

INNLEVERING AV FORDYPNINGSOPPGAVE

OsloMet – storbyuniversitetet

STUDIEPROGRAM	Videreutdanning i seksuell helse og seksualundervisning
EMNEKODE/EMNENAVN	VUNDS6100 / Seksuell helse og seksualundervisning
KULL	Vår 2018
INNLEVERINGSDATO	08. juni 2018
KANDIDATNUMMER	610011
ANTALL SIDER	22 sider
ANTALL ORD I TEKSTEN	3274 ord

Tilrettelagt informasjon om seksuell og reproduktiv helse i et flerkulturelt perspektiv

Sammendrag

Seksuell og reproduktiv helse (SRH) har alltid vært dagsaktuell enten som tabu eller åpent tema. I Norge settes fokuset på tilrettelagt informasjon og forebygging blant migranter gjennom både strategier og tilskuddsordninger. Spørsmålet jeg som jobber med forebygging av nysmitte blant migranter med sårbarhet for hiv og soi stiller meg, er om det er grunnlag for tilrettelagt tilnærming og om dette bidrar til økt helsefremmende allmenndannelse. Gjennom essayet ser jeg nærmere på barrierer som kan bidra til at ikke-vestlige migranter kan være mindre mottagelig for SRH informasjon og derfor har behov til tilrettelegging. Videre hvilke utfordringer helsepersonell opplever knyttet til SRH informasjon når migranter mangler et referansepunkt til vestlig helsevesen, og hvordan dette utfordrer normsettene til begge parter. Med utgangspunkt i Hofstede-modellen ser jeg på et fiktivt undervisningsoppdrag for å belyse hvordan enkle tilpasninger kan øke muligheten for helsefremmende allmenndannelse i møtet med ikke-vestlige migranter.

Nøkkelord: Seksuell og reproduktiv helse, ikke-vestlige migranter, tilrettelagt informasjon, kultursensitiv kommunikasjon, helsefremmende allmenndannelse

User-adapted information about sexual and reproductive health in a multicultural perspective

Abstract

Sexual and Reproductive Health (SRH) has always been on the agenda, either as taboo or an open topic. In Norway, the focus is on information that is adapted to suit the recipient's needs and prevention among migrants through both strategies and subsidized schemes. The question that poses for me as someone working on preventing new infections among migrants with vulnerability to HIV and STI, is whether there is a basis for an adapted approach and if this contributes to increased health literacy. Throughout the essay I will examine barriers that may contribute to making non-Western migrants less susceptible to SRH information and therefore need customized or tailor-made approaches. Furthermore, the challenges health professionals face with regards to SRH information in situations where migrants lack a reference point for western healthcare and how this challenges the norms for both parties will also be discussed. Based on the Hofstede-model, I will look at a hypothetical educational setting to illustrate how simple adaptations can increase the possibility of health literacy among non-Western migrants.

Keywords: Sexual and reproductive health, non-western immigrants, user-adapted information, culturally sensitive communication, health literacy

Tilrettelagt informasjon om seksuell og reproduktiv helse i et flerkulturelt perspektiv

Tilrettelagt informasjon om seksuell og reproduktiv helse?

Seksuell og reproduktiv helse (SRH) har alltid vært dagsaktuell enten det er i form av å være tabu, noe det snakkes åpent om, eller snakkes om i noen kontekster som for eksempel innenfor ekteskapets rammer. Seksuell helse defineres som «fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet, som fremmer livskvalitet og er fri fra tvang, diskriminering og vold. Det er mer enn bare fravær av sykdom og forutsetter at ens seksuelle rettigheter er ivaretatt.» (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2016, s.7; World Health Organization [WHO], 2006, s. 4) Globalt sett er det allikevel store forskjeller fra for eksempel Iran som har dødsstraff for homofili (Carroll & Mendos, 2017, s. 40), til Norge som setter SRH på dagsordenen gjennom en egen strategi for seksuell helse . Denne strategien beskriver spesifikt et fokus på «å styrke kunnskap, og sikre tilrettelagt informasjon om SRH, herunder prevensjon, hiv og andre seksuelt overførbare infeksjoner blant innvandrere og asylsøkere» (HOD, 2016, s.21). Det nevnes at kvinner med innvandrerbakgrunn har lavest oppslutning til celleprøven for å avdekke livmorhalskreft som følge av HPV-infeksjon, at abortraten er høyere blant flyktninger, og at halvparten av det totale smitteantallet for hiv var innvandrere som var smittet før ankomst (HOD, 2016, s. 12-37). Migranter fra Afrika sør for Sahara har en disproporsjonal og økende andel av hiv i Vest-Europa og står for en stor andel av den heteroseksuelle smitten i mange land (Hamers & Downs, 2004, s. 83), noe vi også ser i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018, s. 4) og det snakkes om at:

