

ELDRE MED MINORITETSBAKGRUNN OG DERES MØTE MED HELSE- OG OMSORGSTJENESTER



Kunnskapsoppsummering av forskning på oppdrag
fra Oslo kommune

ELDRE MED MINORITETSBAKGRUNN OG DERES MØTE MED HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Kunnskapsoppsummering av forskning på oppdrag fra Oslo kommune

Oppdragsgiver	Oslo kommune
Ansvarlig for oppdraget	Nasjonalt senter for aldring og helse
Prosjektansvarlig	Kari Midtbø Kristiansen, daglig leder
Prosjektleder	Anne Marie Mork Rokstad, professor og fagsjef kognisjon og demens
Prosjektgruppe	Øyvind Kirkevold, professor og assisterende forskningssjef Aud Johannessen, professor emerita, seniorforsker og psykiatrisk sykepleier Magnhild Nicolaisen, forsker og cand.polit. i sosiologi Elisabeth Wiken Telenius, forsker og fysioterapeut Rita Weum, fagkonsulent og ergoterapeut
Forfatter	Anne Marie Mork Rokstad
Bibliotekarere	Vigdis Knutsen, hovedbibliotekar Katarina Enne, spesialbibliotekar
Foto	Martin Lundsvoll

© Forlaget aldring og helse, 2025

ISBN: 978-82-8470-060-1 (trykt)

ISBN: 978-82-8470-059-5 (PDF)



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Innhold

INNLEDNING	5
Forståelsen av oppdragets art og formål	5
Begrepsavklaringer	5
Eldre med minoritetsbakgrunn	5
Kontekst	5
Forankring av innsatsen rettet mot eldre med minoritetsbakgrunn i Oslo kommune	6
BAKGRUNN	6
Demografi	6
Eldre innvandreres helse og bruk av helsetjenester	7
Målet med kunnskapsoppsummeringen	8
METODE	9
Kilder til kunnskap	9
Kunnskapsoppsummeringen er basert på følgende metodiske tilnærminger:	9
Prosess og søkestrategi	10
Dataanalyse	10
RESULTATER	13
Synet eldre med minoritetsbakgrunn har på egen helse og sykdom, og deres forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenestene	13
Syn på helse og sykdom	13
Holdning til å søke helsehjelp	14
Erfaringer i møte med helse og omsorgstjenester	16
Erfaringer med kulturtilpassede tilbud	17
Oppsummering av funn	18
Tabell 1. Studier som omhandler hvilket syn eldre med minoritetsbakgrunn har på helse og sykdom og deres forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenestene	19
Hvordan tjenestene skal møte eldre med minoritetsbakgrunn – konsekvenser for praksis	27
Behov for kompetanse	27
Tilgang til tjenester	28
Utvikling av tjenestene	28
Oppsummering av funn	29
Tabell 2. Masteroppgaver som omhandler hvordan tjenestene bør møte eldre med minoritetsbakgrunn	31
Tilrettelegging av informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen slik at man kan nå ut med den til eldre med minoritetsbakgrunn	35
Helsekompetanse	35
Helsefremmende program og aktiviteter	36
Kilder til informasjon og kunnskap	37
Erfaringer fra informasjonsarbeid under koronapandemien	37

Oppsummering av funn.....	38
Tabell 3. Hvordan man kan tilrettelegge og nå ut med informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen – inkluderte forskningsartikler	39
Digital kompetanse og tilgang til og bruk av digitale flater hos Idre med minoritetsbakgrunn	43
Digital kompetanse	43
Digital helsekompetanse	44
Oppsummering av funn.....	45
Tabell 4 Digital kompetanse og tilgang til og bruk av digitale flater	47
DISKUSJON	51
Diskusjon og oppsummering av funn.....	51
Metodediskusjon	52
REFERANSER	55
VEDLEGG	59
Vedlegg 1. Gjennomførte søk og treff i vitenskapelige databaser	59
Vedlegg 2. Søk i institusjonelle arkiv.....	61
Vedlegg 3. Flytdiagram over inkluderte forskningsstudier	62
Vedlegg 4 Liste over inkluderte rapporter og nettsider med lenker	63

INNLEDNING

Forståelsen av oppdragets art og formål

Oslo kommune ved Byrådsavdelingen for helse har bedt om en kunnskapsoppsummering av forskning på eldre med minoritetsbakgrunn og deres møte med helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for dette er at andelen eldre med minoritets- eller innvandrerbakgrunn vil øke i de kommende årene. Målsettingen om at eldre skal bo trygt hjemme, medfører behov for informasjon og råd knyttet til alderdom og hvordan enkeltindivider og samfunnet skal kunne tilrettelegge for at eldre skal kunne leve aktive og selvstendige liv. Denne målsettingen innebærer at det finnes et behov for å drive aktivt helsefremmende arbeid gjennom livsløpet for å forebygge sykdom og funksjonssvikt i alderdommen. I beskrivelsen av oppdraget vektlegges at det er en utfordring å komme i kontakt med eldre med minoritetsbakgrunn og nå ut med informasjon knyttet til folkehelse, forebyggende tilbud og lavterskeltilbud.

Videre beskrives behovet for å kjenne forventningene denne gruppa har til tjenestene. De kan ha ulike erfaringer med helsevesenet, og dette får betydning for kontakten med og bruken av ulike tjenester. Den økende bruken av digitale flater for kontakt innebærer behov for digital kompetanse hos brukere av tjenestene. Dette kan være en utfordring for eldre med minoritetsbakgrunn.

Oslo kommune har bedt om en leveranse av systematisk innhentede og oppsummerte resultater fra eksisterende studier som kan gi en helhetlig oversikt over nåværende kunnskap om hvordan tjenestene skal komme i kontakt med eldre med minoritetsbakgrunn og forstå deres utfordringer og forventninger i møte med helse- og omsorgstjenestene. Kunnskapsoppsummeringen gir en helhetlig oversikt over forskning på system- og individnivå og inkluderer en sammenfatning av hovedfunnene.

Begrepsavklaringer

Eldre med minoritetsbakgrunn.

Flere minoritetsgrupper med forskjellig bakgrunn, kultur og historie, for eksempel samer, kvener, romanifolk og tatere, har bodd i Norge fra langt tilbake i tid. Vi har forstått ordlyden i oppdraget fra Oslo kommune slik at det er ønskelig å sette søkelyset på mennesker med innvandrer- eller flyktningbakgrunn som bringer med seg sine egne kulturer, språk og tradisjoner. I Oslo er denne gruppa mangfoldig og inkluderer et betydelig antall fra Asia (særlig Pakistan, Irak og Syria), Afrika (særlig Somalia og Eritrea) og Øst-Europa (særlig Polen, Ukraina og Litauen) [1]. Vi velger å utelate innvandrerbefolkningen fra vesteuropeiske land samt Norden i denne kunnskapsoppsummeringen da de antas å komme fra en kulturbakgrunn som har større grad av likhet med den norske.

Med betegnelsen eldre innvandrere inkluderer vi personer over 60 år i tråd med rapporten *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* fra Statistisk sentralbyrå (2022) [1]. Innvandrere defineres som «personer som er bosatt i Norge, men som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og har fire utenlandsfødte besteforeldre» [1, s. 10].

Kontekst

Oslo kommune etterspør kunnskap om hvordan eldre med minoritetsbakgrunn møter helse- og omsorgstjenester som er relevante for tjenesteapparatet i de ulike bydelene i Oslo kommune. Vi har tolket oppdraget dithen at det etterspørres kunnskap som er relevant for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og at dette inkluderer folkehelseiltak, forebyggende tilbud og lavterskeltilbud samt

tjenester for hjemmeboende og innbyggere med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester i institusjon eller tilrettelagte boliger. Vi har ikke inkludert spesialisthelsetjenester.

Forankring av innsatsen rettet mot eldre med minoritetsbakgrunn i Oslo kommune

I utlysningen av oppdraget vises det til *Hammersborgerklæringen*, «*Forglem meg ei*», *Demensplanen for Oslo 2023–2027* og helse- og byrådssaken om Oslo som en aldersvennlig by. Ifølge *Hammersborgerklæringen* skal kommunen legge til rette for en trygg og verdig alderdom. Eldre skal oppleve at de møtes med respekt av kommunen, og at kommunen gir god omsorg og pleie tilpasset enkeltmennesket. Eldre som trenger hjelp, skal ha et godt og trygt tilbud, enten det er i eget hjem, på sykehjem eller helsehus (*Hammersborgerklæringen*).

Kommunens demensplan framhever at innvandrere og etniske minoriteter har behov for tilpasset informasjon, tilbud og tjenester, og at de kan ha behov for tolk. Videre beskrives det at kommunens etater og bydeler skal arbeide systematisk for å oppnå dialog med minoritetsbefolkningen for eksempel gjennom ressurspersoner som er kjent både med norsk kultur og aktuelle minoritetskulturer («*Forglem meg ei*» *Demensplan for Oslo 2023–2027*).

I handlingsplan for aldersvennlig by i Oslo oppgis det at rundt en tredjedel av Oslos befolkning har minoritetsbakgrunn, og at Oslo framover vil oppleve at det blir flere eldre med minoritetsbakgrunn. Både andelen minoriteter og sammensetningen av minoritetsgruppa varierer mye mellom bydelene. Eldre innbygges etnisitet og kulturbakgrunn påvirker i noen grad helseutfordringene, men dette er et område hvor det er behov for mer kunnskap. Videre er det behov for mer kunnskap om hva dette vil bety for utviklingen av tjenestene, særlig knyttet til kulturkompetanse (Handlingsplaner for Aldersvennlig by - Trygg og mangfoldig eldreomsorg, 2017).

BAKGRUNN

Demografi

Per 1.1.2024 bodde det 73 897 innvandrere over 65 år i Norge. Dette utgjorde 7 prosent av alle eldre over 65 år i Norge uavhengig av opphavsland [2, 3]. Den største gruppa av eldre innvandrere kommer fra Europa (61 prosent). I alt 35 prosent kommer fra Norden og Vest-Europa, mens Øst-Europa utgjør 26 prosent. Asia inkludert Tyrkia utgjør 26 prosent, Afrika 6 prosent og Nord-, Sør- og Mellom-Amerika og Oseania utgjør til sammen 7 prosent. [2, 3].

Utenom Norden og de vesteuropeiske landene kom de største gruppene eldre innvandrere i Norge per 2021 fra Polen, Pakistan, Bosnia-Hercegovina og Vietnam [1]. Russlands angrep på Ukraina i 2022 har ført til en stor økning av flyktninger fra Ukraina i Europa, og også i Norge. Per 1.1.2024 bodde 65 566 ukrainere i Norge, og omtrent 5 prosent av disse var over 67 år (3333 personer) [4]. Dette utgjør over 4 prosent av alle innvandrere i denne aldersgruppa. Flyktningstrømmen fra Ukraina har fortsatt i 2024, og ukrainere vil derfor snart utgjøre den største gruppa eldre innvandrere i Norge. Per 1.1.2024 bodde ca. 5000 av ukrainerne i Norge (7 prosent) i kommuner med såkalt sentralitet 1, det vil si de områdene av landet med høyest befolkningstetthet [5], og av disse var 1211 bosatt i Oslo [6]. Aldersspredning og kjønn på flyktninger fra Ukraina er illustrert i figur 1.

Hva er alderen på ukrainere i Norge?



Kilde: [Befolkning, Statistisk sentralbyrå](#)

De fleste eldre innvandrere har lang botid i Norge. Befolkningsveksten blant innvandrere i framtiden beregnes å skje i de eldre aldersgruppene med en økende andel fra 7 prosent av alle innvandrere over 60 år i 2021 til 24 prosent i 2060 [1]. Personer over 65 år med innvandrerbakgrunn bor langt oftere i flerfamiliehusholdninger enn den øvrige befolkningen over 65 år [7]. Av personer over 65 år med pakistansk bakgrunn bor 38 prosent i flerfamiliehusholdning. For personer fra Polen gjelder det 24 prosent, Bosnia-Hercegovina 14 prosent og Vietnam 22 prosent. Av befolkningen ellers bor 3 prosent av personene over 65 år i flerfamiliehusholdning [7]. Vi mangler data om dette for flyktninger fra Ukraina.

Oslo står i en særstilling blant norske kommuner når det gjelder andelen eldre innvandrere bosatt i kommunen. Av de 177 000 innvandrerne som var registrert bosatt i Oslo per 1.1.21, var 22 500 eldre. Over to tredjedeler av disse tilhører gruppa med bakgrunn fra Asia og Afrika. Dette innebærer at hver femte innbygger over 60 år i Oslo er innvandrер, men fordelingen på bydelene er ujevn med høyeste andel i bydelene Søndre Nordstrand, Gamle Oslo, Stovner og Alna [1]. Oslo har påtatt seg å bosette 1650 ukrainske flyktninger [6]. Hvis vi antar at aldersfordelingen i denne gruppa tilsvarer nåværende gruppe av flyktninger fra Ukraina, vil det utgjøre omtrent 90 personer over 67 år.

Eldre innvandreres helse og bruk av helsetjenester

Det er store forskjeller mellom personer med innvandrerbakgrunn i Norge når det gjelder helse og forekomst av sykdom. Noen kroniske sykdommer som muskel- og skjelettplager og type 2-diabetes synes å være vanligere i enkelte innvandrergrupper enn i den øvrige befolkningen. Det samme gjelder risikofaktorer som overvekt og fedme, røyking og vitamin D-mangel. Eldre innvandrere kan være spesielt utsatt for å utvikle dårlig helse. Videre bruker innvandrere helsetjenester i mindre grad enn den øvrige befolkningen [8]. Innvandreres helse er imidlertid også i stor grad relatert til hvilket land de opprinnelig kommer fra. Dette innebærer at helsefremmende tiltak som iverksettes for grupper av eldre med minoritetsbakgrunn, bør målrettes mot hver enkelts opprinnelige bakgrunn og mot grupper av innvandrere ut fra opphavsland heller enn mot innvandrerbefolkningen generelt [9]. Eldre innvandreres opplevelse av tilgang til helsetjenester blir påvirket av faktorer som helsekompetanse, forskjeller i oppfatning av helse og sykdomsårsaker og språkbarrierer [10]. Fra helsepersonellens

perspektiv påpekes utfordringer med å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn basert på kommunikasjonsproblemer, utilstrekkelig kulturell kompetanse og uklar eller manglende tilpasset informasjon [11]. Oppsummert kan disse faktorene bidra til lavere bruk av helsetjenester blant denne gruppa og dermed også medvirke til dårligere helse og funksjon. Det er derfor viktig å forstå de komplekse utfordringene og behovene eldre innvandrere har når det gjelder bruk av norske helsetjenester, samt behovet for å tilpasse helsetilbudene for å sikre lik tilgang til omsorg og behandling for alle. Det er et økende behov for å tilby kultursensitiv omsorg og helsetjenester som tar hensyn til de unike behovene til denne gruppa. Dette inkluderer opplæring av helsepersonell, tilrettelegging av språkstøtte og tilgang til tolketjenester.

I en systematisk oversikt fra Folkehelseinstitutter fra 2022 konkluderes det med at eksisterende forskning om kommunale helse- og omsorgstjenester for eldre innvandrere i hovedsak anvender kvalitativ design med beskrivelser av erfaringer med tjenester. De identifiserte ingen studier som har undersøkt effekten av tilpassede tiltak til eldre innvandrere eller erfaringer denne gruppa måtte ha med slike tiltak [12].

Målet med kunnskapsoppsummeringen

Målet med denne kunnskapsoppsummeringen er å besvare følgende spørsmål basert på tilgjengelig kvalitetssikret forskning:

- 1 Hvilke forventninger og erfaringer har eldre med minoritetsbakgrunn til helse- og omsorgstjenestene?
- 2 Hvordan kan man tilrettelegge og nå ut med informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen til eldre med minoritetsbakgrunn?
- 3 Hvordan kan utfordringer med språk, ulike oppfatninger av og syn på helse og sykdom og erfaringer med helsevesenet påvirke denne gruppas møte med helse- og omsorgstjenestene, og hvordan skal tjenestene møte disse utfordringene?
- 4 Hvordan er denne gruppas digitale kompetanse og tilgang til og bruk av digitale flater, og hvordan påvirker disse faktorene deres kontakt med helse- og omsorgstjenestene?

METODE

Kilder til kunnskap

Vi har gjort søk i forskningslitteratur publisert på norsk, svensk, dansk og engelsk for å identifisere fagfellevurderte vitenskapelige artikler med relevans for problemstillingen. Basert på en antakelse om at det finnes et begrenset omfang av norske publiserte forskningsstudier på feltet, gjorde vi i tillegg søk i såkalt grå litteratur i Norge og inkluderte forskningsrapporter samt tilgjengelige doktorgradsavhandlinger og masteroppgaver.

Kunnskapsoppsummeringen er basert på følgende metodiske tilnærminger:

- 1 Systematisk litteraturgjennomgang av tilgjengelig nasjonal og internasjonal forskning der vi har identifisert, valgt ut, analysert og syntetisert eksisterende forskningslitteratur og oppsummert funnene i rapportform. Kunnskapsoppsummeringen er deskriptiv og inkluderer både kvantitative og kvalitative studier.

Søketmetoder: Vi har gjennomført systematiske søk i databasene PubMed, Ovid Medline, Cinahl, PsycInfo, AgeLine og Idunn.

Tidsspenn: forskning publisert fra 2000 til i dag

Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk

Inklusjon av forskningsstudier og systematiske litteraturstudier: publikasjoner med tilgjengelige abstrakter, fagfellevurderte og publisert i fagfellevurderte tidsskrifter

Protokollartikler som beskriver modeller eller metoder for implementeringsstudier, er vurdert.

Eksklusjon: Letter to editor, kommentarer og oppsummering av teori som ikke er gjennomført med forskningsbaserte metoder, er ekskludert.

Kvalitetsvurdering: Artiklene er blitt kvalitetsvurdert i forbindelse med utvelgelsen av artikler som skal inkluderes. I kvalitetsvurderingen inngår en vurdering av om det foreligger et tydelig mål og/eller forskningsspørsmål for studiet, og om dataene som er samlet inn, holder en slik kvalitet at de er egnet til å belyse og/eller besvare studiets mål og/eller forskningsspørsmål.

Dataekstraksjon: Relevant informasjon fra funn, resultater og konklusjoner er blitt organisert etter undertema og oppsummert i avsnitt eller seksjoner som dekker de viktigste temaene eller aspektene som etterspørres i oppdraget.

- 2 Systematisk gjennomgang av såkalt grå litteratur som beskriver tematikken i en norsk kontekst. Denne litteraturen inkluderer rapporter, nettsider, doktorgradsavhandlinger og masteroppgaver.

Søketmetoder: Vi har gjennomført manuelle søk i institusjonelle arkiver over studentoppgaver ved norske universiteter og høyskoler som har relevante master- og ph.d.-programmer, ved bruk av MUNIN og DUO. Det er foretatt søk i arkivene til relevante fakulteter for helse- og sosialfagene ved Universitetet i Oslo, Universitetet i Bergen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), UiT Norges arktiske universitet, Universitetet i Agder, Universitetet i Stavanger, Universitetet i Sørøst-Norge, OsloMet, Nord universitet, Høgskulen på Vestlandet, Høgskolen i Molde, Høgskulen i Volda, Lovisenberg diakonale høyskole, Høgskolen i Innlandet, Høgskolen i Østfold, Høgskolen Kristiania og VID vitenskapelige høyskole.

Det er også gjennomført søk på hjemmesidene til Senter for omsorgsforskning, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og andre relevante institusjoner samt søk i Google for å identifisere aktuelle rapporter og nettsider med relevant innhold.

Tidsspenn: publisert fra 2000 til i dag

Språk: norsk og engelsk

Inklusjon: prosjektrapporter med systematiske og etisk anerkjente metoder for datasamling, doktorgradsavhandlinger og masteroppgaver med karakter A eller B og tilgjengelige på utdanningsinstitusjonens nettside

Kvalitetsvurdering: Kildene er blitt kritisk vurdert.

Dataekstraksjon: Relevant informasjon fra funn, resultater og konklusjoner er organisert etter undertema og oppsummert i avsnitt eller seksjoner som dekker de viktigste temaene eller aspektene som etterspørres i oppdraget.

Prosess og søkestrategi

Litteratursøkene er gjennomført i samarbeid med bibliotekarer ved Aldring og helses bibliotek. Vi gjorde første søk i PubMed for å komme fram til hensiktsmessige søkeord. Bibliotekarene gjennomførte videre søk i de andre oppgitte databasene ut fra de valgte søkeordene og avgrensningene. Oversikt over gjennomførte søk i internasjonale databaser er vist i vedlegg1.

I tillegg brukte vi snøballmetoden, der gjennomgang av referanselister, personlig kontakt og uformelle nettverk er benyttet for å få en så bred oversikt over aktuell nasjonal og skandinavisk litteratur som mulig.

Fra søk i internasjonale databaser ble 801 titler gjennomgått etter at duplikater var fjernet. Av disse ble 698 ekskludert basert på tittel, og 103 abstrakter ble gjennomgått for videre utvelgelse. Av disse ble 51 ekskludert etter gjennomlesing av abstraktene. Vi satt da igjen med 52 artikler som ble lest i full tekst. Etter denne gjennomgangen ble 17 artikler som ikke fylte inklusjonskriteriene, ekskludert. De resterende 35 studiene ble inkludert i den videre analysen sammen med 11 studier identifisert gjennom nytt søk på digital kompetanse og 1 studie fra manuelle søk. Flytskjema som viser treff i internasjonale databaser og utvelgelse av inkludert litteratur, er vist i vedlegg 3.

Det ble laget et bibliotek i EndNote for videre arbeid med gjennomgang av treff etter søkene. Screening av titler, lesing av abstrakter og fulltekster av forskningsartiklene ble gjennomført av fire forskere i prosjektgruppa.

Fra i alt 39 manuelle søk i institusjonelle arkiver ble 14 doktorgradsavhandlinger, 74 masteroppgaver og 3 forskningsrapporter identifisert. Gjennomføring av søk i institusjonelle arkiver er vist i vedlegg 2. Etter screening av titler ble 11 doktorgradsavhandlinger og 41 masteroppgaver ekskludert som ikke relevante. 3 doktorgradsavhandlinger og 19 masteroppgave ble lest i fulltekst, og av disse ble 12 masteroppgaver tatt inn i resultatpresentasjonen. Ingen av doktorgradsavhandlingene ble inkludert da innholdet ikke var relevant for å belyse de aktuelle temaene for denne kunnskapsoppsummeringen. Gjennomgang av identifiserte doktorgradsavhandlinger og masteroppgaver er gjort av 3 forskere i prosjektgruppa. I tillegg er 13 rapporter og nettsider inkludert. Liste over disse med lenke til nettsider er satt opp i vedlegg 4.

Dataanalyse

De inkluderte artiklene og masteroppgavene er gjennomlest, og målsetting, metode, utvalg og funn er oppsummert i tabellform samt i løpende tekst.

Fire hovedtemaer med undertemaer ble identifisert.

- 1 Synet eldre med minoritetsbakgrunn har på egen helse og sykdom, og deres forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenestene:
 - a) syn på helse og sykdom
 - b) holdning til å søke helsehjelp
 - c) erfaringer i møte med helse og omsorgstjenester
 - d) erfaringer med kulturtilpassede tilbud
- 2 Hvordan tjenestene skal møte eldre med minoritetsbakgrunn – konsekvenser for praksis:
 - a) behov for kompetanse
 - b) tilgang til tjenester
 - c) utvikling av tjenester

Tilrettelegging av informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen slik at man kan nå ut med den til eldre med minoritetsbakgrunn:

- a) helsekompetanse
- b) helsefremmende program og aktiviteter
- c) kilder til informasjon og kunnskap
- d) erfaringer fra informasjonsarbeid under koronapandemien

Digital kompetanse og tilgang til og bruk av digitale flater hos eldre med minoritetsbakgrunn:

- a) digital kompetanse
- b) digital helsekompetanse

Temaene presenteres nærmere i resultatdelen.

