

Helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere

Prosjektplan for systematisk kartleggingsoversikt

Sammendrag

Andelen eldre innvandrere er økende i Norge. Studier viser at denne gruppen har dårligere selvrappportert helse og lavere bruk av helsetjenester enn den øvrige befolkningen, samt at de opplever barrierer i møte med tjenestene som muligens fører til udekkede hjelpebehov. Vi mangler en oversikt om hva som finnes av forskning om helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere. Vi utfører derfor en systematisk kartleggingsoversikt (engelsk: scoping review) over forskning på feltet. Kartleggingsoversikt er en type kunnskapsoppsummering som kartlegger og narrativt beskriver eksisterende forskningsgrunnlag på et bestemt temaområde.

For å identifisere relevante studier søker bibliotekar i internasjonale forskningsdatabaser og enkelte kilder for grå litteratur. Vi inkluderer primærstudier fra år 2012-2022 som omhandler helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere. To medarbeidere utfører uavhengig av hverandre utvelgelse av relevante studier i henhold til inklusjonskriteriene. De inkluderte studiene fra Norden blir deretter vurdert for mulig risiko for systematiske skjevheter/metodiske begrensninger. Fra hver av de inkluderte studiene henter en forsker ut relevant informasjon og en annen forsker kontrollerer at all informasjon er komplett og korrekt hentet ut. Funnene blir fremstilt med enkle narrative presentasjoner av resultater og konklusjoner samt i tabeller og diagrammer der det er hensiktsmessig.

Tittel:

Helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere

Prosjektplan for systematisk kartleggingsoversikt

Oppdragsgiver:

Helse- og omsorgsdepartementet

Bestillingsdato:

26.06.2022

Leveringsfrist:

15.12.2022

Lag:

Christine H. Hestevik (lagleder)
Patricia Sofia Jardim
Gyri Hval

Fagfeller:

Rigmor Berg, FHI
Jonas Debesay, professor, Fakultet for helsevitenskap Oslo-Met.

Godkjent av:

Hege Kornør, avdelingsdirektør, FHI
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI

Summary

The proportion of older immigrants is increasing in Norway. Studies show that this group has poorer self-reported health and lower use of health services than the rest of the population, and they experience barriers to healthcare which may lead to unmet healthcare needs. We lack knowledge about available research about health and care services for older immigrants. Thus, we will conduct a systematic scoping review of research in the field. A scoping review maps and narratively describes the existing knowledge base in a specific topic area.

To identify relevant studies, a librarian will search in international databases and grey literature sources. We will include primary studies published between 2012-2022 about health and care services for older immigrants. Two researchers will independently screen titles and abstracts from the literature search, and thereafter the full texts, for eligibility according to the inclusion criteria. Next, we will appraise the risk of bias/methodological limitations of the included studies from the Nordic countries. One researcher will extract data from the studies and a second researcher will double check the extracted data. From the included studies, we will sort and combine data in text and create tables and diagrams when relevant.

| |
|--|
| Title: Health and care services to older immigrants ----- Protocol for scoping review ----- Commissioner: Ministry of Health and Care Services ----- |
| Commissioned date: 26.06.2022 Due date: 15.12.2022 ----- |
| Team: Christine H. Hestevik (team leader) Patricia Sofia Jardim Gyri Hval ----- |
| Approved by: Hege Kornør, Department Director, NIPH Kåre Birger Hagen, Specialist Director, NIPH |

Oppdrag

Folkehelseinstituttet (FHI) har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utføre en systematisk kartleggingsoversikt over forskningen om helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere. Formålet med denne kartleggingsoversikten er at den skal inngå som kunnskapsgrunnlag i “Bo trygt hjemme-reformen”. Et mål om at flere skal kunne bo trygt hjemme lenger kan ikke løses i helse- og omsorgstjenesten alene, men krever en bred, tverrsektoriell innsats. Arbeidet med reformen gjøres av Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet, Kulturdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Arbeidet skal munne ut i en stortingsmelding i løpet av 2023. Hovedmålet med reformen er å gjøre det trygt for eldre å bo lenger hjemme og sikre bærekraft gjennom bedre planlegging, styrket forebygging og mer målrettede tjenester som fremmer mestring.

Innledning

Hva er tematikken/problemet?

Den norske befolkningen blir stadig mer mangfoldig både kulturelt, etnisk og språklig. Samtidig øker andelen eldre i befolkningen inkludert andelen eldre innvandrere (1). Vi legger her til grunn SSB sin definisjon av innvandrere som er «personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre» og som er registrert som bosatt i landet (2). Uavhengig av om man tilhører majoritetsbefolkningen eller innvandrerbefolkningen fører alder til økt risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse og generelt dårligere helse (3). I tillegg kan eldre innvandrere oppleve ekstra belastninger knyttet til en marginalisert posisjon og lav sosioøkonomisk status som kan innvirke på helsen og gi utfordringer når det gjelder tilgang til helse- og omsorgstjenester (4). Ved helse- og omsorgstjenester mener vi relevante tjenester for eldre tilsvarende de som er beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven, det vil si helsehjelp ved akutte situasjoner, utredning, diagnostisering og behandling (herunder fastlegeordningen), psykososial beredskap og oppfølging, habilitering og rehabiliteringstjenester, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, praktisk bistad og opplæring, tilbud/plass på institusjon, dagsaktivitetstilbud for eldre (5).