Kulturelle fordommer, religiøse påbud, diskriminering og stigma særlig knyttet til hivdiagnosen kan være særlig begrensende. God og tilrettelagt informasjon om smitteveier og smitteforebygging og om muligheten for god

medisinsk behandling og god livskvalitet til tross for påvist smitte vil være særlig viktig for å nå denne gruppen. (HOD, 2016, s. 40)

Dette gjenspeiles også gjennom Helsedirektoratets tilskuddsordning på feltet hvor man har følgende to tilskuddsordninger: **1)**Seksuell helse, hvor en prioritert målgruppe er etniske- og seksuelle minoritetsgrupper, (Helsedirektoratet, 2018a) og **2)**Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner, som har migranter med sårbarhet for hiv og seksuelt overførbare infeksjoner som en av 3 hovedmålgrupper. (Helsedirektoratet, 2018b)

Med alt dette som bakgrunn og sett i lys av at jeg jobber som prosjektleder ved Kirkens Bymisjon Aksept med tilskudd fra sistnevnte ordning med fokus på forebygging blant migranter må jeg jo spørre meg selv; er det virkelig grunnlag for spesielt fokus og tilrettelegging for migranter, og i så fall vil en tilrettelagt tilnærming bidra til økning av migranters helsefremmende allmenndannelse, altså «health literacy»? (Språkrådet, Udatert)

Dette er særlig interessant for meg da jeg også gjennom min forrige arbeidsplass, Kirkens Bymisjon - Primærmedisinsk Verksted – flerkulturelt ressurscenter (PMV), jobbet mye med migranter i forhold til både hiv, men også andre helserelaterte temaer som for eksempel kosthold og trening, kulturelle forskjeller, ekstrem (negativ) sosial kontroll og møte med det norske helsevesenet. Dette gjør at jeg har sett utfordringer og tilnærningsmåter som ikke er temaspesifikke, men som gjelder SRH generelt.

Dette essayet tar for seg tre artikler med følgende ulike perspektiver; utfordringer tilknyttet SRH informasjon (Fakoya, Reynolds, Caswell & Shiripinda, 2008), helsepersonells perspektiv (Mengesha, Perz, Dune & Ussher, 2017) og tilrettelagt informasjons innvirkning på den helsefremmende allmenndannelsen (Svensson, Carlzén & Agardh, 2017). Målet med essayet er å få et innblikk i hvilke utfordringer som drøftes og hvilke tiltak som har fungert ut

ifra både litterære verk, norske fagfolk innenfor feltet, og ressurspersoner ifra migrantmiljøene.

Barrierer

Både internasjonale undersøkelser og nasjonale erfaringer i fra feltet viser at det blant ikke-vestlige migranter er lite eller ingen kunnskap om SRH. Det kan være alt fra irakiske ungdom som ikke vet at man må ha sex for å bli gravid (Flodström, 2012, s. 144), til kvinner over 50 med migrasjonsbakgrunn som aldri har sett et kondom før. Det som er gjennomgående i tilbakemeldingen fra informanter fra migrantmiljøene er at det er knyttet kulturelle restriksjoner på hvor lett tilgjengelig SRH tjenester og informasjon er i opprinnelseslandet, at det er sterk hemmeligholdelse og tabu knyttet til bruk av SRH tjenester, (Informant-FSM, 2018) og at migrasjon kan skape kunnskapshull rundt SRH (Flodström, 2012, s. 146).