RESULTATER

Synet eldre med minoritetsbakgrunn har på egen helse og sykdom, og deres forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenestene

Gjennom litteratursøket i internasjonale databaser ble 30 studier identifisert og gjennomgått. Disse omhandler synet eldre med minoritetsbakgrunn har på egen helse og sykdom, og deres forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenestene inkludert utfordringer knyttet til språk. Studiene var gjennomført i Norge (6), Sverige (6), Danmark (3), USA (11), Canada (1), Australia (1) og Storbritannia (1). Den store majoriteten var kvalitative studier (22) med bruk av intervjuer, fokusgrupper og deltakende observasjon, 2 systematiske litteraturstudier, 2 registerstudier, 2 mixed method, 1 spørreundersøkelse og 1 studie med data hentet fra journalgjennomganger. Studiene hadde alt i alt en jevn fordeling mellom menn og kvinner med deltakere fra ulike asiatiske, afrikanske og østeuropeiske minoritetsgrupper. Referanse, målsetting, metode og resultater av disse studiene er nærmere presentert i tabell 1. Funnene presenteres under følgende tematiske inndeling: 1) syn på helse og sykdom, 2) holdning til å søke helsehjelp, 3) erfaringer i møte med helse- og omsorgstjenester og 4) erfaringer med kulturtilpassede tilbud, herunder dagtilbud, sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

Syn på helse og sykdom

Synet eldre med minoritetsbakgrunn har på helse og sykdom, virker inn på deres holdning til å søke helsehjelp. Det påvirker også deres opplevelser i møte med helse- og omsorgstjenestene. Vi har ikke identifisert norske studier som beskriver hvilket syn eldre med minoritetsbakgrunn har på helse og sykdom generelt, og må vise til studier gjennomført i Canada, USA og Sverige.

I en undersøkelse utført blant eldre med sørasiatisk bakgrunn i Canada framhevet deltakerne at viktige forutsetninger for god helse og velvære er mat, trening og venner. Et positivt livssyn er viktig særlig for eldre for å tilpasse seg de mentale og fysiske endringene som oppstår med alderen. Religion utgjør også en viktig komponent i en sunn aldringsprosess. Integrering av sinn og kropp er spesielt viktig knyttet til åndelig og religiøs praksis og fysisk aktivitet [13]. Resultatene fra en annen undersøkelse blant eldre sørasiatiske innvandrere i USA viser at de har et helhetlig og pragmatisk syn på helse. De aksepterer begrensningene i sitt nye miljø og finner måter å engasjere seg i sunne aktiviteter på. Deres valg av og deltakelse i aktiviteter letter i sin tur tilpasningen til livet i USA. Helsebarrierer oppstår når den gjensidige avhengigheten av andre og den individuelle kontrollen og muligheten for valg av aktiviteter i dagliglivet er ute av balanse eller forstyrres ([14]. Også studien til Strumpf et al. fra 2001 viser hvordan flyktninger med asiatisk bakgrunn i USA vektlegger sterke familieverdier og tradisjoner basert på harmoni, verdighet, undertrykkelse av egne behov og selvkontroll. Helsen er beskrevet som påvirket av traumet ved å måtte forlate hjemlandet. Livet i USA er lettere rent fysisk, men vanskeligere psykologisk. Det er viktig for deltakerne å opprettholde kulturell og religiøs tilhørighet og videreføre disse til yngre generasjoner [15]. Videre viser en amerikansk undersøkelse av kvinnelige immigranter (i alderen 50 år og eldre) fra Ukraina og tidligere Sovjetunionen at de fleste vurderer egen helse som god. De prøver å opprettholde en god helse ved balansert diett, vitaminer, fysisk aktivitet og regelmessige helsesjekker. Deltakerne fra Ukraina mener de kunne greie seg uten leger, fordi de tar godt vare på egen helse og har en positiv livsinnstilling. De hevder at de som har levd lenge, er fysisk og emosjonelt sterke. Deltakere fra tidligere Sovjetunionen er ikke vant til å tenke ivaretagelse av egen helse fra hjemlandet. De forteller at de ikke er trent til å ta vare på seg selv. De er påvirket av mødrenes syn på helsefremmende levevaner, for eksempel bruk av isbad [16]. En annen amerikansk undersøkelse av eldre immigranter med slavisk bakgrunn bekrefter også forståelsen av kronisk sykdom i eldre år som normale aldringsprosesser påvirket av kaldt klima og et hardt liv i den tidligere Sovjetunionen med bruk av urter og mat som medisin [17].

Iraniske immigranter i Sverige vektlegger også hvordan kosthold og fysisk og psykisk stress påvirker de fleste sykdommer. De forsøker å forebygge og behandle sykdom med en blanding av biomedisinsk behandling og tradisjonelle iranske midler. Å lide av sykdom blir tolerert som en del av aldringsprosessen, og man må gjøre det beste ut av situasjonen. Selv om deltakerne sier at de ikke er religiøse, har de en forståelse av at spiritualitet er knyttet til helse [18]. En gruppe iranere i alderen 53 til 87 år som forlot Iran og flyttet til USA etter fylte 50 år, definerer sykdom som mangel på balanse knyttet til kosthold og sosialt liv og mental, fysisk, følelsesmessig og åndelig helse [19]. Mat spiller en betydelig rolle i iransk kultur og har en viktig funksjon i omsorg for syke. Relasjoner bygges ved å dele mat, og det å lage mat for andre uttrykker kjærlighet, hengivenhet og omsorg [19, 20]. Videre avdekkes ulike forståelser av mental helse. Iranere skiller ikke mellom kropp og sinn, men har en holistisk tilnærming. De mener vestlige leger er for opptatt av det mentale og forskriver for mye medisiner som påvirker sinnet. Depresjon omtales som situasjonsbestemt tristhet og ikke en sykdom. Medisiner vil bare maskere symptomene og ikke bedre de bakenforliggende årsakene [21]. Iranere ser på helse og sykdom som to sammenvevde kategorier, fysisk og åndelig. Fysisk betyr kropp, og åndelig omhandler alt som ikke er «kjøtt», inkludert sinn, følelser og sjel eller ånd. Deltakerne mener at de fleste sykdommer har sine røtter i personens sjel [19]. Som eksempel på dette beskrives det hvordan familiekonflikter påvirker helsa til eldre iranere i Sverige, og hvordan ensomhet gradvis ender i depresjon [22].

Når det gjelder synet på demens som sykdom i eldre år, har vi også en norsk studie å vise til. Næss og Moen (2015) viser vanskene fire pakistanske familier opplever med å skille mellom tegn på aldring og symptomer på demens. Det finnes ikke noen betegnelse for demens i Pakistan, og pakistanere har som regel ikke hørt om lidelsen før de kommer til Norge. De ser på demenssymptomene som en normal del av alderdommen og ikke som en sykdom. En diagnose endrer ingenting da det ikke finnes noen kur. En dement slektning skal ikke «settes bort» til velferdsstaten, men tas hånd om av familie og venner. Å endre på dette kan innebære å tape ansikt i nærmiljøet. De mener det ikke er behov for diagnose i og med at familien vil ta vare på den eldre [23]. En senere norsk undersøkelse som inkluderer intervjuer med eldre immigranter og pårørende til immigranter med demens fra en rekke land i Asia og Øst-Europa samt helsepersonell fra flere land, bekrefter funnene om at hukommelsestap og desorientering ved demens forklares som en naturlig del av aldringsprosessen. I tillegg kommer det fram at demens også forklares som forårsaket av sosial isolasjon, at det skyldes potensielt forbigående galskap eller er et resultat av skjebnen og Guds vilje. Forståelsen inkluderer også en oppfatning av at demens er en fysisk sykdom som kan kureres [24].

En svensk intervjuundersøkelse blant iranske immigranter med demens bekrefter at demens i hovedsak blir sett på som hukommelsessvikt og en normal aldersrelatert svekkelse. Problemer som oppstår i dagliglivet i familien, beskrives som at den eldre er inkompetent, men fortsatt elsket. Deltakerne med demens føler seg flau i situasjoner der deres atferd skaper problemer for familie og venner, men samtidig opplever de å være elsket og respektert. De forteller at de føler seg trygge, men også isolert. Noen hadde gått seg bort, men er likevel ikke redde for å gå ut [25]. En spørreundersøkelse blant danske innbyggere samt polske, tyrkiske og pakistanske innvandrere avdekker at de tyrkiske og pakistanske deltakerne hadde både en normaliserende og stigmatiserende oppfatning av Alzheimers sykdom [26].

Holdning til å søke helsehjelp

En norsk undersøkelse foretatt blant kvinnelige pakistanske omsorgspersoner beskriver uroen de eldre i familien opplever ved å skulle motta hjelp fra fremmede. Dette gjelder både hjemmetjenester og sykehjem. Noen av mødrene nekter utenforstående å berøre familiens eldre. Selv ikke hjemmesykepleiere med pakistansk bakgrunn blir akseptert. Foreldrene er bekymret for å bli sendt på sykehjem, og deltakerne i undersøkelsen vil gjøre hva de kan for å unngå det. Tanken på at sykehjemmet kan gi bedre kvalitet i pleien for deres familiemedlemmer, har streift dem, men de er likevel ukomfortable med ideen. Dette forklarer de med at eldre og syke skal tas vare på av barna i Norge slik som i Pakistan. Dette er imidlertid mer krevende enn i hjemlandet da nettverket i Norge er mer begrenset. Tanken på sykehjem gir skyldfølelse for pårørende. De opplever også en frykt for å bli klandret i det pakistanske miljøet for ikke å ta vare på sine foreldre dersom de involverer formelle

omsorgstjenester. For noen er omsorgslønn et akseptabelt alternativ, mens andre stiller seg negativt også til dette [27]. Reidun Ingebretsen oppsummerer egen forskning om eldre innvandreres situasjon fram til 2016 og beskriver at eldre innvandrere er spesielt sårbare med tanke på å få tilpassede helse- og omsorgstjenester. De står i en mellomposisjon mellom tradisjonelle forventninger til familieomsorg og forventningene om offentlige helse- og omsorgstjenester i alderdommen. Familien er viktig, men mange ønsker ikke å bli avhengige av sine barn i alderdommen. Personer med demens er ekstra sårbare fordi demensutviklingen kan medføre at de mister språk de har lært senere i livet. Manglende språkkunnskaper, usikkerhet og engstelse er barrierer for å søke hjelp. Pårørende utgjør en viktig ressurs som bindeledd til tjenestene. Familien har en viktig rolle både i direkte og indirekte omsorg, og det er viktig å avklare forventninger mellom pårørende og tjenestene begge veier [28].

Denne sterke relasjonen, forventningene og bindingen til familien kommer fram også i flere studier fra ulike land og fra deltakere med ulik etnisk bakgrunn. Helsehjelp blir generelt verdsatt, men få forventer eller etterlyser slik hjelp. Det hersker en sterk oppfatning av forpliktelse til å ta vare på de eldre, og man har begrenset kunnskap om tilgjengelige helsetjenester. Det å ikke ta vare på sine eldre er synd, og det oppleves som en familiær plikt basert på kjærlighet å ta vare på dem [15]. Blant iranere i Sverige anses det å bli hjulpet av de yngre i familien som en ære, mens det å ikke motta denne omsorgen gir følelser av å bli ignorert og devaluert [18]. Dette bekreftes av studier fra USA, der det kommer fram at eldre med minoritetsbakgrunn og lang botid i landet forventer hjelp og omsorg fra egne barn, ikke fra fremmede ungdommer på alder med deres barnebarn [29].

Eldre iranske immigranter viser motvilje mot å søke psykisk helsevern i USA. Dette blir tilskrevet kulturelle forskjeller i tolkningen av mental helse (språk, definisjoner og terminologi) og mangel på tillit til effekten av medisiner [21]. Det holistiske synet på helse og sykdom resulterer i motstand mot å søke helsehjelp for mentale lidelser. Ifølge iranske innvandrere i USA søker bare «gale» mennesker hjelp for mentale lidelser: «Du må være din egen lege, din egen psykolog.» Motstanden mot psykofarmaka er betydelig [21]. Videre beskriver de tidsbegrensingene i det amerikanske helsevesenet og mener det skapes en barriere når leger ikke er i stand til å tilbringe mye tid med pasientene. De opplever det som vanskelig å etablere et tillitsfullt forhold til helsepersonell [19]. De fleste immigrantene fra de tidligere sovjetstatene vegrer seg for å bruke amerikanske medikamenter på grunn av antatte og sammensatte bivirkninger. De foretrekker vitaminer, urter og folkemedisin fra eget hjemland [16]. Den samme mangelen på tillit til helsepersonell blir også beskrevet blant eldre iranske innvandrere i Sverige. Samtidig som de roser det svenske helsevesenet, uttrykker de også en misnøye med systemet, og de har mistillit, særlig til svenske leger sammenliknet med iranske leger [18].

I en svensk undersøkelse med deltakere i alderen 67–82 år fra de baltiske landene beskriver deltakerne at de føler seg komfortable med å bli gamle utenfor fødelandet ved å aktivt gå inn for å skape en følelse av «hjemme» der de opparbeider fortrolighet innenfor det fysiske og sosiale miljøet som de føler tilhørighet til. Deltakerne deler troen på at leger eller annet helsepersonell kan hjelpe dem med å håndtere ulike helserelaterte problemer, men føler usikkerhet for hvordan de skal uttrykke sine behov på svensk. Som et middel til å finne plass for det «virkelige meg» i det svenske helsevesenet foretrekker de å samhandle med fagfolk som de kan kommunisere med på morsmålet sitt, uten bruk av tolk [30].

I et finsk registerstudium kombinert med intervjuer ble somaliske immigranternes bruk av helsetjenester sammenliknet med finners bruk. Undersøkelsen viser at somaliske flyktninger har mindre tilgang til og lavere bruk av legetjenester og forebyggende helsesjekker enn finner. Somaliere med mentale lidelser er mer tilbøyelige til å bruke fastlegen enn å oppsøke en psykolog eller psykiater. 70 prosent av somaliene foretrekker å gå til religiøse ledere ved mentale lidelser, mens 21 prosent foretrekker finske helsetjenester [31].

Oppfatninger av demens i migrasjonsbefolkningen har konsekvenser for diagnostisering av sykdommen. Dette avdekkes i en systematisk litteraturgjennomgang av 11 kvalitative undersøkelser utført i europeiske land. Oppsummeringen viser kliniske problemer i diagnostikk av migranter. Underrepresentasjon av personell med migrasjonsbakgrunn, mangel på kultursensitive diagnoseverktøy, språkbarrierer og utfordringer knyttet til bruk av tolk i utredningen er særlig beskrevet [32].

Erfaringer i møte med helse og omsorgstjenester

En norsk undersøkelse blant pårørende til personer med demens og ansatte i helse- og omsorgstjenestene avdekker ambivalens knyttet til bruk av offentlige omsorgstjenester hos eldre med minoritetsbakgrunn. Pårørende er usikre på om den eldre vil bli forstått og ivaretatt i henhold til deres verdier og tradisjoner, særlig på sykehjem. Helsepersonell forteller på sin side om eksempler på omsorgssvikt ved familiepleie, og at de blir hindret i å kartlegge situasjonen etter bekymringsmelding fra naboer. Språkbarrierer utgjør en utfordring. Det samme gjelder muligheten for å innhente adekvat informasjon ved kognitiv svikt og få et klart innblikk i situasjonen. Pårørende finner det krevende å være åpen om utfordringer på pårørendeskoler eller i samtalegrupper da det kan stille familien i et dårlig lys [33].

I en intervjuundersøkelse gjort med eldre pakistanske kvinner og deres pårørende i Norge om deres møte med helsetjenestene kommer det fram at de foretrekker fastleger med pakistansk bakgrunn. De opplever at deres helseproblemer ofte ikke blir tatt på alvor hos fastlegen fordi legen ikke tar initiativ til videre undersøkelser og utredning. Det innebærer forsinkelser i igangsetting av behandling fordi legen venter til helsesvikten blir alvorlig før det blir iverksetter tiltak. Opplevelsen av ikke å bli tatt på alvor av legen fører til at de oppgir at de overdriver smerter og andre symptomer for å bli hørt. De foretrekker kvinnelig helsepersonell for fysiske undersøkelser og sensitive helseproblemer. Manglende språkferdigheter hindrer tilgang til helsetjenester også ut over kommunikasjonsvansker. De opplever kritikk for ikke å ha lært norsk og synes det er vanskelig å skille mellom hva som er språkvansker, og hva som er holdninger til deres etniske bakgrunn, i møter med helsetjenestene [34].

I et dansk registerstudium blir det avdekket en generell tendens til at eldre innvandrere, særlig innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn, bruker kommunale heldøgnsstilbud og hjemmebaserte omsorgstjenester mindre hyppig enn etniske danskere. Frekvensen er lavere når det gjelder å benytte seg av disse tjenestene i det hele tatt, og også når det gjelder hver av tjenestetypene heldøgnsomsorg, praktisk bistand i hjemmet og hjemmebaserte tjenester. De som har bodd kortere enn ti år i landet, bruker mindre tjenester enn dem som har bodd lenger. Forskjellen minker jo lenger innvandreren har bodd i landet. Funnene kan forklares, i hvert fall delvis, med dårligere språkkunnskaper og mindre kjennskap til det danske velferdssystemet blant eldre innvandrere og at de har større sannsynlighet for å bli tatt vare på av pårørende enn etniske danskere [35].

Martin et al. har gjennomført flere undersøkelser i USA med deltakelse fra eldre immigranter fra Sør-Asia. Noen av funnene deres kan ha overføringsverdi også i en norsk kontekst. Deltakerne har ulike erfaringer i møtet med helse- og omsorgstjenestene. Noen av dem snakker positivt om omsorgen de har fått, mens andre uttrykker misnøye. Ved valg av helsepersonell legger deltakerne spesielt vekt på viktigheten av tillit [19, 21]. Generelt rapporterte deltakerne at de ikke opplever diskriminering i møte med det amerikanske helsevesenet. Noen deltakere hevder at språkbarrierer kan ha beskyttet dem fra å gjenkjenne mulig diskriminering [20].

Eldre iranske flyktninger i Sverige anser at det svenske lege- og velferdssystemet har gitt dem bedre fysisk helse enn de kunne forventet i sin alderdom i hjemlandet [18]. Kvaliteten på helse- og sosialtjenestene medvirker til at middelaldrende kvinnelige innvandrere fra Afrika og Asia velger å bli boende i Danmark heller enn å returnere til sitt hjemland når de blir eldre [36].

Kontakten med helsetjenesten innebærer kommunikasjon om diagnoser og mulig dødelig sykdom. En undersøkelse fra USA viser kulturelle forskjeller i måten eldre iranske immigranter foretrekker at nyheter om dødelig sykdom skal formidles til dem. En lege skal aldri fortelle deg at du er terminalt syk, fordi det tar fra deg alt håp. Bare Gud vet. Deltakerne i undersøkelsen opplever at diagnosebeskjeder blir gitt på en kald og faktabasert måte. De mener informasjonen kan være mer skadelig enn selve sykdommen. De ønsker at legen ikke skal fortelle dem om terminal sykdom, men gi informasjon til familien. De forbeholder seg retten til ikke å vite, og frykten for dårlige nyheter påvirker deres holdning til å søke hjelp i helsetjenestene. Deltakerne sier at eldre vet at de snart skal dø og har tatt sine forholdsregler for å ha alt på stell. Hvis helsepersonell må fortelle om en dødelig sykdom av hensyn til behandling, må de bruke tid, vise omsorg og gi mye varme. Legens hovedoppgave er å gi «styrke til

hertet». Det innebærer å gi håp, trygghet og optimisme. En diagnose kan legge en skygge over sinnet som er skadelig for helsa [20].

En fersk litteraturgjennomgang av 25 forskningsartikler om tilnærming i omsorgstjenestene for sykehjemsbeboere med demens og med ulik kulturell og språklig bakgrunn framhever viktigheten av å bevare beboernes opplevelse av å høre hjemme. Dette kan skje gjennom tilgang på tradisjonell mat og engasjement i meningsfulle aktiviteter med kulturell relevans. Om de kan kommunisere med andre beboere og personalet på et felles språk og med frivillige på sitt morsmål, bidrar det til dette. Språkbarrierer utgjør en hovedutfordring. Det samme gjelder manglende forståelse for beboerens kulturbakgrunn, noe som påvirker deres daglige aktiviteter. Å gi kulturtilpasset omsorg forutsetter at pårørende kan bistå og gi informasjon om hvordan omsorg og pleie kan tilpasses den enkelte [37].

Erfaringer med kulturtilpassede tilbud

Dagtilbud

Det går fram av flere studier at eldre innvandrere har erfaringer med dagtilbud som er tilpasset deres kulturelle bakgrunn i hjemlandet. En undersøkelse fra USA blant eldre flyktninger fra Kambodsja viser positive erfaringer. De opplever at ansatte på senteret forstår deres tidligere opplevelser som flyktninger. De blir servert kambodsjansk mat og får tilbud om kjente aktiviteter. Deltakerne føler tilhørighet og fellesskap ved å være sammen med andre fra samme generasjon og med samme bakgrunn på senteret. Dette har stor betydning for at de skal komme og delta. Videre bedrer oppholdet på dagtilbudet deltakernes evne til å håndtere egen kronisk sykdom. De blir fulgt opp med å ta legemidlene sine og spise regelmessige måltider. De ansatte kan gi kulturelt tilpasset informasjon og følge opp helserelaterte spørsmål. At personalet viser respekt for deres kambodsjanske bakgrunn, er avgjørende for trivsel. Personalet viser dem respekt ved måten de hilser dem velkommen på, ved å spørre om fortiden og ved å gi mulighet for tradisjonell meditasjon og dans [29].

Ifølge en svensk undersøkelse fra et dagsenter for eldre iranske flyktninger spiller senteret en viktig rolle i å forebygge dårlig helse. Å være på dagsenter ville være upassende og unødvendig hvis de bodde i Iran. På dagtilbudet kombineres vestlig kultur i form av et organisert samlingssted med tradisjonell iransk kultur, som anbefaler sosiale nettverk for å forebygge dårlig helse. Slik blir aktiviteten akseptert også i det iranske miljøet som hensiktsmessig for å opprettholde god helse[18]. Aktivitetene som tilbys i dagtilbudet, inkluderer sesjoner med informasjon om Sverige, svenskurs, iransk mat, bingo, trening, gåturer, diktlesning, håndarbeid til inntekt for Røde Kors, musikk og dans og kulturelle tilstelninger med markering av svenske og iranske merkedager. Aktivitetene bidrar til opplevelse av fellesskap gjennom iranske kulturaktiviteter. Deltakerne opplever sosial tilhørighet og at de hører til på senteret. Følelsen av fremmedgjøring som de opplever i andre sammenhenger, ser ut til å forsvinne på senteret. Denne opplevelsen har styrket den tryggheten de mistet da de kom til Sverige. De setter stor pris på at personalet deler deres kulturelle bakgrunn. Fordi personalet er iranere, føler de eldre at de blir forstått. Videre skaper markeringer av svenske merkedager økt forståelse for svensk kultur. Ved å engasjere seg i aktiviteter som håndarbeid til inntekt for Røde Kors og delta i ulike arrangementer og ta ansvar for å organisere aktiviteter, opplever noen av de eldre at de gjenfinder en følelse av mening i livet, noe de har savnet [38].

Sykehjem

Basert på individuelle intervjuer, observasjoner og feltnotater oppsummerte forskerne at iranske innvandrere som får plass på sykehjem, opplever det slik at barna slipper å måtte slite for å ta vare på dem. De har ofte emigrert til Sverige på initiativ fra barna, som ikke ville at de skulle bli igjen i Iran. Uavhengighet fra barna oppleves som en lettelse. De er i utgangspunktet verken fortrolige med sykehjem eller demens. Tilgang til medisinske tjenester blir verdsatt, og barna slipper å bekymre seg. I det kulturelt tilpassede sykehjemmet samler beboerne seg rundt måltider og har sosiale sammenkomster. Iransk mat er viktig. Personalet, legen og de andre beboerne deler en felles bakgrunn og snakker deres eget språk. Beboerne understreker viktigheten av mening og trygghet i fellesskapet sammen med behovet for privatliv på eget rom [22]. I en undersøkelse utført av samme forskerteam som utforsker hvordan pårørende resonnerer og argumenterer når det skal tas en beslutning om å flytte deres eldre familiemedlem på dette iranskprofilerte sykehjemmet, viser at opplevelsen av ren utmattelse er hovedårsaken til å avslutte omsorgen i hjemmet [39].

Hjemmebaserte tjenester

En amerikansk undersøkelse av tilrettelagte hjemmebaserte tjenester for flyktninger fra Somalia viser at alle brukerne mottar sykepleietjenester. Mange får også fysioterapi (65 prosent) og ergoterapi (45 prosent). Tjenestene gir dokumenterte helsegevinster for brukerne både med hensyn til angst, smerter, ADL-funksjon og administrasjon av medikamenter. Hjemmetjenestene legger til rette for at brukerne skal lære om helsetilstanden sin, aktuell medikasjon og det å leve med en kronisk sykdom. Ifølge brukerne er hjemmet et bedre sted for å forstå familiens behov og mindre stressende enn sykehus eller poliklinikker. Opplevelsen brukerne har av tjenestene, er påvirket av relasjonen til personalet, og det blir delt ulike erfaringer. Helsegevinsten er avhengig av tilliten til personalet og av at de strekker seg lenger enn kun «å gjøre en jobb» med hovedvekt på oppgavene. Uten tillit til personalet opplever brukerne ambivalens eller skuffelser. De har et ønske om at personalet skal støtte opp under deres tradisjonelle verdier og familiestruktur, og vil at de skal kjenne til deres flyktningehistorie og kulturelle praksis. Deltakerne mener at personalet har behov for bedre ferdigheter i kommunikasjon og større kjennskap til kulturelle forhold, og at de må forstå at det å ta omsorg for eldre innebærer et privilegium og en forventning fra den eldres side. De eldre er de viktigste medlemmene i familien og skal tas vare på hjemme. Familiene ønsker brukerstyrte tjenester betalt av det offentlige. Barrierer for å bruke hjemmetjenester er manglende forståelse av tilgjengelighet og hensikt. Derfor avslår mange tilbudet om tjenester. Tjenesteyterne bør informere lederne i det somaliske miljøet, som videre kan formidle dette til aktuelle brukere [40–42].

