, noe som ble gjentatt før intervjuet startet. Av erfaring er mange leger meget opptatt i løpet av arbeidsdagen. Det at legene stilte til intervju var en prioritering. Ingen av legene ga uttrykk for dette før intervjuet. Flere ga uttrykk for etter intervjuet at de var nødt for å gå videre med en gang, men ikke på en ubehagelig eller uhøflig måte. Grunnen til at dette blir nevnt, er at forsker setter stor pris på at informantene ikke nevnte tidspress i forkant av intervjuet. Dersom et intervju er preget av tidspress, kan det antas at det kan være vanskelig å stille utdypende spørsmål, for ikke å forlenge intervjutiden.

Det er flere måter å registrere intervjuer på med tanke på senere dokumentasjon og analyse, blant annet lydbånd, videoopptak og notatskriving (Kvale, 2008). I denne sammenheng er det benyttet digital lydopptaker og notatskriving, noe som kan være en hemmende eller ubehagelig faktor for informantene. Informantene ga ikke noen tegn eller kommentarer på at dette var ubehagelig, og var dessuten informert på forhånd. Da intervjuet startet, fikk informantene beskjed om at den digitale opptakeren var satt på. Det kan antas at lydopptaker ikke hadde noen negativ innvirkning, og påvirket mest sannsynlig ikke funnene i studien.

Intervjuet har et semistrukturert design. Fordelen med dette er at forskeren ikke er bundet til et fast spørreskjema, men kan tilpasse spørsmålene for å tydeliggjøre eller få utdypet utsagn. Dette medfører også at forskeren til en hver tid må oppfatte når det ligger noe mer i budskapet en informant sier. Det er prøvd etter beste evne å stille oppfølgingsspørsmål, der det ble ansett som nødvendig. I tillegg er det unngått å stille lukkede eller ledende spørsmål. Det kan ha en viss positiv betydning at intervjuer har drevet noen år med veiledning av elever og studenter, der de samme prinsippene er gjeldende for å oppnå en god veiledning.

På forhånd hadde forsker lest om intervjuteknikker for å få et vellykket intervju.

8.1.3 Informantene

Som tidligere nevnt, innebærer studien frivillig deltakelse. Informantene syntes å være interessert

i tema helsekommunikasjon, noe som kan bidra til at informantene har tenkt igjennom temaet på forhånd. På den andre siden kan dette også være en svakhet, fordi utvalget kan bli bestående av informanter som er spesielt opptatt av dette, og kan tenkes å vie oppmerksomhet mot god helsekommunikasjonen i større grad enn andre leger. Dette kan bidra til at utvalget blir likt.

8.2 Funndiskusjon

Hovedfunn i studien kan oppsummeres i følgende punkter:

1. Alle legene uttalte at god helsekommunikasjonen innebærer å kartlegge pasientens forståelsesnivå og at pasientene får avklart sin helsesituasjon. For å kartlegge pasientens forståelse anvendte legene kontrollspørsmål og vurderte tilbakemeldingene fra pasienten. Informantene mener at respekt, empati, tillit, trygghet og ærlighet er viktige faktorer i helsekommunikasjon. Flere av informantene mente det til tider var vanskelig å vurdere hvor mye informasjon pasienten ønsket.
2. Ingen av legene kjente det teoretiske begrepet health literacy, men hadde betraktninger og eksempler som ligger nært til hva begrepet inneholder. Informantene var delte i synet om utdanning hadde innvirkning på health literacy.
3. De mest anvendte metodene for å forenkle helsekommunikasjonen er å anvende et enkelt språk, tegne og å bruke dagligdagse eksempel og metaforer.
4. Den mest anvendte metoden for å styrke pasientenes mestringsforventning er gjennom informasjon om hvordan helseatferden påvirker pasientens helse. Andre metoder/virkemidler som ble benyttet var empati, humor og hjelpe pasienten til å sette realistiske mål. Det synes å kunne antas at legene i liten grad tar hensyn til hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg. Informanten understreket at pasientene selv var ansvarlig for egen atferd.

8.2.1 Hva mener legene er god helsekommunikasjon med pasienter?

Alle informantene oppgir at god helsekommunikasjon med pasienten innebærer å kartlegge hvorvidt pasienten forstår budskapet. Samtlige leger forteller at tilbakemeldingene, spørsmålene og svarene pasientene gir på kontrollspørsmålene, indikerer hvorvidt pasientene har forstått

innholdet i samtalen. Med tanke på en person med lav HL nivå, kan dette få en fatal konsekvens for kartleggingen av pasienten. Det viser seg at pasienter med lav HL i liten grad er i stand til å sette ord på symptomer eller forklare adekvat hvordan sykdomsforløpet har vært (Brédart et al., 2005). En av informantene oppgir imidlertid at han spurte om pasientene hadde noen kommentarer, noe som kan tolkes som en invitasjon til en dialog. I en dialog er pasienten aktiv, noe som er viktig i hensynet til pasientens IHL og CHL.

Den mest anvendte metoden hos legene for å kartlegge pasientens forståelse, var å stille pasienten spørsmål og høre hvilke tilbakemeldinger pasienten selv gav. Å stille kontrollspørsmål eller be pasienten å gjenta informasjonen med egne ord, såkalt "teach back", er en viktig metode for å øke forståelsen av helseinformasjon hos pasienter med lav health literacy. (Safeer & Keenan, 2005; Villare & Mayer, 2007; Williams et al., 2002).

Når man benytter seg av å stille spørsmål til pasienten er det viktig hvordan spørsmålene blir stilt. Legene oppgir at i tillegg til å stille kontrollspørsmål, også spør pasienten hvorvidt de forstår det som blir sagt. Dessverre er det mange pasienter som ikke tør å spørre legen eller gi uttrykk for at de ikke forstår, i frykt for å forstyrre han unødvendig (Brumoen, 2009). Direkte spørsmål om pasienten forstår, sikrer da ikke at pasienten gir beskjed om uklarheter. I tillegg er det en viss fare for at pasienten føler skam over å ikke forstå, og av den grunn ikke tilkjenner at budskapet er uklart (Parikh et al., (1996).

Syv av informantene gav tydelig uttrykk for at hensikten med pasientkommunikasjonen var blant annet at den skulle være avklarende for pasienten. Formålet var å oppklare eventuelle misforståelser, slik at pasienten skulle få en tydelig beskrivelse av sin situasjon. Kommunikasjonen var ment å være oppklarende både i forhold til behandling utført av legen, men også hva pasienten selv kan bidra med for å få et best mulig helseutbytte. Dersom kommunikasjonen er tilpasset pasientens health literacynivå, er det mest sannsynlig at pasienten klarer å etterleve råd som eventuelt blir gitt. Det er viktig at helsekommunikasjon er tilpasset målgruppens forutsetninger (Jarlbro, 2004).

Fire av legene oppgav at de antok at pasienten følte seg tryggere ved å få avklart eventuelle spørsmål. Mange av informantene mente at hensikten med pasientkommunikasjon er at pasienten skal forstå hva som foregår, forstår videre behandling og vet hva han selv skal gjøre, noe som kan sies å være en aktiv pasientrolle. Jansen, Otten, van de Velde, Nortier, Stiggelbout (2004) viser til i sin studie med kreftpasienter, at en deltakende pasientrolle er viktig

for at pasienten skal føle at de har kontroll i beslutningsprosesser vedrørende behandlingsopplegget. Å være aktiv kan på sin side kan gi en følelse av kontroll og herredømme over sykdommen. Dette er også et viktig element i bygging av pasientenes mestringsforventning, da dette kan medvirke til å dempe angst og redusere stress, og å bidra til at pasienten setter seg realistiske mål (Bandura, 1997).

Informantene oppgav at det er viktig at kommunikasjonen er preget av trygghet, tillit, ærlighet og respekt og empati. En god mellommenneskelig relasjon bygger på humane verdier som vennlighet, respekt og interesse (Brédart et al., 2005; Zachariae et al., 2003). I 2004 gjennomførte Wright, Holcombe og Salmon (2004) en studie med hensikt å finne ut hvordan pasienter med brystkreft ønsket at legene skulle kommunisere med dem. Resultatene fra studien viste at pasientene primært ikke er opptatt av legenes kommunikasjonsferdigheter, men understreket i stedet legenes varige egenskaper. Spesielt verdsatt var legene pasientene antok var teknisk dyktige, hadde dannet individuelle relasjoner med dem, viste respekt, omsorg og var interesserte i dem. Det kan stilles spørsmål til hva studien definerer som kommunikasjon, siden det blir satt et skille mellom kommunikasjonsferdigheter og egenskaper som respekt og omsorg. Vanligvis i litteraturen inngår disse egenskapene som en del av god kommunikasjonsatferd.

Respekt og empati for pasienten ble av alle informantene omtalt som en viktig del av pasientkommunikasjonen. Ikke alle legene nevnte selve ordet respekt, men måten utsagnene ble uttalt på, kunne tolkes på en slik måte at respekt lå som en grunnholdning i uttalelsen. Legene nevnte spesielt å ha respekt for enkeltindividet og forståelse for hva hver enkelt pasient gjennomgår. En av informantene var opptatt av at å ha fokus på hva den andre (pasienten) virkelig sier. Aktiv lytting er i følge Kringlen og Finset (2005) av stor betydning for at legen gir inntrykk av å være interessert i å høre på pasienten og har respekt for ham. I tillegg gir det signaler til pasienten at han skal være aktiv. Mange pasienter kamuflerer problemene sine, og kommer med små hint. Det er svært ofte legen overser slike hint, og det er derfor viktig at legen lytter aktivt for å fange opp hintene pasienten kommer med (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel, 1997).