I [opprinnelseslandet] snakker man ikke om seksualitet, annet enn når man gifter seg. Da får man informasjon fra andre gifte kvinner. Det er tabu og skam å bruke SRH tjenester som ugift og man er redd for at andre skal finne ut at man er seksuelt aktiv. Kvinner vet kanskje mer enn menn fordi de lærer under svangerskapsoppfølgingen, mens ungdommer trenger ikke informasjon fordi de skal ikke ha sex. Her [i Norge] snakker man åpent om alt. Både kondom og prevensjon og analsex og homofili og alt er normalt og akseptert. (Informant-FSM, 2018)

Informantens beretning bekreftes også gjennom Fakoya, et. al (2008, s. 23) hvor det trekkes frem at folk er redde for å bli oppdaget som for eksempel hiv-positiv, enten ved å bli sett i nærheten av klinikken eller ved å eksponeres gjennom klinikkens resepsjonist. Mange forbinder for eksempel en hiv-smitte med promiskuøs og upassende oppførsel (les: ikke sex før ekteskapet) og dermed også skam og risiko for å miste ansikt blant sitt miljø (Fakoya et. al, 2008, s. 24).

Noen migranter kommer fra land hvor kvinners (førekteskapelig) seksualitet reguleres (Hawkey, Ussher & Perz, 2017), og hvor vold mot kvinner er et utbredt problem (Bryskog, Olsson, Essen & Allvin, 2014). Andre kommer fra land i krig og ustabilitet, noe som har ringvirkninger på blant annet kunnskap om, og tilgang til, SRH tjenester, og hvilke behov man har (Masterson, Usta, Gupta & Ettinger, 2014). Når over 17.000 kvinner innvandret til Norge kan ha vært utsatt for kjønnslemlestelse før migrasjon er det kanskje ikke lovforbud som bør være først på dagsordenen, men heller seksuell funksjon etter kjønnslemlestelsen, og hvorfor tradisjonen ikke bør videreføres til neste generasjon sett fra et kultur-religiøst SRH perspektiv.

Resultater fra en Fafo-undersøkelse fra Sør-Afrika viser at «konstruksjoner av maskulinitet motvirker menn fra å anerkjenne sårbarhet, inkludert mottakelighet for sykdom, og behov for medisiner. I tillegg til dette tyr de ofte til proxy-testing, dvs anta at partnerens negative test betyr at også hans status er negativ» (de Paoli, Grønningsæter & Mills, 2010). Selve frykten for sykdom og død kan også overskygge fordelene av testing (Fakoya et. al, 2008, s 23). Denne holdningen til uovervinnelighet, frykten for å ta en test, og ubalansen mellom kjønnene følger migrantene til det nye landet, noe som igjen gjør at en del kan være mindre mottakelige for SRH informasjon. Dette kan kanskje oppsummeres som at «det man ikke vet har man ikke vondt av».

Helsepersonell

Det er dessverre slik at mange helsepersonell synes det er vanskelig å snakke om seksuell helse, noe som gjør at de ikke kan tilby passende helsetjenester ved behov (Mengesha, Perz, Dune & Ussher, 2018, s. 179-180). Jeg vet av egen erfaring, som også bekreftes av Almås & Johannessen (2017), at mange føler seg ukomfortable og kvier seg for samtaler rundt temaet, eller regner med at pasienten tar det opp selv ved behov. I en undersøkelse fra Australia peker helsepersonell på egne utfordringer i møtet med migrantkvinner som kommer fra et sted uten et referansepunkt til vestlig helsevesen. De har kanskje aldri vært hos fastlegen og drar bare når de først blir syke, noe som er et stykke bort i fra det forebyggende arbeidet som for eksempel gratis screening av bryst- eller livmorhalskreft som utføres i en del vestlige land (Mengesha et. al, 2017, s. 6-7). Dette igjen gjør at migranter ikke benytter seg av det fulle tilbudet de har til rådighet da de ikke ser poenget med det når hverken deres mødre eller bestemødre har benyttet seg av lignende screeninger eller tilbud før. Det som fremheves av Mengesha et. al (2017, s 8-10) er at kvinners SRH kunnskapsnivå er meget begrenset, men kan også variere drastisk mellom ulike nasjonaliteter. Dette gjør det utfordrende for helsepersonell å vurdere hvilket nivå de skal legge seg på slik at de ikke fremstår som nedlatende, og at det ikke blir kjedelig for de som kan litt.

