

Prosjektplan for Effekt av tilpasset helseinformasjon og opplæring for pasienter med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn: en oversikt over systematiske oversikter

Prosjektkategori og oppdragsgiver

Produkt (programområde): Oversikt over systematiske oversikter

Oppdragsgiver/bestiller. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
(med navn på kontaktperson for eksterne prosjekter): (NAKMI) ved prosjektkoordinator Ragnhild Storstein Spilker

Prosjektledelse og medarbeidere

Prosjektleder: Astrid Austvoll-Dahlgren/Annhild Mosdøl

Prosjektansvarlig Gunn E. Vist
(gruppeleder):

Interne medarbeidere: Annhild Mosdøl/Astrid Austvoll-Dahlgren
Gunn E. Vist
Kristoffer Yunpeng Ding

Eksterne medarbeidere: -

Plan for erstatning ved Interne medarbeidere tar over etter avtale med
prosjektdeltakeres fravær: prosjektansvarlig

Plan utarbeidet 26.05.2017

Kort beskrivelse/sammendrag

Å tilegne seg helseinformasjon er avgjørende for å kunne fatte informerte helsebeslutninger og er blant annet avhengig av en persons helsekompetanse («health literacy»). Studier indikerer at pasientgrupper med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn ikke har lik tilgang til helsetjenester, selv når man justerer for sosiodemografiske forskjeller som utdanning og inntekt. Begrenset tilgang til tilpasset helseinformasjon og pasientopplæring er én mulig årsak. Formålet med denne rapporten er å lage en oversikt over systematiske oversikter som evaluerer effekt av tilpasset informasjon og opplæring for pasienter med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) vil bruke rapporten som et kunnskapsgrunnlag til en faglig veileder for helsepersonell.

English:

To acquire health information is essential to make informed health decisions and is among other factors dependent on a person's health literacy skills. Studies indicate that patient groups with immigrant or minority backgrounds do not have equal access to health care, even after

adjusting for sociodemographic differences such as education and income. Limited access to tailored information and patient education is one possible factor explaining this inequity. The aim of this report is to conduct a review of systematic reviews evaluating effects of tailored information and patient education for patients with immigrant or minority background. The Norwegian Centre for Migration and Minority Health (NAKMI) will use the report as evidence in a forthcoming guideline for health professionals.

Mandat

Denne prosjektplanen er utarbeidet etter et forslag fra Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI). Prosjektplanen bygger på et systematisk litteratursøk med påfølgende sortering av mulige relevante publikasjoner. Dette notatet (1), som ble publisert i april 2017, var utgangspunkt for videre prioritering og spissing av problemstillingen i samråd med NAKMI. Det systematiske litteratursøket viste at det er utført et stort antall relevante litteraturoversikter. Vi fant 96 publikasjoner, kategorisert i tre grupper (1);

- 18 på overordnede tema (spenner over flere diagnoser eller typer av tilpassede tiltak)
- 40 på forebyggende informasjon- og opplæringstiltak (primærforebygging)
- 38 på informasjon og opplæringstiltak for pasienter i behandling

Det ble derfor besluttet at fase to av prosjektet skulle bestå av en oversikt over systematiske oversikter av høy kvalitet som har evaluert effekt av tilpasset informasjon og opplæring av pasienter med innvandrere- eller minoritetsbakgrunn.

Mål

Formålet med denne rapporten er å gi en oversikt over systematiske oversikter som evaluerer effekt av tilpasset informasjon og opplæring av pasienter med innvandrere- eller minoritetsbakgrunn.