Oppsummering av funn

- I de fleste studiene beskrives et holistisk og pragmatisk syn på helse og sykdom blant eldre med minoritetsbakgrunn der en ikke skiller mellom kropp og sinn.
- God helse beskrives å være basert på en balanse mellom mat, fysisk aktivitet, sosialt liv, familieverdier, harmoni, verdighet og selvkontroll.
- Sykdom i eldre år innebærer avhengighet av andre og beskrives av mange som en naturlig del av aldringsprosessen. Dette gjelder også demenssykdom, som ofte karakteriseres som normal aldring eller inkompetanse, forbigående galskap eller en skjebnebestemt tilstand.
- Mange eldre og deres pårørende opplever å stå i en mellomposisjon mellom de tradisjonelle forventningene til hjelp og omsorg fra familien som de kjenner fra sitt opprinnelige hjemland, og forventningene om å motta offentlige helse- og omsorgstjenester i sitt nye hjemland.
- Mistillit og uro for å motta hjelp fra fremmede er beskrevet. Dette skaper skyldfølelse hos pårørende, som blir et viktig bindeledd mellom den eldre og de offentlige tjenestene. Selv med tiltro til kvaliteten i det offentlige helsetilbudet er det vanskelig for mange å uttrykke sine behov på et nytt språk.
- Tillit til helse- og omsorgstjenestene er avgjørende, og tiltro til og bruken av tjenester synes å øke med antall år i det nye landet.
- Viktigheten av at pleie- og omsorgstjenestene legger til rette for at den eldre skal føle seg hjemme, er beskrevet i flere studier. Dette innebærer tilgang til tradisjonell mat, gjenkjennbare aktiviteter og personale som snakker samme språk, slik det legges til rette for i kulturtilpassede tilbud.

Tabell 1. Studier som omhandler hvilket syn eldre med minoritetsbakgrunn har på helse og sykdom og deres forventninger til og erfaringer med helse- og omsorgstjenestene

Referanse Land	Målsetting	Metode	Utvalg	Funn
Arora, S., Rechel, B., Bergland, A., Straiton, M., & Debesay, J. (2020). Female Pakistani carers' views on future formal and informal care for their older relatives in Norway. <i>BMC health services research</i> , 20(1), 1-11. Norge	Å utforske synspunktene til kvinnelige pakistanske omsorgspersoner om fremtidig formell og uformell omsorg og tilgjengelighet av helsetjenester for deres eldre slektninger i Norge	Kvalitative intervjuer	10 pakistanske kvinner i alderen 23 til 40 år (8 døtre og 2 svigerdøtre) alle pårørende til et eldre kvinnelig familiemedlem	Viktig å ta vare på familien i Norge som i Pakistan Bekymring for å bli sent til sykehjem Uro for å motta hjelp fra fremmede i hjemmet Et spørsmål om hva andre vil si Nordmenns ser positivt på at de tar seg av familien
Arora, S., Straiton, M., Rechel, B., Bergland, A., & Debesay, J. (2019). Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. <i>Soc Sci Med</i> , 239, 112555. Norge	Å utforske hvordan eldre pakistanske kvinner blir møtt med og reagere på barrierer i helsetjenestene	Kvalitativ intervjustudie	23 eldre pakistanske kvinner og 10 pårørende	Helseproblemer blir ofte ikke tatt på alvor hos fastlegen Foretrekker kvinnelig helsepersonell Manglende språkferdigheter hindrer tilgang til helsetjenester Helsepersonell er påvirket av negative samfunnsholdninger til pakistanske innvandrere
Chowdhury, D., Stolee, P., Sims-Gould, J., & Tong, C. (2023). "Think positive and don't die alone"-Foreign-born, South Asian older adults' perceptions on healthy aging. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 18, (1) Canada	For å forstå hvordan sosiale og kulturelle krefter påvirker betydningen av sunn aldring blant eldre sørasiater	Kvalitativ studie med fokusgrupper og individuelle intervjuer	Intervjuer på tvers av 5 kulturelle Syd Asiatiske språk (n = 19)	Mat, trening og venner er viktig for helse og velvære og tre kjernekonseptene henger sammen. Den primære markøren for «å være sunn» er å ha evnen til å være fysisk aktiv. Et positivt syn er spesielt viktig for eldre voksne siden det lar dem tilpasse seg endringer, både mentale og fysiske, som oppstår med alderen. Sosial interaksjon som et middel for å fremme positiv mental helse og velvære Religion er en viktig komponent i sunn aldring Familie er den primære kilden til emosjonell og sosial støtte og mat en stor del av kulturen Integreringen av sinn og kropp gjennom yoga Tilstrekkelig tilgang til helsetjenester
Dubus, N. (2017). A qualitative study of older adults and staff at an adult day center in a Cambodian community in the United States. <i>Journal of Applied Gerontology</i> , 36(6), 733-750. USA	Denne studien søkte å bidra en bedre forståelse av de subjektive opplevelsene til personalet og kambodsjanske flyktninger som deltar på et dagtilbud i USA	Deltakende observasjoner og kvalitative intervjuer	10 personale og 80 brukere på et dagsenter for kambodsjanske flyktninger som tilbyr tjenester som ivaretar de kulturelle behovene til eldre voksne, som kambodsjansk mat, aktiviteter og kambodsjansk personale	Respekt og følelsen av at deres tidligere opplevelser som flyktninger i Kambodsja ble forstått Kambodsjansk maten og aktiviteter Personalet som bekreftet respekten for brukernes kambodsjanske bakgrunn. Tilhørighet og fellesskap innenfor senteret, å være sammen med noen fra samme generasjon og med samme bakgrunn, Vanskelig for de eldre å bli tatt vare på av ungdom på alder med deres barnebarn. Til tross for mange år i USA, forventet de at alderdommen skulle bli slik som deres egne besteforeldre hadde med hjelp og omsorg fra egne barn, ikke fremmede ungdommer. Dagsentret bedret deltakernes evne til å håndtere egen kroniske sykdom.

Emami, A., Benner, P., & Ekman, S. L. (2001). A sociocultural health model for late-in-life immigrants. <i>J Transcult Nurs</i> , 12(1), 15-24. Sverige	Utforske eldre iranske innvandrere, som innvandret sent i livet til Sverige, sin oppfatning, opplevelse og forklaring av egen helsesituasjonen	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer	Iranske emigranter (n=15) i alderen 55-80 år. 8 vinner 7 menn	Deltakerne forsøkte å forebygge og behandle sykdom med en blanding av biomedisinske terapier og tradisjonelle iranske midler. Kontinuitet og balanse i livet Opplevelsen av helse fra et velvære orientert perspektiv En ære å bli hjulpet av og få omsorg fra de yngre Å ikke få denne omsorgen fra de yngre ga følelsen av å bli ignorert og devaluert. Spiritualitet er knyttet til helse. Stor tro på medisinsk behandling og medikamenter, spesielle dietter og spesiell adferd, som fysisk og psykisk stress påvirker de fleste sykdommer. Omsorg fra familie er et viktig aspekt for følelse av god helse. Et velfungerende sosialt nettverk er hovedårsaken til en følelse av velvære. Det svenske lege- og velferdssystemet har skapt bedre fysisk helse for dem enn de hadde forventet i deres alderdom i hjemlandet. Å besøke dagsenteret en viktig strategi for å forebygge dårlig helse.
Emami, A., Torres, S., Lipson, J. G., & Ekman, S. L. (2000). An ethnographic study of a day care center for Iranian immigrant seniors. <i>West J Nurs Res</i> , 22(2), 169-188. Sverige	Målene med denne studien var todelt: (a) å beskrive aktivitetene som tilbys av et dagsenter som spesialiserte seg på eldre iranske innvandrere og (b) å få innsikt i erfaringene til de eldre som deltar i disse aktivitetene	Etnografisk studie med deltakende observasjoner og intervjuere av brukere	323 iranske brukere av dagsenteret i alderen 55-85 år ble observert og 15 regelmessige brukere ble intervjuet	Senteret har informasjonssesjoner om Sverige, svenskurs, persiske måltider, bingo, trening, gåturer, diktlesning, håndarbeid for Røde kors, musikk og dans, kulturelle tilstelninger med markering av Svenske og Iranske merkedager Senteret er det eneste stedet bortsett fra hjemmene der de kan kommunisere med andre og svenskursen hjelper dem også med å kommunisere på svensk. Persiske kulturaktiviteter ga en følelse av fellesskap. Deltakerne følte at de hørte til på senteret. Personalet deler deres kulturelle bakgrunn og de eldre føler at de blir forstått. Markeringer av Svenske merkedager økt forståelse for Svensk kultur. De eldre at de hadde gjenfunnet en følelse av mening i livet som de hadde savnet.
Gaviola, M. A., Omura, M., Inder, K. J., & Johnson, A. (2024). Caring for people with dementia from culturally and linguistically diverse backgrounds in nursinghomes: A scoping review. <i>International journal of nursing studies</i> , 151, 1-13. Australia	Å kartlegge og syntetisere tilgjengelig litteratur om tilnærming i omsorgstjenester til personer med demens fra kulturelt og språklig ulike bakgrunner i sykehjem	Scoping review	25 artikler, 17 kvalitative, 4 kvantitative, 3 mixed method og 1 casestudie	Bevare en opplevelse av å høre hjemme gjennom tilgang på tradisjonell mat og engasjement i meningsfulle aktiviteter med kulturell relevans. Et felles språk fasilitert av andre beboere, personalet og frivillige som kan kommunisere på deres originalspråk. Språkbarrierer er en hovedutfordring. Manglende forståelse for beboerens kulturbakgrunn påvirker beboerens daglige aktiviteter. Å gi kultutilpasset omsorg forutsetter at pårørende kan bistå og gi informasjon om hvordan omsorg og pleie kan tilpasses den enkelte.
Hansen, E. B. (2014). Older immigrants' use of public home care and residential care. <i>European Journal of Ageing</i> , 11(1), 41-53. Danmark	Å analysere i hvilken grad oppholdstiden i landet og opprinnelseslandet er av betydning for eldre innvandreres bruk av langsiktige omsorgstjenester sammenlignet med eldre innfødte.	Registerstudie	Innbyggere 65 år og eldre i København per 1.januar 2007	Den generelle tendensen er at eldre innvandrere og særlig de med ikke-vestlig bakgrunn, bruker kommunale heldøgnsstilbud og hjemmebaserte omsorgstjenester mindre hyppig sammenlignet med etniske danskere. Frekvensen er lavere når det gjelder å benytte seg av disse tjenestene i det hele tatt, og også når det gjelder hver av tjenestetypene: heldøgnsomsorg, praktisk bistand i hjemmet og hjemmebaserte tjenester. De som har vært kortere enn 10 år bruker mindre tjenester enn de som har vært lengre.

Hurley S, Turnbull S, Calia C. Barriers and facilitators to diagnosing dementia in migrant populations: a systematic review of European health professionals' perspectives. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> . 2024; e6118. Storbritannia	Utforske klinikerens perspektiver når det gjelder vurdering og diagnostisering av demens i migrantpopulasjoner	Systematisk litteraturstudie av kvalitative studier fra Europa. Analysemetoden benyttet en tematisk syntese.	11 kvalitative studier som omhandlet diagnostisering av demens i migrantpopulasjoner.	Funnenes viser kliniske problemer i diagnose av migranter, spesielt underrepresentasjonen av migranter innen tjenester og barrierene de kan møte ved å få tilgang til dem. Kvaliteten på diagnoseprosessen ble ofte underminert av mangel på kulturelt sensitive vurderingsverktøy. Videre forskning om bruken av tolk i diagnose av demens er nødvendig.
Ingebretsen, R. (2016). Informasjon, tilrettelegging og forventningsavklaring – om eldre innvandrere i helse- og omsorgstjenesten. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> ,2(3), 241-251. Norge	Å oppsummere egen forskning om eldre innvandreres situasjon i omsorgstjenestene med særlig vekt på studier av eldre med demens, pårørende og ansatte i demensomsorgen	Kvalitative intervjuer individuelt og i fokusgrupper	Eldre kvinner fra Pakistan og India, pårørende til personer med demens med minoritetsbakgrunn og ansatte i tjenestene	Eldre innvandrere spesielt sårbare med tanke på å få tilpassede helse- og omsorgstjenester. I en mellomposisjon mellom tradisjonelle forventninger til familieomsorg og forventningene om offentlige helse- og omsorgstjenester i alderdommen. Familien er viktig, men de ønsker ikke å bli avhengige av sine barn i alderdommen. Personer med demens er ekstra sårbare fordi demensutviklingen kan medføre at de mister språk de har lært senere i livet. Barrierer for å søke hjelp på grunn av manglende språkkunnskap, usikkerhet og engstelse. Ønsker info på eget språk og lavterskeltilbud samt helsepersonell med samme kulturbakgrunn. Stort behov for info om demens og om tilbud og tjenester, god dialog med pårørende er nødvendig. Demensdiagnose kan være negativt for familiens rykte og pårørende vil ikke snakke om den eldre på en respektløs måte. Pårørende som bindeledd til tjenestene. Familien har en viktig rolle både i direkte og indirekte omsorg. Viktig å avklare forventninger begge veier.
Kiwi, M., Hydén, L. C., & Antelius, E. (2018). Deciding upon Transition to Residential Care for Persons Living with Dementia: why Do Iranian Family Caregivers Living in Sweden Cease Caregiving at Home? <i>J Cross Cult Gerontol</i> , 33(1), 21-42. Sverige	Utforske hvordan pårørende resonnerer og argumenterer når det skal tas beslutning om å flytte familiemedlemmer med demens til sykehjem	Kvalitative intervjuer	20 personer med iransk bakgrunn bosatt i Sverige som alle har vært tidligere primære omsorgspersoner for en slektning med demens som nå er på kulturtilpasset sykehjem	Selv om tilstedeværelsen av en persisk profilert demensomsorgsenhet er avgjørende for beslutningen, er det følelsen av "ren utmattelse" som er hovedfaktoren for å avslutte omsorgen hjemme. Evnen til å ta en slik beslutning basert på "å være for sliten" må forstås i forhold til overgangsprosesser og endringer i livsstil som påvirker kulturelle verdier.
Kiwi, M. (2023). Away from Home or Returned Home? What Iranian Participants with Dementia Experience while Living in a Culturally Profiled Nursing Home inSweden. <i>J Cross Cult Gerontol</i> , 38(4), 343-370. Sverige	Utforske erfaringene til personer med demens fra Iran som bor i kulturelt tilpasset pleieinstitusjon i Sverige	Etnografisk design med Individuelle intervjuer, observasjoner og feltnotater	10 sykehjems-beboere med demens og persisk/iransk bakgrunn, 9 kvinner og 1 mann i alderen 67 til 93 år.	Plass på sykehjem medførte at de slapp å oppleve at barna måtte slite for å ta vare på dem. Emigrering til Sverige var ofte et initiativ fra barna som ikke ville at de skulle bli igjen i Iran. Uavhengighet fra barna var en lettelse. I utgangspunktet hverken fortrolig med sykehjem eller demens. Tilgang til medisinske tjenester ble verdsatt. I det kulturelt tilpassede sykehjemmet, samlet beboerne seg rundt måltider og hadde sosiale sammenkomster. Iransk mat var viktig. Personalet, legen og de andre beboerne hadde kjennskap til en felles bakgrunn og snakket deres eget språk. Beboerne understreket viktigheten av mening og trygghet i fellesskapet sammen med behovet for privatliv på eget rom.
Krishnagiri, S. S., Fuller, E., Ruda, L., & Diwan, S. (2013). Occupational engagement and health in older South Asian immigrants. <i>Journal of Occupational Science</i> ,20(1), 87-102. USA	Å undersøke hvilke elementer som bidrar til at friske sørasiatiske eldre innvandrere engasjerer seg i daglige aktiviteter for å opprettholde helsen sin	Kvalitativ deskriptiv studie med intervjuer	12 sørasiatiske eldre, 7 menn og 5 kvinner, som innvandret til San Fransisco etter pensjonering	Velintegrerte sørasiatiske eldre innvandrere har en helhetlig og pragmatisk tilnærming til helse, aksepterer begrensningene i sitt nye miljø og finner måter å engasjere seg i sunne aktiviteter på. Valg og engasjement i aktiviteter bidrar igjen til tilpasning til livet i USA. Barrierer for helse oppstår når den gjensidige naturen mellom livene og individets kontroll over aktivitetsvalg er ubalansert eller forstyrres.

Kristiansen, M., Kessing, L. L., Norredam, M., & Krasnik, A. (2015). Migrants' perceptions of aging in Denmark and attitudes towards remigration: findings from a qualitative study. <i>BMC Health Serv Res</i> , 15, 225 Danmark	Utforske opplevelsen av aldring hos middelaldrende kvinnelige migranter med hensikt å identifisere faktorer som påvirker deres beslutning om å returnere til hjemlandet når de blir eldre eller bli værende i Danmark	Kvalitative intervjustudier med kombinasjon av individuelle- og gruppeintervjuer	29 kvinnelige migranter 50-69 år fra Somalia, Tyrkia, India, Iran, Pakistan og Midtøsten.	Viktigheten av tilgang på helsetjenester, viktig nå og enda viktigere med økende alder. Nærhet til barn og barnebarn som bor i Danmark. Sosiale relasjoner og en opplevelse av å høre til. Muligheten for å returnere til hjemlandet når de blir gamle er ikke uaktuelt og under stadig vurdering, men med barn og et sosialt nettverk i sitt nye hjemland hadde de konkludert med å bli.
Lood, Q., Haggbloom-Kronlof, G., & Dellenborg, L. (2016). Embraced by the past, hopeful for the future: Meaning of health to ageing persons who have migrated from the Western Balkan region to Sweden. <i>Ageing & Society</i> , 36(3), 649-665. Sverige	Utforske betydningen av helse for aldrende personer som har migrert fra Vest-Balkan-regionen til Sverige	Kvalitativ Individuelle intervjuer,	9 kvinner og 6 men (n-15), alder 67-82, Bodd i Sverige fra (14- 52 år) Vestre Balkan,	Betydningen av helse var assosiert med å kunne artikulere «virkelige meg» i møte med svensk helsepersonell. Betydningen av selvstendighet i daglige aktiviteter, som husholdningsgjøremål, egenomsorg og fysisk trening, men også å delta på sosiale sammenkomster med venner og familie. Komfortabel med å bli gammel utenfor fødelandet ved å skape en følelse av hjemme med fortrolighet, innenfor de fysiske og sosiale miljøene. De gjorde årlig reiser til fødelandet for å lade batteriene for resten av dagene i året i Sverige, et middel til å fremme deres helse ved å bruke penger og tid i en kjente omgivelser. Helse var assosiert med følelser av tilhørighet, aksept, respekt, inkludering og støtte som likeverdige jevnaldrende.
Martin, S. S. (2009). Healthcare-seeking behaviors of older Iranian immigrants: health perceptions and definitions. <i>J Evid Based Soc Work</i> , 6(1), 58-78. USA	Hensikten med studien var å utforske hvordan kulturelle forskjeller påvirker den helsesøkende atferden til eldre iranske immigranter i	Kvalitativ, individuelle intervjuer	7 menn, 8 kvinner (n-15) Alder 53-87 Hadde bodd i USA fra 5-20 år. Forlot Iran etter fylt 50 år	På persisk blir helse sett på som to sammenvevde kategorier: fysisk og åndelig. Fysisk betyr kropp og åndelig refererer til sinn, følelser og sjel/ånd. «Å være sunn» er en tilstand av å ha balanse i livet; den riktige kombinasjonen av mental/ emosjonell, fysisk og åndelig helse samt et balansert kosthold og sosialt liv. Helse er et generelt fravær av bekymring, god ernæring, "glade hjerter" og en følelse av å være knyttet til deres familie og fellesskap. Mat spiller en betydelig rolle. Relasjoner bygges ved å dele mat, man viser kjærlighet, hengivenhet og omsorg for andre ved å lage mat til dem. Deltakere tror at de fleste sykdommer har sine røtter i ens sjel.
Martin, S. S. (2009). Illness of the mind or illness of the spirit? Mental health-related conceptualization and practices of older Iranian immigrants. <i>Health Soc Work</i> , 34(2), 117-126. USA	Hvordan forstår eldre iranske flyktninger mental helse, og hvordan påvirker denne forståelsen deres ivaretagelse av sin mentale helse	Fenomenologisk kvalitativ studie med dybdeintervjuer	7 menn og 8 kvinner med iransk bakgrunn i alderen 53 til 87 år	Ulike forståelser av mental helse. De skiller ikke mellom kropp og sinn, men har en holistisk inngang. Motstand mot å søke helsehjelp for mentale lidelser. Motstand mot psykofarmaka. Depresjon omtales som situasjonsbestemt tristhet og ikke en sykdom. Medisiner vil bare maskere symptomene og ikke bedre de bakenforliggende årsakene.
Martin, S. S. (2012). The Right Not to Know: Exploring the Attitudes of Older Iranian Immigrants about Medical Disclosure of Terminal Illness [Article]. <i>Indian Journal of Gerontology</i> , 26(1), 94-117. USA	Utforske holdningene blant eldre iranske immigranter om deling av informasjon om terminal sykdom fra helsepersonell og hvordan dette påvirker søken om helsehjelp	Eksplorativ kvalitativ intervjustudie	15 deltakere (7 menn og 8 kvinner) i alderen 53 til 87 år med iransk innvandrerbakgrunn	En lege skal aldri fortelle deg at du er terminalt syk fordi det tar fra deg alt håp. Det er bare Gud som vet. Informasjonen kan være mer skadelig enn selve sykdommen. I Iran forteller ikke legen om terminal sykdom til pasienten, men til familien. De viser til retten til ikke å vite. Frykten for dårlige nyheter påvirket holdningen til å søke hjelp i helsetjenestene. Eldre vet at de snart skal dø og har tatt sine forholdsregler for å ha alt på stell. Hvis du må fortelle det med hensyn til behandling så bruk tid, vis omsorg og mye varme. Begrepet styrken i hjertet dekker håp, trygghet og optimisme. Dette er legens hovedoppgave. En diagnose kan legge en skygge over sinnet som er skadelig for helsa.