PMV møter mange migranter med både gode og dårlige opplevelser i møtet med helsepersonell. Ruth Paintsil, fagkoordinator ved PMV, kan fortelle om brukere som er frustrert over mangelen på kulturell kompetanse blant helsepersonell. Mange helsepersonell forstår ikke hvordan eller hva de skal ta opp av SRH med migranter. Hvordan snakker man om SRH beslutninger med en migrantkvinne som kommer fra en kultur med kjønnsroller som definerer disse beslutningene som mannens valg? Kvinner som ikke kan ta valg rundt prevensjon og kommer til timen med sine ektefeller som filtrerer samtalen gjør det vanskelig for helsepersonell å vurdere hva slags behov kvinnen har (Mengesha et. al, 2017, s. 11). Det

snakkes også i en del kulturer om at mannen har rett på sex når man er gift, noe som kanskje kan virke rart for helsepersonell å forholde seg til, men hvis vi ser historisk på det så var det ikke før i 1974 at Norge hadde den første dommen om voldtekt i ekteskapet så dette er faktisk et relativt nytt begrep selv i norsk kontekst. I bunn og grunn kan man vel si at utfordringen ligger i at normsettene utfordres både hos helsepersonell og migrantene (OsloMet - Storbyuniversitet, 2018a).

Kultursensitivitet

HOD (2016, s 21) sin strategi om seksuell helse snakker om å «Sikre tilrettelagt informasjon om seksuell helse, herunder prevensjon, hiv og andre seksuelle overførbare sykdommer til asylsøkere og nyankomne innvandrere», og vi har sett at Svensson et. al (2017, s. 752) snakker om kultursensitiv seksualundervisning. Kan det tenkes seg at dette går for det samme? Kultur er et kompleks begrep som omfatter holdninger, normer og verdier i en gruppe som gjør at man kan skille dem fra andre grupper. (Bokmålsordboka, Udatert). På en måte kan man si at kultur er måten man blir oppdratt på og som spesifiserer grunnleggende strukturer av det sosiale landskapet uten å spesifisere detaljer. Et godt bilde på kompleksiteten rundt en kultur kan man se gjennom Hofstede-modellen som benytter seg av følgende 6 dimensjoner for nasjonal kultur (Hofstede & Hofstede, Udatert):

- 1) **Individualisme og kollektivism** som handler om hvorvidt man føler seg selvstendig i motsetning til å «kjenne sin plass» og være avhengig av en større helhet
- 2) **Kort og lang maktavstand** som handler om hvorvidt de med mindre makt aksepterer at maktrelasjoner er konsulerende og demokratiske (for eksempel Norge) eller autokratiske og deduktivt paternalistisk (for eksempel Kina)

- 3) **Maskulinitet** som handler om forventede emosjonelle kjønnsroller. For eksempel vil et maskulint samfunn være mer konkurransepreget, og menn skal være tøffe, mens feminine samfunn baserer seg mer på følelser, omsorg og livskvalitet.
- 4) **Unngåelse av usikkerhet** handler om et samfunns toleranse for usikkerhet og tvetydighet. Det handler om angst og mistillit til det ukjente og om et ønske om å ha faste ritualer og vite sannheten.
- 5) **Langsiktig orientering** som handler om endring. Langsiktig kan være å tenke på verden som noe i stadig endring som krever forberedelse, mens kortsiktig tankegang er å se på verden som statisk og bruke fortiden som et moralsk kompass.
- 6) **Overbærenhet** som handler om de gode tingene i livet. I en overbæren kultur er man fri og følger sine impulser, mens det motsatte er følelsen av et vanskelig liv hvor plikt og ikke lyst er den normale tilstanden å være i.