Informant 1 uttalte følgende: *”En må jo virkelig innstille seg på hvem en har framfor seg, kan jo ikke ha den samme stilen overfor alle, men jeg tror ikke at helsevesenet kan gi alle ett like godt tilbud.”* Dette utsagnet ble analysert til å ha tilhørighet under kategorien ”Respekt og empati”, fordi det var i denne konteksten det ble uttalt. Utsagnet var i utgangspunktet trolig ment

i den hensikt at leger skal ha like stor respekt for alle pasienter. Utsagnet inneholder imidlertid et viktig element, nemlig individuell tilpassing, som er kjernen i lege-pasientkommunikasjonen (Brédart et al., 2005). Videre ble det uttalt at legen regnet med at ikke alle pasientene fikk et like godt tilbud. Dette ble uttalt i en kontekst der det ble indikert at forskjellsbehandling på bakgrunn av sosiokulturell bakgrunn kan forekomme. Likevel kan det stilles spørsmål ved hvorvidt forskjellsbehandling kun foregår på grunnlag av sosiokulturelle faktorer. Det er mulig å kunne antyde at ikke bare pasienter med lav sosial status kan oppleve forskjellsbehandling. Også pasienter som ikke får en tilpasset helsekommunikasjon i forhold til sitt HL nivå, kan bli forskjellsbehandlet fordi helsevesenet da står i fare for å ikke kunne gi alle pasientene et like godt tilbud. Volandes og Paasche-Orlow (2007) hevder at dårlig helse hos pasienter som kan tilskrives et lav health literacynivå, bør bli forstått som en grunnleggende urettferdighet i helsevesenet. De anbefaler at all kommunikasjon med pasienter skal ha utgangspunkt i at mottaker har lav health literacy. Det forutsetter igjen at leger og annet helsepersonell er kjent med metoder som er gunstig i bruk hos personer med lav health literacy (ibid).

Flere av legene kommer inn på den makten de innehar i kraft av legeyrket og kunnskapen de innehar. Legene tror at ved å vise respekt og empati for den enkelte pasient, kan få pasienten til å føle seg verdsatt og ”spesiell”. Det sosioøkonomiske skillet som ofte i utgangspunktet er mellom lege og pasient, skal ikke være til hinder for et godt og trygt lege-pasientforhold, der alle pasienter er likestilte. Dette kan i følge Kringlen og Finset (2005) være en utfordring. Å vise respekt for pasienten kan ofte være lettest dersom pasienten tilhører samme sosial gruppe eller kultur. Nettopp dette kan styrke informant nr 1 antakelse om at pasienter kan bli forskjellsbehandlet ut i fra sosial status.

Halvparten av informantene snakket om tillit og trygghet som viktige faktorer i relasjonen med pasienten. Måten informantene snakket om trygghet og tillit på, oppfattes som en genuin interesse for å skape et trygt terapeutisk og diagnostisk miljø, men også å dempe angst og uro. Disse funnene stemmer godt med Thom (2001) undersøkelse blant 414 pasienter om hvilken atferd og egenskaper hos legen som førte til tillit hos pasienten. Funnene fra studien viste at omsorg, faglighet og interesse hos legen var viktige faktorer pasientene fremhevet som tillitsbyggende faktorer i lege- pasientkommunikasjonen.

Legene fremhevet, at ved å fremme trygghet og tillit opplever pasienten mer kontroll over situasjonen, samt at pasienten stoler på at legen sier det som er sant og reelt. Med andre ord kan

det sies at ved å tilrettelegge for et trygt terapeutisk miljø, tar legene hensyn til pasientens HL nivå fordi det kan føre til bedre etterlevelse og forståelse av sykdom eller behandling (Safran et al., 1998). Tillit er den faktoren i lege-pasientkommunikasjonen som er sterkest assosiert med etterlevelse av råd og tilfredshet med legen, og er vesentlig i pasientens helseutfall (ibid). Også Kringlen og Finset (2005) understreker at tillit er helt grunnleggende for et lege/pasientforhold. Mange leger er ikke klar over at mange pasienter har så stor respekt for legen, at de unnlater å fortelle om symptomer og plager. Pasienten bedømmer selv hvilke problemer de velger å legge frem, for å forstyrre legen minst mulig. Enkelte utelater å spørre om elementære ting, for å behage legen (ibid). I lys av health literacy kan dette få alvorlige konsekvenser, i og med at mange av pasientene slett ikke er i stand til å kunne vurdere hvilke symptomer som er viktige eller mindre viktige å opplyse legen om. Det kreves både en adekvat interaktiv health literacy og kritisk health literacy for å ta avgjørelser av slik art. Nettopp dette styrker trygghet og tillit som en viktig faktor i lege- pasientkommunikasjonen og dermed vesentlig i hensynet til pasientens HL nivå.

Ærlighet overfor pasienten ble presisert hos syv av informantene. Legene begrunner ærlighet i pasientkommunikasjonen med at de innehar informasjon som er pasientens egen og for å gi et reelt inntrykk av situasjonen og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå. Disse utsagnene tolkes dit hen at legene har stor respekt for den enkelte pasient, og en velvilje til å bidra til at pasienten får mest mulig ut av helsekommunikasjonen. Utrykket for ærligheten i kommunikasjonen kan også avspeile en høy etisk standard hos legene, med tanke på at man kan *velge* om man vil være ærlig eller uærlig. Funnene stemmer nokså bra med to ulike studier med henblikk på ærlighet i lege- pasientkommunikasjonen. Fallowfield og Jenkins (1999) utførte en studie med henblikk på hvor ærlig pasientene ønsket en lege skulle være når han ga informasjon. Hele 87 % ønsket så mye informasjon (både god og dårlig) som det var mulig for legen å gi. Studien viste at 19 av 20 pasienter ønsket å vite om de kunne helbredes for kreftsykdommen. Dette stemmer nokså bra med Brédart, Razavi, Robertson, Didier, Scaffidi, Fonzo og et al. (2001) funn, som konkluderte med at pasienter med uhelbredelig sykdom ønsket detaljert informasjon om sykdomsprognosen, samt å være aktiv i diskusjonen av spørsmål om overlevelse eller død. Det viste seg likevel at leger som kommuniserte med pasienter med fremskreden kreft ofte sensurerte informasjon vedrørende prognose dersom det var dårlige nyheter. Norum mener ”*at tiders bruk av ”hvite løgner” eller mindre truende beskrivelser, gav legen en mulighet til å*

”rømme”. I dag er dette verken legalt eller legeetisk (Norum, 2001, s. 1723). Norums utsagn er legeetisk helst korrekt og det skal ikke diskuteres om legene skal ta i bruk hvite løgner for å lette egen hverdag. Likevel kan den praktiske anvendelsen muligens diskuteres. To av legene oppgir at de har opplevd negative reaksjoner hos pasientene ved å være ærlige i sin beskrivelse av situasjonen. Halvparten av informantene ga uttrykk for at det kan være vanskelig å vurdere hvor mye informasjon den enkelte pasient ønsker å få. Legene forteller at det er en utfordring å føle seg frem hvor mye informasjon den enkelte pasient ønsker, og må være meget var på pasientens reaksjoner. Tre av informantene forklarte at de vurderte dette ut fra intuisjon og hvor interessert pasienten selv virket i å få informasjon om helsetilstanden sin. Dette kan tolkes som at dette kunne bli et problem for legene, fordi det er en sentral oppgave å informere pasienten, samtidig som pasienten kan vegre seg å få den informasjonen som er reell. I pasientrettighetsloven § 3.2.3 står det:

Noen pasienter ønsker ikke å bli informert eller bare få begrenset informasjon. Dette skal normalt respekteres. Helsepersonellet skal i enkelte tilfeller likevel informere pasienten dersom det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger for pasienten selv eller andre, eller det er nødvendig for eksempel på grunn av smittefare (Pasientrettighetsloven, 2001).

Å bedømme en pasients informasjonsbehov ut i fra interessen, slik tre av legene oppgir, trenger ikke nødvendigvis være en indikator på om pasienten ønsker informasjon eller ikke. DeWalt et al. (2007) undersøkelse, viste at personer med lav health literacy viste mindre interesse og delaktighet i lege-pasientsamtalen enn personer med høy health literacy.

Det kan være forståelig at legene vurderer informasjonsbehov ut i fra interesse, da det forventes at pasienten er aktiv (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2006), men kan muligens tillegges en noe lettvent løsning. Funnene i denne studien kan indikere at pasientens lave interesse blir ansett av legene som pasientens eget valg. I forhold til pasienter med lav IHL – som blant annet innebærer evne til å kunne ha en dialog med helsepersonell, kan dette være et hinder for god kommunikasjon. Manglende interesse hos pasienter kan da i noen tilfeller i større grad tilskrives lav health literacy enn manglende interesse for eget velbefinnende. I så måte, kan det sies at pasienter som gir inntrykk av å være uinteresserte, er det vesentlig at legen tar hensyn til

pasientens HL- nivå for å bidra til at pasienten i neste omgang i større grad bidrar i lege-pasientkommunikasjonen. Lignende funn ble også gjort i Heldal og Steinsbekk (2009) studie. Funnene indikerer at pasienter som vurderes av helsepersonell til å ha problemer med å mestre medisinsk kunnskap, risikerer å bli ekskludert fra ønsket medvirkning i helserelaterte avgjørelser som angår dem.

Det er godt mulig at pasienter som kan fremstå som uinteresserte i informasjon, i utgangspunktet ønsker å bli informert, men vil unngå å komme i situasjoner som avslører lite forståelse, noe som for mange er forbundet med skam (Parikh et al., 1996). Det blir derfor legens oppgave å tilrettelegge for et trygt klima mellom han og pasienten, slik at helsekommunikasjonen blir tilpasset pasienten HL – nivå.

Likevel vil det forekomme pasienter som ikke ønsker informasjon om egen tilstand eller behandling, og kan dermed sies å ha en paternalistisk innstilling til helsevesenet. Pasienten har en rettighet til medvirkning og informasjon (Pasientrettighetsloven, 1999), noe som vil innebære at noen pasienter velger bort denne rettigheten.

På den andre siden er det pasienter som ønsker å vite alt om sin helsetilstand. To av legene sier at de vanligvis ikke diskuterer eventuelle differensialdiagnoser med pasientene, for å unngå å ikke uroe pasienten unødvendig. Norum (2001) støtter disse utsagnene til informantene i sin kronikk i Tidsskrift for den Norske Legeforening. Norum skriver at man skal gi den informasjonen som pasienten etterspør, ”men det er ingen grunn til å informere om alle mulige eventualiteter som sykdommen kan utløse” (Norum, 2001, s. 1723).