Mazaheri, M., Eriksson, L. E., Nasrabadi, A. N., Sunvisson, H., & Heikkilä, K. (2014). Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia. <i>BMC Public Health</i> , 14, 794.	Utforske opplevelsen av å leve med demens blant iranske immigranter i Sverige	Kvalitative intervjuer	15 iranske immigranter (8 kvinner og 7 menn) med demens i alderen 66-88 år. 10 hjemmeboende og 5 i omsorgsboliger. De hadde bodd i Sverige mellom 10 og 30 år.	Beskriver i hovedsak demens som hukommelsessvikt. Aldersrelatert svekkelse. Normalforklarer. Problemer i dagliglivet i familien – inkompetent en fortsatt elsket. Følte seg flau i situasjoner der deres atferd skapte problemer for familie og venner, men føler seg elsket og respektert. Følte seg trygge, men også isolert. Noen hadde gått seg bort, men var ikke redde for å gå ut. Noen følte seg isolert på grunn av språkproblemer. Behov for å føle seg verdsatt.
Sverige				
Miner, S. M., Liebel, D., Wilde, M. H., Carroll, J. K., Zicari, E., & Chalupa, S. (2017). Meeting the needs of older adult refugee populations with home health services. <i>Journal of Transcultural Nursing</i> , 28(2), 128-136.	Undersøke effekten av et pilotprosjekt med hjemmebaserte tjenester for flyktninger	Gjennomgang av pasientdata fra journal	40 journaler, brukere fra Somalia (17), Nepal/Bhutan (16), Burma, Liberia, Vietnam, Kambodsja og Burundi (7)	Alle brukerne fikk sykepleietjenester. Mange fikk også fysioterapi (65%) og ergoterapi (45%). Hjemmetjenestene ga dokumentert helsegevinster for brukerne både på angst, smerter, ADL-funksjon og administrasjon av medikamenter.
USA				
Miner, S., Liebel, D. V., Wilde, M. H., Carroll, J. K., & Omar, S. (2018). Somali Older Adults' and Their Families' Perceptions of Adult Home Health Services. <i>Immigr Minor Health</i> , 20(5), 1215-1221.	Utforske og beskrive Somaliske flytninger bruk av hjemmebaserte tjenester og familienes opplevelse og erfaringer med disse tjenestene for å forstå hvordan de kan forbedres	Kvalitativ studie med observasjoner, intervjuer og debriefing	Somaliske flyktninger 50 år og eldre og deres familier, til sammen 14 familier (19 deltakere, 8 menn og 11 kvinner), 15 hjemmebesøk, 17 intervjuer og 16 debriefing sesjoner	Hjemmetjenestene la til rette for å lære om helsetilstanden, medikasjon og å leve med kronisk sykdom. Hjemmet er et bedre sted for å forstå familiens behov og mindre stressende enn sykehus eller poliklinikker. Opplevelsen av tjenestene var påvirket av relasjonen til personalet og det ble delt ulike erfaringer. Ønske om at personalet skulle støtte opp under deres tradisjonelle verdier og familiestruktur og kjenne til deres flyktningehistorie og kulturelle praksis. De eldre er de viktigste medlemmene i familien og skal tas vare på hjemme. Ønsket brukerstyrte tjenester betalt av det offentlige. Barrieren for å bruke hjemmetjenester er manglende forståelse for tilgjengelighet og hensikt. Derfor avslo mange tilbudet om tjenester. Tjenestene bør informere lederne i det somaliske miljøet som videre kan formidle dette til aktuelle brukere.
Miner, S., McDonald, M. V., & Squires, A. (2018). Medication Literacy and Somali Older Adults Receiving Home Care. <i>Home Healthcare Now</i> , 36(5), 295-303.	Øke forståelsen av hvordan helsepersonell kan bidra til bedre helse i den somaliske befolkningen	Kvalitativ sekundær analyse av feltnotater fra 15 hjemmebesøk, 17 intervjuer og 16 debriefinger	14 somaliske familier	Fikk god hjelp av sykepleierne som kom hjem til dem. Bedre å få dette i eget hjem med mindre forstyrrelser. Mulighet for å stille spørsmål. Hjelp til å kontakte apoteket for påfyll av medisiner. En talsmann i kontakt med andre deler av helsetjenesten. Viktig å kunne kommunisere på et forståelig språk. Viktig å forstå dynamikken i hjemmet og familien og hvordan dette relaterer seg til helse og bruk av medisiner. Det amerikanske helsevesenet er uvant og ulikt erfaringene fra hjemlandet og flyktningeleirer der den sosiale støtten er mer framtredd enn medisinsk behandling. Medisin er hvordan menneskene rundt deg er.
USA				
Mölsä, M., Tiilikainen, M., & Punamäki, R. L. (2019). Usage of healthcare services and preference for mental healthcare among older Somali immigrants in Finland. <i>Ethn Health</i> , 24(6), 607-622.	Utforske somaliske immigranternes bruk av helsetjenester sammenlignet med finner	Sammenligning av registerdata + intervjuer	128 somaliere og 128 finner (75 kvinner og 53 menn i hver gruppe (matsjet)	Somaliske flyktninger har mindre tilgang til og lavere bruk av legetjenester og forebyggende helsesjekker enn finner. For de somaliene som har mentale lidelser er de mer tilbøyelig til å bruke fastlegen enn å gå til psykolog eller psykiater. 70% av somaliene foretrekker å gå til religiøse ledere for ved mentale lidelser mens 21% foretrekker finske helsetjenester.
Finland				

Naess, A., & Moen, B. (2015). Dementia and migration: Pakistani immigrants in the Norwegian welfare state. <i>Ageing & Society</i> , 35(8), 1713-1738. Norge	Utforske omgivelsenes tilnærming til tegn og symptomer på demens i pakistanske familier	Feltobservasjoner og intervjuer	Fire Pakistanske familier med et medlem under utredning for demens og representanter for helsetjenesten og religiøse miljøer	Vansker med å skille tegn på aldring og symptomer på demens. Ikke behov for diagnose i og med at familien vil ta vare på den eldre selv. Finnes ikke begrep for demens i Pakistan og de har aldri hørt om det før de kom til Norge. Demenssymptomene som kommer i alderdommen, er «normalt» og ikke en sykdom. Diagnose endrer ingenting da det ikke finnes noen kur. Demens er ikke noe som skal «settes bort» til velferdsstaten, men tas hånd om av familie og venner. Å endre på dette kan innebære å tape ansikt i nærmiljøet. Familieomsorg ivaretar personens personverd.
Nielsen, T. R., & Waldemar, G. (2016). Knowledge and perceptions of dementia and Alzheimer's disease in four ethnic groups in Copenhagen, Denmark. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> , 31(3), 222-230. Danmark	Sammenligne kunnskap og oppfatninger om demens og Alzheimers sykdom blant fire etniske grupper i København, Danmark, og vurdere innflytelsen av utdanning og kulturtilpasning	Kvantitative data fra en spørreundersøkelse Dementia Knowledge Questionnaire (DKQ) + to spørsmål fra Alzheimer's Disease Awareness Test (ADAT).	100 danske, 47 polske, 51 tyrkiske og 62 pakistanske innvandrere.	Tyrkiske og pakistanske deltakere hadde størst tendens til å ha en normaliserende og stigmatiserende oppfatninger av Alzheimers sykdom. Utdanningsnivå og kulturtilpasning hadde begrenset innflytelse på kunnskap om demens, og hadde begrensede konsekvenser for oppfatningen av Alzheimers sykdom.
Sagbakken, M., Spilker, R. S., & Ingebretsen, R. (2018). Dementia and migration: Family care patterns merging with public care services. <i>Qualitative healthresearch</i> , 28(1), 16-29. Norge	Innhente kunnskap for å utforme hensiktsmessige strategier for omsorg til eldre immigranter med demens	Kvalitative intervjuer	12 pårørende til et familiemedlem med demens (10 kvinner og 2 menn) + 18 helsepersonell (15 kvinner og 3 menn) fra hjemmebaserte tjenester i Oslo og 27 helsepersonell fra et bredere nedslagsfelt.	Opplevd forventning om at familien skal ta vare på de eldre. Flere beskrev også utfordringene dette innebar også fordi storfamilien er mindre i Norge enn i Pakistan. Helsepersonell uttrykker beundring for hva familien kan handtere. Ambivalens knytte til bruk av offentlige omsorgstjenester. Usikre på om den eldre ville bli forstått og ivaretatt i henhold til deres verdier og tradisjoner særlig på sykehjem. Helsepersonell forteller om eksempler på omsorgssvikt ved familiepleie, og at de ble hindret i å kartlegge situasjonen etter bekymringsmelding fra naboer. Språkbarrierer var en utfordring. Det samme gjelder muligheten for å innhente adekvat informasjon ved kognitiv svikt og få et klart innblikk i situasjonen. Krevende å være åpen om utfordringer på pårørendeskoler eller i samtalegrupper. Kvinner blir bundet opp i omsorgsoppgaver i hjemmet.
Sagbakken, M., Spilker, R. S., & Ingebretsen, R. (2020). Understanding dementia in ethnically diverse groups: A qualitative study from Norway. <i>Ageing & Society</i> , 40(10), 2191-2214. Norge	Utforske og beskrive oppfatningen av demens og demensomsorg blant eldre immigranter, pårørende til immigranter med demens og helsepersonell	Kvalitative intervjuer og fokusgrupper	51 eldre immigranter, 34 kvinner og 17 menn (50-80 år) fra Pakistan, India, Afghanistan, Iran, Tyrkia, Algerie, Mexico, Chile, Polen og Bosnia 12 pårørende til immigranter med demens, 10 kvinner og 2 menn (25 – 78 år) fra Afghanistan, Pakistan, Kina, Vietnam, Tyrkia, Libanon, Sri Lanka og Chile 45 helsepersonell fra sju ulike land i tillegg til Norge med variert fagbakgrunn	Symptomer som hukommelsestap og desorientering ved demens forklares blant annet som en naturlig del av aldring, forårsaket av sosial isolasjon, uttrykk for en mulig forbigående form for galskap eller forklart som skjebne og Guds vilje, Forståelsen inkluderer også en oppfatning av demens som en potensielt forbigående fysisk sykdom som kan kureres.

Strumpf, N. E., Glicksman, A., Goldberg-Glen, R. S., Fox, R. C., & Logue, E. H. (2001). Caregiver and elder experiences of Cambodian, Vietnamese, Soviet Jewish, and Ukrainian refugees. <i>Int J Aging Hum Dev</i> , 53(3), 233-252. USA	Beskrive og sammenligne livserfaringer, helsestatus og kjennskap til tilgjengelige helsetjenester hos pårørende og eldre flyktninger fra Kambodsja, Vietnam, jøder fra Sovjet og Ukraina	Mixed method med innsamling av kvantitative data og kvalitative intervjuer	105 kvinnelige pårørende i alderen 20 til 71 med hovedansvar for eldre i familien og 52 eldre i alderen 55 til 94.	Pårørende vurderte de eldres helse som dårligere enn ved ankomst USA. Høyt BT, reumatisme, artritt, søvnproblemer, nervøsitet og hodepine var hyppig beskrevne helseproblemer. De fleste mottok helsehjelp for plagene, vanligvis fra helsepersonell med samme kulturelle bakgrunn. Helsehjelpen ble generelt verdsatt, men få forventet eller etterlyste slik hjelp. Flyktninger med asiatisk bakgrunn vektla sterke familieverdier og tradisjon basert på harmoni, verdighet, undertrykkelse av egne behov og selvkontroll. Sterk oppfatning av forpliktelse til å ta vare på de eldre og begrenset kunnskap om helsetjenester for eldre. Å ikke ta vare på sine eldre er synd og oppleves som en plikt basert på kjærlighet. Vanskelig å få oversikt over tilgjengelige helse- og omsorgstjenester. Var ukjent og påvirket av språkbarrierer. Helsen var påvirket av traumat ved å måtte forlate hjemlandet. Livet i USA er lettere rent fysisk, men vanskeligere psykologisk. Viktig for dem å opprettholde kulturell og religiøs tilhørighet og videreføre disse til yngre generasjoner.
Yarova, L. A., Krassen Covan, E., & Fugate-Whitlock, E. (2013). Effect of acculturation and health beliefs on utilization of health care services by elderly women who immigrated to the USA from the former Soviet Union. <i>Health Care Women Int</i> , 34(12), 1097-1115. USA	Avdekke forhold som påvirker bruken av profesjonelle helsetjenester i tre grupper, immigranter fra tidligere Sovjet, borgere i Ukraina og amerikanere i USA	Mixed method med spørreskjema og intervjuer	40 kvinner i alderen 50 år og eldre (15 immigranter fra Sovjet, 15 fra Ukraina og 10 fra USA)	De fleste immigrantene vurderte egen helse som god. Prøver å opprettholde egen helse ved balansert diett, vitaminer, fysisk aktivitet og regelmessige helsesjekker. Deltakerne fra Ukraina mente det kunne greie seg uten leger fordi de tok godt vare på egen helse og hadde en positiv livsinnstilling. Deltakere fra tidligere Sovjet var ikke vant til å tenke ivaretagelse av egen helse fra hjemlandet. De fleste immigrantene vegrer seg for å bruke amerikanske medikamenter på grunn av sammensatte bivirkninger. De foretrekker vitaminer, urter og folkemedisin fra eget hjemland. Påvirket av mødrenes syn på helsefremmende levevaner (isbad). Tilliten til helsevesenet er generelt høy både blant amerikanere og immigrantene som deltok.
Van Son, C. R., & Gileff, T. Y. (2013). Relying on what they know: Older Slavic emigres managing chronic health conditions. <i>Qualitative health research</i> , 23(12), 1660-1671. USA	Beskrive hvordan eldre slaviske immigranter beskriver erfaringene med kronisk sykdom, utforske hvordan deres livshistorie og bakgrunn påvirker oppfatning og atferd og identifisere barrierer som påvirker behandlingen	Etnografisk studie med deltakende observasjon og intervjuer	28 slaviske deltakere, inkludert eldre immigranter, familiemedlemmer som gir omsorg og nøkkelinformanter.	Oppfatninger om årsakene til kroniske tilstandene inkluderte aldring, kaldt klima og et hardt liv i det tidligere sovjet. Manglende utdanning førte til at de hadde vansker med å orientere seg i det amerikanske helsevesenet. Behandlingene de brukte inkluderte tradisjonell medisin med bruk av urter og mat. De brukte også kirken og det slaviske miljøet som ressurs ved helsesvikt. Ved behov for helsetjeneste var språkbarrierene vesentlig og de foretrakk å oppsøke apotek og helsetjeneste med russiskspråklig personale basert på tillit og forståelse selv om dette innebar lange reiseavstander.

Hvordan tjenestene skal møte eldre med minoritetsbakgrunn – konsekvenser for praksis

Datagrunnlaget som det vises til når det gjelder konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene til eldre med minoritetsbakgrunn, er hentet fra fem rapporter og tolv masteroppgaver fra norske universiteter og høyskoler. Av disse var ti kvalitative intervjustudier, én var en spørreundersøkelse, og én var en litteraturgransking. Oversikt over de inkluderte masteroppgavene er gitt i tabell 2. Referanse til de inkluderte rapportene med lenke til digital versjon finnes i vedlegg 4.

Behov for kompetanse

Ifølge flere av de gjennomgåtte rapportene trengs det kunnskap om hvordan man kan utvikle mangfoldsvennlige tjenester og særlig legge til rette for å overvinne kommunikasjonsutfordringer. Ansatte i helse- og omsorgstjenestene må forstå sosiale ulikheter og hvordan tjenestene best mulig kan tilrettelegges. Det er viktig å forstå hvordan mangfold på arbeidsplassen i form av språk og kulturkompetanse blant ansatte kan utnyttes, og hvordan ressurspersoners kompetanse kan nyttiggjøres innenfor pleie- og omsorgssektoren og i samarbeid mellom ulike etater [12, 43–45].

Satsing på kurs og kompetanseheving står sentralt. Ansatte i tjenestene må ha kunnskap om områder som kan være tabubelagte innenfor enkelte minoritetsgrupper (kreft, demens, psykiatri), og må kjenne til hvilke forventninger minoritetsgrupper kan ha når det gjelder sykdom og pleie- og omsorgstjenester, kommunikasjon og tilrettelegging. Kommunene anbefales å holde kurs og formidle kunnskap med tanke på kulturforståelse, kommunikasjon, forventningsavklaring og informasjonsformidling til ulike brukergrupper [43–45].

Flere av masteroppgavene fra norske universiteter og høyskoler beskriver behovet for kompetanse om eldre med minoritetsbakgrunn. En masteroppgave der det ble foretatt en spørreundersøkelse blant hjemmesykepleiere, viser behovet for kulturell kompetanse om pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Dersom de ansatte mangler dette, ser man utfordringer som diskriminering, dårlige helsetjenester og kommunikasjonsutfordringer. Ulike kulturelle kompetansemodeller blir beskrevet i oppgaven, men de sentrale fellestrekkene er personalets holdning, kunnskap, verdier og personlige egenskaper i tillegg til evnen til personsentrert kommunikasjon. Oppgaven viser videre behovet for oppslagsverk og faglitteratur, og for at helsepersonell i hjemmetjenesten er åpne for tilbakemeldinger og ønsker å lære [46]. Sykepleiere oppgir å ha fått lite undervisning om eldre med minoritetsbakgrunn i grunnutdanningen. De etterlyser mer kunnskap om mennesker med andre kulturelle bakgrunner og ønsker å ha informasjon om dette tilgjengelig på arbeidsplassen i hjemmetjenestene. Å gi god pleie til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn er, som all annen sykepleie, avhengig av at sykepleieren har erfaring, kunnskap og evne til å lytte og se det enkelte individ og dennes familie [47].

En kvalitativ masteroppgave fra sykehjem viser at for å bli faglig trygg i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn må man ha nok kunnskap om kulturelle behov og ståsteder. En pasientsentrert omsorgsmodell der det legges til rette for pasientens individuelle behov, blir brukt. Godt samarbeid med pårørende bidrar til faglig trygghet. Arbeidsmiljø og holdningsarbeid må vektlegges, og en må nyttiggjøre seg kunnskaper fra ansatte med en annen kulturbakgrunn. Pasientene og de pårørende er ikke alltid enige med sykepleierne om behandlingsopplegget. Denne uenigheten blir noen ganger satt i et kulturelt perspektiv der pasientens kulturtilhørighet brukes som forklaring [48].

Behovet for økt flerkulturell kompetanse innebærer at det trengs flere personer med minoritetsbakgrunn i helse- og sosialtjenestene. Det kan bedre forutsetningene for å forstå de

kulturelle og religiøse bakgrunnene til eldre brukere med minoritetsbakgrunn i ulike deler av helse- og omsorgstjenestene [49].

Andre studier beskriver behovet for kompetanse hos helse- og omsorgspersonale fra et brukerperspektiv. En kvalitativ masteroppgave med intervjuer av eldre innvandrere fra Sri Lanka viser at det er behov for kulturtilpassede tjenester som også inkluderer mat, tradisjon og religion samt at helsepersonell må lære seg å legge vekt på dette i arbeidet. Helsepersonell må være ekstra oppmerksomme på mennesker som kommer fra områder med krig og derfor kanskje ikke alltid stoler på myndighetene [50].

Kosthold og måltider er beskrevet som et viktig område der det trengs kulturell forståelse og kunnskap. Helsepersonell må unngå å gjøre antakelser om innvandreres matvaner, men i stedet forhøre seg om hvilke kulturelle matpreferanser og ernæringskunnskap den eldre har, før de gir råd om ernæring. Et motiverende intervju kan være en nyttig teknikk for å hjelpe eldre innvandrere som har usunne matvaner, til å erkjenne sin egen forståelse av og motivasjon for framtidig helse samt å skape erkennelser som kan føre til en vellykket helsestøttende kostholdsending [51].

Tilgang til tjenester

En systematisk litteratursgransking på mastergradsnivå hvor 14 studier er inkludert viser behov for flere bevisstgjøringskampanjer blant innvandrere for å hindre diskriminering, frykt for deportasjon og motvilje mot å søke helsetjenester. Innvandrere som har lav utdanning og som ikke kan lese, bør få informasjon om aktuelle tjenester på eget språk i tillegg til visuell informasjon. Videre bør innvandrere støttes og oppmuntres til å ta helsefaglig utdanning for å redusere mangelen på tokulturelt helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene [52]. En intervjuundersøkelse blant muslimske nære pårørende til døende pasienter på sykehus og i sykehjem beskriver opplevelser av at helsepersonell virker noe reserverte og redde for å blande seg. Samtidig unnlater de som pårørende å melde egne behov og virker å være redde for å være til bry. Sammenlagt gir dette utfordringer for kommunikasjon og samhandling mellom pårørende og helsepersonell [53].

En kvalitativ masteroppgave basert på intervjuer med sykepleiere i hjemmebaserte tjenester viser deres erfaringer fra arbeid med alvorlig syke og døende pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn og deres familie. Denne pasientgruppa har ofte behov for annen type hjelp enn etnisk norske pasienter, noe som viser nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid for å dekke disse behovene. Disse pasientene ønsker i stor grad å bli pleiet i eget hjem og også avslutte livet der. Det ser ut til at økt bruk av tolk vil kunne lette hverdagen da det kan føre til mindre usikkerhet om hva pasienten ønsker, slik at det dermed kan være lettere å planlegge pleien i tråd med pasientens behov [47].

Utvikling av tjenestene

I tilrettelegging og gjennomføring av tjenester må det legges vekt på brukermedvirkning og på individets egen mestring [54]. En kvalitativ masteroppgave foretatt blant eldre immigranter fra Somalia viser at for å øke samfunnsdeltakelsen bør de inkluderes i større grad når tiltak planlegges. Ikke minst bør tiltak baseres på helsefremmende tilnærming. Disse immigrantene er opptatt av at de kan fortsette å ta vare på sin egen kultur når de kommer på sykehjem [55]. En annen masteroppgave belyser hvordan eldre somaliere gjennom hverdagsaktivitetene og tilfeldige og planlagte møter med andre tilpasser seg livet i et nytt land. De fleste ønsker å ha større sosiale nettverk og økt tilgang til møteplasser. Viktigheten av å imøtekomme ønsker om språkopplæring knyttet til hverdagsaktiviteter blir vektlagt. De som fortsatt er i stand til å arbeide, ønsker flere muligheter for arbeid og for språktrening på arbeidsplassene. Det å få benytte sitt potensial og sine ressurser, øker følelsen av mestring og meningsfullhet og gjør hverdagen mer håndterbar, blir det understreket [56].

En kvalitativ masteroppgave konkluderer med at framtidige kostholdsråd må ta kulturelle og etniske forskjeller i betraktning, og at rådene må skreddersys for hver etniske gruppe. I tillegg må kvinners

helse tillegges betydning, slik at de kan ta gode beslutninger angående egen helse. Når det gjelder fedme, viser studien at om helsepersonell ønsker å forklare pakistanske kvinner at "fett er skadelig", må de også forstå den rollen og betydningen matvarer har i livene til disse kvinnene [57].

Behovet for brukermedvirkning i utvikling av tjenestene til eldre med minoritetsbakgrunn løftes også fram i flere av de gjennomgåtte rapportene [43, 45]. Det foreslås å snakke med målgruppa og personer i deres nettverk for å avklare hvilken kunnskap de har, hvorfor de eventuelt ikke bruker eksisterende tilbud, og hva som skal til for at tilbudet fungerer bedre. Det kan være viktig å involvere nøkkelpersoner som tilhører og kjenner den aktuelle innvandrergruppa når et tilbud skal utformes; de kan også bidra til rekruttering av brukere og/eller formidle helseinformasjon. For å rekruttere og motivere marginaliserte innvandrergupper til å delta i brukermedvirkning kan det være nødvendig å bygge opp målgruppa, deres ressurser, nettverk, kompetanse og tro på at de har noe å bidra med.

Når det foreligger språkbarrierer, bør helsepersonell bruke tolk. I mange tilfeller overvurderes innvandreres språkkunnskaper, og for noen er det nødvendig å bruke morsmålet når de snakker om sykdom og kropp. Konsultasjoner med tolk tar lengre tid enn andre konsultasjoner, og derfor må en sette av mer tid til disse konsultasjonene. Tolketjeneste bør vies spesiell oppmerksomhet, både når det gjelder hvordan den brukes, og hvilke erfaringer man gjør i samarbeid med familiene [44, 45]. Ved språkbarrierer kan visuelle hjelpemidler og samvalgsverktøy være nyttige til for eksempel å formidle fordeler og risikoer ved behandling [58]. Samvalgsverktøy kan pasienter bruke for å ta informerte beslutninger, for eksempel om hvilken behandling de mener passer best for dem. Samvalgsverktøy bidrar trolig til at flere deltar i beslutninger om behandlingsvalg, og til en riktigere risikoforståelse av valgene som tas [59]. Disse hjelpemidlene bør være tilpasset målgruppa, og det krever at målgruppa involveres i arbeidet med å utvikle verktøyene.

Også tiltak utenfor selve pasient–behandler-relasjonen som kan fremme brukermedvirkning, bør settes i gang. Blant annet kan ledelsen i helse- og omsorgstjenesten prioritere samvalg, helsepersonell kan kurses i samvalg, det bør lønne seg økonomisk for helsepersonell å jobbe med samvalg, og det bør være god tilgang på profesjonell tolk og samvalgsverktøy [58].

Oppsummering av funn

- Behov for økt kulturforståelse for å motvirke kommunikasjonsvansker, diskriminering og dårlig kvalitet i tjenestene er beskrevet.
- Et bredt kulturelt perspektiv som inkluderer kunnskap om mat, tradisjon og religion, og som har beredskap for å møte behovene til pasienter som kommer fra områder med krig, synes nødvendig.
- Ansatte i tjenestene etterlyser at det legges økt vekt på eldre brukere med minoritetsbakgrunn i helse- og omsorgsfagene, og mer tilgjengelig faglitteratur og oppslagsverk.
- Informasjon om aktuelle tjenester på eget språk i tillegg til visuell informasjon bør være tilgjengelig.
- Økt bruk av tolk i pleie- og omsorgstjenestene vil trolig føre til mindre usikkerhet om hva pasienten ønsker, og gjøre det lettere å planlegge pleien i tråd med pasientens behov.
- Brukermedvirkning i utvikling av tjenestene til eldre med minoritetsbakgrunn anbefales.
- Det vil være nyttig å snakke med målgruppa og personer i deres nettverk for å avklare hvilken kunnskap de har, hvorfor de eventuelt ikke bruker eksisterende tilbud, og hva som skal til for at tilbudet skal fungere bedre.

Tabell 2. Masteroppgaver som omhandler hvordan tjenestene bør møte eldre med minoritetsbakgrunn

Referanse	Mål med studien	Design	Utvalg	Funn
Dawes, Twinkle. Socio-cultural perceptions and practices of dietary choices with focus on fat intake in middle aged Pakistani women in Oslo - a qualitative study. Universitetet i Oslo, 2006	Formålene var: Å studere sosiokulturelle oppfatninger og praksis knyttet til kostholdsvalg, med fokus på fettinntaket, blant middelaldrende pakistanske kvinner i Oslo, å identifisere mulige barrierer for endringer i sunne valg av fettinntak og å diskutere implikasjonene av dette for forebyggende helseomsorg	Kvalitativ metode med dybdeintervjuer	12 pakistanske kvinner i aldersgruppen 42-70 år	Studien viser at etter å ha migrert, fulgte kvinnene kostholdsanbefalinger om å redusere sukker, ghee (indisk klarnet smør), skifte til plantebaserte oljer og spise mer hvitt kjøtt og matvarer av vegetabilsk opprinnelse. Imidlertid var det inntrykket at det totale fettinntaket fortsatt var høyt på grunn av tilberedningsmetodene, valg av tilberedningsmedium og valg av matvarer som ble rapportert av kvinnene. Når det gjelder fett, viser studien at budskapet "fett er skadelig", slik det formidles av helsepersonell, er utilstrekkelig uten forståelsen av rollen slike matvarer spiller i livene til disse kvinnene. Fremtidige kostholdsveiledninger må ta hensyn til kulturelle og etniske forskjeller og skreddersys for hver spesifikk etnisk gruppe. I tillegg må kvinnehelse gis viktigst fokus og ansvarliggjortes for å ta gode beslutninger angående helsen sin. Dette vil fortsette å være en utfordring innen folkehelsen.
Do, Tam Thi Minh. Kulturell kompetanse i hjemmetjenesten Universitetet i Agder, 2019	Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?	Deskriptiv tverrsnittstudie med spørreskjema	66 hjemmesykepleiere av begge kjønn i alderen fra 21 år eller eldre.	Utvalget hadde høy sumskåre på kulturell bevissthet og sensitivitet, kulturell holdning og på selvevaluering. Gjennomsnittsskårene for dimensjonen personsentrerte kommunikasjon og praksis-orientering var noe lavere.
Felix, Franca. Barriers to Access to Healthcare Services by Immigrants Population in Scandinavia: a systematic scoping review Universitetet i Tromsø, 2017	Å identifisere, kartlegge og diskutere eksisterende kunnskap om barrierer for tilgang til helsetjenester for innvandrere i Skandinavia	Scoping review	14 studier	Kommunikasjon og språkbarrierer og kultur var de vanligste barrierene som hindrer tilgang til helsetjenester. Videre begrenset helsepersonellens holdning eller respons tilgjengelig informasjon. Manglende kjennskap til helsesystemet gjorde det vanskelig å navigere i helsetjenestene og skapte mistillit til helsepersonell og systemer, noe som resulterte i økt bruk av akuttbehandling. Noen innvandrere nølte med å oppsøke hjelp på grunn av frykt for stigmatisering, fordommer og deportasjon på grunn av sin helsetilstand. Innvandrere med lav utdannelse hadde redusert forståelse eller manglende tilgang til tilgjengelig informasjon.
Goonetilleke, H.R. Ajith Senake. Growing Old amongst Strangers and Staying Healthy, As Experienced by Elderly Sri Lankan Immigrants Living in Norway Universitetet i Oslo, 2011	Å skaffe ny sykepleiekunnskap som kan sette sykepleieren i stand til å yte kultur tilpasset omsorg i samsvar med den eldre Srilankiske innvanderers kulturelle behov	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer	7 eldre immigranter fra Sri Lanka	Det er få likheter med den norske kulturen om hva deltakerne mener, og hva de gjør for å ta vare på helsen si. Sykepleiere og helsepersonell som ikke kjenner til disse kulturelle behovene, verdiene, forestillingene og levestøtten, vil mest sannsynlig ikke kunne yte kulturbetinget omsorg til disse eldre klientene.

Hougen, Maria Helene. God helse i alderdommen - En studie blant eldre somaliere Universitetet i Sørøst-Norge, 2020	Å få kunnskap om hva eldre somaliere mener er viktig for god helse, hva de gjør for å fremme helse, hva de opplever som barrierer og hva de ønsker av aktiviteter og fellesskap	Kvalitativ studie med intervjuer	8 deltakere; 3 kvinner og 5 menn fra Somalia - gjennomsnittsalder på 70 år,	Funnene indikerer at informantene i stor grad ønsker å være aktivt deltagende i egne helsefremmende prosesser. De fleste hadde ønsker om større sosiale nettverk og økt tilgang til møteplasser. Flere snakket om ensomhet, og om manglende anerkjennelse fra storsamfunnet. Mange ønsket å knytte flere kontakter og å delta mer aktivt i samfunnet.
Idivuoma Ellen. Sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem? Universitetet i Tromsø, 2015	Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?	Kvalitativ studie med dybdeintervju	5 kvinnelige sykepleiere fra to sykehjemsavdelinger i Oslo.	En pasientsentrert omsorgsmodell der det legges til rette for pasientens individuelle behov blir brukt i stor grad. Minoritetspasientens kulturelle behov tolkes som en utvidelse av individuelle behov. Sykepleierne tilegner seg nødvendig kunnskap underveis i prosessen, og føler at de er faglig trygge i situasjonen. Samtidig peker også funnene på at sykepleierne opplever at de i mange situasjoner ikke har tilstrekkelig kunnskap om minoritetspasientens kulturtilhørighet, hvilket gir en følelse av faglig utrygghet. Pasientene og de pårørende er ikke alltid enig med sykepleierne om behandlingsopplegget. Denne uenigheten blir noen ganger satt i et kulturelt perspektiv, der pasientens kulturtilhørighet brukes som forklaring. Refleksjon om egen kulturtilhørighet og på hvilken måte eget ståsted påvirker samarbeidet ser i liten grad ut å finne sted. Pårørendes rolle er tvetydig. De oppleves noen ganger som en belastning i sykepleierens daglige arbeid, men også som en god støtte med sin kunnskap om pasientens språk og kulturelle bakgrunn. Vi finner også eksempler på at sykepleierne spontant klarer å ta en relasjonssentrert omsorgsmodell i bruk. Her gir samarbeidet med pårørende og arbeidsfellesskapet sykepleieren en opplevelse av faglig trygghet.
Maxson, Stephanie Lynn. Eating preferences and behaviors of healthy aging, older immigrants in Oslo: A qualitative study. OsloMet, 2023	Å øke forståelsen for eldre innvandrere i Oslo sine spisevaner og preferanser samt og identifiserer hva som påvirker deres matvalg	Kvalitativ studie med dybdeintervjuer	14 eldre innvandrere i Oslo	Studieresultater indikerer at hjemmeboende, eldre innvandrere har et bikulturelt kostholdsmønster og har mange sunne spisevaner. Deltakerne er motivert for å spise sunt for å unngå sykdom og funksjonshemming med aldring. De eldre innvandrerne som ble intervjuet søker etter ernæringsinformasjon, og er kunnskapsrike om verdien av ernæring, trening og sosial tilknytning for å opprettholde helse med aldring. Deltakerne viste personlige egenskaper som mestring og motstandskraft, som knyttet til sosial kognitiv teori er støttende for endring av helseatferd.
Pedersen, Gry. Sykepleieres erfaringer fra arbeid med alvorlig syke og døende pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i Hjemmesykepleien. Universitetet i Oslo, 2006	Få økt kunnskap og forståelse rundt det å arbeide i hjemmet til alvorlig syke og døende pasienter som er kulturelt annerledes enn sykepleieren	Kvalitativ studie med intervjuer	6 sykepleiere i hjemmesykepleien	Funnene fra undersøkelsen viste at sykepleierne opplevde arbeidet med alvorlig syke og døende pasienter med etnisk minoritets-bakgrunn som krevende. De erfarte at denne pasientgruppen ofte har mindre kunnskap om hjemmesykepleie enn etnisk norske pasienter, og at de i mindre grad benytter seg av disse tjenestene. Sykepleierne opplevde at de ofte hadde problemer med å kommunisere med pasienten, og at dette både var knyttet til språk – og kulturforskjeller. Ved behov for oversettelse ble familien ofte brukt, profesjonell tolk ble i liten grad benyttet. Når det gjaldt erfaringer knyttet til kulturforskjeller og annerledeshet, trakk informantene spesielt fram det å nærme seg døden og at døden ikke skal snakkes om, samt den individualistiske sykepleieren i møtet med den kollektivistisk orienterte pasienten. Her var familiens rolle spesielt sentralt. Når det gjaldt det siste temaet opplevde sykepleierne at de ofte får en annen rolle hos denne pasientgruppen. De opplever å lykkes best med en individuell tilnærming til den enkelte pasient, men etterlyser også mer undervisning og kunnskap om andre kulturer og religioner.

Samantar, Mona. Challenges with Collectivistic Culture in-Home Care Reablement - A qualitative study. OsloMet, 2018	Hvilke utfordringer ble helsepersonell møtt med i rehabilitering av voksne minoriteter i tilrettelegging av hjemmesykepleie	Kvalitativ studie med intervjuer	6 helsepersonell i hjemmetjenestene (3 norske og 3 med etnisk minoritetsbakgrunn)	Det er utfordrende for helsepersonell å tilrettelegge for kulturelt mangfold i hjemmesykepleie. Det er variasjon i kultur, som for eksempel kjønn, mat og hygiene. Det var stor forskjell mellom en individualistisk kultur som praktiseres i Norge, og den kollektivistiske kulturen som utøves av voksne minoriteter når det kom til disse aspektene. Kvinnelige pasienter forventet at kvinnelige helsearbeidere skulle ta vare på dem og omvendt. Helsepersonellet opplevde at det var vanskelig å møte behovene deres. Helsepersonell forklarte hvordan familien hadde en sentral påvirkning på den enkelte. Familiedeltakelse ble sett på som både hemmende og fremmende. Noen følte at familien alltid var til stede. Noen informanter syntes det var bra å ha familien rundt fordi det kunne motivere klienten til å være uavhengig. Informantene sa at minoritetskundene hadde høye forventninger når det kom til bedring, og de forventet å bli som før de ble syke. Konseptene "eksperten" for "å fikse ting" ble reist. Mer spesifikt ble fatalistiske tro og konseptet "hvis Guds vilje" sett på som betydningsfulle faktorer som påvirket bedringsprosessen. På grunn av ulik kultur var målsetting utfordrende for klientene å oppnå. Klienter kommer fra en kollektivistisk kultur der de er avhengige av andre, og dette gjorde det vanskelig for dem å kommunisere sine mål. En informant mente til og med at ordet "mål" kanskje ikke eksisterte i deres språk og kultur. Klientene hadde langsiktige mål som var umulige å oppnå, som å bli fullstendig frisk. Det faktum at de har høye forventninger når det gjelder bedring, begrenser motivasjonen til å sette realistiske mål.
Sharma, Madhu. Norsk laks på indisk vis. Refleksjoner over egen aldring hos indere i Norge. Universitetet i Oslo, 2009	Få kunnskap om hvilke refleksjoner aldrende indere har om sin alderdom i Norge	Kvalitativ studie med intervjuer	8 indere i alderen 50- 65 år	Opplever at omsorgstradisjoner og storfamiliesystemet gradvis blir brutt av yngre generasjoner. Alderdommen oppleves uverdig uten tett kontakt med barna. Primærhelsetjenesten oppleves utilfredsstillende, fastlegen oppleves fraværende med manglende interesse for individet. Ønsker tettere samarbeid mellom pårørende og de offentlige tjenestene, kultursensitiv institusjonspleie og tospråklige multikulturelle ansatte i tillegg til generell kompetanseheving. Behov for etnisk segregert institusjon for eldre indere.
Ssanova, Svetlana God alderdom for eldre immigranter En studie blant eldre somaliske immigranter og deres syn på en god alderdom i Norge. Universitetet i Sørøst-Norge, 2020	Hva fremmer, og hva hemmer en god alderdom for eldre somaliske immigranter i Norge?	Kvalitativ studie med intervjuer	12 hjemmeboende menn og kvinner fra Somalia.	Resultatene viser at en god alderdom for eldre somaliske kvinner og menn er opprettholdelse av nære relasjoner og etablering av nye relasjoner i Norge. De er opptatt av å delta på felles møteplasser for å få praktisere norsk. En god alderdom innebærer å ha gode dager med god helse, fred og trygghet, å kunne bruke egne ressurser og å kunne praktisere sin religion. Språkbarrieren er en utfordring for flere, noe som fører til ensomhet og mangel på sosial kontakt. I tillegg skaper kulturelle barrierer i form av ulik klesdrakt, annen væremåte og utseende en følelse av avstand til majoriteten og en opplevelse av å ikke bli sett.
Lisbeth Alnes Vestgarden. Erfaringer når nær familie dør – Hvordan opplever muslimske pårørende møtet med helsepersonell i Norge? Høgskulen i Volda, 2015	Å samle erfaringer og opplevelser som muslimske pårørende har hatt, når nær familie har vært i terminal fase	Kvalitativ studie med dybdeintervju	8 muslimer (5 kvinner og 3 menn), både første og andregenerasjons innvandrere, med landbakgrunn fra henholdsvis Pakistan, Bosnia og Iran.	Det er generell tilfredshet hos pårørendes beskrivelser av sitt møte med helsepersonell i Norge. De gir uttrykk for at de hadde tillit til helsepersonell, de var fornøyde med å få være til stede, de var fornøyde med omsorgen som ble vist og de ville ikke tatt pasienten ut av institusjon for å kunne dø hjemme. Pårørende beskriver også opplevelser av at helsepersonell virka noe reservert og redd for å blande seg. Samtidig unnlot pårørende å melde egne behov, og virka redd for å være til bry i avdelinga. Det kan virke som om begge parter trekker seg unna hverandre.

Tilrettelegging av informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen slik at man kan nå ut med den til eldre med minoritetsbakgrunn

Søkene i internasjonale databaser på dette området ga et begrenset antall treff. Datagrunnlaget er derfor hentet fra åtte forskningsstudier som inkluderer fire kvalitative studier, to spørreundersøkelser og to begrepsanalyser fra Norge (én), Sverige (to), Danmark (én), USA (to) og Nederland (én) og én studie med data fra ulike europeiske land. Disse er presentert i tabell 3. I tillegg er det referert til én masteroppgave (beskrevet i tabell 2) og ni norske rapporter eller nettsider som er inkludert i oversikten i vedlegg 4.

Helsekompetanse

Folkehelse og forebyggende tilbud knyttes ofte til begrepet helsekompetanse. Helsekompetanse kan defineres som «personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til valg av levevaner, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» [60].

Helsekompetansen i den norske befolkningen ble første gang kartlagt i 2019–2020 i et stort og representativt utvalg [61]. Det ble brukt et omfattende kartleggingsverktøy med 47 spørsmål (Health Literacy Population Survey Questionnaire [HLS19-Q47]) som måler helsekompetanse på følgende tre områder:

- helsetjenesterelatert – det vil si evne til å skaffe tilgang til og forstå, tolke og vurdere medisinsk informasjon samt å ta informerte beslutninger som gjelder medisinske problemer
- sykdomsforebygging – det vil si evne til å skaffe tilgang til og forstå, tolke og vurdere informasjon om risikofaktorer for helse samt å ta informerte beslutninger som gjelder risikofaktorer for helse
- helsefremming – det vil si evne til å skaffe seg tilgang til og forstå, tolke og vurdere informasjon om hva som har innvirkning på helsa i det sosiale og fysiske miljøet og ta informerte beslutninger basert på denne informasjonen

I denne undersøkelsen ble helsekompetanse inndelt i tre nivåer fra 1 (lav helsekompetanse) til 3 (høy helsekompetanse). Nivå 2 og 3 ble vurdert å være tilstrekkelig for å «ta valg» og «aktivt delta i behandlingen» knyttet til egen helse og sykdom [61]. Én av tre hadde helsekompetanse på nivå 1 eller lavere, det vil si at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap eller ferdigheter til å aktivt delta i helserelaterte spørsmål eller medisinsk behandling. Den generelle helsekompetansen i den norske befolkningen viser ingen tydelige forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper, utdanningsnivå eller personer med langvarig sykdom, men kvinner og personer med mer enn videregående utdanning skårer noe høyere [61].

Det er videre gjort subanalyser av materialet i rapporten beskrevet over. Disse ser på helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge (mennesker fra Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam) [58]. Analysene viser at helsekompetansen i disse gruppene varierer avhengig av opprinnelsesland og temaområde sammenliknet med totalbefolkningen. En større andel av innvandrere fra Tyrkia og Vietnam skårer på nivå 1 eller lavere på generell helsekompetanse, mens det er en lavere andel på nivå 1 blant pakistanere, polakker og somaliere, der lav helsekompetanse er forbundet med lav utdanning og lav økonomisk status [58].

Innenfor det helsetjenesterelaterte domenet skårer personer fra Tyrkia og Vietnam svakere enn resten av befolkningen. Lav skår på helsetjenesterelatert helsekompetanse vil påvirke evnen til å «forstå hva legen sier, finne informasjon om behandling av sykdommer og forstå informasjon om hva som bør gjøres i medisinske akutsituasjoner» [58]. Helsetjenesterelatert helsekompetanse har også sammenheng med utdanningsnivå og økonomisk status.

En nederlandsk undersøkelse fra 2017 viser det samme som den norske undersøkelsen, nemlig at innvandrere ikke har dårligere helsekompetanse enn resten av befolkningen [62]. Videre viser en svensk undersøkelse av helsekompetanse hos flyktninger at 3 av 5 (60 prosent) har inadekvat helsekompetanse, og at lav utdanning er den eneste faktoren som er signifikant assosiert med slik lav helsekompetanse. Undersøkelsen viser også at flyktninger fra Somalia har lavere helsekompetanse enn flyktninger fra andre land [63]. En undersøkelse fra USA, som så på helsekompetanse angående bruk av foreskrevne medisiner hos flyktninger fra Somalia, fant at målgruppa hadde store problemer med å forstå instruksene for bruk av medisinene. Dette var uavhengig av om de ganske nylig hadde kommet til USA, eller om de hadde bodd der i flere år. Familier beskrev problemer med å forstå kronisk sykdom og behovet for å ta medisiner regelmessig. Både eldre og deres omsorgsgivere framholdt behovet for bedre informasjon og veiledning om hva legemidler hjelper for, og hvorfor og hvordan de skal tas [42].

En litteraturundersøkelse fra 2017 viser at de viktigste barrierene som kan vanskeliggjøre tilgang til helsetjenester blant innvandrere i Skandinavia, er dårlige språkferdigheter, utdanningsnivå, holdninger til helsepersonellet, kunnskap om systemet samt frykt for å bli møtt med fordommer eller å bli deportert. Alder er ikke beskrevet som en barriere i denne undersøkelsen [52].

Flere av de gjennomgåtte rapportene peker på viktigheten av å øke helsekompetansen blant eldre med minoritetsbakgrunn. Like viktig er det å styrke helsepersonellens bevissthet om at det finnes variasjon i helsekompetansen hos innvandrergupper [12, 58].

Videre går det fram av ulike rapporter at utvikling av tilrettelagt informasjonsmateriell og modeller for opplysningsarbeid er nødvendig. Det er viktig å informere brukere og pårørende om hvordan de kan forebygge helseproblemer og orientere dem om tjenestetilbudet, rettigheter, frivillighet og hvor de skal henvende seg. Når man utarbeider slik informasjon, er det som regel nødvendig å snakke med og samarbeide med personer fra målgruppa for å undersøke deres nåværende forståelse, informasjonsbehov og foretrukne informasjonskanaler. Informasjonen må foreligge på relevant språk, ha en kultursensitiv tilnærming, inneholde få fagbegreper og være tilgjengelig på arenaer der de aktuelle innvandrerguppene møtes, eller gjennom de formidlingsplattformene og kanalene som de hyppigst benytter seg av [43].

Noen prosjekter har vist at informasjonen med fordel kan formidles av aktører som deler mottakernes bakgrunn. For å nå fram med informasjon er relasjonen mellom partene avgjørende. Det kan være en fordel at senderen og mottakeren har samme etniske eller språklige bakgrunn, at senderen kjenner til kultursensitive normer for kommunikasjon med den aktuelle etnisk gruppa, at senderen har betydelig innsikt i og erfaring med det norske helsevesenet og myndighetene, og at senderen representerer en troverdig «rollemodell» for mottakeren. Samarbeid med relevante religiøse organisasjoner og brukerorganisasjoner, interesseorganisasjoner og frivillige organisasjoner er viktig i informasjonsarbeidet [44, 45].

Helsefremmende program og aktiviteter

En svensk undersøkelse som evaluerte et helsefremmende program for personer mellom 70 og 83 år med bakgrunn fra Finland og den vestlige Balkan-regionen ('Promoting Ageing Migrants' Capabilities'), viser hvordan programmet støtter deltakernes helsekompetanse i dagliglivet. Alle deltakerne hadde bodd i Sverige minst 11 år, de fleste i 21 år eller mer. Programmet bestod av 4 ukentlige gruppemøter og 1 individuelt oppfølgingsbesøk i hjemmet. Evalueringen 6–12 måneder etter at programmet var avsluttet, konkluderer med at programmet bidro til å styrke deltakernes helsekompetanse i deres dagligliv. Programmet bidro til å utvikle personlige ferdigheter som gjorde deltakerne bedre i stand til å ta gode helsevalg. De ble bedre i stand til å vurdere når det var behov for å iverksette helsemessige tiltak, både for egen og andres del. Programmet bidro med verktøy gjennom å rette deltakernes oppmerksomhet mot informasjon som er viktig for å ivareta egen og andres helse og identifisere mulige helserisikoer. Deltakernes oppmerksomhet på og evne til å ta til seg nyttig helseinformasjon som er relevant for dem og andre, ble styrket [64].

Andre undersøkelser setter søkelyset på sosiale aspekter ved helse. En undersøkelse av helseressurser og sosial kapital blant eldre somaliere i Norge identifiserer ulike helsefremmende

aktiviteter som denne gruppa driver med. Den første helsefremmende aktiviteten som eldre somaliere viser stor interesse for, handler om å oppsøke og delta på ulike møteplasser for å treffe andre mennesker og motvirke ensomhet. En annen helsefremmende aktivitet er å besøke moskeen regelmessig. Religiøse aktiviteter og religiøst fellesskap er viktig. Videre deltar mange i frivillige aktiviteter og innvandrernettverk. Flere utfører også helsefremmende fysiske aktiviteter, som å løfte vekter, gå og sykle. Helsefremmende aktiviteter skaper nye sosiale relasjoner som kan gi mot til å bygge broer til andre nettverk. Undersøkelsen viser at erfaringskunnskap fra hjemlandet bidrar til etablering av relasjoner og bånd med mennesker med lik erfaringsbakgrunn. Samtidig ønsker mange å bidra i samfunnet og knytte kontakter utover det somaliske miljøet. Undersøkelsen viser at viljen til å bygge bro utgjør en mulig helseressurs som kan skape kontakt med majoritetssamfunnet [55].

Kjønn og rolleforventninger kan påvirke deltakelse i helsefremmende aktiviteter. I en studie fra USA framkommer det at eldre kvinner med indisk og pakistansk bakgrunn kan ha mindre tid til å trene fordi de bruker mye tid på husarbeid og omsorg for barnebarn. De eldre i denne studien hadde innvandret til USA etter pensjonering eller fylte 55 år og hadde dermed kort botid i USA [14].

Kilder til informasjon og kunnskap

En systematisk litteraturgjennomgang som inkluderer 15 studier, framholder at de fleste studiene viser at eldre immigranter ofte stoler på råd fra familie og sosialt nettverk før de søker helsehjelp. Eldre immigranter tyr ofte til alternative veier til helsehjelp forankret i deres oppfatning av helse, gjerne ut fra en kulturell og religiøs kontekst. Som en følge av dette bør helsepersonell veilede eldre immigranter om tilgjengelige alternativer for helsehjelp [65]. En norsk undersøkelse av helseressurser hos eldre somaliere (over 50 år) viser betydningen av å ha et felles treffsted der de kan oppleve et somalisk fellesskap. På treffstedet skapes sosiale bånd som kan styrke helse og velvære og motvirke psykisk uhelse. Utover det sosiale samværet bruker de treffstedet også til å skaffe seg kunnskap om det norske samfunnet, både sosialt, juridisk og helsemessig. Her får de hjelp til oversettelse og juridisk bistand til å forstå brev og henvendelser fra offentlige instanser, som helsevesenet, Nav og rettsvesenet [55].

I en dansk fagartikkel framholdes det problematiske ved at det foregår kategorisering og stigmatisering overfor etniske minoriteter, primært muslimer. Etniske stereotyper assosieres med problemer og medfører at dialogen oppgis på forhånd. Det går dårlig sammen med målet for helsefremmende og forebyggende helsearbeid som handler om å understøtte pasientens motivasjon for livsstilsendringer, noe som krever både selvtrillit og handlingskompetanse. Forfatteren understreker verdien av dialog, respekt og anerkjennelse. Man må være åpen for betydningen av pasientenes egne fortolkninger og finne fram til de faktorene som kan fremme innvandrerpasientenes kompetente handlingsstrategier når det gjelder livsstilsendringer [66].

Erfaringer fra informasjonsarbeid under koronapandemien

Under koronapandemien fikk Aldring og helse i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen finansiering fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) for å utvikle informasjonsmaterieil om covid-19 tilpasset eldre med innvandrerbakgrunn. I prosjektet ble det laget filmer og informasjonsbrosjyrer på urdu, polsk, somali, arabisk, vietnamesisk og bosnisk samt norsk og en tilhørende veileder på norsk. Informasjonstiltakene ble formidlet via ulike nettverk [67].

I en Fafo-rapport fra februar 2024 oppsummeres erfaringene med å bruke frivillige organisasjoner som formidlere av informasjon til innvandrerbefolkningen under koronapandemien basert på fokusgrupper med innvandrerkvinner, casestudier blant organisasjoner som mottok tilskudd, dokumentstudier av søknader og sluttrapporter fra tilskuddsmottakere, en spørreundersøkelse blant 235 tilskuddsmottakere, intervjuer med politikere og representanter for forvaltningen, intervjuer med personer med bakgrunn fra Polen og Somalia og intervjuer med representanter for 6 organisasjoner om frivillige organisasjoners rolle [68]. Rapporten oppsummerer følgende 5 læringspunkter:

1 *Informasjon ut og erfaringer tilbake.* Når frivillige organisasjoner formidler informasjon til sine målgrupper på vegne av myndighetene, må organisasjonene samtidig ha mulighet til å formidle erfaringer og synspunkter fra målgruppene tilbake til myndighetene.

2 *Språk og oversettelse.* Både lokale og nasjonale myndigheter bør sørge for tydelig plassering av ansvar for oversettelse av informasjon fra myndighetene, og tolking under møter og medieinnslag. Det krever differensierte og målrettede tiltak om man skal nå fram til hele befolkningen med informasjon. Ett viktig element i dette er gode og lettfattelige oversettelser av myndighetsinformasjon. Ved at man etablerer en fast instans som har det overordnede ansvaret for dette, vil man kunne unngå dobbeltarbeid og uklarhet.

3 *Kontakt og læring utenfor krisetider.* Myndighetenes kontakt med frivillige organisasjoner utenom krisetider bør gjøres enda mer omfattende og målrettet, slik at begge parter kjenner hverandre og hverandres virksomheter godt. Dette vil være et pluss utenfor krisetider, og det vil kunne bidra til å etablere en helhetlig informasjonsstrategi for å nå hele befolkningen.

4 *Hva slags offentlige tilskudd?* Erfaringer fra å bruke frivillige organisasjoner til å formidle informasjon fra myndighetene til innvandrerbefolkningen under pandemien aktualiserer hvordan offentlige tilskudd til frivillige organisasjoner bør innrettes. En viktig grunn til å bruke organisasjoner i informasjonsformidling er at de har tillit i sine målgrupper. Tillit kommer ikke av seg selv, den bygges av organisasjoner, og den kan også raskt rives ned. Derfor må frivillige ikke bare vurdere om de skal engasjere seg i tiltak det gis offentlige tilskudd til, men også hvordan dette skal skje.

5 *Tillit og verdifelleskap.* Både frivillige organisasjoner og myndighetene må diskutere og ha et aktivt forhold til hva som bygger tillit mellom organisasjoner og deres målgrupper, og gjennom det også hva som kan bryte ned tilliten.

Oppsummering av funn

- Helsekompetansen i innvandrerbefolkningen synes å variere avhengig av opprinnelsesland, temaområde, utdanningsnivå og økonomisk status.
- For å nå ut med informasjon til eldre med minoritetsbakgrunn bør det utvikles tilrettelagt informasjonsmateriale om forebygging av helseproblemer, orientering om tjenestetilbud, rettigheter, frivillige tjenester og om hvor man kan henvende seg for å få mer informasjon eller hjelp.
- Eldre stoler ofte på råd fra familie og sosiale nettverk før de søker helsehjelp.
- Gjennom brukermedvirkning kan det tas utgangspunkt i målgruppas forståelse, informasjonsbehov og foretrukne informasjonskanaler på relevante språk og med en kultursensitiv tilnærming.
- Informasjon bør gjøres tilgjengelig via relevante arenaer, formidlingsplattformer og gjennom samarbeid med frivillige aktører.
- Helsefremmende aktiviteter kan med fordel etableres på allerede eksisterende møteplasser, som religiøse og kulturelle fellesskapsarenaer.
- Dialog, respekt og anerkjennelse fremmer målgruppas kompetente handlingsstrategi og kan bygges gjennom nettverk og oppsøkende virksomhet.

Tabell 3. Hvordan man kan tilrettelegge og nå ut med informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen – inkluderte forskningsartikler

Referanse Land	Mål med studien	Design	Utvalg	Funn
Barenfeld, E., Gustafsson, S., Wallin, L., & Dahlin-Ivanoff, S. (2017). Supporting decision-making by a health promotion programme: Experiences of persons ageing in the context of migration. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> Vol 12, (1). Sverige	Utforske erfaringene til utenlandsfødte eldre med å delta i <i>Promoting Ageing Migrants' Capabilities</i> programme	Kvalitative intervjuer	12 deltakere (70-83 år), 6 kvinner og 6 menn, opprinnelig fra Finland (7 pers) eller den vestlige Balkan-regionen (5 pers). Botid i Sverige: minst 11 år, de fleste 21 år eller mer.	Deltakerne opplevde bruken av helsefremmende budskap fra programmet som en dynamisk prosess for hvordan man kan ta beslutninger om å iverksette tiltak knyttet til helserelaterte behov hos seg selv eller andre. Programmet bidro til å utvikle personlige ferdigheter som støtte for helsevalg og å rette oppmerksomheten mot viktig informasjon om egne helserisikoer og/eller det å involvere seg/være talsmann for andres helse(utfordringer). Evnen til å handle for å tilfredsstille helsebehov var avhengig av personlige ressurser/forutsetninger (kroppslige og mentale) og ressurser i miljøet/omgivelsene (tilgang til helsetjenester og sosiale nettverk).
Krishnagiri, S. S., Fuller, E., Ruda, L., & Diwan, S. (2013). Occupational engagement and health in older South Asian immigrants. <i>Journal of Occupational Science</i> , 20(1), 87-102. USA	Å undersøke elementene som påvirker hvordan friske, aktive sørasiatiske eldre immigranter deltar i daglige aktiviteter for å opprettholde helsen si (Pilotstudie)	Kvalitative intervjuer og aktivitetskart/-diagram	12 sørasiatiske eldre, (61-89 år) 7 menn og 5 kvinner, , innvandret som 55+ / etter pensjonering, fra India eller Pakistan, snakker engelsk, og er aktive i samfunnet. Fem ektepar og to menn. Høyt utdannet, øvre middelklasse, alle gifte.	Ny situasjon etter migrasjonen der de var del av et flergenerasjonshushold, og ikke lenger familieoverhoder. Tilpasning til og avhengighet av familien, tilpasse vaner og rutiner og holde seg sosialt tilkoblet og engasjert i aktiviteter. Gjensidige avhengigheten med fellelesskapet. Behov for samvær med andre fra samme kultur og aldersgruppe - viktig for mentalt velvære og for å unngå ensomhet. Enkelte nevner bruk av tradisjonelle helbredelsesmetoder. Kulturelle normer og forventninger spilte en rolle i tilgang til helsetjenester og andre offentlige tjenester. Deltakerne har med seg helsevaner fra hjemlandet.
Krzym, E. Z., & Lin, H.-R. (2024). Health-seeking behavior in older immigrants: A concept analysis. <i>Educational Gerontology</i> , 50(5), 386-401. Ulike land	Formålet er å definere og avklare begrepet helse-søkende atferd hos eldre innvandrere. Analysen har som mål å avdekke erfaringer som eldre innvandrere har når de søker helsehjelp	Begrepsanalyse	15 artikler publisert 1.1.2017-1.11.2022, fra ulike land som setter søkelys på eldre innvandrere	Kjennetegn forbundet med begrepet helsehjelpssøkende atferd hos eldre innvandrere: Sosiale nettverk og familie. Isolerte immigranter, borte fra familien og med begrenset antall venner bruker helsetjenester i mindre grad. Helse og omsorgspersonell må opplyse/utdanne immigranternes nettverk /familie og venner Alternativ tilnærming og alternative veier, forankret i deres oppfatning av helse, ofte ut fra en kulturell og religiøs kontekst. Helsepersonell bør veilede eldre immigranter om tilgjengelige alternativer for helsehjelp Sosiokulturelle oppfatninger - kjønn hos helsepersonell, lik kulturbakgrunn kan skape et kulturelt bånd mellom helsepersonell og pasient, som kan bidra til trygghet Individuelle karakteristika. Økonomisk status og helseforsikring viktigst, søker profesjonell helsehjelp kun i nødstilfelle, sjelden for forebyggende behandling. eldre immigranter generelt foretrekker å søke hjelp hos fagfolk med lignende kulturbakgrunn og som snakker samme språk.

Miner, S., McDonald, M. V., & Squires, A. (2018). Medication Literacy and Somali Older Adults Receiving Home Care. <i>Home Healthcare Now</i> , 36(5), 295-303. USA	Å utforske medisinsk kompetanse hos en gruppe somaliske eldre og deres familier ved hjelp av kvalitativ sekundær analyse	Hjemmebesøk, kvalitative intervjuer, debriefing sessions (reanalyse)	19 personer fra 14 somaliske familier med eldre (50+) som hadde mottatt helsetjenester i hjemmet, hvorav 10 eldre og 9 omsorgsgivere, gjennomsnittlig botid 12 år	Familiene beskrev problemer med å forstå medisiner og behov for mer opplæring for å kunne ta legemidlene korrekt. Medisiner var noe nytt for dem. Spesielt utfordrende var begrepet kronisk sykdom og behovet for å ta medisiner regelmessig. Både eldre og omsorgsgivere framholdt behovet for bedre informasjon og veiledning selv, for sine familier og for andre i det somaliske miljøet.
Nielsen, J. (2015). Stigma – en hindring? <i>Klinisk Sygepleje</i> , 22(3), 40-47. Danmark	Å bidra til refleksjon over interaksjonen mellom pasienter med annen etnisk bakgrunn enn dansk og helsepersonell sett i et helsefremmende- og forebyggingsperspektiv	Fagartikkel – begrepsanalyse og empiriske eksempler hentet fra antropologiske studier	Fokus på etniske minoriteter i primærsektoren.	Forfatteren fremhever det problematiske ved at det foregår kategorisering og stigmatisering overfor etniske minoriteter, primært muslimer. Kategorisering er forbundet med stigmatisering som kan føre til nedbrytning av individers handlingskompetanse. Etniske stereotypier assosieres med problemer, og dialogen oppgis på forhånd. Det går dårlig sammen med målet for helsefremmende og forebyggende sykepleie som handler om å understøtte pasientens motivasjon for livsstilsendringer, noe som krever både selvtilit og handlingskompetanse. Forfatteren understreker verdien av dialog, respekt og anerkjennelse. Man må være åpne for betydningen av pasienters egne fortolkninger – og finne frem til de faktorer som kan fremme innvandrerpasienters kompetente handlingsstrategier i forhold til livsstilsendringer.
Ssanova, S., Hougen, M. H., & Sverre, B. L. (2022). Å bygge broer. Helseressurser og sosial kapital blant eldre somaliere i Norge. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i> , 8(2), 30-44. Norge	Å bidra med ny kunnskap om helseressurser blant eldre innvandrere med somalisk bakgrunn i Norge og hvordan disse ressursene kan styrke deres sosiale kapital	Kvalitative intervjuer - reanalyse av intervjuer fra to masterprosjekter. Syv individuelle intervjuer og fem gruppeintervjuer	17 somaliske personer (48-79 år), 9 menn og 8 kvinner i alderen Botid i Norge: 3,5 – 31 år.	Helseressurser blant eldre somaliske innvandrere: Erfaringskunnskap fra hjemlandet: menn framholdt praktisk kompetanse, familieroller som far, bestefar, ektemann. For kvinner var det å styre husholdet og ha omsorgen for barna viktig. Både kvinnene og mennene var opptatt av å dele kunnskap og livsvisdom med andre. Normer for hvordan somaliere hjelper og støtter hverandre – de er trygge på at de får støtte fra andre somaliere i Norge. Helsefremmende aktiviteter: bekymring for ensomhet, og betydningen av å oppsøke og treffe andre mennesker på ulike møtestedet. Mange deltok i frivillige aktiviteter. Flere utførte helsefremmende fysiske aktiviteter – trene styrke, sykle, gå turer. Vilje til å bygge bro: Enkelte ønsker å knytte kontakter utover det somaliske miljøet for å lære noe nytt. Ønsker om å lære bedre norsk. Gjennom deltakelse på treffstedet skaffet de seg kunnskap om det norske samfunnet, både sosialt, juridisk og helsemessig
van der Gaag, M., van der Heide, I., Spreeuwenberg, P.M.M. et al. (2017). Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. <i>BMC Health Serv Res</i> 17, 350. Nederland	Å få innsikt i nivået av helsekompetanse blant etniske minoriteter i Nederland, og å undersøke om forholdet mellom etnisitet og bruk av helsetjenester kan forklares (delvis) av helsekompetanse	Spørreundersøkelse der helsekompetanse ble målt ved hjelp av Health Literacy Questionnaire (HLQ)	Sendt til et utvalg på 2116 medlemmer av det nederlandske helseforbrukspanelet (svarprosent 46%, 89 svar fra ikke-vestlige minoriteter).	Generelt sett er det ingen forskjeller i helsekompetanse mellom de fleste etniske minoritetsgrupper i Nederland og den innfødte nederlandske befolkningen. Kun den tyrkiske minoriteten scoret betydelig lavere på flere områder av helsekompetanse. Noen områder av helsekompetanse forklarer sammenhengen mellom etnisitet og høyere frekvens av besøk hos fastlege.

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L. <i>et al.</i> (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. <i>BMC Public Health</i> 14 , 1030. Sverige	Å bestemme nivåene av funksjonell og omfattende helsekompetanse, samt faktorer som er assosiert med utilstrekkelig helsekompetanse, blant flyktninger som kommer til Sverige	Tverrsnittsstudie med spørreskjema til voksne flyktninger som snakker arabisk, dari, somalisk eller engelsk. Helsekompetanse ble målt ved bruk av Swedish Functional Health Literacy Scale og HLS-EU-Q16 spørreskjemaet	455 deltakere på 16 strategisk valgte språkskoler for innvandrere	Majoriteten av deltakerne hadde utilstrekkelig eller begrenset funksjonell helsekompetanse og omfattende helsekompetanse. Omtrent 60% av dem hadde utilstrekkelig funksjonell helsekompetanse og 27% hadde utilstrekkelig omfattende helsekompetanse. Lav utdanning og/eller fødsel i Somalia var faktorer som var assosiert med økt risiko for å ha utilstrekkelig funksjonell helsekompetanse.
--	--	---	---	--

Digital kompetanse og tilgang til og bruk av digitale flater hos Idre med minoritetsbakgrunn

Eldre innvandreres digitale kompetanse, bruk av digitale flater og påvirkningen det har på deres kontakt med helse- og omsorgstjenestene, omfatter flere problemstillinger der to hovedområder er de mest relevante: digitale ferdigheter eller digital kompetanse og digital helsekompetanse, ofte kalt e-helse. Generell helsekompetanse er beskrevet i forrige kapittel. Siden digital helsekompetanse var lite berørt i forskningslitteraturen fra våre første litteratursøk, gjorde vi et nytt søk hvor vi brukte begrepene og søkeordene som gikk igjen i tilgjengelige rapporter og litteraturgjennomganger. Vi fant da 47 artikler. På grunnlag av tittel ble 9 artikler ekskludert, og etter gjennomlesing av abstraktene ble ytterligere 18 artikler tatt ut. Vi satt dermed igjen med 18 artikler. Disse ble hentet inn og lest. Ved første gjennomlesing ble ytterligere 7 artikler vurdert til ikke å være relevante. Fra det opprinnelige litteratursøket er i tillegg 2 artikler tatt med, slik at i alt 13 artikler er tatt med i beskrivelsen. Artiklene er kort beskrevet i tabell 4. I tillegg er 6 rapporter eller nettsider inkludert i resultatbeskrivelsen og finnes i oversikten i vedlegg 4.

Digital kompetanse

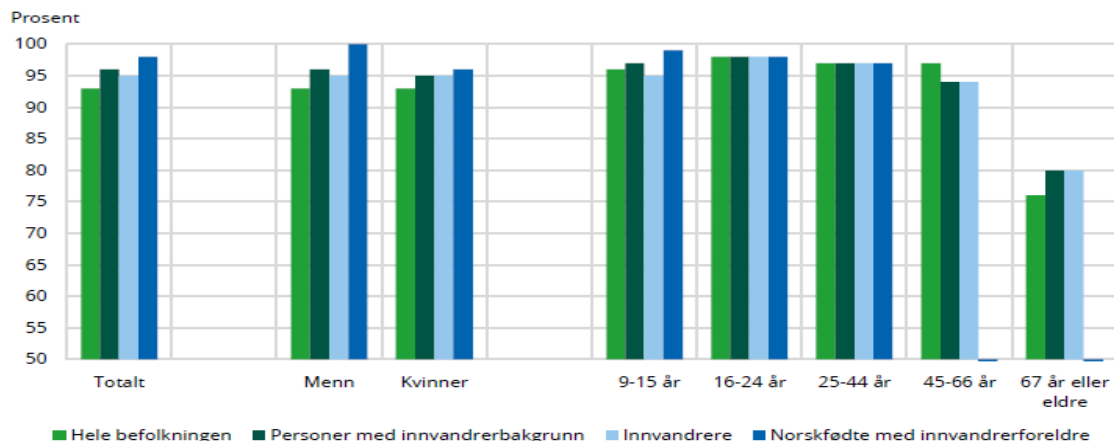
Digital kompetanse kan defineres slik: «Digitale ferdigheter vil si å innhente og behandle informasjon, være kreativ og skapende med digitale ressurser, og å kommunisere og samhandle med andre i digitale omgivelser. Det innebærer å kunne bruke digitale ressurser hensiktsmessig og forsvarlig for å løse praktiske oppgaver. Digitale ferdigheter innebærer også å utvikle digital dømmekraft ved å tilegne seg kunnskap og gode strategier for nettbruk.»[69]

Selv om etnisitet og kulturell bakgrunn er nevnt som mulig sårbarhet i forbindelse med digital kompetanse, er det ikke lett å finne gode studier som sier noe om dette. En litteraturgjennomgang[70] har sett på digital inkludering av eldre innvandrere. Den konkluderer med at særlig alder, sosioøkonomisk status, språkkunnskaper, grad av kulturpåvirkning, utdanningsnivå og digitale ferdigheter påvirker om man blir inkludert i det digitale samfunnet [70]. Ekstremt med flere [71] har gjennomført en systematisk kartlegging av hvordan eldre flyktninger har erfart tap av sosialt nettverk og sosial støtte. De har da også sett på hvilken rolle digital teknologi kan spille for å opprettholde sosiale nettverk og støtte eldre flyktninger. De fant kun fire studier som omhandlet flyktningers bruk av digital teknologi for å opprettholde sosiale nettverk. De konkluderte med at det stort sett var yngre flyktninger som nyttiggjorde seg digitale verktøy, og at eldre flyktninger kan føle seg enda mer sosialt utenfor om de ikke har tilgang til eller kompetanse til å bruke digitale verktøy [71].

I 2021 publiserte Kompetanse Norge rapporten *Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse. Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte*. Rapporten beskriver en omfattende kartlegging av ferdigheter og bruk av internett og digitale verktøy [72]. Rapporten deler brukerne inn i 4 kategorier: ikke-brukere, svake brukere, middels brukere og sterke brukere. I 2020 var 14 prosent av befolkningen (16–69 år) ikke-brukere eller svake brukere; det innebar en nedgang fra 27 prosent i 2007. Videre konkluderes det med at høy alder, lavt utdanningsnivå, lav husholdningsinntekt, mindre sentralt bosted og svak tilknytning til arbeidsmarkedet øker sannsynligheten for å ha lave digitale ferdigheter. Rapporten sier ingenting om språkferdigheter, etnisitet eller kulturelle faktorer [72].

Statistisk sentralbyrå gjennomfører årlig en mediebrugerundersøkelse hvor medievanene til et representativt utvalg av befolkningen, 9 år og eldre, kartlegges (Norsk mediebarometer). I mediebrugerundersøkelsen for 2022 samlet Statistisk sentralbyrå informasjon fra et tilleggsutvalg bestående av et representativt utvalg innvandrere og norskfødte med to innvandrerforeldre [73]. Rapporten omhandler all mediebruk, inkludert radio, TV, aviser, internettaviser, sosiale medier osv. Rapporten viser at personer med innvandrerbakgrunn gjenspeiler hele befolkningens mediebruk for de ulike aldersgruppene. Omtrent 80 prosent av personer over 67 år med innvandrerbakgrunn bruker internett en gjennomsnittsdag, noe som er litt høyere enn tilsvarende aldersgruppe i resten av befolkningen [73] (se figur under).

Figur 7.1 Andel av hele befolkningen og personer med innvandrerbakgrunn som bruker internett en gjennomsnittsdag, etter kjønn og alder. 2022



Figur fra rapporten Mediebruk blant personer med innvandrerbakgrunn 2022, side 59 (Schiro et al., SSB 2022)

EU-rapporten *Fundamental rights for older persons Ensuring access to public services in digital societies* viser til at overgangen til flere digitale offentlige tjenester må tjene hele befolkningen, og understreker utfordringen denne overgangen medfører spesielt for den eldre delen av befolkningen [74]. Rapporten fastslår at kun én av fire EU-borgere mellom 65 og 74 år har grunnleggende dataferdigheter, og at vi mangler kunnskap om borgerne over 74 år. Det konkluderes med at det foreligger for lite data om hvilke konsekvenser digitaliseringen har for denne gruppa. Rapporten understreker viktigheten av at overgangen til digitale offentlige tjenester må tilrettelegges for å omfatte disse gruppene [74]. Rapporten sier ikke noe eksplisitt om borgere med innvandrerbakgrunn, men lister opp grupper som risikerer eksklusjon på bakgrunn av den økte satsingen på digitale systemer i samfunnet. Blant disse gruppene finner vi migranter og etniske minoriteter [74].

Digital helsekompetanse

Digital helsekompetanse omtales i litteraturen også som e-helse (e-Health) og kan defineres slik: «Digital helsekompetanse handler om å finne, forstå og vurdere helseinformasjon for å gjøre beslutninger om helse i et digitalt samfunn. Digital helsekompetanse er et komplekst begrep som omfatter personers individuelle ferdigheter og muligheter til å ta i bruk helsetjenester, noe som gjør at det kan ses på som en unik indikator for folks helse.» [75]

Studiene som er beskrevet, har forskjellige målgrupper og problemstillinger. Noen tar for seg om målgruppa bruker internett for å finne helseopplysninger [76], mens andre ser på hvilke faktorer som påvirker bruk av digitale helsekonsultasjoner [77]. Til tross for det finnes det en del fellestrekk. Et gjennomgående funn i artiklene er at lav digital helsekompetanse er assosiert med lav utdanning og høy alder [76, 78–81]. Flere studier framhever også lav sosioøkonomisk status som årsak til lav digital helsekompetanse [77–80]. Noen studier finner at dårlige språkferdigheter [76, 82, 83] og det å tilhøre en kulturell eller etnisk minoritet [76-78, 80] gir lavere digital helsekompetanse. En svensk undersøkelse fra 2021 fant at arabisktalende innvandrere hadde lavere grunnleggende helsekompetanse og lavere digital helsekompetanse enn resten av befolkningen, men at forskjellene var mindre hos dem som hadde bodd lenge i Sverige [84]. Det å ikke ha tilgang til datautstyr og

internett svekket også den digitale helsekompetansen [77, 80, 85, 86]. Flere av studiene fant at det å ha støtte og hjelp fra noen som hadde bedre dataferdigheter, fremmet digital helsekompetanse [77, 82].

Cheng et al. sier at bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å gi informasjon og støtte til befolkningen på helserelaterte områder i økende grad utgjør en del av myndighetenes strategi [70]. De har derfor gjennomført en litteraturgjennomgang for å se i hvor stor grad behovene til personer med lav kompetanse blir ivaretatt i utvikling av e-helseintervensjoner. Undersøkelsen inkluderte 48 intervensjonsprogrammer. De fleste var rettet mot eldre og/eller etniske minoriteter, men bare to av dem tok spesielt for seg personer med lav kompetanse [70]. Cheng et al. konkluderer med at utvikling av e-helseprogrammer i liten grad gjøres med brukermedvirkning, og at det er spesielt viktig når det gjelder design av programmer beregnet for personer med spesielle utfordringer (språklige ferdigheter, datakompetanse, helsekompetanse osv.) [70].

Oppsummering av funn

- Det å ikke ha tilgang til digitale verktøy eller kompetanse til å bruke dem kan gjøre eldre med minoritetsbakgrunn mer sårbare for sosialt utenforskap.
- Lav digital helsekompetanse synes å være forbundet med lav utdanning, lav sosioøkonomisk status og høy alder.
- Dårlige språkferdigheter og minoritetsbakgrunn kan gi dårligere digital helsekompetanse.
- Støtte og hjelp fra noen med bedre dataferdigheter synes å fremme digital helsekompetanse.
- Brukermedvirkning anses som spesielt viktig når det gjelder utvikling av digitale løsninger for personer med spesielle utfordringer knyttet språk, datakompetanse og generell helsekompetanse.

Tabell 4 Digital kompetanse og tilgang til og bruk av digitale flater

Referanse Land	Mål med studien	Design	Utvalg	Funn
Arcury, T. A., Sandberg, J. C., Melius, K. P., Quandt, S. A., Leng, X., Latulipe, C., Miller, D. P., Jr., Smith, D. A., & Bertoni, A. G. (2020). Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. <i>J Appl Gerontol</i> , 39(2), 141-150. USA	Å undersøke internettbruk og e-helsekompetanse blant eldre voksne (55+ år) som var pasienter ved klinikker som betjener lavinntektsbefolkninger	Intervjuundersøkelse basert på en åtte item skala eHEALS + antall digitale enheter hjemme.	120 fra Afrika, Latinamerika, Asia og 80 hvite amerikanere 55 år og eldre	Litt over halvparten brukte internettt og kun 30% av de over 70 år. Faktorer som både påvirket internettbruk og helsekompetanse var alder, etnisitet, utdanning og dårlig økonomi, men disse faktoren påvirket ikke generelle helsestatus.
Bergman, L., Nilsson, U., Dahlberg, K., Jaensson, M., & Wångdahl, J. (2021). Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study. <i>BMC Public Health</i> , 21(1), 2165. Sverige	Å utforske generell helsekompetanse (CHL) og digital helsekompetanse (eHL) blant arabisktalende migranter i Sverige	Tverrsnittsstudie med bruk av spørreskjemaer: Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU-Q16) og eHealth Literacy Scale (eHEALS) - og spørsmål om selvrapporert helse og Internett-bruk	Totalt 681 deltakere - 334 (49%) innfødte arabisktalende migranter og 347 (51%) innfødte svensktalende innbyggere.	De arabiske talerne hadde signifikant lavere gjennomsnittssum i eHL 28,1 (SD 6,1) vs 29,3 (6,2), p = 0,012 og lavere andel tilstrekkelig CHL 125 (38,9%) vs 239 (71,3%), p <0,001, sammenlignet med svensktalende. Lengre oppholdstid i Sverige var assosiert med høyere nivåer av CHL blant de arabiske talerne (OR 0,94, 95% CI 0,91-0,98, p <0,01).
Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2020). Applying the Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review of Electronic Health Interventions Targeted at Socially Disadvantaged Groups. <i>J Med Internet Res</i> , 22(8), e18476. Australia	Å utforske rollen til e-helsekompetanse og brukerinvolvering i utviklingen av e-helse-intervensjoner rettet mot sosialt ugunstigstilte grupper	Litteraturstudie med søk i 10 databaser for e-helse-intervensjoner rettet mot eldre voksne, etniske minoritetsgrupper, lavinntektsgrupper, lavlitteraturgrupper og rurale samfunn.	Totalt ble 51 studier rapportert på resultatene av 48 intervensjoner	De fleste studiene ble rettet mot eldre voksne og etniske minoriteter, med kun to studier rettet mot grupper med lav e-helsekompetanse. Brukerinvolvering i utvikling av intervensjoner var begrenset. Resultatene ga uklare bevis på effektiviteten av e-helse-intervensjoner.
Ekoh, P. C., Iwuagwu, A. O., George, E. O., & Walsh, C. A. (2023). Forced migration-induced diminished social networks and support, and its impact on the emotional wellbeing of older refugees in Western countries: A scoping review. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> , 105. Canada	Kartlegge erfaringene med tap av sosiale nettverk og støtte hos eldre flyktninger. Hvilken rolle spiller digital teknologi for å møte behovet for sosiale nettverk og støtte?	Scoping review	25 enkeltstudier	Påtvungen migrasjon karakteriseres med tap av sosiale nettverk og støtte som påvirker flyktningene i årevis etter flukten. Følelser av ensomhet og fremmedgjøring er utbredt. Fire av studiene beskrev digital teknologi som hjelpemiddel for å opprettholde sosialt nettverk. Tre av disse beskrev den begrensede effekten av digital teknologi for å ivareta behovet for sosialt nettverk for denne gruppen. Til tross for at digital teknologi kan bidra til å ivareta sosialt nettverk for eldre flyktninger er det foreløpig ikke en synlig løsning for å ivareta dette. Derfor må ikke-digitale nettverk fortsatt spille en betydelig rolle for å ivareta behovet for sosial støtte til denne gruppen.
Estrela, M., Semedo, G., Roque, F., Ferreira, P. L., & Herdeiro, M. T. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. <i>International Journal of Medical Informatics</i> , 177, 105124. Portugal	Å undersøke de sosiodemografiske faktorene som påvirker digital helsekompetanse ved å gjennomføre en systematisk gjennomgang av eksisterende litteratur	Litteraturstudie	36 inkluderte studier	Alder hadde en negativ effekt på digital helsekompetanse mens utdanning, god økonomi og sosial støtte hadde positiv effekt på helsekompetanse. De fant ingen forskjell i helsekompetanse mellom studier utført på forskjellige grupper, men to studier viser at det var forskjell mellom befolkningsgrupper i aktuelle studier.

Fang, M. L., Korol, A., Sixsmith, J., Siden, E., Demestihis, M.-A., & Sixsmith, A. (2018). A scoping review exploration of the intended and unintended consequences of eHealth on older people: A health equity impact assessment. <i>Human Technology</i> , 14(3), 297-323. Canada/Storbritannia	Utforske hensiktsmessige og uhensiktsmessige konsekvenser av eHelse for eldre og se hvordan eHelse initiativ kan bli mer skreddersydde for eldre med varierende økonomisk og kulturell bakgrunn	Scoping review	27 enkeltstudier	Tilgang til eHelse ble negativt assosiert med økende alder, ikke tilgang til utstyr eller internett, dårlig økonomi, å tilhøre en etnisk minoritet og det å ha dårlig helsetilstand. En av hovedutfordringene til de med etnisk minoritetsbakgrunn, var språkbarrierer.
Gordon, N. P., & Hornbrook, M. C. (2018). Older adults' readiness to engage with eHealth patient education and self-care resources: a cross-sectional survey. <i>BMC Health Serv Res</i> , 18(1), 220. USA	Undersøke selvpålevd evne til å bruke eHelse ressurser, erfaring med å gjennomføre online-oppgaver relatert til opplæring, egenomsorg inkludert å betale for helseprodukter. Til sist se på preferanser for å bruke e-Helsetjenester	Spørreskjemaundersøkelse,	Hvite, latinamerikanere, svarte, fra Filipinene og Kina (65 år og eldre=	De eldste samt svarte, latinamerikanere og de fra Filipinene hadde mindre tilgang til digitale verktøy, mindre erfaring med å gjennomføre forskjellige oppgaver på nett og var mindre kapable i å søke informasjon om helse på nett, sammenlignet med de andre gruppene.
Hsiao, V., Chandereng, T., Lankton, R. L., Huebner, J. A., Baltus, J. J., Flood, G. E., Dean, S. M., Tevaarwerk, A. J., & Schneider, D. F. (2021). Disparities in Telemedicine Access: A Cross-Sectional Study of a Newly Established Infrastructure during the COVID-19 Pandemic. <i>Appl Clin Inform</i> , 12(3), 445-458. USA	Undersøke hvilke pasientkarakteristika som påvirker bruk av telemedisin (digitale konsultasjoner)	Registerstudie	Alle polikliniske pasienter i en periode under Covid 19 epidemien. Etnisitet ble registrert (kan være mange	Høy alder, bo på landsbygda, betale selv (ikke forsikring) og det å være av asiatisk eller svart amerikaner, var assosiert med lav bruk av digitale konsultasjoner, mens det å ha høy digital kompetanse var assosiert med høyere bruka av digital konsultasjon
Hyman, A., Stacy, E., Mohsin, H., Atkinson, K., Stewart, K., Novak Lauscher, H., & Ho, K. (2022). Barriers and Facilitators to Accessing Digital Health Tools Faced by South Asian Canadians in Surrey, British Columbia: Community-Based Participatory Action Exploration Using Photovoice. <i>J Med Internet Res</i> , 24(1), e25863. Canada	Identifisere fasilitatorer og barrierer for «Digital helse»	Kvalitativ studie med fokusgrupper	197 voksne over 18 år fra Sør-Asia snakket enten Engelsk, Punjabi, Hindi, Urdu eller Tamil.	Fasilitatorer: Sosial støtte fra familie, spesielt fra yngre generasjoner, og positiv holdning til digitale løsninger. Barrierer: Språk, kunnskapsnivå (leseferdigheter), Dårlig digital kompetanse,
Mistry, S. K., Shaw, M., Raffan, F., Johnson, G., Perren, K., Shoko, S., Harris-Roxas, B., & Haigh, F. (2022). Inequity in Access and Delivery of Virtual Care Interventions: A Scoping Review. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 19(15), 9411. Australia	Å se på forskjeller i bruk av digitale helsekonsultasjoner for å sikre lik tilgang til tjenester	Scoping review	41 studier ble inkludert	Barrierer for å bruke digitale (virtuelle) konsultasjoner var kulturell eller etnisk minoritet, høy alder, lav sosioøkonomisk status, begrenset digital og/eller helsekompetanse, begrenset tilgang til datautstyr og stabile nett

Samkange-Zeeb, F., Borisova, L., Padilla, B., Bradby, H., Phillimore, J., Zeeb, H., & Brand, T. (2020). Superdiversity, migration and use of internet-based health information – results of a cross-sectional survey conducted in 4 European countries. <i>BMC Public Health</i> , 20(1), 1263. England, Tyskland, Portugal og Sverige	Utforske hva som påvirker innvandreres bruk in av internettbasert helseinformasjon	Spørreundersøkelse	2570 deltakere fra fire europeiske land	Blant innvandrere var lav bruk av internett for helseinformasjon assosiert med å være førstegenerasjons innvandrere, språkproblemer, høy alder (>60 år) og lav utdanning
Sutton, T. L., Koprowski, M. A., Gold, J. A., Liu, B., Grossblatt-Wait, A., Macuiba, C., Lehman, A., Hedlund, S., Rocha, F. G., Brody, J. R., & Sheppard, B. C. (2022). Disparities in Electronic Screening for Cancer-Related Psychosocial Distress May Promote Systemic Barriers to Quality Oncologic Care. <i>J Natl Compr Canc Netw</i> , 20(7), 765-773.e764. USA	Det ble analysert hva som var assosiert med å bli tilbydd elektronisk screening for distress	Screeningundersøkelse	Utvalg av kreftpasienter (to eller flere besøk på poliklinikk)	Høy utdanning økte sjansen for å bli inkludert samme med det å være hvit amerikaner versus å være svart, spansk og ikke engelskspråklig.
Zhang, L., Chung, S., Shi, W., Candelaria, D., & Gallagher, R. (2023). Online Health Information-Seeking Behaviours and eHealth Literacy among First-Generation Chinese Immigrants. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 20(4), 3474. Australia	Undersøke online helseinformasjonsøkende adferd, e-helsekompetanse blant førstegenerasjons kinesiske immigranter	Spørreundersøkelse	356 kinesiske immigranter bosatt i Australia	Alder og utdanning er assosiert med helsekompetanse i gruppen. Sammenligner ikke grupper.

DISKUSJON

Diskusjon og oppsummering av funn

Å kjenne til hvordan eldre med minoritetsbakgrunn ser på helse og sykdom, anses å være en vesentlig forutsetning for å kunne tilby egnede helse- og omsorgstjenester. Det holistiske og pragmatiske synet på sykdom, der man ikke skiller mellom kropp og sinn, som det gis uttrykk for i flere befolkningsgrupper med kulturell og etnisk bakgrunn ulik den norske, får konsekvenser, kanskje særlig for psykisk helsevern. Flere uttrykker skepsis til psykiatriske helsetjenester, og særlig medisinerer for psykiske lidelser.

Flere studier viser at sykdommer som ofte dukker opp i alderdommen, særlig demenssykdommer, forklares som normal aldring. Dette kan innebære at både personen selv og de pårørende i begrenset grad oppsøker helsetjenesten for utredning, diagnostikk, behandling og tjenester. I tillegg til forklaringen av demens som normal aldring finnes også oppfatninger om at en demensutvikling skyldes forbigående galskap, eller at den er skjebnebestemt og en «straff fra Gud». Disse oppfatningene vil kunne påføre personen med demens og familien et stigma og en skam som innebærer at de forsøker å holde sykdommen og konsekvensene av den skult for omgivelsene. Helse- og omsorgspersonell vil kunne møte utfordringer med å få tilgang til informasjon fra pårørende. Det reduserer mulighetene for å utrede personen og kartlegge behov for hjelp og støtte.

De fleste studiene fra ulike land og minoritetsgrupper beskriver familiens ønske, plikt og ære ved at den tar vare på sine eldre. Dette innebærer at familien legger mye innsats i å fylle denne forventningen, og den eldre kan gi uttrykk for betydelig frykt og motstand mot å ta imot hjelp fra fremmede. I sitt nye hjemland opplever mange eldre, og kanskje særlig de pårørende, at de står i en mellomposisjon mellom de tradisjonelle verdiene og forventningene om hjelp og omsorg fra familien som er vanlig i deres opprinnelige hjemland, og samfunnets tilrettelegging for og muligheter til å motta offentlige helse- og omsorgstjenester. Det synes helt avgjørende at man kan ha tillit til de offentlige tjenestene og dem som yter pleie og omsorg. Denne tilliten viser seg for mange å tilta med antall år de har bodd i et nytt land. Men selv med tiltro til offentlige tjenester kan det være vanskelig for den eldre å uttrykke sine behov på en måte som innebærer gjensidig forståelse og samhandling på grunn av språkbarrierer og ulikt kulturelt ståsted.

I funnene refereres det til noen få eksempler på kulturtilpassede tilbud for eldre med minoritetsbakgrunn i hjemmebaserte tjenester, dagtilbud og heldøgns pleie- og omsorg. De kvalitative funnene fra evalueringene av disse tilbudene viser at brukere og pårørende opplever større grad av trygghet når ansatte har samme språk og kulturbakgrunn som dem selv, og når mattradisjoner og aktiviteter er i tråd med deres kulturbakgrunn.

Behovet for økt kulturforståelse er bredt beskrevet som sentralt i møtet med eldre med minoritetsbakgrunn. Dette kan motvirke kommunikasjonsvansker, diskriminering og dårlig kvalitet i tjenestene. Denne personsentrerte kulturforståelsen bør inneholde kjennskap til personens individuelle bakgrunn og historie, med særlig oppmerksomhet på mennesker som har opplevd krig og flukt, men også kunnskap om mat, tradisjon og religion.

Flere av de norske masteroppgavene avdekker at de helsefaglige utdanningene må legge større vekt på kunnskap om personer med minoritetsbakgrunn, og at det trengs lærebøker og oppslagsverk om aktuelle temaer om denne gruppa.

Brukermedvirkning og samarbeid med frivillige aktører i de aktuelle minoritetsetniske miljøene er også anbefalt for å nå ut med informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen. Særlig den eldre delen av befolkningsgrupper med minoritetsbakgrunn synes å stole på råd fra familien og de nære sosiale nettverkene når de søker informasjon og råd om helse og sykdom. Dette kan innebære at helsefremmende aktiviteter bør etableres på allerede etablerte møteplasser som religiøse og kulturelle fellesarenaer. Erfaringene fra koronapandemien tilsier at dialog, respekt og anerkjennelse

som bygges gjennom nettverk og oppsøkende virksomhet, kan styrke målgruppas kompetanse og valg av hensiktsmessige og helsefremmende handlinger.

Bruken eldre med minoritetsbakgrunn gjør av digitale flater knyttet til helse, synes å henge tett sammen med generell helsekompetanse og digital kompetanse. Studier som har sett på digital helsekompetanse blant innvandrere finner at høy alder og dårlig økonomi er faktorene som er sterkest forbundet med lav digital kompetanse. Av de eldre innvandrerne som bruker internett, vet vi lite om nivået. Rapporten om helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge viste at nettopp den digitale helsekompetansen utgjør en utfordring sammenliknet med resten av befolkningen [58]. Det kan virke vanskelig å behandle innvandrere som en gruppe når det gjelder digital kompetanse og digital helsekompetanse. Det er kanskje viktigere å vektlegge alder, utdanning, økonomi og språkferdigheter enn etnisitet. Det finnes imidlertid indikatorer som tyder på at flyktninger har noe dårligere utgangspunkt enn personer som har innvandret av andre grunner [63].

Når det gjøres digitale helseopplysningsprosjekter eller andre informasjonskampanjer, er det anbefalt å inkludere brukermedvirkning [70] og spesielt inkludere digitalt svake grupper i målgruppa for prosjektet. Opplæring i digitale ferdigheter i mer homogene grupper (f.eks. eldre fra samme innvandrergruppe) med lærere med samme kulturelle bakgrunn er beskrevet som vellykket [58]. Det framgår av regjeringens nye nasjonale digitaliseringsstrategi *Fremtidens digitale Norge. Nasjonal digitaliseringsstrategi 2024–2030*, publisert 26.09.2024, at alle må få ta del i digitaliseringen. Innsatsen for å øke den digitale kompetansen hos de gruppene som opplever digitale barrierer og digital utenforskap, skal styrkes sies det [87]. Hvordan dette skal gjøres, eller hvilke aktører som skal involveres, er ikke presisert, men det virker klart at kommunene må ta sin del av ansvaret for dette.

Metodediskusjon

I denne kunnskapsoppsummeringen har vi valgt vi å gå bredt ut med søk i 6 internasjonale databaser over publiserte forskningsstudier med bakgrunn i de begrepsavklaringene som var skissert i tilbudet til kommunen. Ut fra de opprinnelige søkene, endte vi opp med 801 titler som ble screenet. Av disse ble 103 titler tatt med videre til lesing av sammendrag. I alt 52 studier ble lest i fulltekst, hvorav 35 ble inkludert i analysen. Sammen med 11 artikler fra et tilleggssøk på digital kompetanse og en artikkel fra manuelle søk, ble i alt 47 studier inkludert i kunnskapsoppsummeringen.

Av de inkluderte forskningsstudiene var i alt 7 gjennomført i Norge, 4 med deltakere med pakistansk bakgrunn, 1 med en kombinasjon av deltakere fra Pakistan og India, 1 undersøkelse med deltakere med opprinnelse fra Somalia og 1 undersøkelse med bred deltakelse fra ulike opphavsland. Dette var alle kvalitative intervjustudier med eldre kvinner og menn, pårørende og helsepersonell som yter tjenester til eldre med minoritetsbakgrunn. Dette innebærer så langt vi har funnet, at det foreligger begrenset forskning på dette feltet i Norge. Søkene har imidlertid identifisert 14 studier fra de andre nordiske landene, og det gir oss et relevant sammenlikningsgrunnlag. Våre søk har identifisert aktuelle studier fra relativt sett få vestlige land, der 45 prosent av de inkluderte studiene kommer fra landene i Norden. Dette skulle indikere at funnene er aktuelle i en norsk kontekst, og at de derfor kan gi relevant informasjon om de mest aktuelle minoritetsgruppene i Oslo kommune.

Det er en sterk overvekt av kvalitative studier i materialet som ligger til grunn for våre funn. Dette er ikke overraskende når vi har søkt etter studier som beskriver forventninger og holdninger til helse- og omsorgstjenestene, erfaringer med disse og kompetanse ved bruk av digitale flater. Det er heller ikke gjennomført kontrollerte pilot- eller intervensjonsstudier som kan gi svar på våre spørsmål. De kulturtilpassede tilbudene som er identifisert, er evaluert med kvalitative metoder. Det gir innsikt i opplevde erfaringer hos brukere og pårørende, men kan i mindre grad sammenlikne effekten av et tilrettelagt tilbud eller en systematisk intervensjon for en inkludert gruppe sett opp mot en sammenliknbar gruppe som ikke har mottatt samme tilbud eller intervensjon.

Gjennomgangen av masteroppgaver og doktorgradsavhandlinger ved norske universiteter og høgskoler resulterte i 12 inkluderte masteroppgaver, men ingen relevante doktorgradsavhandlinger. Når resultatene fra disse oppgavene skal vurderes, er det viktig å ta høyde for at utvalgene i flere

tilfeller er av begrenset størrelse, og at metoder for datasamling og analyse kan være mangelfulle. Vi vurderte imidlertid at flere funn fra oppgavene ga nyttig informasjon om praksisnære erfaringer og behov for kompetanse og tilpasning av tjenestene.

Av de fire spørsmålene vi hadde som mål å besvare, fant vi mest tilgjengelig forskning knyttet til spørsmålene om hvilke forventninger og erfaringer eldre med minoritetsbakgrunn har til helse- og omsorgstjenestene, hvordan utfordringer med språk, ulike oppfatninger av og syn på helse og sykdom og erfaringer med helsevesenet kan påvirke denne gruppas møte med helse- og omsorgstjenestene, og hvordan tjenestene skal møte disse utfordringene.

Spørsmålet om hvordan man kan tilrettelegge og nå ut med informasjon knyttet til folkehelse og forebyggende tilbud i kommunen til eldre med minoritetsbakgrunn, er mindre beskrevet i forskningsstudier med kun én studie fra Norge. Presentasjonen av funn knyttet til dette spørsmålet ble derfor supplert med en rekke rapporter og nettsider fra offentlige myndigheter.

Til spørsmålet om hvilken digital kompetanse denne gruppa har, og hvordan tilgang til og bruk av digitale flater påvirker deres kontakt med helse- og omsorgstjenestene, fant vi ingen tilgjengelige norske studier. Rapportene som er inkludert i funnpresentasjonen, gir heller ingen entydige svar på hvilken digital kompetanse eldre med minoritetsbakgrunn har. Dette synes å være mer knyttet til utdanning, økonomi og sosioøkonomisk status enn minoritetsbakgrunn og alder generelt.

REFERANSER

- 1 Dzamarija, M.T.Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse. Statistisk sentralbyrå; 2022. Rapport nr. 2022/2
- 2 Statistisk sentralbyrå.Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2024. Statistisk sentralbyrå; 2024
- 3 Statistisk Sentralbyrå.Tabell 13055: Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, totalt og enkeltvis, etter kjønn, alder og landbakgrunn (ulike verdensdeler) 1970 - 2024. Statistisk sentralbyrå; 2024
- 4 Statistisk sentralbyrå.Tabell 05184: Innvandrere, etter kjønn og landbakgrunn 1970 - 2024. Statistisk sentralbyrå; 2024
- 5 Andersen, E. Ukrainerne lager flyttebølger. Statistisk sentralbyrå; 2024
- 6 Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Bosettingstall. [Hentet 18.12.24].Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/bosettingstall/>
- 7 Statistisk sentralbyrå. Tabell 10. Personer 65 år og eldre bosatt i flerfamiliehusholdninger etter husholdningstype og innvandrerbakgrunn. Utvalgte land. 2022. Absolutte tall og prosent. Statistisk sentralbyrå; 2022.
- 8 Spilker, R.S. et.al. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn, i Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet; 2022
- 9 Jang, S.Y., et al. Healthy immigrants, unhealthy ageing? Analysis of health decline among older migrants and natives across European countries. *SSM Popul Health*. 2023; 23; 101478.
- 10 Arora, S., et al. Older migrants' access to healthcare: a thematic synthesis. *Int. J. Migr. Health Soc. Care*. 2018; 14(4); 425-438.
- 11 Joo, J.Y., M.F. Liu. Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *West J Nurs Res*. 2020; 42(9); 760-771.
- 12 Hestevik, C.H., Jardim, P.S.J. , Hval, G. Helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere: en systematisk kartleggingsoversikt. Folkehelseinstituttet; 2022.
- 13 Chowdhury D, Stolee P, Sims-Gould J, Tong C. "Think positive and don't die alone"-Foreign-born, South Asian older adults' perceptions on healthy aging. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023; 18(1).
- 14 Krishnagiri, S.S., et al. Occupational engagement and health in older South Asian immigrants. *J. Occup. Sci*. 2013; 20(1); 87-102.
- 15 Strumpf, N.E., et al. Caregiver and elder experiences of Cambodian, Vietnamese, Soviet Jewish, and Ukrainian refugees. *Int J Aging Hum Dev*. 2001; 53(3); 233-52.
- 16 Yarova, L.A., Krassen Covan, E. Fugate-Whitlock, E. Effect of acculturation and health beliefs on utilization of health care services by elderly women who immigrated to the USA from the former Soviet Union. *Health Care Women Int*. 2013; 34(12); 1097-115.
- 17 Van Son, C.R. , Gileff, T.Y. Relying on what they know: Older Slavic emigres managing chronic health conditions. *Qual.Health Res*.2013; 23(12); 1660-1671.
- 18 Emami, A., P. Benner, and S.L. Ekman, A sociocultural health model for late-in-life immigrants. *J Transcult Nurs*, 2001. 12(1): p. 15-24.
- 19 Martin, S.S. Healthcare-seeking behaviors of older Iranian immigrants: health perceptions and definitions. *J Evid Based Soc Work*. 2009; 6(1); 58-78.
- 20 Martin, S.S. The Right Not to Know: Exploring the Attitudes of Older Iranian Immigrants about Medical Disclosure of Terminal Illness. *Indian Journal of Gerontology*. 2012; 26(1); 94-117.
- 21 Martin, S.S. Illness of the mind or illness of the spirit? Mental health-related conceptualization and practices of older Iranian immigrants. *Health Soc Work*. 2009; 34(2); 117-26.
- 22 Kiwi, M., Away from Home or Returned Home? What Iranian Participants with Dementia Experience while Living in a Culturally Profiled Nursing Home in Sweden. *J Cross Cult Gerontol*. 2023; 38(4); 343-370.
- 23 Næss, A. , Moen, B. Dementia and migration: Pakistani immigrants in the Norwegian welfare state. *Ageing & Society*. 2015; 35(8); 1713-1738.

- 24 Sagbakken, M., Spilker, R.S., Ingebretsen, R. Understanding dementia in ethnically diverse groups: A qualitative study from Norway. *Ageing & Society*. 2020; 40(10); 2191-2214.
- 25 Mazaheri, M., et al., Experiences of dementia in a foreign country: qualitative content analysis of interviews with people with dementia. *BMC Public Health*. 2014; 14; 794.
- 26 Nielsen, T.R. , Waldemar, G. Knowledge and perceptions of dementia and Alzheimer's disease in four ethnic groups in Copenhagen, Denmark. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016; 31(3); 222-30.
- 27 Arora, S., et al. Female Pakistani carers' views on future formal and informal care for their older relatives in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1); 1-11.
- 28 Ingebretsen, R., Informasjon, tilrettelegging og forventningsavklaring – om eldre innvandrere i helse- og omsorgstjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2016; 2(3); 241-251.
- 29 Dubus, N., A qualitative study of older adults and staff at an adult day center in a Cambodian community in the United States. *J. Appl. Gerontol*. 2017; 36(6); 733-750.
- 30 Lood, Q., Haggblom-Kronlof, G., Dellenborg, L . Embraced by the past, hopeful for the future: Meaning of health to ageing persons who have migrated from the Western Balkan region to Sweden. *Ageing & Society*. 2016; 36(3); 649-665.
- 31 Mölsä, M., Tiilikainen, M., Punamäki, R.L. Usage of healthcare services and preference for mental healthcare among older Somali immigrants in Finland. *Ethn Health*. 2019; 24(6); 607-622.
- 32 Hurley, S., Turnbull, S., Calia, C. Barriers and facilitators to diagnosing dementia in migrant populations: A systematic review of European health professionals' perspectives. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024; 39(7); e6118.
- 33 Sagbakken, M., Spilker, R.S , Ingebretsen, R. Dementia and migration: Family care patterns merging with public care services. *Qual. Health Res*. 2018; 28(1); 16-29.
- 34 Arora, S., et al. Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. *Soc Sci Med*. 2019; 239; 112555.
- 35 Hansen, E.B. Older immigrants' use of public home care and residential care. *Eur. J. Ageing*, 2014; 11(1); 41-53.
- 36 Kristiansen, M., et al. Migrants' perceptions of aging in Denmark and attitudes towards remigration: findings from a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15; 225.
- 37 Gaviola, M.A., et al. Caring for people with dementia from culturally and linguistically diverse backgrounds in nursing homes: A scoping review. *Int. J. Nurs. Stud*. 2024; 151; 1-13.
- 38 Emami, A., et al., An ethnographic study of a day care center for Iranian immigrant seniors. *West J Nurs Res*. 2000; 22(2); 169-88.
- 39 Kiwi, M., Hydén, L.C. , Antelius, E. Deciding upon Transition to Residential Care for Persons Living with Dementia: why Do Iranian Family Caregivers Living in Sweden Cease Caregiving at Home? *J Cross Cult Gerontol*. 2018; 33(1); 21-42.
- 40 Miner, S., et al., Somali Older Adults' and Their Families' Perceptions of Adult Home Health Services. *J Immigr Minor Health*, 2018; 20(5); 1215-1221.
- 41 Miner, S.M., et al., Meeting the needs of older adult refugee populations with home health services. *J. Transcult. Nurs*. 2017; 28(2); 128-136.
- 42 Miner, S., McDonald, M.V. , Squires, A. Medication Literacy and Somali Older Adults Receiving Home Care. *Home healthc. now*. 2018; 36(5); 295-303.
- 43 Ingebretsen, R., Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn En kartlegging i norske kommuner. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), 2011.
- 44 Ingebretsen, R. , Romøren T.I. Omsorgstjenester med mangfold? Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder pleie- og omsorgstjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), 2005,
- 45 Spilker, R.S., Kumar, B. Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI), 2016
- 46 Do, T.T.M. Kulturell kompetanse i hjemmetjenesten. Universitetet i Agder, 2019
- 47 Pedersen, G. Sykepleieres erfaringer fra arbeid med alvorlig syke og døende pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i Hjemmesykepleien. Universitetet i Oslo, 2006,
- 48 Idivuoma, E. Sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem. Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem? Universitetet i Tromsø, 2015.

- 49 Samantar, M., *Challenges with Collectivistic Culture in-Home Care Reablement - A qualitative study*. 2018, OsloMet.
- 50 Goonetilleke, H.R.A.S. Growing Old amongst Strangers and Staying Healthy, As Experienced by Elderly Sri Lankan Immigrants Living in Norway. Universitetet i Oslo, 2011,
- 51 Maxson, S.L. Eating preferences and behaviors of healthy aging, older immigrants in Oslo: A qualitative study. OsloMet., 2023.
- 52 Felix, F. Barriers to Access to Healthcare Services by Immigrants Population in Scandinavia: a systematic scoping review. Universitetet i Tromsø, 2017,
- 53 Vestgarden, L.A. Erfaringer når nær familie dør – Hvordan opplever muslimske pårørende møtet med helsepersonell i Norge? Høgskulen i Volda., 2015
- 54 Sharma, M. Norsk laks på indisk vis. Refleksjoner over egen aldring hos indere i Norge. Universitetet i Oslo, 2009,
- 55 Ssanova, S., Hougen, M.H., , Sverre, B.L. Å bygge broer. Helseressurser og sosial kapital blant eldre somaliere i Norge. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2022; 8(2); 30-44.
- 56 Hougen, M.H. God helse i alderdommen - En studie blant eldre somaliere. Universitetet i Sørøst-Norge, 2020
- 57 Dawes, T. Socio-cultural perceptions and practices of dietary choices with focus on fat intake in middle aged Pakistani women in Oslo - a qualitative study. Universitetet i Oslo, 2006.
- 58 Le, C., et al. Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II. Helsedirektoratet, 2021,
- 59 Dalsbø, T.K. , Fønhus, M.S. Samvalgsværktøy. Cochrane - kort oppsummert. Folkehelseinstituttet (FHI), 2018,
- 60 Helsedirektoratet. Helsekompetanse – kunnskap og tiltak. Helsedirektoratet, 2021
- 61 Le, C., et al., Befolkningens helsekompetanse, del I. Helsedirektoratet, 2021.,
- 62 van der Gaag, M., et al. Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. BMC Health Serv Res, 2017; 17(1);350.
- 63 Wångdahl, J., et al. Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. BMC Public Health. 2014; 14; 1030.
- 64 Barenfeld, E., et al. Supporting decision-making by a health promotion programme: Experiences of persons ageing in the context of migration. Int J Qual Stud Health Well-being. 2017; 12(1).
- 65 Krzyz, E.Z., Lin, H-R. Health-seeking behavior in older immigrants: A concept analysis. Educ Gerontol. 2024; 50(5); 386-401.
- 66 Nielsen, J., Stigma – en hindring? Klinisk Sygepleje. 2015; 22(3); 40-47.
- 67 Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). Informasjon om covid-19 tilpasset eldre med innvandrerbakgrunn. 2023, IMDi. [Hentet 19.12.2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.imdi.no/lar-fra-andre/informasjon-om-covid-19-tilpasset-eldre-med-innvandrerbakgrunn/>
- 68 Fafo, Frivilligheten som informasjonsformidler til innvandrerbefolkningen. 2024. Fafo-rapport 2024:07.
- 69 Utdanningsdirektoratet. Rammeverk for grunnleggende ferdigheter - 2.1 Digitale ferdigheter som grunnleggende ferdighet. Utdanningsdirektoratet. [Oppdatert 15.11.2017] Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeverk/rammeverk-for-grunnleggende-ferdigheter/>
- 70 Cheng, C., et al. Applying the Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review of Electronic Health Interventions Targeted at Socially Disadvantaged Groups. J Med Internet Res. 2020; 22(8);e18476.
- 71 Ekoh, P.C., et al. Forced migration-induced diminished social networks and support, and its impact on the emotional wellbeing of older refugees in Western countries: A scoping review. Arch Gerontol Geriatr. 2023;105;104839.
- 72 Bjønnes, A., et al. Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse. Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. [Oppdatert 01.01.2021] Tilgjengelig fra: <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/befolkningens-digitale-kompetanse-og-deltakelse-2021>
- 73 Schiro, E., Foss, E ,Bekkengen, F. Mediebruk blant personer med innvandrerbakgrunn, i Tall som forteller - statistiske analyser. 2022. Statistisk sentralbyrå.

- 74 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Fundamental rights for older persons - Ensuring access to public services in digital societies. 2023. FRA. Tilgjengelig fra: <https://unipd-centrodirittiumani.it/en/news/fra-new-report-on-fundamental-rights-of-older-persons-ensuring-access-to-public-services-in-digital-society>
- 75 Ersdal, U., Handlingsrom for profesjonell digital helsekompetanse - en kvalitativ studie av sykepleieres erfarte barrierer og fremmere for digital helsekompetanse [masteroppgave]. NTNU. 2023,
- 76 Samkange-Zeeb, F. et al. Superdiversity, migration and use of internet-based health information – results of a cross-sectional survey conducted in 4 European countries. *BMC Public Health*. 2020; 20(1); 1263.
- 77 Mistry, S.K., et al. Inequity in Access and Delivery of Virtual Care Interventions: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(15); 9411.
- 78 Arcury, T.A., et al. Older Adult Internet Use and eHealth Literacy. *J Appl Gerontol*. 2020; 39(2); 141-150.
- 79 Estrela, M., et al. Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Int J Med Inform*. 2023; 177; 105124.
- 80 Fang, M., et al. A scoping review exploration of the intended and unintended consequences of Health on older people: A health equity impact assessment. *Hum. Technol.*,2018; 14(3); 297–323.
- 81 Zhang, L., et al. Online Health Information-Seeking Behaviours and eHealth Literacy among First-Generation Chinese Immigrants. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(4); 3474.
- 82 Hyman, A., et al. Barriers and Facilitators to Accessing Digital Health Tools Faced by South Asian Canadians in Surrey, British Columbia: Community-Based Participatory Action Exploration Using Photovoice. *J Med Internet Res*, 2022. 24(1): p. e25863.
- 83 Sutton, T.L., et al., Disparities in Electronic Screening for Cancer-Related Psychosocial Distress May Promote Systemic Barriers to Quality Oncologic Care. *J Natl Compr Canc Netw*, 2022; 20(7); 765-773.e4.
- 84 Bergman, L., et al. Health literacy and e-health literacy among Arabic-speaking migrants in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1); 2165.
- 85 Gordon, N.P., Hornbrook, M.C. Older adults' readiness to engage with eHealth patient education and self-care resources: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1); 220.
- 86 Hsiao, V., et al. Disparities in Telemedicine Access: A Cross-Sectional Study of a Newly Established Infrastructure during the COVID-19 Pandemic. *Appl Clin Inform*. 2021;12(3); 445-458.
- 87 Digitaliserings – og forvaltningsdepartementet. Bevare tilliten, styrke inkluderingen og sikre hensynet til barn og unge. Digitaliserings – og forvaltningsdepartementet. 2024,

VEDLEGG

Vedlegg 1. Gjennomførte søk og treff i vitenskapelige databaser

Vitenskapelige artikler (fagfelleverderte) 2000–2024:

Baser: Pubmed, Medline, Cinahl, Psycinfo, Ageline (engelsk) og Idunn (engelsk, norsk, svensk, dansk)

Database	Dato for søk	Antall treff
Pubmed	21.06.24	869 ETTER dublettsøk: 411
MedLine	21.06.24	650 ETTER dublettsøk: 165
Cinahl	21.06.24	214 ETTER dublettsøk: 61
AgeLine	21.06.24	113 ETTER dublettsøk: 13
PsycInfo	24.06.24	125 ETTER dublettsøk: 101
Idunn	24.06.24	50

Søkeord:

Immigrants OR immigration foreign workers OR foreign cultural OR foreigner OR refugees: all fields
OR

Immigrants Mesh term

AND

Pakistan OR Pakistani OR Iraq OR Iranian OR Syria OR Syrian OR Somalia OR Somali OR Eritrea
OR Eritrean OR Poland OR Polish OR Ukraine OR Ukrainian OR Lithuania OR Lithuanian

AND

health service OR health care OR public health measures: all fields

OR

acceptability of health care [MeSH Terms]

OR

accessibility of health services [MeSH Terms]

OR

public health measures [MeSH Terms]

AND

adult [MeSH Terms AND OR adult*: all fields

Søk i Idunn:

Norsk: Immigrant - helse, flyktninger – helse, innvandrere - helse

Svensk: invandrare - hälsa , flyktingar - hälsa

Dansk: immigrant – sundhed, flygtninge – sundhed, indvandrere - sundhed

Søkeord ved nytt søk på temaet digital kompetanse:

Digital health literacy

AND

Ethical

OR

Cultural factors

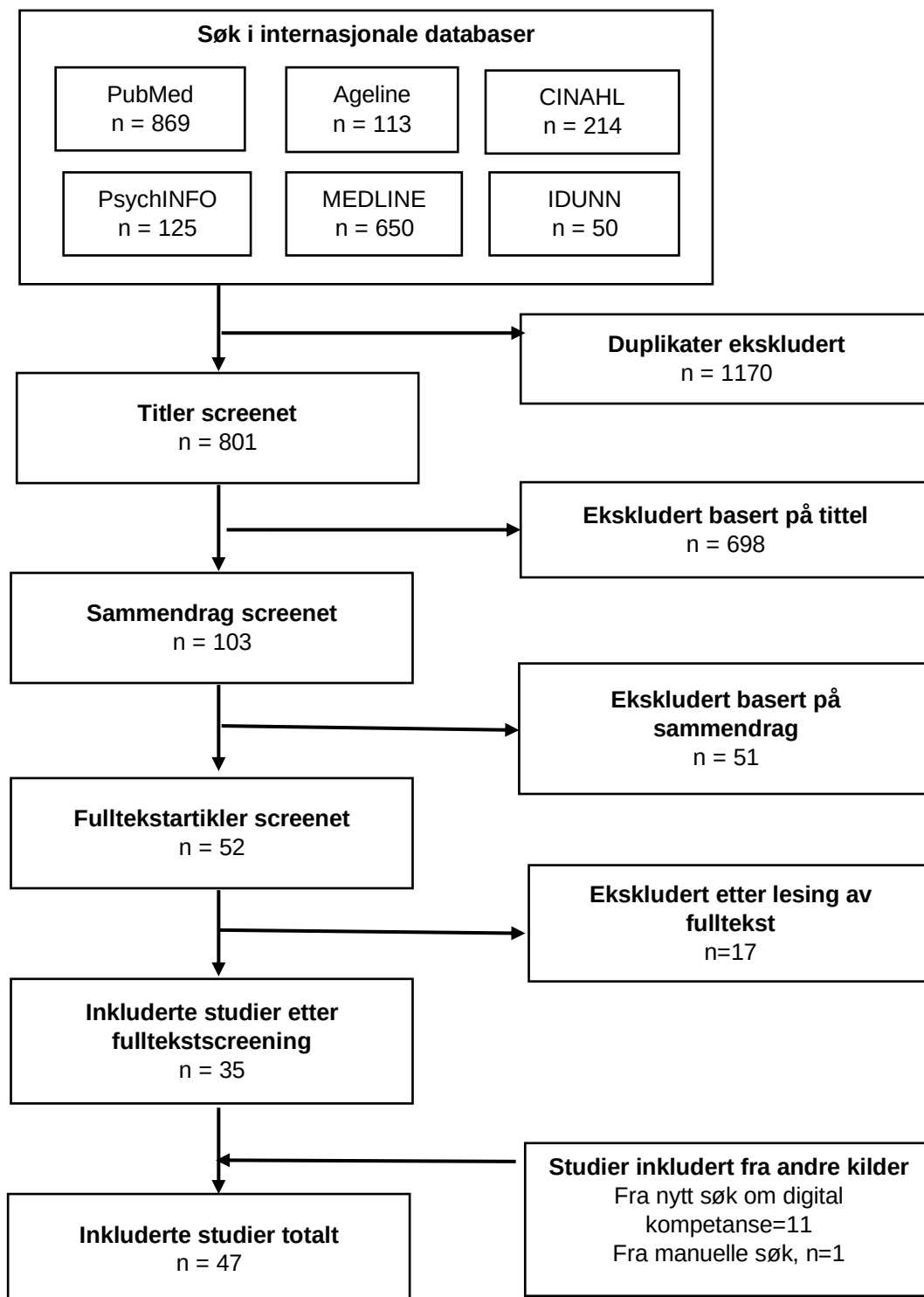
AND

Older people

Vedlegg 2. Søk i institusjonelle arkiv

Database/vitenarkiv/nettsted	Dato for søk	Treff som er tatt med videre
MUNIN– UiT Norges arktiske universitet – masteroppgaver	12.07.24	9
MUNIN– UiT Norges arktiske universitet – doktorgradsavhandling	12.07.24	0
DUO – Universitetet i Oslo – masteroppgaver	27.06.24	19
DUO – Universitetet i Oslo – doktorgradsavhandling	01.07.24	7
DUO – Universitetet i Oslo – masteroppgaver	01.07.24	2
DUO – Høgskolen i Innlandet– masteroppgaver	01.07.24	6
DUO – Høgskolen i Innlandet – doktorgradsavhandling	01.07.24	0
DUO – Høgskolen i Molde – masteroppgaver	01.07.24	0
DUO – Høgskolen i Molde – doktorgradsavhandling	01.07.24	0
DUO – Høgskolen i Østfold – masteroppgaver	01.07.24	0
DUO – Høgskolen i Østfold – doktorgradsavhandling	01.07.24	0
DUO – Høgskulen i Volda – masteroppgaver	02.07.24	1
DUO – Høgskulen på Vestlandet – masteroppgaver	02.07.24	3
DUO – Høgskulen på Vestlandet – doktorgradsavhandling	02.07.24	0
DUO Høgskolen Kristiania – masteroppgaver	02.07.24	0
DUO – Lovisenberg diakonale høgskole – masteroppgaver	02.07.24	1
DUO – Nord universitet – masteroppgaver	02.07.24	1
DUO – Nord universitet – doktorgradsavhandling	02.07.24	0
DUO– NTNU – masteroppgaver	02.07.24	5
DUO– NTNU – doktorgradsavhandling	02.07.24	0
DUO – OsloMet – masteroppgaver	02.07.24	13
Duo – OsloMet – doktorgradsavhandling	02.07.24	1
DUO – OsloMet – forskningsrapport	02.07.24	3
DUO – Universitetet i Sørøst-Norge – masteroppgaver	02.07.24	5
DUO – Universitetet i Sørøst-Norge – doktorgradsavhandling	02.07.24	1
AURA – Universitetet i Agder – masteroppgaver	02.07.24	2
AURA –Universitetet i Agder – doktorgradsavhandling	02.07.24	0
BORA – Universitetet i Bergen – masteroppgaver	02.07.24	2
BORA – Universitetet i Bergen – doktorgradsavhandling	02.07.24	2
DUO – Universitetet i Stavanger – masteroppgaver	02.07.24	1
DUO – Universitetet i Stavanger – doktorgradsavhandling	02.07.24	0
DUO – VID vitenskapelig høgskole – masteroppgaver	02.07.24	4
DUO – VID vitenskapelig høgskole – doktorgradsavhandling	02.07.24	2

Vedlegg 3. Flytdiagram over inkluderte forskningsstudier



Vedlegg 4 Liste over inkluderte rapporter og nettsider med lenker

Hestevik, C.H., P.S.J. Jardim, and G. Hval, Helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere: en systematisk kartleggingsoversikt. Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/helse--og-omsorgstjenester-til-eldre-innvandrere/>

Ingebretsen, R., Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn En kartlegging i norske kommuner. 2011, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444869/HOS0028.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ingebretsen, R. and T.I. Romøren, Omsorgstjenester med mangfold? Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder pleie- og omsorgstjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. 2005, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444870/HOS0029.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Spilker, R.S. and B. Kumar, Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. 2016, Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) <https://www.fhi.no/publ/2016/eldre-i-et-ukjent-landskap.-sluttrapport-fra-prosjektet-eldre-innvandrere-o>

Dalsbø, T.K. and M.S. Fønhus, Samvalgsverktøy. Cochrane - kort oppsummert. 2018, Folkehelseinstituttet (FHI). <https://www.fhi.no/publ/2018/samvalgsverktoy/>

Helsedirektoratet, Helsekompetanse – kunnskap og tiltak. 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

Le, C., et al., Befolkningens helsekompetanse, del I. 2021, Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf

Le, C., et al., Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Befolkningens helsekompetanse, del II. 2021, Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerpopulasjoner%20i%20Norge.pdf/_attachment/inline/10dec1b9-0d63-4746-ac27-041ed77238d0:372387142688ef9e57d78ba0f9b4a2f708f40746/Befolkningens%20helsekompetanse%20del%20II%20-%20Helsekompetansen%20i%20fem%20utvalgte%20innvandrerpopulasjoner%20i%20Norge.pdf

Inkluderings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), Informasjon om covid-19 tilpasset eldre med innvandrerbakgrunn. 2023. <https://www.imdi.no/lar-fra-andre/informasjon-om-covid-19-tilpasset-eldre-med-innvandrerbakgrunn/>

Fafo, Frivilligheten som informasjonsformidler til innvandrerbefolkningen. 2024. <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/frivilligheten-som-informasjonsformidler-til-innvandrerbefolkningen>

Utdanningsdirektoratet. Rammeverk for grunnleggende ferdigheter - 2.1 Digitale ferdigheter som grunnleggende ferdighet. 2017. <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeverk/rammeverk-for-grunnleggende-ferdigheter/2.1-digitale-ferdigheter/>

Bjønnes, A., et al., Befolkningens digitale kompetanse og deltakelse - Med et ekstra blikk på seniorer og ikke-sysselsatte. 2021, Kompetanse Norge: Oslo. p. 87. <https://hkdir.no/rapporter-undersokelser-og-statistikk/befolkningens-digitale-kompetanse-og-deltakelse-2021>

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), Fundamental rights for older persons - Ensuring access to public services in digital societies. 2023, Luxembourg. <https://fra.europa.eu/en/news/2023/ensuring-access-public-services-older-people-digital-societies>