La oss sette denne modellen i et perspektiv fra et fiktivt undervisningsoppdrag i regi av Kirkens Bymisjon Aksept. Jeg skal holde undervisning om seksuell helse for en gruppe ikke-vestlige migranter med begrensede norskkunnskaper som har et annet syn på SRH enn det vi er vant med i Norge. Hva må jeg ta hensyn til og hvordan kan jeg gjøre opplevelsen mest mulig positiv for begge parter?

Jeg skal holde undervisning for folk med språklige utfordringer og ordner derfor tolker med kulturell kompetanse, eller flerkulturelle brobyggere som er personer som kan utvide forståelsen ved å bruke kontekstuell eller implisitt kulturkunnskap (Kirkens Bymisjon - Primærmedisinsk Verksted, Udatert). Disse brobyggere har ofte samme kulturelle bakgrunn som gruppen vi møter. Dette gjør at de kan bruke seg selv som eksempel eller bidra til å kontekstualisere undervisningen. Ofte kan etniske nordmenn forbindes med maktposisjoner som skal belære dem fremfor å ha en dialog. Da er det fint at brobyggerne med samme

kulturelle forståelse kan åpne opp for dialog fremfor en ovenfra-ned tilnærming til tema.

Dette forsterker ofte virkningen av den tilrettelagte informasjonen man går ut med.

Denne gruppen kommer fra et land hvor kollektivismen settes høyere enn individualisme. Dette betyr at jeg må forholde meg til hvordan jeg skal legge frem informasjonen til en forsamling, muligens over flere generasjoner, uten å støte noen kollektive prinsipper. Dermed vil jeg måtte forholde meg til om gruppen tilhører en maskulin eller feminin samfunnsstruktur. Dette kan bety at gruppen må deles etter kjønn for å i det hele tatt kunne ha en åpen dialog med deltagerne, og sikre en form for positivt utfall av helsefremmende allmenndannelse. I noen tilfeller må jeg også forholde meg til den langsiktige orienteringen, altså om gruppens kulturelle bakgrunn bruker fortiden som et kompass for nåtiden istedenfor at verden er i endring. Dette kan bety å svare på spørsmål som «hvis ingen har tatt en hivtest i min familie på flere generasjoner, hvorfor skal jeg?»

Det som ofte åpner et informasjonsmøte av denne karakteren er at jeg forteller at vi skal snakke om helse og ønsker innspill fra deltagerne om hva det innebærer for dem. Innspillene skrives på en tavle som vi bruker som utgangspunkt for diskusjonen videre. Dette gjør at deltagerne føler seg sett og hørt fordi vi bruker deres innspill videre i diskusjonen. For eksempel, hvis noen sier at de forbinder helse med sykdom, da kan man ha det som neste innspills punkt og snakke om ulike sykdommer. Videre kommer kanskje aids opp og da har man funnet inngangsporten til å snakke om det temaet. Dette er en lengre prosess hvor deltagerne aktivt bidrar til flyten på informasjonen. Dette gjør at jeg aldri vet hvor lenge ethvert «undervisningsopplegg», som i realiteten er en dialog med gruppen, ender. Denne dialogformen gjør også at man lettere får tilpasset informasjonen etter det nivået gruppen er på. Da kan de som vet mer bidra med sin kunnskap, mens de som ikke vet så mye kan stille spørsmål i en uformell kontekst. På denne måten får hele gruppen vært aktiv deltagende. Etter endt dialog, tilbys det ofte et samtale- og hurtigtesttilbud for hiv til de som ønsker det. Som

regel tester nesten alle seg etter et undervisningsopplegg. Det er interessant at så mange benytter seg av samtale- og testtilbudet fordi det viser den umiddelbare virkningen tilrettelagt informasjon kan ha. De fleste i denne gruppen har aldri, og ville mest sannsynligvis ikke oppsøke et slikt tilbud i fremtiden heller hvis de ikke hadde fått denne kultursensitive informasjonen. De som ikke tester seg den dagen, eller ønsker mer informasjon, henvises til vår nettside www.minuttest.no slik at de kan lære mer, og eventuelt komme tilbake for en test en annen gang.