Bakgrunn

Den norske befolkningen har totalt sett god helse, men de fleste mål på helse og sykdom varierer med sosioøkonomiske faktorer slik som inntekt, utdanning og yrke (2). Forekomsten av helseproblemer hos voksne innvandrere er generelt noe høyere enn i befolkningen forøvrig (2-4), selv om dette kan variere betydelig mellom ulike grupper (3). En omfattende litteraturstudie fra USA belyser at pasienter med innvandrere- eller minoritetsbakgrunn ikke har lik tilgang til helsetjenester som den majoritetsbefolkningen har, selv når man justerer for sosiodemografiske forskjeller som utdanning og inntekt (5). Selv om tilgang til helsetjenester er annerledes i Norge enn i USA, peker også norsk statistikk på at enkelte innvandrergupper bruker helsetjenester i mindre grad eller på en annen måte enn resten av befolkning (6, 7).

Det er flere mulige forklaringer på disse funnene. Personer med innvandrerbakgrunn kan ha en annen forståelse av helse eller mangelfull kunnskap om rettigheter og plikter knyttet til bruk av helsetjenester. Tilgang til tilpasset informasjon og opplæring av pasientene er én mulig årsak

(8-11). Helse- og omsorgstjenestene har generelt liten kunnskap om hva ulike grupper i befolkningen vet og ikke vet om helse og sykdom, og hvordan de kan tilpasse og tilrettelegge helseinformasjon og pasientopplæring til innvandrergupper (12). Forskning har vist at helsepersonell kan føle seg rådvill og nølende i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn (5, 13, 14). Dette er forklart med at helsepersonell kan ha stereotypiske oppfatninger om pasienten, en generell usikkerhet, men også frykt for å opptre upassende.

Helse- og omsorgstjenestene har, som andre offentlige tjenester, gjennom sin aktivitetsplikt et ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon og riktig tilpasset informasjon. I pasientrettighetslovens § 3-5 heter det at "Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn" (15). Dette er en stor utfordring for helsetjenesten, særlig med tanke på at enkelte innvandrergupper kan ha særskilt behov for helsetjenester. For eksempel har Rådet for psykisk helse etterlyst et systematisk minoritetsperspektiv i alle ledd av tjenesteapparatet. Spesielt flyktninger har langt høyere sannsynlighet for psykiske lidelser som følge av traume og en sårbar livssituasjon (16, 17). Med tanke på den siste tids økning av flyktninger i Europa, har denne problemstillingen fornyet aktualitet (18, 19). Den potensielle nytten av å støtte helsetjenesten i utvikling av nye ressurser for å informere og gi opplæring til pasienter med innvandrers- eller minoritetsbakgrunn er derfor stor.

Betydningen av god helsekompetanse

Å tilegne seg helseinformasjon er avgjørende for å kunne fatte informerte helsebeslutninger. Slik evne er blant annet avhengig av en persons helsekompetanse («health literacy») (20, 21). Det finnes mange definisjoner på hva helsekompetanse innebærer. Utgangspunktet for de fleste av disse definisjonene er tilstrekkelige lese- og regneferdigheter, og i mange tilfeller også kjennskap til medisinsk terminologi og faguttrykk (22). Dette er ofte omtalt som funksjonell helsekompetanse («functional or fundamental health literacy») (20). Det er dessuten et mål i dagens helsetjeneste at pasienten skal involveres i beslutninger om egen helse (15). Dette forutsetter kjennskap til rettigheter og evne til deltakelse (18). Relevant helsekompetanse omfatter også kritisk tenkning og evne til gjøre vurderinger av ulike kilder til helseinformasjon som vi møter i hverdagen, slik som råd fra familie og venner, gjennom media eller fra helsetjenesten (23). Videre er kjennskap til hvordan helsetjenesten er organisert samt kunnskap om muligheter og plikter avgjørende for å dra nytte av tilgjengelige tilbud i helsetjenesten og for å yte god egenomsorg (18, 19). Utdanningsnivå er en av flere faktor som kan påvirke en persons helsekompetanse.