Ved inngangen til 2022 utgjorde innvandrere 15,1 prosent av befolkningen i Norge (6). Drøyt 11,0 prosent av innvandrere i Norge er 60 år eller eldre, noe som tilsvarer syv prosent av alle seniorer i landet. Eldre innvandrere i Norge har bakgrunn fra 197 ulike land (7). Vi mangler kunnskap om mange grupper av eldre innvandrere, men det vi vet fra SSB sin levekårsundersøkelse blant innvandrere er at innvandrere samlet oppgir dårligere selvrapportert fysisk og psykisk helse enn befolkningen for øvrig og at økningen med alder i andel med kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne er større blant innvandrerne enn i befolkningen for øvrig (7). Gjennomgang av innvandreres bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester viser også at eldre innvandrere bruker tjenestene i mindre grad enn den øvrige befolkningen (4;7;8).

Ifølge folkehelse rapporten (4) viser flere studier at personer med innvandrerbakgrunn kan oppleve barrierer i tilgangen til helsetjenester. Informasjon om helse- og omsorgstjenestene og hvordan de er organisert er sjelden tilgjengelig på andre språk enn norsk og engelsk. Dette kan medføre manglende kunnskap om tjenestene og hvilke rettigheter man har. Denne type kunnskap er viktig for å kunne nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes (9). I tillegg kan oppfatning av kvalitet på tjenestene, helsekompetanse og

ulike oppfatninger om helse og sykdom ha betydning for tjenestebruk, diagnostisering og behandling (10). En annen utfordring er at helsepersonell ofte mangler kunnskap og kompetanse om vanlige helseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn (11;12). Opplevelser av diskriminering og rasisme fra helsepersonell og følelsen av å ikke bli tatt på alvor på grunn av innvandrerbakgrunn kan også gjøre tjenestene mindre attraktive (13;14). Til tross for retten til tolk, kan språkbarrierer og andre kommunikasjonsproblemer bidra til misforståelser og få alvorlige følger for diagnostisering, behandling og rehabilitering (15). Stigma knyttet til psykiske helseplager kan være et stort hinder for å oppsøke hjelp for psykiske plager (16). Enkelte kan foretrekke å oppsøke andre tilbud slik som religiøse ledere, helsetjenester i opprinnelsesland eller uformell støtte fra familie og venner (17;18).

Kulturelle og sosiale faktorer er med på å påvirke helseadferd og pasientenes mulighet, ønske og evner til å oppsøke helse- og omsorgstjenestene. Eldre innvandrere har ikke nødvendigvis samme behov og preferanser for helsetjenester som majoritetsbefolkningen og mye tyder på at det er et stort behov for å tilpasse tjenestene til en sammensatt og heterogen befolkning for å sikre et likeverdig tilbud til alle (19).

Eksisterende forskning

Det er tidligere publisert noen systematiske kunnskapsoppsummeringer med tilgrensende tematikk. Arora og kollegaer (20) publiserte i 2018 en kvalitativ kunnskapsoppsummering om ikke-vestlige eldre innvandrere i Europa sine erfaringer med tilgang til og bruk av helsetjenester. De identifiserte 12 relevante studier. Forfatterne fant at eldre innvandreres opplevelser av tilgang til helsetjenester påvirkes av mange faktorer, som for eksempel helsekunnskap, forskjeller i oppfatninger av helse og språkbarrierer. Funnene avdekket at det er begrenset kunnskap om eldre innvandrerkvinnens opplevelser av barrierer. Wang og kollegaer (21) publiserte i 2019 en systematisk kartleggingsoversikt over forskning om eldre innvandreres tilgang til og bruk av leger i primærhelsetjenesten i Canada. Oversikten inkluderte 31 studier fra Canada. Forfatterne identifiserte tre hovedområder i forskningen. Disse inkluderte tilgang og utnyttelse av primærhelsetjenesten, helsefremmende arbeid og kreftscreening, samt bruk av psykiske helsetjenester. De fant videre at eldre innvandrere møter en rekke barrierer knyttet til helsekunnskap, språk, kultur, helsetro og strukturelle forhold.

Joo og kollegaer (12) publiserte i 2020 en kvalitativ kunnskapsoppsummering av sykepleiere sine opplevelser av barrierer for å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til etniske minoritetspasienter i vestlige land. Oversikten inkluderte åtte studier. Barrierene de identifiserte inkluderte kommunikasjonsproblemer, utilstrekkelig kulturell opplæring og utdanning, utfordrende terapeutiske forhold til pasienter, bekymring for kvaliteten på omsorgen og uklar, manglende eller ikke kulturelt tilpasset informasjon og tilgjengelige ressurser.

Laue og kollegaer (22) publiserte i 2021 en kartleggingsoversikt om forskning på migrasjon og helse utført i Norge de siste 12 årene. Oversikten inkluderte 303 studier. Oversikten omhandlet ikke eksplisitt forskning om eldre innvandrere eller helsetjenester. De identifiserte betydelige hull i forskning knyttet til enkelte migrantundergrupper,

som de fra Øst-Europa og arbeids- og familiegjenforeningsmigranter. Forfatterne påpeker at fremtidige studier bør utforske selvidentifiserte helsebehov blant ulike migrantgrupper.

Hvorfor det er viktig å utføre denne kartleggingsoversikten

Selv om det fins flere eksisterende systematiske kunnskapsoppsummeringer med tilgrensende tematikk, slik som Arora 2018 (20), Wang 2019 (21), Joo 2020 (12) og Laue 2021 (22), kjenner vi ikke til eksisterende oppsummert forskning som kan svare på oppdragsgivers problemstilling i sin helhet. Det er derfor behov for å få et overblikk over den tilgjengelige forskningen om helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere, samt å identifisere eventuelle kunnskapshull på feltet.