Dette viser noe av det man er nødt til å tenke på når man skal gi SRH informasjon til migranter uten å stigmatisere dem. Kanskje snakker man om hiv og får spørsmål om hvorfor akkurat de får denne informasjonen? Da er det fint å kunne si at alle trenger forebygging, men noen trenger det mer enn andre.

Tiltak som gir helsefremmende allmenndannelse

Ordbruk og tilnærming har mye å si for partenes opplevelse og utfall av et tiltak eller tilbud. Kjønnsslemlestelse for eksempel kan oppfattes som et negativt ord som ikke tar høyde for meningen bak inngrepet slik det tradisjonelt oppleves i land hvor normen er at kvinner omskjæres. Et alternativ kan være å bruke begrepet kvinnelig omskjæring som handler om det samme, men viser at man har en kulturell kompetanse rundt problemstillingen. Når man snakker om hvorfor dette er ødeleggende istedenfor å bare si at det er forbudt i Norge vil man åpne opp for en utvikling av den helsefremmende allmenndannelsen, og på sikt redusere antall nye inngrep, noe som faktisk har skjedd i Norge, i følge PMV.

Tar man utgangspunkt i den sexologiske rådgivningsmodellen, bedre kjent som PLISSIT-modellen (OsloMet - Storbyuniversitet, 2018b), viser arbeidet på PMV og Aksept at man kan tilrettelegge for miljøer som gir tillatelse til å snakke om seksualitet i en uformell kontekst rundt et måltid eller gjennom en dialog. Erfaringer viser at fagpersoner som kan møte

spørsmål og problemstillinger på en åpen og fordomsfri måte (LI) under en uformell setting(P) er vel så viktige inngangsporter til at folk tar steget videre til SSIT-nivået som for eksempel en formell henvisning kan være. I likhet med Svensson et. al (2017, s 754) mener også ansatte ved PMV at man må erkjenne migrasjonsprosessens innvirkning, samt benytte seg av kulturell kompetanse som tar høyde for normer og verdier relatert til SRH hos migranter. For eksempel kan seksuell helse assosieres med tabu og skam, og sensitivt å snakke om, særlig i menns tilstedeværelse. Arbeidet ved både PMV og Aksept tyder på at kjønnsdelte grupper ofte gir rom for mer aktivitet blant deltagerne, resulterer i økning av informasjonsopptak og dermed også økning i den helsefremmende allmenndannelsen.

I tillegg til omstendinghetene rundt migrasjonsprosessen og utfordringene knyttet til å navigere i helsesektoren, er den største faktoren for helsefremmende allmenndannelse, språkkunnskaper. Eksempelvis er det mange som ikke vet at de har rett på tolk under konsultasjoner for å «sikre god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med begrensede norskkunnskaper» (Helsenorge, 2015). En del skriftlig materiell finnes på flere språk, men krever, i følge PMV, en muntlig gjennomgang med forklaring.

Folkehelseinstituttet har produsert videoer om blant annet hiv på flere ulike språk (Folkehelseinstituttet, 2015). Da jeg jobbet ved PMV ble det gjennomført en «kulturell screening» av videoene som viste at noen av oversettingene ikke hadde hatt en tilstrekkelig kulturell språkvask før lansering. Det var blant annet reaksjoner på ordvalgene. For eksempel hvis man skal fortelle om det mannlige kjønnsorganet på norsk kan man bruke ord som penis, men også pikk. Det har samme betydning, men det ene ordet egner seg bedre enn det andre i en offisiell kontekst. En annen ting som ble reagert på var bruken av eksplisitt visualisering. Kommer man fra en kultur hvor SRH «hemmeligholdes» for så å bli eksponert for en video med et kondom som får en «ereksjon» kan det rett og slett bli litt for mye.