I følge Suzanne M. Miller (1996) kan pasienters ulike informasjonsbehov dreie seg om to ulike mestringsstrategier hos pasientene. Miller skiller mellom personer som ønsker å få all informasjon, såkalte ”monitors”, og de som vegrer seg for å motta informasjon, såkalt ”blunters”. Dette er særlig fremtredene ved helserelatert informasjon. I forhold til helseinformasjon ønsker ”monitors” å få all informasjon, mens ”blunter” ønsker å vite mindre, særlig dersom informasjonen innebærer dårlige nyheter vedrørende deres helse. Steptoe og O`Sullivans (1986) utførte en studie med sikte på å undersøke forskjellene på ”monitors” og ”blunter” hos kvinner som skulle gjennomgå en gynekologisk operasjon. Det viste seg at ”monitors” ønsket flere detaljer en ”blunters”, og hadde signifikant større faktakunnskap rundt prosedyrene. Likevel viste det seg at både ”blunters” og ”monitors” ønsket informasjon om diagnose og alvorlighetsgrad i akutte situasjoner, men også her var det ulikheter å spore. ”Monitors” var mer vitebegjærlige og

spurte gjerne om tilleggsopplysninger. De var interesserte i å vite hvordan helsen stod til generelt, hva de selv kunne gjøre for å forebygge fremtidige problemer og mulige bivirkninger av medisiner (ibid). Sett i lys av mestringsforventning, kan dette indikere at pasienter med stort informasjonsbehov, såkalt ”monitors”, har en høy grad av mestringsforventning, i og med at pasientene er opptatt av hva de selv kan gjøre for å bedre helsen.

En av informantene uttalte at for mye informasjon, kan føre til å bekymre pasienten unødvendig, noe som også kan være helt riktig. Samtidig synes det naturlig i lys av Millers (1996) teori, å stille spørsmålstegn hvorvidt det å ”forhindre” pasienten å få opplysninger, samtidig kan hemme mestringsforventningen.

Videre skriver Miller (1996) at ”monitors” er generelt mer opptatt av kroppen og hvordan man kan forsterke helsen. Miller refererer til egen studie (1988) som tok utgangspunkt i pasienter som oppsøkte primærhelsetjenesten for akutte medisinske problemer. Pasientene hadde hatt nye eller økende ubehag eller dysfunksjon før legen ble kontaktet. Resultatet viste at ”monitors” og ”blunders” hadde ulikt nivå i forhold til å ta sine medisinske problem og symptomer alvorlig. Det viste seg også at ”monitors” har mindre belastende helseproblem en ”blunders” har.

Det er likhetstrekk mellom ”monitors” og pasienter med høy health literacy, og ”blunders” og personer med lav health literacy. Australske forskere har sett nærmere på hvilke faktorer som innvirker på en pasients valg om å lese helseinformasjon. Studien konkluderte med at blant annet pasienter med adekvat health literacy nivå og ”monitorsmestring” i større grad leste aktuell helseinformasjon, enn pasienter med lav health literacy og ”blundersmestring” (Koo, Krass & Aslani, 2006). Dette kan sammenlignes med en av informantenes. Informanten fortalte at han pleide å dele ut en artikkel som var aktuell i forhold til pasientens diagnose og valg av videre behandling. Valget bestod seg i om pasienten ville la seg operere eller ei – en avgjørelse bare pasienten kan ta. Legen antok at flesteparten av pasientene ikke leste den engelskspråklige artikkelen, men at noen kunne dra nytte av den. Pasienter som innehar en ”monitorsmestring” kan da ha nytte av en slik artikkel.

Kringlen og Finset er muligens inspirert av Miller, og hevder følgende om pasienter som ønsker å få all informasjon: *”Det er derfor viktig å la slike pasienter få informasjon, og det kan bli nødvendig å la dem delta aktivt i sin egen behandling. Man bør alltid holde dem informert om sykdommens forløp”* (Kringlen & Finset, 2006, s. 58) Forøvrig har pasienter rett til å delta aktiv i egen behandling. I så måte kan det stilles spørsmålstegn med utsagnet til Kringlen og Finset

(2006), ettersom dette ble uttalt etter at de nye helselovene trådte i kraft. For de pasienter som ønsker det, er det for helsepersonell i liten grad snakk om ”bør informere”. De er pliktet til å informere. Likevel kan det være naturlig i noen situasjoner å skille mellom det som er reelt i forhold til pasientens lidelse og det som er mindre reelt, dersom legen da unngår å uroe pasienten.

Tid ble nevnt av fire informanter som en innvirkning på helsekommunikasjonen. Legene er opptatt av at tidsfaktoren skal få minst mulig negative konsekvenser for kommunikasjonen med pasienten. Det ble fremhevet av informantene at de tok seg god tid til å informere pasientene, selv om tidspresset til tider kunne være stort. Dette er et interessant funn sett i lys av Gulbrandsen (2008) funn av legenes oppfatning av tidens innvirkning på helsekommunikasjonen. 70 norske leger deltok i ett undervisningsopplegg, med sikte på å etablere gode kommunikasjonsvaner hos legene. Tre måneder etter kurset ble en tredjedel av legene intervjuet angående erfaringer de hadde gjort seg vedrørende å praktisere kommunikasjonsprinsippene. Et fremtredende funn, men gjerne ikke fullt så overraskende, var at legene ikke gjennomførte de anbefalte teknikkene når tidspresset ble for stort (ibid).

I denne studien var det en informant som gav uttrykk for lignende erfaringer når tiden ble knapp. Den samme informanten uttalte også at han antok at pasientene ikke forventet så mye informasjon når det var travelt. Dette kan muligens også ha sammenheng med tidligere nevnte fenomen, nemlig at pasienten er redd for å forstyrre legene unødvendig med spørsmål (Kringlen & Finset, 2005).

8.2.2 Hvordan oppfatter innholdet i health literacy begrepet?

Ingen av legene hadde tidligere hørt om eller lest om health literacy. Man kan likevel antyde at legene har en viss forståelse for hva health literacy teoretisk sett innebærer. Syv av åtte informanter tolket meningsinnholdet i begrepet knyttet til forståelse rundt egen helse.

Legene antok at begrepet var relatert til å ha forståelse for egen helse eller er i stand til å sette ord på symptomer og egen sykdom. Tolkningene var baserte på ordet ”literacy” som ble satt i relasjon med ”health”.

Informantene fikk en kort innføring i hva health literacy begrepet innebærer, og på bakgrunn av dette kom legene med egne erfaringer i forhold til lav health literacy. Erfaringene var av ulik art, og omhandlet alt fra pasienter som ikke overholder avtaler, ikke fullfører behandlingsopplegg, misforståelser, lesevansker og feilmedisinering. Alle disse erfaringene blir

beskrevet i litteraturen som typiske tegn på lav health literacy (Safeer & Keenan, 2005).

En av informantene forteller om pasienter som ikke etterlever forordnet medikasjon fra legen. Informanten gir uttrykk for at han tror at pasientene forstår og at det dermed er andre faktorer som innvirker på at pasientene ikke tar medikamentet som foreskrevet. Legen forteller at noen pasienter *”tar fem stykker på en gang så en slipper å ta resten av uken”*. Dette kan imidlertid antyde en lav grad av FHL hos pasienten og dermed være ett eksempel på at pasienten ikke har forstått informasjonen, selv om legen oppfatter det slik.

Pasient som unnlater å ta foreskrevne medikamenter blir kalt for non-compliance, og er forbundet med lav FHL. Kringlen og Finset har oversatt begrepet til *”at man ikke følger råd og anvisninger enten det gjelder levevaner, diett, medikamenter eller kontrolltiltak”* (Kringlen & Finset, 2006, s. 95). Det er en rekke faktorer som kan forklare non-compliance, blant annet hvordan legen informerer pasienten. Mangelfull informasjon eller informasjon gitt på en autoritær måte kan øke sannsynligheten for at non-compliance oppstår (ibid). I og med at non-compliance er knyttet til legens måte å gi informasjon på, kan det tenkes at informasjonen ikke er gitt i forhold til pasientens health literacynivå. Williams, Parker, Baker, Coates og Nurss (1995a) hevder at feilmedisinering hos pasienter med lav health literacy ikke skyldes lav grad av compliance, men at pasientene ikke har forstått behandlingsopplegget.

Informantene ble spurt om i hvilken grad de antok at utdanningsnivå hadde en betydning for forståelse av helsekommunikasjonen. Fem av legene svarte at de antok at dette hadde en betydning, og mente at en kunne kommunisere annerledes med høyt utdannede personer. Å kommunisere annerledes kan tolkes som om legene kommuniserer på et høyere nivå ut i fra pasientens antatte forutsetninger, i den tro at pasienten forstår budskapet. Dette stemmer nok så bra med tidligere funn. Det viser seg ofte at helsepersonell bedømmer pasienters forståelse av helseinformasjon på bakgrunn av hvilken utdanning pasienten har, og overvurderer pasientens forståelsesnivå av informasjonen (Kirsch, Jungeblut, Jenkins & Kolstad, 1993).

Noen av informantene mente at utdannelsen til pasienter var til hjelp i helsekommunikasjonen. Særlig ble ingeniører nevnt, fordi de i større grad har forståelse for mekanikk, som i sin tur kan anvendes for å forklare hvordan kroppen fungerer. Dette kan sees på som å ta hensyn til pasientens health literacy nivå ved å tilpasse helsekommunikasjonen til pasientens egen forutsetninger for læring.

Andre informanter fremhever at personer med høy utdanning gjerne stiller bedre

forberedt eller stiller flere spørsmål i forhold til helsetilstanden. Dette peker i retning av at høy literacy er sterkt forbundet med høy literacy (Tones, 2002). Tre av legene mente at utdanningsnivået ikke hadde så mye å si, og hadde erfaringer som bekreftet dette. Erfaringene ble ikke konkretisert, men informantene fortalte om pasienter som var høyt utdannet og i liten grad satt inne med helserelatert kunnskap. I følge Nutbeam er ikke en høy literacy nødvendigvis forbundet med høy health literacy (Nutbeam, 2000).

8.2.3 Hvordan forholder legene seg overfor pasienter som har grunnleggende vanskeligheter med å forstå helseinformasjonen som blir gitt dem?

Seks av informantene oppgav at bruk av et enkelt språk var viktig i kommunikasjonen med pasienten, og var den første metoden som ble nevnt av informantene. Med et enkelt språk mener informantene å unngå faguttrykk, bruke dagligdagse benevnelser på organer og sykdommer eller bruke metaforer og analogi som virkemiddel. Dette funnet stemmer nokså bra med Schwartzberg et al. (2007) sine funn, der bortimot alle deltakerne oppgav at ett enkelt språk var den mest anvendte metoden i pasientkommunikasjonen etter ett videreutdanningsprogram i helsekommunikasjon.

Likevel er ikke anvendelse av et enkelt språk i seg selv tilstrekkelig for at pasienten skal forstå informasjonen. Frederikson (1993) hevder at noen pasienter kan forstå enkelte ord, men er ikke i stand til å sette ordene sammen til et konsept eller sammenheng. Frederikson belyser dette gjennom følgende eksempel: Dersom pasientene ikke er kjent med forholdet på trykk, rør og strømning av væske, vil selv bruk av et enkelt språk ikke gi noen naturlig forklaring på at leggmusklene innvirker på blodstrømmen i føttene og er et viktig forebyggende prinsipp å unngå venøs blodpropp under lengre flyreiser. Dette styrker et av utsagnene til en av informantene, som trakk frem ingeniører. Han mente det var enklere å bruke forklaringsmodeller til ingeniører, fordi de hadde nettopp slik kunnskap Frederikson (1993) påpeker. Frederiksons eksempel kan sammenlignes direkte med IHL, der pasienter i helsekommunikasjonen ikke er i stand til å sette enkle ord i sammenheng med et helsekonsept, og har dermed en lav grad av IHL. Det er derfor ikke tilstrekkelig med et enkelt språk, men andre også pedagogiske tilnærminger må anvendes. Av mulige metoder som kan anvendes er foreksempel forklarende metaforer, bilder eller tekst. (Lukoschek, Fazzari & Marantz, 2003; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Ofte må budskapet forsterkes med ulike hjelpemidler, fordi pasientene har ulike læringsstiler (Osborn, 2004). Legene

oppgav at de benyttet praktiske dagligdags eksempler, som metaforer, tegning, anatomiske modeller som de mest anvendte pedagogiske hjelpemidlene i helsekommunikasjonen, i tillegg til et enkelt språk.

Flere av informantene hadde uttaleser som ”å bruke vanlig norsk”, ”dagligdags tale” og ”et folkelig språk”. Legene mente at dette var en god metode å ta hensyn til pasientens forståelsesnivå, noe som det også er. Det kan likevel stilles spørsmålstegn med om lege og pasient har den samme oppfatning av hva ”vanlig norsk” er. Leger som er sikre på at pasientene kan forstå deres språkbruk, anser i liten grad språk som en hindring for forståelse. Dette kan imidlertid føre til at leger tror at pasienten har forstått budskapet, i den tro at de har anvendt et enkelt språk (Lukoschek et al., 2003). Dersom legen har fått en tilbakemelding på sin måte å kommunisere på, er det som oftest fra en kollega, enn fra pasientene selv. En kollega kan gi tilbakemelding vedrørende bruk av kommunikasjonsmetoder, men det er bare pasienten selv kan avgjøre om den gitte medisinske informasjonen ble forstått (Roter, Hall & Katz, 1988).

Pasienter som gir inntrykk av å forstå budskapet ble trukket frem som en viktig faktor i helsekommunikasjonen. Noen av legene spør pasienten direkte om budskapet er forstått, for å kartlegge pasientens forståelse. Flere oppgir videre at de da antar at pasienten har forstått dersom han samtykker i dette. Det viser seg likevel ved oppfølging at pasienten ikke har forstått innholdet i budskapet. En av årsakene til at pasienten gir inntrykk av å ha oppfattet budskapet, kan være skam over å ikke forstå den informasjonen som gis, noe som også en av informantene kommer inn på. Parikh et al. (1996) setter fokus på skam over lav health literacy i sin studie. Forskerne styrket sin hypotese om at skam kunne virke hemmende for pasienter med lav health literacy i å innrømme dårlige leseferdigheter, spørre om hjelp for å forstå medisinsk behandling eller å stille spørsmål vedrørende deres helse.

Fremmedspråklige hører til i gruppen som kan ha en lav health literacy. Flere av informantene ga uttrykk for frustrasjon over at pasienter fra andre kulturer gir uttrykk for å forstå budskapet, uten å gjøre det. Osborne (2004) fremhever viktigheten med at pasienter fra andre kulturer bekrefter at de forstår budskapet, og ikke godta et nikk eller et smil som bekreftelse. Hun anbefaler å spørre pasienten hvordan han vil ta medisinen, istedenfor om han har forstått hva han skal gjøre, såkalt ”teach back” metoden. For øvrig er dette en god metode å anvende, uavhengig om pasient og lege er fra ulike kulturer eller ei.

Det interessante her, er at informantene oppgir at også mange norsktalende pasienter gir

uttrykk av å forstå uten å gjøre det. Det kan gis et inntrykk av hos informantene at det ikke blir tillagt samme frustrasjon. Slik utsagnene til informantene kan tolkes, kan det gis et inntrykk av at det er fremmedspråkliges dårlige språkkunnskaper og kultur som er grunnen til misforståelser. Hos norsktalende pasienter blir misoppfatninger i større grad tillagt liten forståelse hos pasienten. Muligens er det legenes språk som i *begge* tilfeller ligger til grunn for misforståelser, selv om legene oppgir at de vektlegger å anvende et enkelt språk i helsekommunikasjonen. Som tidligere nevnt, er det ikke alltid tilstrekkelig å bruke enkelt språk for å oppnå forståelse hos pasienten med lav health literacy (Frederikson, 1993).

Ulike reaksjoner på legens helsekommunikasjon kan også muligens forekomme på grunn av kommunikasjonsadferden til pasienten er kollektivt eller individuelt betinget. Hofstede (2001) hevder i sin artikkel at kulturer som har en kollektiv kommunikasjonsatferd har fokus på paraspråket, noe som innbefatter trykk tonehøyde, volum, tempo og pauser i samtalen, og mindre fokus på det som blir sagt og formidlet. Individualistiske kulturer derimot, har fokuset på selve budskapet og har en tendens til å neglisjere paraspråkets signaler og betydning. Hofstede (2001) sammenlignet lege-pasientsamtaler fra kulturer som var individualistiske og kollektivistiske. Funnene i studien tydet på at asiater, som har en kollektivistisk kommunikasjonskultur, var mindre kategoriske og direkte i samtalen med legen, sammenlignet med den amerikanske kulturen som er individualistisk preget (Hofstede, 2001). Med dette som utgangspunkt, kan det oppstå misforståelser i lege-pasientkommunikasjonen, nettopp fordi lege og pasient er fra forskjellige kulturer som vektlegger ulike prinsipper i kommunikasjonen. Norske leger, som mest sannsynlig er preget av en individualistisk kultur, kan da ha vansker med å oppfatte non-verbale signaler. Dette kan da virke hemmende i kommunikasjonen hos pasienter som nettopp benytter seg av non-verbale uttrykk for å gjøre seg forstått i kommunikasjonen.

En av legene trakk frem hvordan ulike kulturer kan innvirke på rehabilitering og etterlevelse av ett behandlingsopplegg. Informanten fortalte om pasienter som ikke forstod betydningen av trening etter operasjonen, og uttrykte at dette var vesentlig å kartlegge. Berry, Poortinga, Segall og Dasen (1992) hevder at det er store kulturelle ulikheter i oppfattelsen av i hvor stor grad man kan utøve kontroll over egen helse. I vestlige og industrialiserte land er kulturen preget av en indre kontrollplassering, mens ikke-vestlige og utviklingsland gjerne har en ekstern kontrollplassering. Dette kan belyses gjennom Heurtin-Roberts (1992) studie, der kronisk sykdom blir ansett som ”et kulturelt verktøy” for å tilpasse seg den nye tilstanden. Heurtin-

Roberts undersøkte oppfatninger og sykdomsatferd hos 60 eldre afroamerikanske kvinner med høyt blodtrykk. Studien avdekket at afroamerikanske kvinner oppfattet kronisk sykdom som en måte å utrykke seg på, til å manipulere og styre forholdet mellom seg selv og miljøet og til å legitimere at deres rolle i samfunnet har blitt endret. For personer i en belastet sosial posisjon, som mange eldre afroamerikanske kvinner befinner seg i, kan kronisk sykdom bidra til at de i en viss grad kan kontrollere miljøet rundt dem (ibid).

Dette er en stor kontrast i forhold til den vestlige biomedisinske tilnærmingen på sykdom, der målet er å behandle eller redusere sykdommen (Malterud, 1993). I den biomedisinske tilnærmingen er høy grad av HL antatt som et ”verktøy” for å oppnå god helse. I kulturen Hofstede (2001) studerte, var dårlig helse ansett som et ”verktøy” for å kunne *forbedre* sin situasjon i samfunnet, og ikke relatert til å bedre sin helsesituasjon. Det er godt mulig at pasienter fra kulturer med denne tilnærmingen blir tillagt lav grad av HL, fordi deres streben etter å håndtere sykdommen ikke er grunnet i et biomedisinsk utgangspunkt. Det synes i denne sammenheng noe meningsløst å vurdere om en person har høy eller lav grad av HL, ettersom streben etter å bli frisk eller å håndtere sykdommen ikke er et mål i seg selv. Dette stryker Brédart et al. (2005) utsagn at det er svært viktig å ta hensyn til pasientens kultur, preferanser og egen oppfattelse av sykdom i helsekommunikasjonen med pasienten.

En av informantene uttrykker noe frustrasjon over at noen minoritetsspråklige ikke ønsker tolk, og antyder også en til tider dårlig kvalitet på tolkene. Dette er et funn som stemmer godt overens med funn fra rapporten ”Fastleger og tolketjenester”, og er mest sannsynlig aktuell også for sykehusleger. I studien fremtrer to ulike årsaker til at pasienten ikke ønsker tolk; at de heller ønsker en nær familiemedlem eller at pasienten vurderte seg selv som god nok i norsk til å kunne ha en adekvat lege- pasientsamtale(Integrerings- og mangfoldsdirektoratet ([IMDI], 2007).

Når pasienten ikke ønsker å bruke tolk, frykter fastlegene i dybdeintervjuene at viktige psykososiale eller medisinske problemstillinger ikke kommer frem under konsultasjonen (ibid).

En av hypotesene i studien til IMDI (2007) er at det er mangel på kvalifisert tolkepersonell. Nærmere halvparten av fastlegene svarte at de noen ganger syntes at bruk av tolk har forringet kommunikasjonen med pasienten (ibid). Blant annet opplevde fastlegene at tolkene ikke var objektive, og la sin egen tolkning i legens informasjon (ibid), noe som også informant nr 7 påpekte.

For å kunne ta hensyn til pasientens HL-nivå og legge til rette for mestring, er det først og fremst

av stor betydning at pasienten forstår det som blir sagt og kan forklare problemer eller symptomer. Når en minoritetsspråklig ikke kan gjøre rede for seg vedrørende egen helsetilstand, eller ikke har forutsetninger for å forstå er helsebudskap, kan dette sammenlignes med lav HL.

8.2.4 Hvordan vektlegger legene å styrke mestringsforventningen hos pasienten?

Informantene er opptatt av at pasienten selv er ansvarlig for sin helseatferd og eventuell atferdsendring. Dette kan sammenlignes med empowerment. Pasienten bestemmer selv over eget liv. Legen kan ikke lastes for at pasienten ikke gjør en nødvendig atferdsendring. Sett i lys av health literacy er det da vesentlig for pasienten at helsekommunikasjonen tar hensyn til pasientens health literacynivå, slik at han har forstått konsekvensen av atferden.

Empowerment blir av WHO's helsefremmende perspektiv definert som "*en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse*" (WHO, 1998). Videre hevder WHO:

Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living condition. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment (WHO, 1998, s. 10).

I lys av health literacy perspektivet kan empowerment betraktes som et health literacy-mål (WHO, 1998). Nutbeam (2009) hevder at health literacy er en forutsetning for "personlig" empowerment.

Informantene mener at informasjon om de skadelige virkningene atferden har, er noe av det viktigste man kan gjøre for å styrke mestringsforventningen. Brumoen (2009) understreker at det da er en forutsetning at man tar perspektivet til den man møter. Å argumentere og innta normative posisjoner, minsker muligheten for at pasienten får prosjektansvar for egen endring.

Noen av informantene var tydelige i at man skal fortelle pasientene hvordan deres vaner innvirker på helsen, og dermed prøver å skremme pasienten. Slik utsagnene tolkes, har flere et normativt preg. Meningsytringer som ”*det er ikke så lurt å gjøre slike ting*”, er ett eksempel på normativt utsagn, som kan gi inntrykk av at legen ikke lytter til det pasienten sier.

Normative utsagn kan for pasienten gi inntrykk av at legen er i mot pasienten og har sterke meninger om hvordan en endring skal gjøres eller bestå i. En deskriptiv tilnærming derimot, gir pasienten mulighet til å vurdere hva ”som er lurt eller ikke”, etter hans egne verdier (Brumoen, 2009). Dette er også i tråd med Prochaska og DiClementes (1983) endringsmodell, som understreker at pasienten må være klar for endring og selv innse at atferden er problematisk. En person i føroverveielsesfasen er lite oppmerksom på atferdens negative sider og vurderer i liten grad å gjøre endringer. Han er i liten grad mottakelig for informasjon om skadevirkningene av atferden eller at informasjonen er relevant for ham. Utsagnene fra legene kan tolkes som at flere av informantene har tendens til å ta relativt lite hensyn til hvilken endringsfase pasienten befinner seg i, noe som kan føre til at helsekommunikasjonen til tider ikke er tilpasset pasienten. I forhold til Kreps et al., (1998) beskrivelse av helsekommunikasjon, kan man i dette tilfelle si at den intrapersonale kommunikasjonen ikke er tilpasset på en slik måte at det stimulerer til pasientens interpersonale kommunikasjon.

Informasjon i form av ”*å pøse på med argumenter*”, som en av informantene benyttet, har i svært liten grad effekt på pasienter i føroverveielsesfasen. Denne måten å gi informasjon på kan oppfattes anklagende, og er lite differensiert til den enkelte pasient, og kan tillegges et noe normativt preg. Det skal nevnes at slik påvirkning av pasienter i en føroverveielsesfase kan føre til endring. The Health Belief Modell henviser til et utløsende moment, som ofte er en ytre hendelse, som egen eller andres sykdom eller påvist medisinsk risikofaktor (Mæland, 2005). Modellen vil ikke bli ytterligere omtalt.

Som nevnt var legene opptatt av at pasientene skulle være informert, men utsagnene bærer noe preg av det Gulbrandsen et al. (2008) peker på i sin studie. De mener at legene i for liten grad får frem pasientperspektivet, blant annet hvilke tanker pasienten selv har rundt tilstanden sin (ibid). I følge Bandura (1997) er en av kildene til mestringsforventning å dempe angst vesentlig viktig for personen. Det er derfor vesentlig at legen får tak i hva pasienten selv mener, for å kunne bidra til å dempe angst og muligens unødvendig bekymring. Det er også vesentlig at legen kan hjelpe pasienten til å kunne se for seg ulike måter å kunne gjøre endringen

på, og derfor avhengig av å ha kunnskaper om hvordan pasienten selv oppfatter situasjonen (Eriksson, 2006). Med tanke på å styrke eller bygge mestringsforventning, har det stor betydning for pasienten hvordan han blir møtt. Et møte med legen kan utløse både motstand eller kan stimulere til tro på endring, og gi pasienten et prosjektansvar (Brumoen, 2009).

Gulbrandsen et al. (2008) avdekket i sin studie at det er vesentlig av legene kartlegger hvilke forestillinger pasienten har både om tilstanden, legens oppgaver og hvilken konsekvens tilstanden har på livet til pasienten. Dessverre er det en tendens til at når den biomedisinske situasjonen noenlunde er avklart, blir informasjonen gitt på et generelt grunnlag, og lite tilpasset den enkeltes behov som da i liten grad er kartlagt, og har lite innsyn i forestillinger som kan stå i veien for god etterlevelse av behandlingen (ibid). Selv om informantene i denne studien ga inntrykk av at informasjonen er gitt i den hensikt å styrke mestringsforventningen til pasienten, kan det antydes at det er på grunnlag av den informasjonen legen *gir*, og i mindre grad ut i fra pasientens *perspektiv* eller *forutsetninger*. I følge Gulbrandsen et al. (2008) kan dette føre til en lite tilpasset informasjon, noe som i lys av health literacy kan betegnes som å ta lite hensyn til pasientens health literacy eller mestringsforventning.

Det å gi informasjon kan sammenlignes med verbal overtalelse, en av kildene til mestringsforventning. I følge Bandura (1995) er dette den minst effektive måten å styrke mestringsforventningen til en person, og kan sies å ha likhetstrekk med KAP-modellen. Dog likevel er det en måte å styrke pasientens mestringsforventning.

Noen av informantene uttrykte undring over at pasientene i liten grad ønsket å endre atferd. En mulighet for at pasienten ikke endrer atferd, er at han befinner seg i føroverveielsesfasen, og er dermed i liten grad er mottakelig for informasjon. Muligens kan dette føre til stigmatisering av pasienter som ikke klarer å endre sin atferd, men at dette i utgangspunktet kunne vært unngått dersom helsekommunikasjonen var bedre tilpasset i forhold til hvor pasienten befant seg i Prochaska og DiClementes (1983) endringsprosess.

Med informasjon mente legene blant annet både informasjon om allerede oppståtte skader og mulige skader som kan oppstå. Spesielt ble synlige tegn som gangren og røykhoste trukket frem. Personer som er i en forberedelsesfase, der beslutninger om endringer tas, kan nettopp slike synlig tegn på helseskadelig atferd være utslagsgivende (Brumoen, 2009).

For å bygge opp mestringsforventningen hos en pasient er det avgjørende at legen har en empatisk atferd. Hensikten med dette er å ikke skape reaktans hos pasienten (ibid). Reaktans

opptrer særlig hos personer som er ambivalente, og er en tendens til å reagere mot det som man oppfatter som forsøk på påvirkning (Barth et al., 2006). Seks av informantene nevnte forståelse og empati som et viktig redskap i å styrke mestringsforventningen hos pasientene. Informantene forteller at de ofte prøver å motivere pasientene og vise empati ved å gi eksempler på selvopplevde atferdsendringer. Utsagn som dette gir også inntrykk av å gi støtte til pasienten. Støtte kan gi pasienten opplevelse av trygghet til å fortelle om hvor vanskelig det er å slutte med den helseskadelige atferden. Likevel fremhever Brumoen (2009) at det er viktig å ikke gi pasienten en grunn til atferden, noe som kan føre til at pasienten ser at nytten eller nytelsen av atferden er stor, og av den grunn ikke griper tak i endringene.

Ambivalente pasienter i overveielsesfasen kan vegre seg for å endre atferd, spesielt dersom informasjonen har ett ensidig fokus på den negative konsekvensen atferden medfører. Pasienten kan føle at legen ikke respekter at den skadelige atferden også fører til noe positivt for pasienten, og kan dermed føre til psykologisk reaktans (Barth et al., 2006). Tolkningen av informantenes utsagn gir inntrykk at et stort fokus på negative konsekvenser, med unntak av en informant.

Tre av legene gjør seg nytte av humor for å styrke pasientens mestringsforventning. Dialogen mellom lege og pasient kan ha innslag av humor, dersom det er en trygg relasjon mellom pasienten og legen. Pasienten må kunne være i stand til å se problemet med distanse for å kunne betrakte atferdsproblemet med humor. Hensikten med bruk av humor er å aktivere pasientens sunne motkraft, slik at han kan forandre seg i en positiv retning (Barth et al., 2006). Motkraft kan i denne sammenheng tolkes som mestringsforventning. En studie der 73 eldre mennesker som bor i fellesskapsbolig deltok, kan belyse effekten av bruk av humor. Studien viste at bruk av humor styrket de eldres mestringsforventning i forhold til utfordringer de stod overfor som eldre (Marziali, McDonald & Donhue, 2008).

Ved forsøk på atferdsendring er det viktig at man setter seg realistiske mål. Både Bandura (1986) og Sommerschild (2003) fremhever betydningen av atferdsendringen gjøres i små og realistiske steg om gangen for å oppnå en positiv mestringsforventning, noe som også enkelte av legene fremhevet. Barth et al. (2006) hevder at for den som forsøker å endre atferd, er det sannsynligvis viktigste å ha fokuset på det man får til, enn det man ikke får til.

Andre metoder som er nevnt av informantene er å peke på ulike hjelpemidler og å forenkle situasjonen for å kunne gjennomføre endringen. Dette kan bidra til å dempe angst og uro, dersom

pasienten oppdager at situasjonen kan forbedres. I følge Bandura (1995) kan engstelse og bekymring virke hemmende på utviklingen av mestringsforventningen, så det er dermed vesentlig å unngå unødvendig angst og uro.

En av informantene oppga at det var hensiktsmessig å skremme eller presse pasientene for å oppnå atferdsendring. Å utøve ett press mot pasienten kan virke både for og i mot sin hensikt. Pasienten får bekreftet sin atferd, som her kan betraktes som avvik i forhold til å opprettholde god helse. Det er av avgjørende betydning at kommunikasjonen er av deskriptiv art, for å unngå at pasienten føler seg stilt i ett dårlig lys og føler skyld og skam. I en vellykket kommunikasjon med bruk av mildt press, kan pasienten ha mulighet til å overføre eksternt press til en indre motivasjon. Den indre motivasjonen for atferdsendring oppstår når pasienten selv opplever diskrepans, og kan være meget skjør. (Brumoen, 2009). Diskrepans kan beskrives som forskjell mellom hva man gjør, for eksempel helseskadelig atferd, og det man egentlig bør gjøre (Barth et al., 2006). Igjen er det vesentlig å kartlegge hvor pasienten er mentalt i endringsprosessen. Ved bruk av press eller skremsel, kan legene risikere at pasienten opplever stress og uro, som igjen kan ha en negativ innvirkning på styrking av mestringsforventning (Bandura, 1997). På den andre siden viser The Health Belief Modell av synlige symptomer på alvorlig sykdom kan føre til endring (Mæland, 2005).

En av legene oppgav at han benyttet seg av å la pasientene treffe andre pasienter med samme lidelse. Dette er ikke en støttegruppe, men et forsøk av legen til å hjelpe en ungdom til å gjøre de nødvendige tiltak i livsstilen. Tidligere hadde legen henvist ham til diabetesforeningen uten hell. Etter samtykke fra den unge pasienten, arrangerte legen et møte med en pasient med samme problemstilling, noe som førte til en bedring for den unge pasienten. Dette viser til at å se andre mennesker som er lik deg selv, klarer man gjøre nødvendige endringer og er i samsvar med sosial kognitiv teori og Banduras (1995) mestringsteori. Å la pasientene møte hverandre er også å ta hensyn til pasientens IHL. IHL innebærer å kunne gjøre seg nytte av kunnskapen som kan fremkomme i grupper og samhandling med andre (Nutbeam, 2000)

Ved å styrke pasientens mestringsforventning på ulike måter, kan det sammenlignes med å ta hensyn til pasientens IHL og CHL. IHL innebærer at pasienten skal kunne være i stand til å gjøre helserelaterte tiltak selvstendig (Nutbeam, 2000). Og som tidligere nevnt, innebærer CHL økt fleksibilitet og motstandskraft mot sosiale- og økonomiske helsedeterminanter, for eksempel økt evne til å opprettholde de livsstilsendringer pasienten har gjort for å fremme egen helse (ibid).

Det skal nevnes at det er en metode for å styrke en pasients mestring som ikke er nevnt av informantene. Å peke på tidligere mestring, er i følge Bandura (1997) den mest effektfulle måten å styrke en persons mestringsforventning, men ble ikke nevnt av noen av legene.

8.3 Mulige sammenhenger mellom mestringsforventning og health literacy i mine funn

I oppgavens teoridel (kapittel 5), er det blitt påpekt en mulig sammenheng mellom begrepene health literacy og mestringsforventning. Ett av hovedfunnene under forskningsspørsmålet som omhandler mestringsforventning (forskningsspørsmål nr fire), er at legene mente at det var viktig å informere pasienten for å styrke mestringsforventningen. Nutbeam uttaler følgende om dette:

Actions to improve health literacy are focused on developing age and context specific health knowledge, and the self-efficacy necessary to put that knowledge into practice in ways that enable people to exert greater control over their health and health-related decisions (Nutbeam, 2008, s. 2074).

Uttalelsen er i et folkehelseperspektiv, og viser til at ved å øke health literacy nivået hos en person, ikke kun innebærer overføring av helseinformasjon, men også utvikling av og evnen til å kunne sette helseinformasjonen ut i handling. I klinisk praksis vil dette da være avhengig av at legen tar hensyn til pasientens health literacynivå og stryker mestringsforventningen for at pasienten skal kunne ta helsebringende beslutninger eller utøve sunn helseatferd.

Slik sett kan det antydes at noen av studiens funn har et visst samsvar med denne oppfatningen til Nutbeam, i og med at legene var av den mening at informasjon var en viktig del av å styrke mestringsforventningen. Det gis inntrykk av at legene er av den oppfatning at det er vesentlig for pasientene at de forstår hvorfor eller hvordan man skal kunne foreta en endring, for så å kunne sette kunnskapen ut i praksis. Når en pasient klarer å utføre en anbefalt endring i atferd, er dette sammenlignbart med at pasienten har høy mestringsforventning på det aktuelle området.

Når pasienten mottar en helsekommunikasjon som er tilpasset hans health literacy nivå, og i tillegg hans mestringsforventning blir styrket, slik at han kan sette teorien ut i praksis, kan dette sammenlignes med health literacy som en ressurs.

8.4 Videre forskning

Denne studien har sett nærmere på ett lite utvalg av sykehusleger i Rogaland og Hordaland. Det kunne vært interessant å gjøre samme undersøkelse blant andre typer leger, gjerne andre steder i landet. Å ta hensyn til pasientens health literacynivå og mestringsforventning er ikke bare en viktig del av legens helsekommunikasjon, men alt helsepersonell som er i kontakt med pasienten. Det kunne derfor være aktuelt å gjennomføre lignende studier for flere typer helsepersonell.

En kartlegging av helsekommunikasjon hos leger eller annet helsepersonell ved bruk av andre metoder, eksempelvis spørreskjema, er en god måte å danne seg et inntrykk av hvilke metoder et større antall helsepersonell anvender i sin helsekommunikasjon.

I Norge i dag bor det 552 000 innvandrere i Norge, noe som utgjør 11.4 % av befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2010). Mange av disse menneskene vil oppleve et helsevesen med en helt annen oppfatning av helse enn dem selv. Et av funnene i studien, peker på denne utfordringen. Heurtin-Roberts (1992) studie peker på disse kulturelle forskjellene i oppfatning av å være syk. Det er mulig at det er hensiktsmessig å gjøre en studie som kartlegger legers oppfattelse og hensyn til innvandrere i sin helsekommunikasjon.

8.5 Avsluttende kommentar

Informantene gir inntrykk av å ta hensyn til pasientens health literacy og mestringsforventning i sin helsekommunikasjon. Funnene i studien kan imidlertid indikere at legene med fordel kunne hatt nytte av større fokus på prosesser pasienter gjennomgår i en atferdsendring, da dette kan ha betydning for å styrke pasientens mestringsforventning.

Funnene viser at legene har gode kommunikasjonsferdigheter. Likevel, kan det antydes at legene kan forbedre sine kommunikasjonsegenskaper ved å regelmessig ha fokus på dette. Det er flere studier, blant annet Schwartzberg et al. (2007) og Guldbrandsen (2008) som viser til at legene har stor nytte av kommunikasjonskurs selv etter endt utdanning. Guldbrandsen hevder følgende om denne saken:

Det er behov for et nasjonalt initiativ for å etter- eller videreutdanne alle leger under spesialistutdanning. Universitetene må ta den faglige ledelsen, helseforetakene må finansiere satsingen som ledd i kvalitetsforbedring, og etter hvert som tilbudet kommer på

plass, bør Legeforeningen foreslå for Helse- og omsorgsdepartementet at opplæring i klinisk kommunikasjon blir en obligatorisk del av videreutdanningen til alle kliniske spesialiteter (Gulbrandsen, 2008, s. 2842).

9. Litteraturliste

- Aarflot, H. M. & Henriksen, J.O. (2002). Å møte en annen. I: Bjørk, S. Helseth & Nortvedt, F. (Red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Agness, C., Murrell, E., Nkansah, N. & Martin, C.M. (2008). Poor health literacy as a barrier to patient care. *Consultan Pharmacist*, 23(5), 378-382.
- Almås, H. (Red.). (1997). *Klinisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- American Medical Association (1999). Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of American Medical Association*, 218(6), 552-557.
- Andreassen, H. K., Wangberg, S. C., Wynn, R., Sørensen, T. & Hjortedal, P. (2006). Helse relatert bruk av internett i den norske befolkningen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(22), 2950-2952.
- Andrews, T. (2003). "Nytt" ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 6(1), 30-42.
- Ash, S., Reeves, M., Bauer, J., Dover, T., Vivanti, A., Leong, C. et al. (2006). A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *International Journal of Obesity* 30(10), 1557-1564.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
- Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2006). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bass, L. (2005). Health Literacy: Implications for Teaching the Adult Patient. *Journal of Infusion Nursing*, 28(1), 15-22.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.H., Segall, M.H. & Dasen, P.R. (1992). *Cross-cultural psychology: research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bredart, A., Bouleuc, C. & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351-354.

- Brédart, A., Razavi, D., Robertson C., Didier, F., Scaffidi, E., Fonzo, D. et al. (2001). Assessment of quality of care in an oncology institute using patients' satisfaction with care information. *Oncology*, 61(2), 120-128.
- Brumoen, H. (2009). *Vanen, viljen og valget*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Castro, C.M., Wilson, C., Wang, F. & Schillinger, D. (2007). Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 85-95.
- Chow, K.M. (2003). Information recall by patients. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(7), 370.
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). *Reflektive Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- DeWalt, D.A. & Pignone, M.P. (2005). Reading Is Fundamental. The Relationship Between Literacy and Health. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1943-1944.
- DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N. & Pignone, M.P. (2004). Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1229.
- DeWalt, D.A., Boone, R.S. & Pignone, M.P. (2007). Literacy and Its Relationship With Self efficacy, Trust, and Participation in Medical Decision Making. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 27-35.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksson, K. (2006). *Omsorgens idé*. København: Munksgaard Danmark.
- Fallowfield, L.J. & Jenkins, V.A. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Finbråten, H. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien*, 79(5), 60-63.
- Fournier, C. & Kerzant, S. (2007). Doctor-patient communication and patient education bring various notions together: contributions from the literature. *Santé Publique*, 19(5), 413-425.
- Frederikson, L.G. (1993). Development of an integrative model for medical consultation. *Health Communication*. 5(3), 225-237.
- Gabrielsen, E. (2005). Kan leseferdigheter måles og sammenlignes. *Statistisk*

- sentralbyrå/Samfunnsspeilet*, 19(2), 39-44.
- Gilje, N. & Grimen, H. (2007). *Samfunnsvitenskapelige forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glassmann, P. (2008). Health literacy. National Network of Libraries of Medicine. Lest 27. oktober 2009. <http://nnlm.gov/outreach/consumer/hlthllit.html>
- Gulbrandsen, P. (2008). God kommunikasjon – også for legens skyld! *Tidsskrift for Norsk Læreforening*, 128(24), 2840-2842.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Cappelens Forlag as
- Helsepersonelloven.(1999). *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64.
- Healthy People 2010 (2000). Health Communication. Healthy People 2010. [Informasjonsside]. Lest 20. oktober 2009. <http://www.healthypeople.gov/document/HTML/Volume1/11HealthCom.htm>
- Heldal, F. & Steinsbekk, A. (2009). Norwegian healthcare professional's perceptions of patient knowledge and involvement as a basis for decision making in hematology. *Oncology Nursing Forum* 36(2), 93-98.
- Heurtin-Roberts, S. & Reisin, E. (1992). The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment. *American Journal of Hypertension*, 5(11), 787–792.
- Hironaka, L.K., Paasche - Orlow, M.K. (2007). The implications of health literacy on patient provider communication. *Archives of Disease in Childhood*, 93(5), 428-432.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences*. Thousand Oaks: Sage.
- Hovdenak, S. S. (2006). Tekstanalyse i diskursanalytisk og hermeneutisk perspektiv. I: Brekke, M. (Red.). *Å begripe teksten. Om grep og begrep i tekstanalyse*. (s.73 - 85). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hyde, J., Hankins, M., Deale, A. & Marteau, T.M. (2008). Interventions to increase self efficacy in the context of addiction behaviours: a systematic literature review. *Journal of Health Psychology*, 13(5), 607-623.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2007). *Fastleger og tolketjenester* (IMDI-rapport 6-2007). Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T. & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and

- Critical Health Literacy Among Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 31(5), 874-879.
- Jansen, S.J., Otten, W., van de Velde, C.J., Nortier, J.W. & Stiggelbout, A.M. (2004). The impact of the perception of treatment choice on satisfaction with treatment, experienced chemotherapy burden and current quality of life. *British Journal of Cancer*, 91(1), 56-61.
- Jarlbro, G. (2004). *Hälsokommunikation - en introduksjon*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirsch, I., Jungeblut, A., Jenkins, L. & Kolstad, A. (1993). *Adult literacy in America: a first look at the findings of the national adult literacy survey*. Washington, D.C.: National Center for Education Statistics, U.S. Department of Education.
- Kleven, T.A. (Red.). (2005). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode*. Oslo: Unipub forlag.
- Koo, M., Krass, I. & Aslani, P. (2006). Enhancing patient education about medicines: factors influencing reading and seeking of written medicine information. *Health Expectations*, 9(2), 174 -187.
- Kreps, G.L., Bonaguro, E.W., Query, J.L. (1998). The history and development of the field of health communication). I: Jackson, L.D. & Duffy, B.K. (Red.). (1998). *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions* (s. 1-15.). Westport, CT: Greenwood Press.
- Kreuter, M.W. & Wray, R.J. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behavior*, 27(3), 227-232.
- Kringlen, E. & Finset A. (2006). *Den kliniske samtalen – kommunikasjon og pasientbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larson, L. (2007). Health literacy: How are your patients reading you? *Trustee*, 60(5), 8-12.
- Lipkin, M.J. (1996). Patient education and counseling in the context of modern patient physician–family communication. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 5–11.
- Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lorig, K.R. & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lukoschek, P., Fazzari, M. & Marantz, P. (2003). Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Education and Counseling*,

- 50(2), 201-210.
- Maibach, E. & Murphy, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: Conceptualization and measurement. *Health Education Research*, 10(1), 37-50.
- Malterud, K. (1993). Klinisk kunnskap – fakta eller noe mer? Noen kunnskapsteoretiske synspunkter. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 113(30), 3248 – 3250.
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McLeroy, L.(1986). Self-efficacy and health education. *Journal of School Health*. 56(8), 317-321
- Marziali, E., McDonald, L. & Donahue, P. (2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 12(6), 713-718.
- Mayeaux, E.J., Murphy, P.W., Arnold, C., Davis, T.C., Jackson, R.H. & Sentell, T. (1996). Improving patient education for patients with low literacy skills. *American Family Physician*, 53(1), 205-211.
- Lundh, B. & Györki, I. (1986). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Miller, M.S. (1996). Monitoring and Blunting of Threatening Information: Cognitive Interference and facilitation in the Coping Process. I: Sarason, I.G., Pierce, G.R., Sarason, B.G. & Weiner, I.B. (Red.). (1996). *Cognitive Interference. Theories, Methods, and finding*. (s.175-190). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Miller, S., Brody, D. & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 142-148.
- Moore, P.J., Adler, N.E., Robertson, P.A. (2000). Medical malpractice: the effect of doctor patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine*, 173(4), 244-250.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Natvig, G.K. (1998). Tro på å lykkes fremmer atferdsendring. *Sykepleien*, 86(14), 54-56.
- Norum, J. (2001). Kommunikasjon med kreftpasienter – selvfølgeligheter kan lett glemmes. *Tidsskrift den Norske Lægeforening*, 121(14), 1723-1724.
- NOU 2005: 3. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet.
- 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.

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of public health*, 54(5), 303-305.
- Osborne, H. (2004). *Health Literacy from A to Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Osborne, H. (2008). In Other Words...Using Visuals and Other Creative Tools to Make Health Messages Clear. *On Call Magazine*. [Elektronisk nyhetsbrev]. Lest 4. november 2008. <http://www.healthliteracy.com/article.asp?PageID=7409>
- Paasche-Orlow, M.K. & Wolf, M.S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 19-26.
- Palm, L. & Windahl, S. (1989). *Kommunikation. Teorin i Praktiken*. Uppsala: Konsultförlaget.
- Parikh, N.S., Parker, R.M., Nurss, J.R., Baker, D.W., Williams, M.V. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter*. LOV-1999-07-02-63.
- Pettersen, S. (2003). Er også naturfagdidaktikk godt for helsen? I: Bungum, B. & Jorde, D. (Red.). *Naturfagdidaktikk. Perspektiver – Forskning – Utvikling* (s. 273-288). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pettersen, S. (2005). Norwegian health journalists' ability to report on health research: A concern to science education? *NORDINA*, 1, 5-16.
- Pettersen, S. (2009). Kostholdsinformasjon og annen helseinformasjon. I: Holthe, A. & B. Wilhelmsen, B.U. (Red.). *Mat og helse i skolen*, (s. 87-100). Bergen: Fagbokforlaget.
- Potter, L., Martin, C. (2005). What is Health Literacy? *Center for Health Care Strategies*. Lest 1. november 2008. http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Fact_Sheets.pdf
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Ratzan, S.C. (1994). Health communication, challenges for the 21st century. *American Behavioral Scientist* 38(2), 361-380.

- Ratzan, S.C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.
- Rimal, R.N. (2000). Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: the mediating role of self-efficacy. *Health Communication*, 12(3), 219-237.
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagboklaget.
- Roos, G., von Krogh, G. & Roos, J. (Red.). (1997). *Strategi som konkurransefortrinn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roter, D. L. (2005). Health literacy and the Patient-Provider Relationship. I: Schwartzberg, J. G., Van Geest, J. B. & Wang, C. (Red.). *Understanding Health literacy. Implications for Medicine and Public Health* (s. 87-100). United States of America: AMA press.
- Roter, D.L., Hall, J.A. & Katz, N.R. (1988). Patient–physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Education Counseling*, 12(2), 99–119.
- Roter, D.L., Hall, J.A. & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. *The Journal of the American Medical Association*, 288(6), 756-764.
- Safeer, R.S. & Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *The American Family Physician*, 72(3), 463-457.
- Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, W.H., Kosinski, M., Ware, J.E. & Tarlov, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *The Journal of Family Practice*, 47(3), 213-220.
- Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823-829.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D. & Daher, C. et al. (2002). Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 288(4), 475-482.
- Schwartzberg, J.G., Cowett, A., VanGeest, J. & Wolf, M.S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), 96-104.
- Seligman, H.K., Wang, F.F., Palacios, J.L., Wilson, C.C., Daher, C., Piette, J.D. et al. (2005).

- Physician notification of their diabetes patients' limited health literacy. A randomized, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 1001-1007.
- Sommerschild, H. (2003). Mestring som styrende begrep. I: Gjørum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H. (Red.). (2003). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s.21-60). Oslo: Tano Aschehoug.
- Statistisk sentralbyrå (2010). *Innvandrere fra 216 land*. Lest 29. april 2010.
<http://www.ssb.no/innvbef/>
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld.nr 16 (2002-2003). (2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det Kongelige Helsedepartementet.
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Sturt, J. (2008). *Diabetes Management Self-efficacy*. Centre for Primary Health Care Studies. Division of Health in the Community, University of Warwick.
- Steptoe, A. & O'Sullivan, J. (1986). Monitoring and blunting coping styles in women prior to surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 143-144.
- Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman, H.B. & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *The Journal of the American Medical Association*, 277(8), 678-682.
- Svensson, S., Kjellgren, K.I., Ahlner, J. & Säljöd, R. (2000). Reasons for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*, 76(2-3), 157-163.
- Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001). Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 121(6), 720-724.
- Teutch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87(5), 1115-1145.
- Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevesle*. Begen: Fagboklaget.
- Thom, D.H. (2001). Physician behaviors that predict patient trust. *The Journal of Family Practice*, 50(4), 323-328.
- Tones, K. (2002). Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 17(3),

287-290.

- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vassnes, S.M. (2010). *Fastlegers vurderinger av pasienters health literacy - og teoretiske refleksjoner rundt health literacy-begrepet*. Masteroppgave i Ernæring, helse- og miljøfag for MSc-graden ved Avdeling for Helse, ernæring og ledelse, Høgskolen i Akershus
- Villare, M. & Mayer, G. (2007). Low Health Literacy. The Impact on Chronic Illness Management. *Professional Case Management*, 12(4), 213-216.
- Volandes, A.E. & Paasche-Orlow, M.K. (2007). Health Literacy, Health Inequality and a Just Healthcare System. *The American Journal of Bioethics*, 7(11), 5-10.
- Weiss, B.D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians*. American Medical Association Foundation and American Medical Association. Lest 2.juni 2009.
<http://www.amaassn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>
- Weiss, B.D., Mays, M.D., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A., Pignone, M.P. et al. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Family medicine*. 3(6), 514-522.
- Wender, R.C. (1996). Humor in medicine. *Primary Care*, 23(1), 141-154.
- White, S. (2008). *Assessing the Nation's Health literacy. Key concepts and findings of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*. National Center for Education Statistic. American Medical Association Foundation.
- Williams, M. V., Baker, D.W., Parker, R. M. & Nurss, J. R. (1998b). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 166-172.
- Williams, M.V., Baker, D.W., Honig, E.G., Lee, T.M. & Nowlan, A. (1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, 114(4), 1008 – 1015.
- Williams, M.V., Davis, T.C., Parker, R.M. & Weiss, B.D. (2002). The Role of Health Literacy in Patient-Physician Communication. *Family Medicine*, 34(5), 383-389.

- Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Coates, W. & Nurss, J. (1995). The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. *Academic Emergency Medicine*, 35(2), 386.
- Williams, M.V., Parker, R.M., Baker, D.W., Parikh, N.S., Pitkin, K., Coates, W.C. et al. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *The Journal of the American Medical Association*, 274(21), 1677-1682.
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.
- Wright, E.B., Holcombe, C. & Salmon, P. (2004). Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ*, 328(7444), 864.
- Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B., Ehrnrooth, E., Rossen, P.B. & Maase von der, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer* 88(5), 658–665.

Vedlegg 1

Intervjuguiden hovedspørsmål

Spørsmål 1:

Hva mener du er god kommunikasjonen med pasienten?

Spørsmål 2:

Hvordan oppfatter du health literacy begrepet og mestringsforventningsbegrepet?

Spørsmål 3:

Hva gjør du for at pasientene skal forstå budskapet ditt?

Spørsmål 4:

Hva vektlegger du i kommunikasjonene med pasienten for å styrke pasientens tro på egne muligheter for mestring / atferdsendring?

Alder:-----

Ansiennitet:-----

Avdeling:-----

Vedlegg 2

Høgskolen i Akershus
Avd. for Helse, Ernæring og Ledelse (HEL)
2001 Lillestrøm

HEL, 20/4-09

Informasjonsskriv til leger om frivillig deltakelse i forskningsprosjekt

Som medarbeider og masterstudent i forskningsfeltet *Helsekommunikasjon* ved Høgskolen i Akershus (HiAk), ledet av førsteamanuensis dr.scient. Sverre Pettersen, ønsker jeg å foreta intervjuer med leger ansatt på sykehus i Hordaland og Rogaland om deres erfaringer med pasientkommunikasjon - helsekommunikasjon. Jeg tar særlig sikte på å få samlet informasjon om hvilke forhold ved pasienten som sykehusleger eventuelt tar spesielle hensyn til under helsesamtalene.

Forskningsmiljøet ved HiAk har nylig gjennomført to større kartleggingsstudier av helsekommunikasjon ved hjelp av spørreskjemaer gitt til nasjonale utvalg av henholdsvis fastleger, helsesøstre og diabetessykepleiere. Resultater av disse foreløpig upubliserte studiene, viste at enkelte forhold og funn burde vært utdypet nærmere, helst i form av kvalitative intervjuer av leger. Jeg vil derfor på denne måten invitere deg som deltaker til et slikt forskningsintervju. Det totale antallet frivillige intervjuobjekter ønsker jeg skal bli mellom 8 – 12 personer.

Din deltakelse innebærer at du sier ”ja” til å bli intervjuet av meg. Tidspunktet for intervjuet bestemmer du selv – jeg er meget fleksibel i så måte. Du vil motta faste spørsmål hentet fra en på forhånd utviklet intervjuguide. Spørsmålene dreier i hovedsakelig seg om hvilke erfaringer du har med lege-pasientkommunikasjonen, og hvordan du som lege legger til rette for at den enkelte pasient best mulig skal forstå og anvende helsebudskapet fra deg på en adekvat og helsefremmende måte.

Intervjuet med deg vil vare maksimum 30 minutter, og vil bli tatt opp på lydbånd, slik som er vanlig prosedyre for forskningsintervju. Intervjuopptakene vil videre bli oppbevart på et *absolutt sikkert og utilgjengelig sted* for andre enn meg (safe). Hvis ønskelig, kan informantene få gjennomlese og godkjenne/ikke-godkjenne det transkriberte intervjuet. I det hele tatt, kan jeg på vegne av forskningsmiljøet ved HiAk garantere at *alle etiske sider* vedrørende trinnene i en

slik intervju- og publikasjonsprosess vil bli ivaretatt på en profesjonell måte etter gjeldende standarder for forskning. Alle oppbevarte data fra studien vil bli forsvarlig oppbevart og makulert etter endt prosjekt, og senest april 2010.

Min studie vil i første omgang bli publisert internt ved HiAk som en masteroppgave innen masterstudiet i Ernæring, helse- og miljøfag. Men det er også ønskelig å formidle mine funn i en vitenskapelig artikkel.

Selv om jeg sterkt håper at du har lyst til å delta i undersøkelsen min, må det poengteres at du på hvilket som helst tidspunkt kan trekke deg fra studien, uten å måtte begrunne dette nærmere.

Prosjektet mitt er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Hvis du ønsker å delta som informant, ta kontakt med undertegnede på min mobiltelefon (sendt gjerne sms) eller pr. e-post eller post. Legg igjen en kontaktadresse (telefonnummer, e-post) som jeg kan nå deg på for å avtale intervjutidspunkt.

Eventuelle spørsmål vedrørende prosjektet kan stilles til min veileder, Adam Vogt, eller meg.

Cand. Paed. Adam Vogt

Pb. 423

2001 LILLESTRØM

Tlf: 64 84 91 30

Vennlig hilsen, og med håp om positiv tilbakemelding:

Astrid Fjell

Sykepleier/masterstudent

Rindane 74

5563 FØRRESFJORDEN

Mobil: 91 15 39 47

E-post: astrid.fjell@haugnett.no

Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Høifagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Adam Vogt
Avdeling for yrkesfaglærerutdanning
Høgskolen i Akershus
Postboks 423 Kjeller
2001 LILLESTRØM

Vår dato: 17.04.2009

Vår ref.: 21620 / 2 / SOI Deres dato:

Deres ref.:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.03.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 16.04.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21620	<i>Hvordan tar leger på sykehus hensyn til pasienters health literacy og mestring/forsøring i sin helsekommunikasjon med pasienten?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Adam Vogt</i>
Student	<i>Astrid Fjell</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

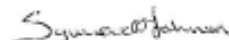
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.04.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Hentrichsen


Synnøve Økland Jahnsen

Kontaktperson: Synnøve Økland Jahnsen tlf: 55 58 83 34
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Astrid Fjell, Rindane 74, 5563 FØRRESFJORDEN

Andelingskontoret / District Office

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uis.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 15 67. nsd@ntnu.no
TRONDHØI: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@svf.uib.no



Personvernombudet legger til grunn at datamaterialet innhentes og oppbevares i tråd med personopplysningsloven og de opplysningene som gis deltagerne, om alle sider ved registrering, lagring og behandling av personopplysninger. Informasjonskrivet mottatt 16.04.2009 er tilfredsstillende. Følgelig kan behandling av personopplysninger i forbindelse med prosjektet hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Senest ved prosjektslutt 30.04.2010 anonymiseres data og lydopptak slettes. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom koblingsnøkkel eller krypteringsformel.