Slik det finnes mange definisjoner av og innhold i begrepet helsekompetanse, finnes det også flere forskjellige verktøy for å måle denne typen ferdigheter i befolkningen (22, 25). De fleste verktøyene er avgrenset til å måle funksjonell helsekompetanse, selv om noen også måler kritisk tenkning (for eksempel evne til å kritisk vurdere helseinformasjon) og evne til deltakelse (22, 25). Det finnes flere litteraturoversikter som har sett på sammenhengen mellom

helsekompetanse og relevante helseutfall. Disse viser gjennomgående en tendens der det å ha lavere helsekompetanse er forbundet med dårligere helse, lavere bruk av forebyggende helsetjenester (som vaksinasjon), feil legemiddelbruk, og uhensiktsmessig bruk av helsetjenester (24, 25).

Fra internasjonale studier som har benyttet objektive måleinstrument i hele befolkningen vet vi at lav helsekompetanse er relativt vanlig (23, 25). En europeisk studie har også målt egenopplevelse av (altså selvrapportert) helsekompetanse. Her skårer pasienter med innvandrerbakgrunn lavere enn den generelle befolkningen (26). Det er imidlertid viktig å anerkjenne at det er stor variasjon både innen og mellom ulike innvandrer- og minoritetsgrupper når det gjelder forekomst av lav helsekompetanse (27).

Tilpasset informasjon og opplæring

I denne rapporten vil vi oppsummere forskning om effekt av tilpasset informasjon og opplæring gitt som personlig oppfølging til pasienter i regi av helsetjenesten.

Med *informasjon* menes råd og veiledning som er formidlet av helsepersonell og andre fagpersoner for å fremme god helse, forebygge sykdom eller for å sikre riktig oppfølging av legemiddelbruk og egenomsorg. *Opplæring* forstås her som undervisning med intensjon om å framkalle læring hos en annen ved å fremme kunnskap, ferdigheter og holdninger. Slik informasjon og opplæring kan omfatte informasjon om egen helsetilstand, rett legemiddelbruk og egenomsorg eller for eksempel informasjon om bruk av helsetjenester.

For denne rapporten definerer vi at *personlig oppfølging* også kan inkludere informasjon eller opplæring gitt til en gruppe (f.eks. gjennom deltakelse i kvinnegrupper eller pasientopplæring i grupper med bestemte diagnoser). Folkehelseiltak slik som kampanjer eller systembaserte tiltak faller imidlertid utenfor denne definisjonen. Spørsmål om effekt av tilpassede kampanjer og systembaserte tiltak besvares i to andre systematiske oversikter fra Folkehelseinstituttet (28, 29).

Tilpasning av informasjon og opplæring kan ha mange former, og kan omfatte:

- Språk, slik at informasjonen møter målgruppen på rett funksjonelt nivå (eller bruker pasientens eget språk/morsmål)
- Format på informasjons- og opplæringsmaterialet (f.eks. farger, grafikk og form)
- Type formidling (f.eks. tekst, lyd og bilde)
- Mengde og intensitet (hvor ofte og hvor mye informasjon/ opplæring blir gitt)
- Kultursensitivitet
- Valg av didaktisk metode (f.eks. individuell eller gruppebasert undervisning eller ulik grad av medvirkning)

Definisjon av studiepopulasjonen

I Norge definerer Statistisk sentralbyrå innvandrere slik: «Personer født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre. Innvandrere har på et tidspunkt innvandret til Norge»(30). Denne definisjonen er bred og smal på samme tid. Den avgrenser ikke på nasjonalitet og omfatter personer som har oppholdt seg i landet kort og lang tid. Samtidig er den smal i den forstand at den ikke inkluderer barn av personer født i landet av to utenlandsfødte foreldre. I Norge er også urfolk og nasjonale minoriteter anerkjent som egne kulturelle grupper, men det føres ikke statistikk over hvem som har tilhørighet til disse.

Begrepene «innvandrer» og «minoritet» defineres forskjellig i ulike land og kontekster. Siden vi ønsker å inkludere all relevant forskning om tilpassede tiltak, både nasjonalt og internasjonalt, inkluderes ulike definisjoner av begrepene for ikke å avkorte antall studier unødige. Dette inkluderer også studier av tiltak tilpasset til minoritetsgrupper, siden dette kan være relevant informasjon om hvordan tilpassede tiltak virker. For formålet i denne rapporten vil vi derfor forstå begrepet *minoritet* slik: Grupper av mennesker med utenlandsk opprinnelse, nasjonale minoriteter eller urfolk, som i de identifiserte studiene kjennetegnes av å kunne ha utfordringer knyttet til språk, kjennskap til helsevesenet, samt rettigheter og plikter knyttet til tjenester og medvirkning i det landet de bor i. Denne definisjonen vil også inkludere barn av personer født i landet av to utenlandsfødte foreldre. Det er grunn til å tro at en viss andel i sistnevnte gruppe kan ha liknende utfordringer som sine foreldre.

Metoder og arbeidsform

Fremgangsmåten i denne rapporten vil være basert metodene for oversikter over systematiske oversikter som benyttes ved Område for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet(19). For at en litteraturoversikt skal kjennetegnes som *systematisk* må den ha vært utført av minst to forfattere og som har tatt i bruk «systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt ved innsamling og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten»(31).

Siden denne prosjektplanen er en videreføring av en bred kartlegging av feltet i form av et litteratursøk med sortering (1), bygger metodene på det arbeidet som allerede er gjennomført.

Søkestrategi

Litteratursøket til denne rapporten ble gjennomført februar 2017 (1). Søket ble utarbeidet av en bibliotekar (GSH) og en annen bibliotekar fagfellevurderte dette. Vi søkte etter systematiske oversikter i:

- Cochrane Library (CDSR, DARE, HTA)
- MEDLINE
- PsycINFO
- Embase

I tillegg søkte vi etter planlagte systematiske oversikter i PROSPERO.

Utvelgelse av studier, vurdering av risiko for systematiske feil

To personer (AA, GEV, KY) vurderte uavhengig av hverandre litteraturoversikter identifisert i søket for inklusjon etter kriterier gitt i tabellen nedenfor. Ved uenighet konfererte vi med en tredje person.

Inklusjonskriterier	
Populasjon	Personer med innvandrers- eller minoritetsbakgrunn i det landet de er bosatt i og som antas å ha lav helsekompetanse
Tiltak	Tilpasset helseinformasjon eller opplæring (eksempelvis språk, format, type formidling, mengde og intensitet, kultursensitivitet eller didaktisk metode).
Sammenlikning	Ikke tilpasset helseinformasjon eller opplæring
Utfall	Relevante utfall omfatter, men er ikke begrenset til: -Helse -Kunnskap og forståelse -Mestring (self-efficacy) -Etterlevelse av anbefalt behandling -Deltakelse i helsebeslutninger -Bruk av helsetjenester -Kostnader
Studiedesign	Systematiske oversikter publisert 2012 eller senere, og som blir vurdert til å ha høy kvalitet
Språk	Ingen begrensninger

Vi ekskluderte systematiske oversikter som kun omfatter:

- tiltak rettet mot helsepersonell (eksempelvis kun opplæring av helsepersonell)
- systembaserte tiltak (eksempelvis massemediakampanjer)
- organiseringstiltak (eksempelvis ulike sammensetninger av behandlingsteam)

I videreføringen av dette prosjektet tar vi utgangspunkt i litteraturlisten fra notatet som ble publisert i april 2017 (1). Prosjektet bearbeider videre de publikasjonene som er relevante for den utvalgte problemstillingen fra NAKMI.

Vi vil vurdere kvaliteten på relevante publikasjoner basert på en sjekkliste for systematiske oversikter (19). Basert på sjekklisten kan kvaliteten på de systematiske oversiktene klassifiseres som av lav, middels eller høy. Kun systematiske oversikter vurdert til å være av høy kvalitet vil bli inkludert i de videre analysene. Resultatene vil bli oppsummert etter type tiltak (type tilpasning). Hvis det er overlapp i problemstillingen mellom de inkluderte systematiske oversiktene vil vi ta utgangspunkt i oversikten med det nyeste litteratursøket.

Dataekstraksjon og analyse

AA/AM vil hente ut data fra inkluderte systematiske oversiktene og GEV eller KY vil kvalitetssikre disse. Ved uenighet vil vi konferere med en tredje person. Vi vil basere analysen på informasjonen beskrevet i de systematiske oversiktene og vil følgelig ikke hente inn primærstudier. Vi vil sortere og presentere funnene fra de systematiske oversiktene separat og etter populasjon/ tiltak evaluert.

Vi vil vurdere tilliten til dokumentasjonen av effekt or hvert av utfallsmålene i hver systematisk oversikt ved hjelp av GRADE (32). Vi beskriver tilliten til dokumentasjon av effekt som høy, middels, lav eller svært lav for hvert utfall. Dersom de systematiske oversiktene allerede har vurdert tilliten til dokumentasjonen med GRADE, vil vi gjøre en vurdering av denne og formidle vår samlede vurdering.

Aktiviteter, milepæler og tidsplan

Oppgave	Ansvarlig	Startdato	Sluttdato
Skrive prosjektplan	AA/AM	26/05/2017	26/05/2017
Fagfellevurdering prosjektplan	AA/AM	29/05/2017	31/06/2017
Godkjenning prosjektplan	Ledergruppen	22/08/2017	30/08/2017
Velge ut systematiske oversikter	AA, GEV	29/05/2017	23/06/2017
Kvalitetsvurdering av systematiske oversikter	AA, AM, GEV, KYD	29/05/2017	30/08/2017
Hente ut data, sammenstille og GRADE-vurdere dokumentasjonen	AA, AM, GEV, KYD	01/06/2017	15/10/2017
Skrive ferdig rapport	AM	01/09/2017	31/10/2017
Fagfellevurdering rapport	AM	01/11/2017	05/12/2017
Godkjenne og publisere	Ledergruppen	06/12/2017	22/12/2017

Sluttdato (dato for publisering): 22/12/2017

Publikasjon/formidling

Prosjektet skal resultere i en rapport som vil bli publisert på Folkehelseinstituttets nettsider. Målgruppen for rapporten er helsepersonell og andre i helsetjenesten som jobber med å støtte pasienter med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn i å ta informerte helsebeslutninger.

Risikoanalyse

Hvert elements risikofaktor er produktet av sannsynlighet og konsekvens. Vurderingen angis med graderingene liten, middels og stor.

RISIKOELEMENT	SANNSYNLIGHET	KONSEKVENNS	RISIKOFAKTOR
Omorganisering	Høy	Forlenger prosjektperioden	Middels
Ny prosjektleder fratrer stillingen	Lav	Annen forfatter tar over hovedansvaret	Lav
Andre prosjekter for prioritet først	Lav	Forlenger prosjektperioden	Lav

Tiltak for å begrense risikoelementenes sannsynlighet og konsekvens:

– Ingen kjente

Referanser

1. Austvoll-Dahlgren A, Forsetlund L, Vist GE, Ding Y, GH S. Tilpasset informasjon og opplæring for pasienter med innvandrere- eller minoritetsbakgrunn: et systematisk litteratursøk. [Tailored information and education for patients with immigrant or minority backgrounds: a systematic literature search]. Notat 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.
2. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge.; 2010.
3. Kumar BN. The Oslo Immigrant Health Profile. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008.
4. Blom S. Innvandrerens helse 2005/2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008.
5. Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care (with CD). Smedley BD SA, and , (Eds) NA, editors 2003.
6. Diaz E, Kumar BN. Differential utilization of primary health care services among older immigrants and Norwegians: a register-based comparative study in Norway. BMC Health Serv Res. 2014;14:623.
7. sentralbyrå S. Allmennlegetjenesten, 2015/2016. Available from: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj>.
8. Boughtwood D, Shanley C, Adams J, Santalucia Y, Kyriazopoulos H, Pond D, et al. Dementia information for culturally and linguistically diverse communities: sources, access and considerations for effective practice. Aust J Prim Health. 2012;18(3):190-6.
9. Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. Patient Educ Couns. 2006;61(2):173-90.
10. Horvat L, Horey D, Romios P, J. K-R. Cultural competence education for health professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 5. Art. No.: CD009405. DOI: 10.1002/14651858.CD009405.pub2.
11. Attridge M, Creamer J, Ramsden M, Cannings-John R, K. H. Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD006424. DOI: 10.1002/14651858.CD006424.pub3.
12. Jenum AK, KS P. Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? .Sykepleien Forskning 2014;9(3)272-80
13. Kai J, Beavan J, Faulk C. Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. Br J Cancer. 2011;105(7):918-24.
14. van Eeoud IJ, Grypdonck M, Beeckman D, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S. Oncology health workers' views and experiences on caring for ethnic minority patients: A mixed method systematic review. Int J Nurs Stud. 2016;53:379-98.

15. LOV-1999-07-02-63. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven), (1999).
16. Hauff E. Er norsk helsevesen preget av institusjonell rasisme? Innvandrere og psykiatriske tjenester. Tidsskriftet. 2008(2).
17. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA. 2005;294(5):602-12.
18. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public Health Literacy Defined. Am J Prev Med. 2009;36(5):446-51.
19. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D. Advancing health literacy: a framework for understanding and action. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2006. 368 p.
20. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine. 2008;67(12):2072-8.
21. The Lancet. Taking health literacy seriously. The Lancet. 2005;366(9480):95.
22. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
23. Austvoll-Dahlgren A. Improving health literacy: identifying barriers and facilitators to people's ability to obtain health information, and the development and evaluation of an intervention to improve health literacy. Oslo: Unipub; 2012. 1 b. (flere pag.) : ill. p.
24. D'Eath M, Barry MM, J. S. Rapid Evidence Review of Interventions for Improving Health Literacy. Stockholm: ECDC; 2012.
25. Berkman N, Sheridan S, Donahue K, Halpern D, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-U89.
26. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. The Solid Facts: Health Literacy Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
27. L Ø. Innvandrerne i det norske samfunnet. Statistisk sentralbyrå; 2006 10. oktober.
28. Mosdøl A, Lidal IB, Straumann GH, GE. V. Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD011683. DOI: 10.1002/14651858.CD011683.pub2.
29. Bidonde J., Munthe-Kaas H.M., Straumann G. System level healthcare interventions to achieve equitable health among immigrants: Project protocol. Published 27/09/2016. Available at: www.kunnskapssenteret.no/en/projects/system-level-healthcare-interventions-to-achieve-equitable-health-among-immigrants-project-protocol.
30. Statistisk sentralbyrå. Oversikt over personer med ulik grad av innvandringsbakgrunn2014. Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/oversikt-over-personer-med-ulik-grad-av-innvandringsbakgrunn>.
31. Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Ordliste2014.
32. GRADE working group. GRADE guidelines - best practices using the GRADE framework [Available from: http://www.gradeworkinggroup.org/publications/JCE_series.htm].

Indeksering for hjemmesiden

Health literacy, helsekompetanse, minoritetshelse, innvandrere, tilpasset, skreddersydd, helseinformasjon, pasientundervisning.

Relaterte prosjekter/publikasjoner

D'Eath M, Barry MM, Sixsmith J. Rapid Evidence Review of Interventions for Improving Health Literacy. Stockholm: ECDC; 2012

Mosdøl A, Lidal IB, Straumann GH, Vist GE. Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD011683. DOI: 10.1002/14651858.CD011683.pub2.

Bidonde, J. Munthe-Kaas, H.M., Straumann, GH. System level healthcare interventions to achieve equitable health among immigrants: Project protocol. Published 27/09/2016. Available at: www.kunnskapssenteret.no/en/projects/system-level-healthcare-interventions-to-achieve-equitable-health-among-immigrants-project-protocol.