Oppsummering

Innledningsvis stilte jeg spørsmål om det er grunnlag for tilrettelagt tilnærming og om dette bidrar til økt helsefremmende allmenndannelse. Gjennom essayet har vi sett at barrierer som regulering av seksualitet, stigma, lite og ikke lett tilgjengelig SRH informasjon og tilbud, samt ubalansen mellom kjønnene bidrar til at migranter kan være mindre mottagelig for SRH informasjon og derfor har behov til tilrettelegging. Informanter fra miljøet snakker blant annet om at ungdommer ikke trenger informasjon fordi de ikke skal ha sex før de gifter seg og da kan få informasjon fra andre, gifte familiemedlemmer, og at man ikke oppsøker SRH tjenester av frykt for å bli oppdaget. Helsepersonell på sin side fremhevet utfordringer knyttet til SRH informasjon når migranter mangler et referansepunkt til vestlig helsevesen i tillegg til at et slikt møte utfordret normsettene til begge parter. Det ble også fremhevet at migranter opplever frustrasjon i møte med helsepersonell uten kulturell kompetanse. Forslag til for eksempel ordvalg, kulturell kompetanse som tar høyde for normer og verdier relatert til SRH, og språktilpasning gjennom bruk av tolk, gjerne med utgangspunkt i PLISSIT-modellen, viser at selv små tilpasninger kan utgjøre en stor forskjell. Kulturelle barrierer kan hindre informasjonsopptak og bruk av SRH tjenester, men arbeid med tilrettelagt og kultursensitiv tilnærming viser at det er mulig å bidra til en positiv utvikling av migranternes helsefremmende allmenndannelse.

Søkeord

	SØKEORD 1	SØKEORD 2	SØKEORD 3	SØKEORD 4	SØKEORD 5
NORSK	Flyktning	Helse	SRH	Undervisning	Rådgivning
ENGELSK	Refugee	Health	SRH	Education	Counseling

Søkehistorikk

DATABASE	SveMed+
SØKEORD	refugee* AND health* AND (SRH* OR Education* OR counseling*) AND year:[2008 TO 2018]
ANTALL TREFF	8
KOMMENTAR	Benyttet 1 treff
AVGRENSNING	Nesten halvparten av de som migrerer til Norge er ikke-vestlige migranter og av disse kommer majoriteten fra Afrika (Somalia og Eritrea) og Asia (Syria og Irak). (Statistisk Sentralbyrå, 2018). Siden Norge ikke har publisert tilstrekkelig med fagfellevurderte artikler innenfor mine kriterier på temaet tar essayet utgangspunkt i 3 artikler fra Sverige, Vest-Europa og Australia med ulike vinklinger på samme problemstilling. Disse artiklene er hentet fra de siste 10 årene og brukes til å vurdere opp mot «hands on» erfaringer fra 2 virksomheter i Oslo som jobber målrettet mot målgruppen.

Litteraturliste

Almås, E. & Johannessen, M. (2017, 03. februar). *Ny nasjonal plan for seksuell helse – hva nå?* Hentet fra: <https://psykologisk.no/2017/01/ny-nasjonal-plan-for-seksuell-helse-hva-na/>

Bomålsordboka (Udatert). *Kultur*. Hentet fra:

https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=kultur&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=bokmaal

Bryskog, U., Olsson, P., Essen, B. & Allvin, M. (2014). Violence and reproductive health preceding flight from war: Accounts from Somali born women in Sweden. *BMC Public Health* 14(892), s. 892-903. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-892>.