Metode

Vi utfører en systematisk kartleggingsoversikt over studier som har undersøkt eldre innvandrere, pårørende og helsepersonell sine erfaringer med og perspektiver på helse- og omsorgstjenester, samt studier som har undersøkt tiltak for å bedre tilpasse tjenester og redusere barrierer. Oppsummeringen skal være et uavhengig arbeid av forskergruppen ved FHI. I henhold til internasjonale metodeanbefalinger (23), og for å sikre at oppsummeringen tilfredsstillende oppdragsgivers kunnskapsbehov, har vi imidlertid konsultert med oppdragsgiver og fremtidig bruker av kartleggingsoversikten samt en intern fagekspert (Ragnhild Storstein Spilker) i utarbeidelsen av denne prosjektplanen. Gjennom samtaler med Helse- og omsorgsdepartementet avklarte vi og oppnådde god forståelse for oppdragsgivers kunnskapsbehov, ønsker om delleveranser, oppdateringer og lignende.

Beskrivelse av systematisk kartleggingsoversikt

En kartleggingsoversikt (engelsk: scoping/mapping review) er en kunnskapsoppsummering som kartlegger og narrativt beskriver eksisterende litteratur- eller forskningsgrunnlag på et bestemt temaområde. En slik oversikt er utarbeidet på en vitenskapelig, systematisk og transparent måte, og det skal være mulig for andre å etterprøve og kritisere metoder, resultater og konklusjoner. Slik ligner en kartleggingsoversikt en systematisk oversikt, men en systematisk oversikt besvarer et smalt forskningsspørsmål, inkluderer kun bestemte studiedesign, syntetiserer resultatene fra studiene og vurderer tilliten til den samlede dokumentasjonen for hvert utfallsmål. Til forskjell har en kartleggingsoversikt som mål å besvare et bredere forskningsspørsmål og beskrive den foreliggende forskningen på et spesifikt felt (24). Kartleggingsoversikter kan også ha som mål å belyse komplekse konsepter, avgjøre om det er hensiktsmessig å utføre en systematisk oversikt om et avgrenset spørsmål (f.eks. om effekt) og avdekke forskningshull (24).

Kartleggingsoversikter har gjerne flere (under-) spørsmål fordi hensikten er å få oversikt over et forskningsfelt. Med en kartleggingsoversikt identifiserer, kartlegger og presenterer forskerne beskrivende informasjon om de inkluderte studiene/publikasjonene, som hvor de er utført, hvilke studiedesign de har, karakteristika ved studiedeltakerne, hva studiene har undersøkt og hvilke resultater de finner. Kartleggingsoversikter inneholder vanligvis ikke vurdering av studienes risiko for systematiske skjevheter. De inkluderer heller ikke analyser eller synteser av studienes forskningsresultater, eller vurdering av tillit til den samlede dokumentasjonen, slik en systematisk oversikt

gjør. På den måten er en kartleggingsoversikt ikke egnet til å gi et klart svar på for eksempel spørsmål om effekt av et tiltak eller erfaringer med et tiltak, men gir i stedet et overblikk over forskningen som fins. Diskusjon av resultatene og implikasjoner for praksis er følgelig noe begrenset i en kartleggingsoversikt (23).

Det fins flere internasjonale metodebeskrivelser (23;24) samt en rapporteringsstandard (25) for kartleggingsoversikter. Vi vil følge disse anbefalingene og utarbeide kartleggingsoversikten i følgende trinn:

1. Definere og tilpasse målene og spørsmålene
2. Utvikle og tilpasse inklusjon- og eksklusjonskriteriene med målene og spørsmålene
3. Beskrive den planlagte tilnærmingen til litteratursøk og valg av litteratur
4. Søke etter litteratur
5. Velge ut litteratur i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene
6. Hente ut data fra inkluderte studier/publikasjoner
7. Kartlegge kunnskapsgrunnlaget
8. Oppsummere kunnskapsgrunnlaget med hensyn til målene og spørsmålene

Mål og problemstilling

Hensikten med denne oversikten er å kartlegge hva som finnes av forskning innen to områder:

1. Eldre innvandrere, pårørende og helsepersonell sine erfaringer med og perspektiver på helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere
2. Tiltak for å bedre tilpasse helse- og omsorgstjenestene til eldre innvandrere samt redusere barrierer for tilgang til og bruk av helsetjenester

Kartleggingen skal gi en bred oversikt over hva helse- og omsorgstjenesteforskningen handler om når det gjelder eldre innvandrere, hvor forskningen foregår, hva forskningen viser og hva vi mangler forskning om.

Inklusjonskriterier

| | |
|-------------------|---|
| Populasjon | Vi inkluderer følgende populasjoner: <ul style="list-style-type: none">• Eldre innvandrere som er brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Innvandrere defineres her som personer som har opphold i og bor i det aktuelle landet, men som er født i et annet land og har utenlandske foreldre og besteforeldre (2).• Pårørende til eldre innvandrere som er brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Pårørende er personer som står pasienten nær, gjerne person(er) med |
|-------------------|---|

| | |
|----------------------------|---|
| | <p>familiær tilknytning, men kan også være person(er) utenfor familien, for eksempel en god venn (26).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester som arbeider med eldre innvandrere <p>Hvis studiene vi vurder ikke definerer innvandrere eller pårørende vil vi inkludere studiene dersom vi antar at populasjonen(e) faller innenfor vår(e) definisjon(er). Dersom det ikke tydelig framkommer at studien omhandler eldre personer må (flertallet av) deltakerne i studien være 60 år eller eldre.</p> <p>Kommunale helse- og omsorgstjenester inkluderer i denne oversikten: helse- og omsorgstjenester i hjemmet (inkludert omsorgsboliger), personlig assistanse, og helse- og omsorgstjenester i sykehjem, helsehus og kommunal akutt døgnettenhet (KAD), dagsenter, omsorgsstønad/ omsorgslønn. I tillegg inkluderes bruk av fastleger, legevakt, kommunal fysioterapi, samt kommunale tjenester innen psykisk helse som psykolog og psykiatrisk sykepleier.</p> |
| Studiedesign | <p>Følgende studiedesign er aktuelle for å besvare våre problemstillinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomiserte kontrollerte studier • Ikke-randomiserte studier med kontrollgruppe • Avbrutte tidsserier • Kohorstudier • Tverrsnittsstudier • Kvalitative studier (med kval. datainnsamling og kval. analyse) |
| Eksponering/fenomen | Eldre innvandrere, deres pårørende og helsepersonell sine erfaringer med og perspektiver på helse- og omsorgstjenester til eldre innvandrere. |
| Tiltak | <p>Tiltak for å bedre tilpasse helse- og omsorgstjenestene til eldre innvandrere samt redusere barrierer for tilgang til og bruk av helsetjenester.</p> <p>Alle sammenligninger og utfall er aktuelle</p> |
| Publikasjonsår | Siste 10 år, studier publisert i 2012 eller senere |
| Land/Kontekst | <p>I prioritert rekkefølge</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Norden (Norge, Danmark, Sverige, Finland, Island) 2. Øvrige europeiske land 3. Canada, Australia, New Zeeland <p>For en nærmere forklaring av prioriteringen, se tekst nedenfor tabellen.</p> |
| Språk | Engelsk, skandinavisk |

Ekklusjonskriterier

Vi ekskluderer følgende typer studier og publikasjoner:

- Studentoppgaver på lavere nivå enn masteroppgaver (slik som bacheloroppgaver og eksamensbesvarelser)
- Konferanseabstracts, konferansepresentasjoner, kommentarer, debattinnlegg, lederartikler
- Studier som ikke inneholder en tydelig beskrivelse av metoder og analyse

Oppdragsgiver ønsker primært kunnskap om studier fra sammenlignbare land, med helsesystemer som ligner det Norske, for å kunne si noe om relevante kunnskapshull samt tidligere forsøk på tiltak for å redusere uønsket variasjon i tilgang til og bruk av helsetjenester blant innvandrere. Kartleggingen prioriterer derfor å presentere funn fra Nordiske studier noe mer detaljert enn fra studier fra øvrige land, samt vurderer disse studienes metodiske kvalitet. Når det gjelder studier fra lavere prioriterte land presenterer vi enkle opptellinger/matriser som beskriver studiene (studiedesign, årstall, populasjoner, type tjenester og studiens formål og lignende). Dersom vi inkluderer mange studier fra høyere prioriterte land vurderer vi kun å liste opp studier fra de lavest prioriterte landene i et vedlegg, uten å hente data fra disse.

Litteratursøk

Søk i databaser

Bibliotekar Gyri Hval utarbeider en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utfører søkene. Søket inneholder relevante kontrollerte emneord, tekstord, og avgrensninger som gjenspeiler inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar Elisabet Hafstad fagfelle vurderer søkestrategien. Søket avsluttes etter planen i oktober 2022 og inkluderer søk i følgende databaser:

- Medline (Ovid)
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- PsycInfo (Ovid)
- CINAHL (EBSCO)

Hvis vi underveis finner ulike publikasjoner som oppfyller inklusjonskriteriene, vil vi bruke WordFreq og SearchRefinery fra Systematic Review Accelerator (27) til å justere søkestrategien.

Søk i andre kilder

En prosjektmedarbeider utfører søk i skandinaviske bibliotekataloger (Oria, Libris og bibliotek.dk) og Google. Dette søket utføres i oktober 2022. Vi etterspør også relevante studier fra fagekspertene innen feltet samt gjennomgår referanselister til inkluderte studier.

Dersom vi har ressurser til det, gjør vi et siteringssøk med CitationChaser (28) og et søk i OpenAlex (29) via EPPI-Reviewer (30) basert på studiene vi har inkludert.

Utvelging av litteratur

To prosjektmedarbeidere (fordeles på CHH, PSJ og GH) gjør uavhengige vurderinger (screening) av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Vi piloterer inklusjonskriteriene på de 100 første studiene, for å sikre at prosjektmedarbeiderne har en felles forståelse av inklusjonskriteriene. Én prosjektmedarbeider går gjennom treffene i OpenAlex (29), bibliotekatalogene, Google og CitationChaser (28) og velger ut hvilke studier som bør vurderes i fulltekst. Studiene vi anser som relevante innhenter vi i fulltekst. To prosjektmedarbeidere (fordeles på CHH, PSJ og GH) gjør uavhengige vurderinger av fulltekstene opp mot inklusjonskriteriene. Ved uenighet eller usikkerhet om vurderingene av titler/sammendrag og fulltekster løser vi det ved diskusjon i laget. Vi bruker det elektroniske verktøyet Eppi-Reviewer (30) i utvelgelsesprosessen. Dersom vi ikke får tilgang på fullteksten innen to uker, regner vi publikasjonen som utilgjengelig.

Vi bruker maskinlæringsfunksjoner for å hjelpe oss med å vurdere titler og sammendrag mer effektivt. Enkelt sagt er maskinlæring en spesialisering innen kunstig intelligens hvor man bruker statistiske metoder for å la datamaskiner finne mønstre i store datamengder. Se vedlagt strategi for bruk av maskinlæring (vedlegg 1).

Vurdering av intern validitet/metodologiske begrensninger

Vi vurderer risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene fra Norden. Som det kommer frem av inklusjonskriteriene, er det aktuelt å inkludere studier med ulikt design. For randomiserte kontrollerte studier (RCTer) benytter vi *Version 2 of the Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials* (RoB 2)(31); for ikke-randomiserte kontrollerte studier benytter vi ROBINS-I (32). Vi vurderer metodiske begrensninger ved de inkluderte kvalitative studiene med en tilpasset *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP)-sjekklister (33;34). For å vurdere risiko for systematiske skjevheter i avbrutte tidsserier, kohortstudier og tversnittstudier benytter vi sjekklister beskrevet i vår metodebok «Slik oppsummerer vi forskning» (35). Vurderingene gjøres på studienivå.

En medarbeider gjør vurderingene og en annen medarbeider sjekker vurderingen. Uenighet om vurderingene løser vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Uthenting av data

Én medarbeider (fordeles på CHH, PSJ og GH) henter ut data fra de inkluderte studiene og en annen (fordeles på CHH, PSJ og GH) kontrollerer dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Vi henter ut følgende data fra de inkluderte studiene: bibliografisk informasjon om publikasjonene (f.eks. når de er publisert), studiedesign, hvilke land studiene er utført i, konteksten tiltaket finner sted, og beskrivelse av tiltaket eventuelt

sammenligning. For nordiske studier henter vi også ut informasjon om populasjonen slik som alder, hjemland og grunn til å oppsøke helse og omsorgstjenestene, utdanning for helsepersonell samt hente ut hovedfunnene for hver studie. Uenighet løser vi ved diskusjon i prosjektgruppa. Grunnet den korte tidsfristen til dette oppdraget vil vi ikke kontakte artikkelforfatteren ved manglende data.

Dersom vi finner mange studier (≥ 15) fra Norden og/eller Europa, henter vi ikke data fra studiene fra Canada, Australia og New Zeeland, men lister disse studiene i et vedlegg i rapporten.

Vi bruker et pilotert dataauthentingsskjema i det digitale verktøyet Excel (36).

Kartlegging av kunnskapsgrunnlaget

Vi sorterer publikasjonene i logiske kategorier, slik som overordnet i henhold til oversiktens problemstillinger eller etter land, populasjon, kontekst eller tiltak. Informasjonen vi henter ut fra publikasjonene presenteres deskriptivt, med frekvenser og prosenter. Vi sammenfatter informasjon om studiene og deres resultater narrativt. Vi beskriver resultatene fra de ulike studiene på tvers og beskriver fellestrekk og kontraster på tvers av studiene der det er mulig – for å se om det er noen mønstre i funn og konklusjoner. Hovedfremstillingen er narrative presentasjoner av resultater og konklusjoner, men vi vil også presenterer resultatene i tabeller og diagrammer der det er hensiktsmessig

Denne kartleggingsoversikt vil kun gi en beskrivelse av hva som finnes av forskning innen feltet og eventuelle kunnskapshull. Resultatene som presenteres i denne oversikten er ikke egnet som beslutningsgrunnlag for innføring av tiltak eller lignende. I henhold til standarden for kartleggingsoversikter utfører vi ikke noen datasynteser, dvs. vi utfører ikke en syntese av individuelle studieresultater (f.eks. ingen metaanalyse) fra studiene eller vurderer tilliten til dokumentasjonen.

Vi bruker sjekklisten «The PRISMA extension for scoping reviews» (25) for å sikre rapporteringskrav.

Fagfelleevaluering av prosjektplan og rapport

En intern fagfelle ved Folkehelseinstituttet, Rigmor Berg, og en ekstern fagfelle, Jonas Debesay professor ved fakultet for helsevitenskap på OsloMet, har fagfellevurdert prosjektplanen. En fagekspert som er ansatt ved FHI, Ragnhild Storstein Spilker, har også vært med å utvikle prosjektplanen.

Prosjektplan og rapport klareres av kontaktpunkt i ledelsen før de fagfellevurderes av den interne fagfellen og før godkjenning av fagdirektør i Folkehelseinstituttets klynge

for vurdering av tiltak. Sluttrapporten skal fagfellevalueres av to eksterne fageksperter, Beate L Sverre, førsteamanuensis, Universitetet i Sørøst-Norge og Ingrid Hanssen, professor, Lovisenberg diakonale høyskole.

Leveranser og publisering

Godkjent prosjektplan blir lagt ut på www.fhi.no ev. sammen med en kort nettomtale av prosjektet.

Hovedleveranse

Hovedleveransen fra dette arbeidet er en kartleggingsoversikt i rapportform. Rapporten er først og fremst beregnet for å brukes som kunnskapsgrunnlag i Bo trygt hjemme-reformen, men skal også kunne leses av et bredt publikum. Rapporten skal skrives i et klart språk på norsk. Vi publiserer rapporten på www.fhi.no to uker etter oversendelse til oppdragsgiver. Vi åpner også for å publisere hele eller deler av kartleggingsoversiktens innhold som en eller flere artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Tidsplan

Startdato: 24.10.22

Leveringsfrist: 15.12.22

| <i>Trinn/delleveranse</i> | Fra dato | Til dato |
|---|-----------------|-----------------|
| <i>Utvikling av prosjektplan</i> | | 28.10.22 |
| <i>Litteratursøk</i> | 24.10.22 | 25.10.22 |
| <i>Utvelging av studier</i> | 31.10.22 | 4.11.22 |
| <i>Uthenting av data</i> | 7.11.22 | 18.11.22 |
| <i>Kartlegging av kunnskapsgrunnlaget</i> | 7.11.22 | 18.11.22 |
| <i>Rapportutkast</i> | 21.11.22 | 30.11.22 |
| <i>Fagfellevurdering</i> | 30.11.22 | 5.12.22 |
| <i>Godkjenning</i> | 7.12.22 | 10.11.22 |
| <i>Oversendelse oppdragsgiver</i> | 15.12.22 | |
| <i>Publisering</i> | 29.12.22 | |

Tiltak ved eventuell forsinkelse

Hvis det oppstår forhold som utgjør en risiko for at leveringsfristen ikke kan overholdes, som for eksempel uforutsett langtidsfravær blant prosjektmedarbeiderne, et større antall søketreff eller inkluderte studier enn rammene for prosjektet tillater å håndtere, eller andre forhold, vil et eller flere av følgende tiltak være aktuelle:

- Økt bemanning innenfor den avtalte rammen av månedsverk
- Erstatte prosjektmedarbeidere ved fravær/sykdom
- Ytterligere avgrensninger i inklusjonskriterier (etter avtale med oppdragsgiver)

- Forlengelse av leveringsfristen (etter avtale med oppdragsgiver)

Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI

Austvoll-Dahlgren A, Forsetlund L, Vist GE, Ding Y, Straumann GH. Tilpasset informasjon og opplæring for pasienter med innvandrer- eller minoritetsbakgrunn: et systematisk litteratursøk. [Tailored information and education for patients with immigrant or minority backgrounds: a systematic reference list]. Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

Eike MC, Forsetlund L, Kirkehei I, Vist GE. Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 24–2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2010.

Kjøllesdal M, Straiton ML, Øien-Ødegaard C, Aambø A, Holmboe O, Johansen R, Grewal NG, Indseth T. "Helse blant innvandrere i Norge" [Health among immigrants in Norway] 2019. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.

Mosdøl A, Vist GE, Straumann GH, Spilker RS, Austvoll-Dahlgren A. Adapted health information and patient education for persons with immigrant or minority ethnic background: an overview of systematic reviews [Tilpasset helseinformasjon og pasientopp-læring for personer med innvandrer eller minoritetsetnisk bakgrunn: en oversikt over systematiske oversikter]. Report - 2018. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2018.

Munthe-Kaas HM, Bidonde J, Nguyen L, Flodgren G, Meneses J. Effect of system-level healthcare interventions and health equity tools for immigrants: a systematic review [Effekt av verktøy for likeverdige helsetjenester for innvandrere: en systematisk oversikt] Rapport –2018. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2018

Spilker RS, Kumar B. Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI); 2016. NAKMI-rapport nr. 2 2016.

Referanser

1. Spilker RS, Kumar B. Eldre i et ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI); 2016. NAKMI-rapport nr. 2 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/eldre-i-et-ukjent-landskap-sluttrapport-nakmirapport-nr-2-2016.pdf>
2. Statistisk sentralbyrå. Slik definerer SSB innvandrere. 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/slik-definerer-ssb-innvandrere>
3. Johnson ML, Vern L. Bengtson, Peter G. Coleman, and Thomas BL Kirkwood, eds. . The Cambridge handbook of age and ageing: Cambridge University Press; 2005.
4. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten. Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Folkehelseinstituttet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=&h=1>
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). . LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
6. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Statistisk sentralbyrå; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
7. Dzamarija MT. Eldre innvandrere i Norge: demografi, boforhold, inntekt, formue og helse. Statistisk sentralbyrå; 2022. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_/attachment/inline/cb7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
8. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. BMC Health Serv Res 2012;12:308. DOI: 10.1186/1472-6963-12-308
9. Straiton ML, Myhre S. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. Scand J Prim Health Care 2017;35(4):352-9. DOI: 10.1080/02813432.2017.1397320
10. Harris SM, Binder PE, Sandal GM. General Practitioners' Experiences of Clinical Consultations With Refugees Suffering From Mental Health Problems. Front Psychol 2020;11:412. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00412
11. Diaz E, Kumar BN. Health care curricula in multicultural societies. Int J Med Educ 2018;9:42-4. DOI: 10.5116/ijme.5a7e.bd17
12. Joo JY, Liu MF. Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. West J Nurs Res 2020;42(9):760-71. DOI: 10.1177/0193945919883395

13. Mbanya VN, Terragni L, Gele AA, Diaz E, Kumar BN. Access to Norwegian healthcare system - challenges for sub-Saharan African immigrants. *Int J Equity Health* 2019;18(1):125. DOI: 10.1186/s12939-019-1027-x
14. Arora S, Straiton M, Rechel B, Bergland A, Debesay J. Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. *Soc Sci Med* 2019;239:112555. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112555
15. Schein YL, Winje BA, Myhre SL, Nordstoga I, Straiton ML. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):958. DOI: 10.1186/s12913-019-4813-7
16. Næss A. Migration, gender roles, and mental illness: The case of Somali immigrants in Norway. *International Migration Review* 2019;54(3): 740-64.
17. Markova V, Sandal GM, Pallesen S. Immigration, acculturation, and preferred help-seeking sources for depression: comparison of five ethnic groups. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):648. DOI: 10.1186/s12913-020-05478-x
18. Straiton ML, Ledesma HML, Donnelly TT. A qualitative study of Filipina immigrants' stress, distress and coping: the impact of their multiple, transnational roles as women. *BMC Womens Health* 2017;17(1):72. DOI: 10.1186/s12905-017-0429-4
19. Debesay J. Heterogenitet og likeverdige helse-og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2022;2:130-6.
20. Arora S, Bergland A, Straiton M, Rechel B, Debesay J. Older migrants' access to healthcare: a thematic synthesis. *International Journal of Migration, Health and Social Care* 2018.
21. Wang L, Guruge S, Montana G. Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Can J Aging* 2019;38(2):193-209. DOI: 10.1017/S0714980818000648
22. Laue J, Diaz E, Eriksen L, Risor T. Migration health research in Norway: a scoping review. *Scand J Public Health* 2021:14034948211032494. DOI: 10.1177/14034948211032494
23. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). I: Aromataris E, Munn Z, red. *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide: Joanna Briggs Institute 2020. Tilgjengelig fra: <https://synthesismanual.jbi.global>
24. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19-32. DOI: 10.1080/1364557032000119616
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169(7):467-73. DOI: 10.7326/m18-0850
26. Helsedirektoratet. § 1-3 Definisjoner [nettdokument]Oslo[oppdatert 01. januar 2018; lest 27. oktober]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
27. Clark J, Glasziou P, Del Mar C, Bannach-Brown A, Stehlik P, Scott AM. A full systematic review was completed in 2 weeks using automation tools: a case study. *J Clin Epidemiol* 2020;121:81-90. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2020.01.008
28. Haddaway NR, Grainger MJ, Gray CT. Citationchaser: A tool for transparent and efficient forward and backward citation chasing in systematic searching. *Res Synth Methods* 2022;13(4):533-45. DOI: 10.1002/jrsm.1563
29. Priem J, Piwowar H, & Orr R. OpenAlex: A fully-open index of scholarly works, authors, venues, institutions, and concepts. arXiv preprint arXiv:220501833 2022.
30. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education; 2010.

31. RoB-2 Development Group. Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)2019. Tilgjengelig fra: <https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2>
32. Development Group for ROBINS-I. Risk of Bias in Non-Randomized Studies of Interventions (ROBINS-I)2016. Tilgjengelig fra: <https://www.riskofbias.info/welcome/home/current-version-of-robins-i>
33. Ames HMR, Glenton C, Lewin S. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2017. Issue 2. Tilgjengelig fra: 10.1002/14651858.CD011787.pub2
34. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP checklist for qualitative research.6. januar 2022 6. januar 2022]. Tilgjengelig fra: https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
35. Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Folkehelseinstituttet. 4. reviderte utg. Oslo: Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
36. Microsoft Corporation. Microsoft Excel. 2018.

Vedlegg 1 Strategi for bruk av maskinlæring

Vi vil bruke maskinlæringsfunksjoner for å hjelpe oss med å utføre kunnskapsoppsummeringen mer effektivt. Dette vedlegget beskriver hvordan vi planlegger å bruke maskinlæring i utførelsen av denne kunnskapsoppsummeringen (tabell 1). I slutten av vedlegget er det en ordliste med beskrivelser av de ulike maskinlæringsfunksjonene vi skal bruke.

Tabell 1: plan for bruk av maskinlæring i kartleggingsoversikten

| Steg | Strategi |
|--------|--|
| Steg 1 | Vi vil trene opp priority screening med å benytte et lite antall studier sendt av fagekspertene og søke etter nøkkelord i tekst for å identifisere studier som møter inklusjonskriteriene og for å identifisere studier som er svært ulike fra inklusjonskriteriene. |
| Steg 2 | Vi vil benytte oss av priority screening i gjennomgangen av referansene. Til tross for forskningsspørsmålenes kompleksitet ser vi likevel for oss at priority screening vil fungere godt da hovedpopulasjonen (eldre innvandrere) er svært konkret og at tiltakene vil være av noe lik art. I tillegg vil vi sitte sammen å screene (minimum) de 150 første studiene, for å sikre at vi er samkjørte og at mønstrene i inklusjon og eksklusjon er tydelige ovenfor algoritmen. Etter vi har screenet 50 studier uten å inkludere én studie vil vi bytte til singel screener. Hvis mulig vil vi gå til steg 3, hvis ikke vil vi stoppe å singel screene studier når vi ikke har identifisert én studie som møter inklusjonskriteriene blant de siste 200 studiene. Skal det vise seg at andre terskelverdier er mer hensiktsmessig enn de ovennevnte vil vi gjøre tilpasninger og notere disse i rapporten. |
| Steg 3 | Vi vil vurdere å bygge og teste en custom classifier hvis det er mange gjenværende referanser etter vi har screenet en stund. Hvis modellen har parametere som viser til at den har tilstrekkelig recall vil vi dobbeltscreene referansene som har over 80 % sannsynlighet til å møte inklusjonskriteriene. Antallet som vi velger å singelscreene eller ekskludere uten manuell gjennomgang vil være bestemt av hvordan modellen presterer når vi tester den. Vi vil dokumentere alle relevante parametere for bruk og bygging av custom classifier i et eget vedlegg i hovedrapporten. |
| Steg 4 | Vi vil bruke OpenAlex ved å bruke data fra inkluderte eller relevante studier fra de vanlige databasene, og etterspørre unike relevante studier. OpenAlex kan benyttes gjennom Eppi-reviwer, og vi vil kjøre studier identifisert av OpenAlex gjennom priority screening , og single screene dem slik som beskrevet i steg 2 eller kjøre den igjennom custom classifieren slik det er beskrevet i steg 3. |

Refleksivitet

Våre bakgrunner og tidligere erfaringer kan påvirke hvordan vi inkluderer og ekskluderer studier i denne oppsummeringen, noe som igjen kan påvirke algoritmene. Vi ønsker derfor å tydeliggjøre tidligere erfaringer og kompetanse blant forskerne som muligens kan virke inn på vurderingene. CHH har ikke direkte erfaring fra praksisfeltet eller med forskning om helsetjenester til innvandrere. Hun har imidlertid tatt en PhD om eldre personer, deres pårørende og helsepersonell sine erfaringer med helsetjenester til eldre personer og har med bakgrunn i det noe kjennskap til forskningsfeltet, samt hvilken type erfaringer eldre mennesker har i møte med helsesystemene. PSJJ har foreldre med innvandrerbakgrunn. PSJJ har en samfunnsvitenskapelig utdanning, men har tidligere arbeidet (deltid) i helse og omsorgstjenesten og har noe erfaring med målgruppen. PSJJ har ikke erfaring med forskning på eldre i helse og omsorgstjenesten, men har ledet en kunnskapsoppsummering om linkarbeidertiltak for å bedre samarbeid mellom innvandrere og barnevernet. GH har ingen praktisk erfaring i arbeid med helse- og omsorgstjenester eller tiltak rettet mot innvandrere. Hun har tidligere gjort søk for systematiske oversikter med innvandrere som populasjon. Når det gjelder metode, er hennes erfaring for det meste fra utarbeidelse av systematiske oversikter om effekt av tiltak.

For å sikre at vi har samme forståelse av problemstillingen og hvilke studier som skal inkluderes/ekskluderes vil CHH, PSJJ og GH sitte sammen og vurdere referanser til vi opplever at vi er samkjørte. Vi vil ha en liste over inklusjons/eksklusjonskriteriene foran oss og avklare med hverandre og underveis om vi er i tvil om noe. Hvis vi fortsatt er i tvil, vil vi konsultere RS, som har inngående kunnskap om forskningsfeltet og som er fagekspert på huset som vi samarbeider med i dette prosjektet.

Ordliste

Algoritme kan forklares som en fullstendig presis og skrittvis beskrivelse av en prosedyre av operasjoner som skal beregnes for å løse et problem (1).

Classifiers er algoritmer som er trent til å gjenkjenne data med spesielle kjennetegn og som kategoriserer data i henhold til om de innehar disse kjennetegnene eller ikke. Vi vil benytte følgende classifier(s) i programvaren EPPI-Reviewer (2)

- **Custom classifier** er en tilpasset modell for den gitte problemstillingen. Funksjonen lærer fra inklusjons- og eksklusjons avgjørelser og predikerer sannsynligheten for at gjenværende referanser vil møte inklusjonskriteriene. «Custom classifier» modellen presenterer referansene i henhold til prosentvis sannsynlighet for å møte inklusjonskriteriene (2).

Maskinlæring er en spesialisering innen kunstig intelligens hvor man bruker statistiske metoder for å la datamaskiner finne mønstre i store datamengder (3).

Open Alex er et åpent tilgjengelig datasett med mer enn 250 000 000 vitenskapelige objekter (4). OpenAlex innhenter daglig nye objekter, dette inkluderer også grå litteratur som institusjonelle rapporter, stortingsmeldinger og evalueringer som er publisert elektronisk. I stedet for å søke i henhold til emneord eller nøkkelord i studienes titler og sammendrag, kobler OpenAlex sammen studier i henhold til tekstens innhold og betydning.

Priority screening er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (2;5) som læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragnivå. **Rangerings algoritmer** er algoritmer som er trent til å gjenkjenne relevante data og til å presentere dataene i henhold til relevans. Referanser som algoritmen anser som mer relevante i henhold til forskernes avgjørelser om inklusjon blir skjøvet frem i «køen». På denne måten får vi raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi skulle lest referansene i tilfeldig rekkefølge.

Recall er en modells evne til å finne alle relevante tilfeller innenfor et datasett. Matematisk definerer vi recall som antall sanne positive delt på antall sanne positive pluss antall falske negative.

Referanser

1. Hoff KG, M. H. Økonomistyring 1: Grunnleggende bedriftsøkonomisk analyse: Universitetsforl.; 2016.
2. Thomas J GS BJ, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M., EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London; 2020. s. [//eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2967](http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2967).
3. Tidemann A, Elster AC. maskinlæring. Store Norske Leksikon2022.
4. Priem J, Piwowar H, & Orr R. OpenAlex: A fully-open index of scholarly works, authors, venues, institutions, and concepts. arXiv preprint arXiv:220501833 2022.
5. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis. EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education; 2010.