Carroll, A. & Mendos, L. R. (2017). *State-Sponsored Homophobia - A world survey of sexual orientation laws: Criminalisation, protection and recognition (12th Edition)*. Hentet fra: https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf.

de Paoli, M. M., Grønningsæter, A. B. & Mills, E. (2010). *HIV&AIDS, the disability grant and ARV adherence (FAFO-rapport nr. 28/2010)*. Hentet fra: http://www.fafo.no/media/com_netsukii/20172.pdf.

Fakoya, I., Reynolds, R., Caswell, G. & Shiripinda, I. (2008). Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Medicine*(9), s. 23-25. doi: 10.1111/j.1468-1293.2008.00587.x.

Flodström, E. (2012). Unga irakiers syn på sexuell og reprodutiv hälsa og rettigheter.
Socialmedicinsk tidskrift (Vol 89, nr 2), s. 140-149.

Folkehelseinstituttet. (2015, November 16). *Informasjon om hiv og aids på ulike språk*.

Hentet fra: <https://fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/seksualitet-og-helse/div.-informasjonsmaterie ll/aktuell-informasjon-om-hiv-og-aids/>

Folkehelseinstituttet. (2018). *Hivsituasjonen i Norge per 31. desember 2017*. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/gonore-syfilis-hiv-klamidia/hiv-arsoppgjor-2017.pdf>

Hamers, F. F. & Downs, A. M. (2004). The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *The Lancet*, 364, s. 83-94. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16594-X.

Hawkey, A. J., Ussher, J. & Perz, J. (2017). Regulation and Resistance: Negotiation of premarital sexuality in the context of migrant and refugee women. *The journal of sex research*(00), s. 1-18. doi: 10.1080/00224499.2017.1336745.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsedirektoratet. (2018a). *Seksuell helse*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse>

- Helsedirektoratet. (2018b). *Tilskudd til arbeid innen feltet hiv og seksuelt overførbare infeksjoner*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/tilskudd-til-arbeid-innen-feltet-hiv-og-seksuelt-overforbare-infeksjoner>
- Helsenorge. (2015, September 29). *Tolk - en rettighet*. Hentet fra: <https://helsenorge.no/rettigheter/rett-til-tolk>
- Hofstede, G. & Hofstede, G. J. (Udatert). *Geert Hofstede and Gert Jan Hofstede on culture*. Hentet fra: <https://geerthofstede.com/>
- Kirkens Bymisjon - Primærmedisinsk Verksted. (Udatert). *PMV*. Hentet fra: Vi utdanner flerkulturelle brobyggere: <https://kirkensbymisjon.no/pmv-flerkulturelt-ressursenter-i-oslo/>
- Masterson, A. R., Usta, J., Gupta, J. & Ettinger, A. (2014). Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's health*, s. 14-25. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-25>.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T. & Ussher, J. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *PLoS One*, 12(7), s. e0181421. doi: [10.1371/journal.pone.0181421](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421).
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T. & Ussher, J. (2018, Januar 22). Preparedness of Health Care Professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: A mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*(15), s. 174-186. doi: [10.3390/ijerph15010174](https://doi.org/10.3390/ijerph15010174).

OsloMet - Storbyuniversitet. (2018a). *Seksuell helse og seksualundervisning*: Modul 2 - Holdninger og seksualsyn: Hentet fra: <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Seksuell-helse-og-seksualitetsundervisning>

OsloMet - Storbyuniversitet. (2018b). *Seksuell helse og seksualundervisning*: Modul 3 - Samarbeid - PLISSIT-modellen: Hentet fra: <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Evu/Seksuell-helse-og-seksualitetsundervisning>

Språkrådet. (Udatert). *Literacy*. Hentet fra: <http://www.sprakradet.no/svardatabase/sporsmal-og-svar/literacy/>

Statistisk Sentralbyrå. (2018, Mars 5). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/innvbef>

Svensson, P., Carlzén, K. & Agardh, A. (2017). Exposure to culturally sensitive sexual health information and impact on health literacy: a qualitative study among newly arrived refugee women in Sweden. *Culture, health & sexuality*, 19(7), s. 752-766.
doi: 10.1080/13691058.2016.1259503.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO.