

Titelblad

Titel: Anbefalinger til anvendelse af organisatorisk sundhedskompetence til forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser

Projektgruppe: 10303, Charlotte Randeris Clausen og Line Balslev

Vejleder: Sine Agergaard

Anslag med mellemrum: 175.978

Afleveringsdato: 1. juni 2023

Projekt: Speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab, 4. semester

Institution: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet

Resumé

Titel: Anbefalinger til anvendelse af organisatorisk sundhedskompetence til forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser

Baggrund: Der ses en højere forekomst af forebyggelige kroniske sygdomme blandt etniske minoriteter end blandt etniske danskere. Samtidig ses det, at etniske minoriteter i lavere grad end etniske danskere benytter sig af forebyggende sundhedsindsatser, trods et større forbrug af øvrige sundhedsydelser. Sundhedskompetence fremhæves som determinant for etniske minoriteters sundhed og sygdom. Et nyere fokus inden for forskning i sundhedskompetence gør det klart, at sundhedskompetence skabes i et samspil mellem individuel og organisatorisk sundhedskompetence. Imidlertid har der i mange år været et stort fokus på individuel sundhedskompetence, mens organisatorisk sundhedskompetence er relativt overset. Dertil mangler der yderligere viden om organisatorisk sundhedskompetence i relation til forebyggelse.

Formål: Formålet er, med et kritisk realistisk perspektiv, at undersøge mekanismer, der indvirker på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, og hvordan organisationer, der udbyder forebyggelse kan anvende organisatorisk sundhedskompetence mhp. at forbedre etniske minoriteters adgang til forebyggende sundhedsindsatser.

Metode: Der er udført et kvalitativt litteraturreview. Søgningen er foretaget i PubMed, Embase, Cinahl, ProQuest, PsykNet og Scopus efter studier, der bidrager med kvalitativ viden om etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Dataekstraktion er foretaget i Nvivo 12, hvorefter data er syntetiseret i temaer, og de enkelte temaer er efterfølgende analyseret med udgangspunkt i Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017), som danner rammen for organisatorisk sundhedskompetence i specialet.

Resultater: 19 artikler blev inkluderet, som bidrog med barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser ud fra forskellige perspektiver. De identificerede barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser relaterer sig til otte temaer; navigering i sundhedsvæsenet, socialt netværk, arbejdsgange, forståelser af sygdom, interventionens rammer, kommunikation, organisationens ressourcer og tilgængelighed. Alle syv domæner i Org-HLR frameworket bidrager med strategier, som kan imødekomme de identificerede barrierer og facilitatorer, i særdeleshed involvering af og samarbejde med lokalsamfundet. Der ses imidlertid også begrænsninger ved brugen af frameworket.

Konklusion: Barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser er afhængige af den tid og kontekst, de udspiller sig i. En systematisk tilgang til at blive en sundhedskompetent organisation kan bidrage positivt til forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Det kræver imidlertid et aktivt valg og at der tildeles ressourcer til det. Politisk prioritering kan understøtte forandringen. Fremtidig forskning bør se på etniske minoriteters brug af forebyggende sundhedsindsatser. Der bør desuden være fokus på utilsigtede konsekvenser ved brug af Org-HLR frameworket.

Abstract

Titel: Recommendations for the use of organizational health literacy for changing the participation of ethnic minorities in preventive health interventions.

Background: There is a higher occurrence of preventable chronic diseases amongst ethnic minorities than ethnic Danes. At the same time ethnic minorities use preventive health interventions less, despite a higher use of other medical services. Health literacy is emphasized as a determinant for the health and disease of ethnic minorities. A more recent focus within health literacy research shows that, health literacy is created in an interaction between individual and organizational health literacy. However, for many years there has been great focus put on individual health literacy, while organizational health literacy has been relatively overlooked. To that there is a lack of knowledge of organizational health literacy in relation to prevention.

Aim: The aim is, from a critical realistic perspective, to examine mechanisms that influence the participation of ethnic minorities in preventive health interventions, and how organizations that provide preventive health interventions can use organizational health literacy in order to improve the access to these interventions for ethnic minorities.

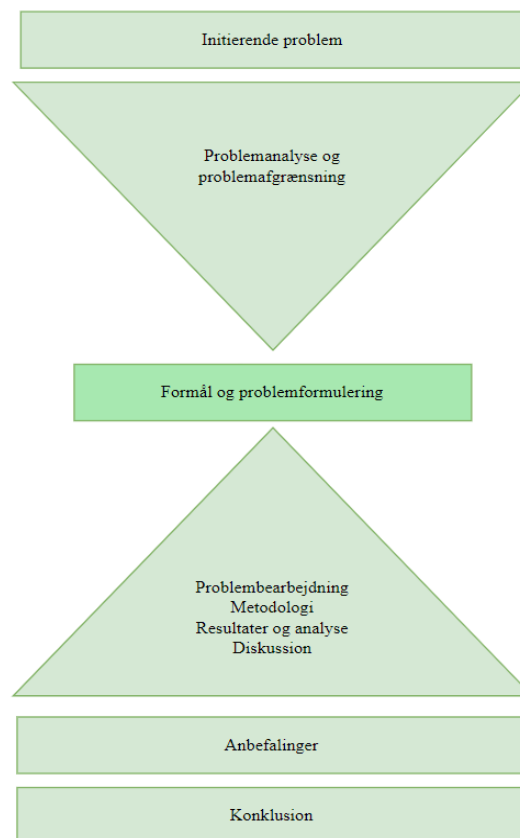
Methods: A qualitative literature review was carried out. A search for studies that contribute qualitative knowledge on the participation of ethnic minorities in preventive health interventions was conducted in PubMed, Embase, Cinahl, ProQuest, PsykNet and Scopus. Extraction of data was carried out in Nvivo 12, after which data was synthesized into themes, and each theme was analyzed based on the Org-HLR framework by Trezona et al. (2017), which frames organizational health literacy in this thesis.

Results: 19 articles were included, which contributed to barriers and facilitators for the participation of ethnic minorities in preventive health interventions. The identified barriers and facilitators for the participation of ethnic minorities in preventive health interventions relate to eight themes; navigation in the healthcare system, social network, work processes, understandings of disease, the intervention form, communication, the organizational resources and accessibility. All seven domains in the Org-HLR framework contribute with strategies that can meet the identified barriers and facilitators, in particular, community engagement and partnerships. However, there are also limitations when using the framework.

Conclusion: Barriers and facilitators for ethnic minorities' participation in preventive health interventions are dependent on the time and context in which they take place. A systematic approach to becoming a health literate responsive organization can contribute positively to a change in participation of ethnic minorities in preventive healthcare. However, it requires an active choice and an allocation of resources towards it. Political prioritization can support the change. Future research should investigate ethnic minorities' use of preventive health interventions. Moreover there should be a focus on unintended consequences when using the Org-HLR framework.

Læsevejledning

Opbygningen af dette speciale tager afsæt i Aalborg-modellen. Modellen bygger på princippet om problembaseret læring og er udarbejdet af Aalborg Universitet for at sikre, at de studerende udvikler kompetencer på tværgående vidensområder gennem teori, praksis og videnskab (Holgaard et al., 2014). Nedenstående figur 1 illustrerer opbygningen og elementerne i specialet. Specialet starter med det initierende problem, hvor problemstillingen, som danner baggrund for problemanalysen, identificeres. Gennem problemanalysen afgrænses til et overordnet problem, som leder frem til formål og problemformulering. I problembearbejdningen præsenteres først de metodologiske valg samt syntetisering og analyse af resultaterne. Herefter fremstilles en diskussion af hhv. metode og resultater mhp. at vurdere grundlaget for besvarelsen af specialets problemformulering (Holgaard et al., 2014). Dette med intention om at udforme anbefalinger og en konklusion på dette speciale.



Figur 1: Illustration af Aalborg-modellen, frit udarbejdet med inspiration fra Holgaard et al. (2014)

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	2
Abstract.....	3
Læsevejledning.....	4
Indholdsfortegnelse.....	5
1 Initierende problem.....	8
2 Problemanalyse.....	9
2.1 Indledende beskrivelse af specialets afsæt.....	9
2.2 Etniske minoriteter har dårligere helbred end majoritets-befolkningen.....	9
2.3 Etniske minoriteter går oftere til læge.....	11
2.3.1 Etniske minoriteter deltager mindre i forebyggelsestilbud.....	11
2.4 Der mangler fokus på etniske minoriteter i den danske forebyggelsesstrategi.....	12
2.5 Health literacy har indflydelse på sundhed og sygdom.....	13
2.6 Etniske minoriteter har utilstrækkelige sundhedskompetencer.....	14
2.6.1 Sundhedskompetencer kan påvirkes af den sociale kontekst.....	15
2.7 Organisatorisk sundhedskompetence som vej til et mere lige sundhedsvæsen.....	16
2.8 Afgrænsning.....	16
3 Problemformulering.....	18
4 Teoretisk ramme.....	18
4.1 Videnskabsteoretisk position.....	18
4.2 Organisatorisk sundhedskompetence: Org-HLR framework.....	20
4.2.1 Frameworket og de syv domæner.....	21
5 Metode.....	24
5.1 Indledende litteratursøgning.....	24
5.2 Studiedesign: Kvalitativt review - framework syntese.....	25
5.3 Systematisk litteratursøgning.....	26

5.3.1	Valg af databaser.....	27
5.3.2	Søgestrategi.....	28
5.3.3	In- og eksklusionskriterier	31
5.3.4	Selektionsproces.....	32
5.3.5	Kritisk vurdering.....	33
5.4	Dataekstraktion	34
5.5	Analysestrategi.....	35
6	Resultater og analyse.....	36
6.1	Analyseprocessen.....	38
6.2	Identificerede barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse ..	39
6.3	Narrativ syntese	45
6.3.1	Navigering i sundhedsvæsenet.....	45
6.3.2	Socialt netværk.....	47
6.3.3	Arbejdsgange	50
6.3.4	Forståelser af sygdom	53
6.3.5	Interventionens rammer	55
6.3.6	Kommunikation	58
6.3.7	Organisatoriske ressourcer.....	60
6.3.8	Tilgængelighed.....	62
6.4	Opsamling på analysen	64
6.4.1	Ydre politik og finansiering	66
6.4.2	Ledelse og kultur.....	67
6.4.3	Systemer, processer og praksisser.....	67
6.4.4	Adgang til services og programmer	68
6.4.5	Involvering af og samarbejde med lokalsamfundet	68
6.4.6	Kommunikationspraksisser og standarder	69
6.4.7	Arbejdskraft	69

7	Diskussion af metode	69
7.1	Stringens og transparens	70
7.2	Troværdighed.....	70
7.3	Refleksivitet	72
7.4	Overførbarehed og resonans	73
8	Diskussion af resultater	75
8.1	Etniske minoriteters tillid til sundhedsvæsenet.....	75
8.1.1	Lav tillid til sundhedsvæsenet hænger sammen med lav sundhedskompetence	77
8.2	Forebyggelse til etniske minoriteter er ressourcekrævende	78
8.3	Er organisatorisk sundhedskompetence altid et spørgsmål om ressourcer?	80
8.4	Der er forhold uden for organisationernes rækkevidde.....	81
9	Anbefalinger til praksis	83
10	Konklusion	85
11	Referencer	86

1 Initierende problem

Diversiteten i den danske befolkning er stigende. Ved starten af 2022 havde 14,4 % af den danske befolkning etnisk minoritetsbaggrund, og det forventes, at stigningen vil fortsætte i fremtiden (Danmarks Statistik, 2022). Ifølge den danske sundhedslov skal sundhedsvæsenet tilbyde let og lige adgang til sundhedsydelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2018). Grundet den stigende diversitet i den danske befolkning, har der de seneste årtier været et øget fokus på sundhed blandt personer med etnisk minoritetsbaggrund, imidlertid ses der fortsat en signifikant etnisk ulighed i sundhed i Danmark (Jervelund et al., 2017; Hempler et al., 2020). På tværs af etniske minoritetsgrupper ses en øget tendens til kredsløbssygdomme, type 2-diabetes, astma, muskel-skeletsygdomme samt dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med etniske danskere (Singhammer, 2008; Hempler et al., 2011; Andersen et al., 2016). Studier viser, at etniske minoritetsgrupper har et større forbrug af sundhedsydelser målt på lægebesøg (Folmann & Jørgensen, 2006), men i mindre grad end etniske danskere deltager i forebyggende sundhedsindsatser (Frederiksen et al., 2018). Den højere forekomst af behandlingskrævende, kroniske sygdomme sammenholdt med en tendens til hyppige lægebesøg, som tilsyneladende ikke udmønter sig i deltagelse i forebyggende indsatser, giver anledning til at undersøge, hvilke faktorer, der indvirker på etniske minoriteters adgang til forebyggende sundhedsindsatser. Dansk Selskab for Folkesundhed fremhæver i særdeleshed individets sundhedskompetence som en relevant faktor (Hempler et al., 2020). Med forventningen om, at diversiteten i samfundet fortsat vil stige, er det fundamentalt, at udbyderne af forebyggende sundhedsindsatser optimerer adgangen for den stigende gruppe af borgere med etnisk minoritetsbaggrund, som har større risiko for at udvikle kroniske og behandlingskrævende sygdomme. De senere år er der kommet fokus på, hvordan organisationer, der leverer sundhedsydelser har et medansvar, således at sundhedskompetence ikke kun refererer til individet, men ligeledes til organisationens evne til at imødekomme borgernes forskellige niveauer af sundhedskompetence (Aaby et al., 2022; Aaby et al., 2019; Baumeister et al., 2021). Imidlertid mangler der viden om, hvilke barrierer og facilitatorer, der er for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser og hvilke muligheder, der er for at imødekomme disse ved brug af organisatorisk sundhedskompetence. Dette vil være fundamentalt for at sikre lige adgang til sundhedsydelser.

2 Problemanalyse

2.1 Indledende beskrivelse af specialets afsæt

Etnicitet er et komplekst og flydende begreb (Kaplan & Bennett, 2003), som i en sociokulturel sammenhæng refererer til en kulturel diversitet blandt mennesker (Moubarac 2013). Når dette speciale retter sit fokus på personer med etnisk minoritetsbaggrund, er det med en opmærksomhed på, at der er tale om en særdeles heterogen og kompleks gruppe, som bl.a. varierer efter oprindelsesland, religion, kultur, socioøkonomiske forhold og sundhedsforståelser - om end kategoriseringen kan antyde, at der er tale om en homogen gruppe, der adskiller sig fra majoriteten. I epidemiologisk forskning tales der både for og imod denne form for kategorisering. På den ene side fremfører bl.a. Kaplan & Bennett (2003), at et sådant sprogbrug kan forstærke stigmatisering og bidrage til at reproducere et dikotomisk dem/os narrativ. Således kan det at kategorisere personer med etnisk minoritetsbaggrund i sundhedsforskningen - og i dette speciale - risikere at have negative konsekvenser for den enkelte og bidrage til vedligeholdelse af sociale skel og potentielt forstærke disse. På den anden side kan et fokus på etniske minoriteter også belyse de tilstedeværende strukturer, kontekster og mekanismer, som kræver transformation med henblik på at bedre etniske minoriteters adgang til sundhed (Fylkesnes et al., 2018). Således kan forudsætningen for forandring netop være, at der stilles skarpt på de faktorer, der indvirker på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. I den følgende analyse af problemstillingen udfoldes nærmere, hvorfor dette speciale er vigtigt.

2.2 Etniske minoriteter har dårligere helbred end majoritetsbefolkningen

På tværs af flere europæiske lande ses, at ikke-vestlige immigranter er i særlig risiko for type 2-diabetes og hjertekarsygdomme (Cainzos-Achirica et al., 2019). Et sammenligneligt billede ses i Danmark, hvor der ligeledes ses en højere forekomst af diabetes (Andersen et al., 2016) og hjertekarsygdomme (Hempler et al., 2011) blandt ikke-vestlige immigranter sammenlignet

med alderssvarende etniske danskere. Desuden påviste Andersen et al. (2016) på baggrund af resultaterne i deres studie også en øget dødelighed i gruppen af etniske minoriteter med diabetes end blandt tilsvarende etniske danskere. Udover diabetes og hjertekarsygdomme har der i mange år tegnet sig et billede af, at personer med etnisk minoritetsbaggrund har et dårligere helbred end majoritetsbefolkningen, bl.a. ses en større forekomst af en lang række langvarige sygdomme såsom muskel-skeletsygdomme, forhøjet blodtryk og psykiske lidelser blandt etniske minoriteter sammenlignet med etniske danskere (Singhammer, 2008).

At der også ses en tendens til, at sygdommene ophober sig hos denne del af befolkningen, viser nyere forskning, som finder, at der blandt personer over 45 år med ikke-vestlig oprindelse ses en signifikant højere forekomst af multisygdomme end blandt etniske danskere, og at den største forskel ses i aldersgruppen over 65 (Møller et al., 2020). Derimod er der blandt den yngre aldersgruppe (16-44 år) en mindre forekomst af multisygdomme sammenlignet med alderssvarende etniske danskere (Møller et al., 2020), men etniske minoriteter i Danmark rapporterer i højere grad end etniske danskere om dårligt selvvurderet helbred, også når der justeres for alder (Singhammer, 2008). Samtidig viser der sig en generel tendens til manglende tro på, at individet selv kan bidrage til bedre sundhed (Bennedsen et al., 2006). Det ses således, at etniske minoriteter i Danmark er en befolkningsgruppe, som er i særlig risiko for langvarige og alvorlige sygdomme, ophobning af sygdomme med alderen og med dårligt selvrapporteret helbred – sidstnævnte selv i en alder, som må forventes at ligge før debut af flere af disse sygdomme.

I forskningen er der delte meninger om, hvorvidt længden af ens ophold i værtslandet har betydning for den øgede risiko for udvikling af langvarige sygdomme. Et dansk studie finder, en overhyppighed af forhøjet blodtryk og risiko for hjertekarsygdomme det første år efter ankomsten til Danmark, hvorefter denne risiko falder (Hempler et al., 2011), hvilket kan antages at have årsag i øget stress i forbindelse med selve migrationsprocessen. Et hollandsk studie finder derimod, at den øgede risiko for hjertekarsygdomme blandt ikke-vestlige immigranter er uafhængig af, ikke kun hvor længe personen har boet i værtslandet, men også hvor velintegreret personen er (Perini et al., 2018). Dette tyder på, at personer tilhørende etniske minoritetsgrupper kan være i øget risiko for alvorlig sygdom, både lige efter ankomst og når de har boet i Danmark i lang tid.

2.3 Etniske minoriteter går oftere til læge

Generelt i befolkningen ses det, at blandt personer med diabetes, hjertekarsygdomme, muskel-skeletsygdomme, forhøjet blodtryk og psykisk sygdom er der et større forbrug af sundhedsvæsenet end den øvrige befolkning (Frølich et al., 2019). Dertil ses, at denne forskel i forbruget stiger markant med højere forekomst af multimorbiditet (Frølich et al., 2019). Når etniske minoritetsgrupper har højere forekomst af netop disse sygdomme, og samtidig har højere forekomst af multimorbiditet end majoritetsbefolkningen, må det derfor formodes, at etniske minoriteter i højere grad anvender ydelser i sundhedsvæsenet. Det viser sig da også i forskning fra Holland og Norge, hvor sundhedsvæsenet er sammenligneligt med det danske, at etniske minoriteter går oftere til læge (van der Gaag et al., 2017; Diaz et al., 2015). I Danmark udkom Sundhedsstyrelsen tilbage i 2006 med en rapport baseret på registerdata, som viser, at etniske minoritetsgrupper har et større forbrug af sundhedsydelser målt på sygehus- og lægebesøg end etniske danskere (Folmann & Jørgensen, 2006). Samtidig viser studier, at den samme gruppe har et lavere medicinforbrug end etniske danskere på trods af en høj forekomst af medicinkrævende hjertekarsygdomme (Folmann & Jørgensen, 2006; Frederiksen et al., 2018). Når etniske minoriteter oftere opsøger behandling, og har en højere forekomst af behandlingskrævende sygdomme, men i lavere grad modtager medicin, kan det tyde på, at der for etniske minoriteter i mindre grad end for etniske danskere opnås succesfulde behandlingsforløb. Der tegner sig således et billede af etniske minoriteter som en relativt tung patientgruppe som enten har svært ved at opnå god implementering af tilbudt behandling, eller ikke får tilbudt samme behandling som etniske danskere. Dette kan medføre ikke kun en risiko for etniske minoriteters livskvalitet, men også udgøre en byrde for sundhedsvæsenet og samfundet.

2.3.1 Etniske minoriteter deltager mindre i forebyggelsestilbud

En række af de sygdomme som i højere grad forekommer hos etniske minoriteter, herunder både kredsløbssygdomme, type 2-diabetes og muskel-skeletsygdomme, er påvirket af den sundhedsadfærd, som individet udviser (Vallgård, 2009), og er således forebyggelige. Cainzos-Achirica et al. (2019) konkluderer i et narrativt review, at der er stærk evidens for, at der for nogle grupper af ikke-vestlige immigranter i Europa er et behov for en øget

forebyggelsesindsats. Det kan således betragtes som særlig vigtigt, at netop etniske minoriteter deltager i forebyggende tilbud. Dog ses det, at etniske minoriteter anvender forebyggende sundhedsydelse mindre end majoritetsbefolkningen i flere europæiske lande (De Luca et al., 2013; Berchet & Jusot, 2012; Padovese et al., 2014; van der Gaag et al., 2017). I Danmark er der begrænset viden om etniske minoriteters brug af forebyggende sundhedsindsatser, dog har et studie vist, at ikke-vestlige immigranter benytter patientrettede forebyggelsestilbud efter akut hjertesygdom i lavere grad end majoritetsbefolkningen (Frederiksen et al., 2018). Ud fra dette kan det antages, at etniske minoriteter, også i Danmark, generelt har et lavere forbrug af forebyggelsestilbud, hvilket giver anledning til at undersøge, hvilke barrierer, der hindrer etniske minoriteters deltagelse heri.

2.4 Der mangler fokus på etniske minoriteter i den danske forebyggelsesstrategi

I Danmark defineres indhold og omfang af den forebyggende indsats primært af regioner og kommuner, dog rådgivet af større institutioner og ministerier (Vallgård et al., 2016) herunder bl.a. Sundhedsstyrelsen. Det ses, at etniske minoriteter er i særlig risiko for at udvikle bl.a. hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, KOL og muskelskeletsygdomme (Singhammer, 2008; Hempler et al., 2011; Andersen et al., 2016), hvilket er sygdomme, som den danske forebyggelsesstrategi med KRAM-faktorerne som de primære fokuspunkter (Vallgård, 2009) særligt fokuserer på. Etniske minoritetsgrupper har således et særligt behov for at blive omfavnet af både den borgerrettede og patientrettede forebyggelsesindsats i Danmark, hvorfor det er paradoksalt, at de, ifølge Frederiksen et al. (2018), i mindre grad end majoritetsbefolkningen deltager i forebyggelsesindsatser, på trods af, at der blandt etniske minoriteter også forekommer dårligere selv vurderet helbred (Bennedsen et al., 2006; Singhammer, 2008).

Som nævnt bliver kommuner og regioner serviceret af større organer, ift. deres retning i forebyggende indsats. Imidlertid er det mere end 12 år siden, at der fra officiel side udkom opsamlinger vedrørende etniske minoriteters sundhed og brug af sundhedsvæsenet (Folmann & Jørgensen, 2006; Holmberg et al., 2009; Vinther-Jensen & Primdahl, 2010), hvilket er problematisk, da overvågning af sundhedstilstande og adfærd er med til at danne grundlag for,

hvilke forebyggelsesindsatser myndighederne skal prioritere (Vallgård et al., 2016). Det kan således tyde på, at der ikke fra officiel side er et fokus på det særlige behov for forebyggende tiltag, som etniske minoriteter har, og hvordan disse kan imødekommes.

I 2020 udkom rapporten “*Veje til etnisk lighed i sundhed*” af Dansk Selskab for Folkesundhed (Hempler et al., 2020), hvori begrebet *health literacy* fremhæves. Et begreb, der også optræder i litteraturen som værende af høj relevans for etniske minoriteter (Lie et al., 2012; van der Gaag et al., 2017; Frosch & Elwyn, 2014). Etniske minoriteter står overfor særlige udfordringer med sprog og kendskab til sundhedssystemet (Hempler et al., 2020), udfordringer, der i høj grad kan have indvirkning på et individs *health literacy* (Sørensen et al., 2012). Begrebet vil blive udfoldet i de følgende afsnit gennem en analyse af etniske minoriteters *health literacy*.

2.5 Health literacy har indflydelse på sundhed og sygdom

Health literacy refererer til et komplekst samspil af kompetencer, som faciliterer menneskers evne til at finde, forstå, vurdere og anvende viden om sundhed (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008; Levin-Samir et al., 2019) og derved imødekomme de til stadighed øgede krav til sundhed i det moderne samfund (Berkman et al., 2011). Således er der tale om kompetencer, som gør individet i stand til at fungere effektivt i et stadig mere komplekst sundhedssystem, hvorfor begrebet også oversættes til dansk som sundhedskompetence.

Sundhedskompetence er associeret med andre sociale sundhedsfaktorer såsom uddannelse, indkomst og etnicitet (Paasche-Orlow & Wolf, 2007), men forskningen viser, at sundhedskompetence har indflydelse på individets sundhedsstatus (Hoover et al., 2015) og kan kobles direkte til kvaliteten og udbyttet af sundhedsydelser (Berkman et al., 2011), selv når der justeres for socioøkonomisk status (Bostock & Steptoe, 2012). Det ses bl.a. at sundhedskompetence har indflydelse på, hvordan personer med diabetes griber forebyggelse an (van der Heide et al., 2014). Således kan lav sundhedskompetence have alvorlige negative konsekvenser for individets sundhed.

2.6 Etniske minoriteter har utilstrækkelige sundhedskompetencer

Ifølge WHO's rapport *Health literacy: the solid facts*, ses der en tendens til lavere sundhedskompetence blandt immigranter og andre etniske minoriteter på tværs af Europa (Kickbusch et al., 2013). Dette stemmer overens med resultaterne i et større dansk populationsstudie, som viser, at etniske minoriteter i Danmark har lavere sundhedskompetence end etniske danskere (Bo et al., 2014). Det kan være nærliggende at tænke, at denne tendens hænger sammen med, at sproget er en barriere for kommunikation mellem sundhedssystemet og etniske minoriteter. Hvilket da også tidligere er beskrevet som en del af udfordringen (Andrulis & Brach, 2007). Det danske studie af Bo et al. (2014) konkluderer imidlertid en sammenhæng mellem sundhedskompetence og etnicitet, selv efter justering for modersmål. Det lavere niveau af sundhedskompetence blandt etniske minoriteter rækker således ud over det, der kan forklares som sproglige forskelle, hvilket også stemmer overens med kompleksiteten i sundhedskompetencebegrebet. Sundhedssystemet er ligeledes komplekst og de til stadighed øgede krav i forhold til at tage ansvar for egen sundhed favoriserer systematisk personer med tilstrækkelige sundhedskompetencer (Protheroe et al., 2009) og skaber dermed en skævvridning i befolkningens sundhedstilstand. Fra ovenstående kan det udledes, at etniske minoriteter marginaliseres i det danske sundhedssystem grundet utilstrækkelige sundhedskompetencer.

Yderligere viser forskning, at personer med mere komplekse helbredsproblemer, fx personer ramt af multisygdomme, vil stå over for tilsvarende mere komplekse udfordringer i forhold til at tilgå sundhedssystemet (Bo et al., 2014). Da der netop blandt etniske minoriteter ses en højere forekomst af multisygdomme end blandt etniske danskere (Holmberg et al., 2009; Møller et al., 2020), vil etniske minoritetsgrupper være særligt udsatte for alvorlige konsekvenser ved udvikling af langvarige sygdomme. Fx øget mortalitet, som studiet af Andersen et al. (2016) kunne påvise ved diabetespatienter. Det kan heraf udledes, at sundhedssystemets kompleksitet samt stigende krav om involvering og ansvar for egen sundhed, utilsigtet medfører, at etniske minoriteter er i større risiko for både øget morbiditet og mortalitet i forbindelse med langvarige sygdomme. På trods af, at der er tale om sygdomme og sygdomskonsekvenser, som betragtes som forebyggelige. Denne risiko kan anses som en negativ konsekvens af lav sundhedskompetence, som ifølge Freedman et al. (2009) vil eksistere

uændret, hvis det individuelle fokus på sundhedskompetence bevares. Ifølge Hoover et al. (2015) kræver det derimod opmærksomhed på flere niveauer at reducere konsekvenserne af lav sundhedskompetence. Med det afsæt ses i det følgende afsnit nærmere på sundhedskompetence i relation til individets sociale kontekst.

2.6.1 Sundhedskompetencer kan påvirkes af den sociale kontekst

Nyere forskning peger på samspillet mellem individets sundhedskompetence og den sociale kontekst, hvorved andre individer, familie og sociale fællesskaber anerkendes som betydningsfulde for den enkeltes evne til at opsøge, forstå og vurdere sundhedsinformation (Muscat et al., 2022; Edwards, et al., 2015). Edwards et al. (2015) introducerede på baggrund af en longitudinel interviewundersøgelse, begrebet *distributed health literacy*, på dansk refereret til som distribueret sundhedskompetence. Dette begreb handler om, at sundhedskompetence kan fordeles via ens sociale netværk og dermed styrke individets evne til at håndtere eventuel kronisk sygdom, kommunikere med sundhedsprofessionelle og tage beslutninger vedrørende egen sundhed (Edwards et al., 2015). Dermed anses sundhedskompetence som andet end udelukkende en individuel egenskab, men også som en distribueret ressource, som *kan* være tilgængelig via individets sociale netværk. Imidlertid kan personer med begrænset socialt netværk eller lavt niveau af integration i samfundet være dårligt stillede i forhold til distribueret sundhedskompetence (Lorini et al., 2020), hvorved det kan udledes, at mulighederne for at drage fordel af andres sundhedskompetence og udvikle egen sundhedskompetence kan være særligt udfordret hos nogle etniske minoriteter. Lorini et al. (2020) påpeger, at sproglige og kulturelle barrierer, men også faktorer såsom lavere socioøkonomisk status og social eksklusion kan være medvirkende årsager til dette. Således kan det antages, at såfremt, der udelukkende fokuseres på den distribuerede sundhedskompetence, vil det efterlade nogle etniske minoriteter i fortsat øget risiko for negative konsekvenser ved lav sundhedskompetence. Det er således relevant at undersøge yderligere niveauer af sundhedskompetence.

2.7 Organisatorisk sundhedskompetence som vej til et mere lige sundhedsvæsen

Litteraturen har i mange år kredset omkring individuelle og adfærdsmæssige faktorer for sundhed, herunder den individuelle sundhedskompetence, og hvorledes sundhedskompetencer kan forbedres gennem særligt tilrettelagte interventioner. Et systematisk review fra 2018 viser, at der ved interventioner rettet mod at øge sundhedskompetence hos etniske minoriteter ses blandede resultater (Fernández-Gutiérrez et al., 2018), mens et dansk studie viser en potentiel effekt på individuel sundhedskompetence, hvis information om det danske sundhedsvæsen bliver en del af undervisningen på sprogskolerne (Jervelund et al., 2018). Imidlertid understreger Jervelund et al. (2018), at der er behov for at sætte ind på flere dimensioner og på tværs af sektorer. Dette tydeliggør, at samspillet mellem et individs sundhedskompetence og sundhedssystemet er komplekst. Inden for de seneste år har dette foranlediget et fokus på, hvordan systemer bedst kan imødekomme patienternes forskellige niveauer af sundhedskompetence (Levin-Samir et al., 2019), og derigennem opnå *organizational health literacy responsiveness* (Trezona et al., 2017). Begrebet kan oversættes til en imødekommenhed hos organisationen og betegner bl.a. organisationens evne til at gøre information, støtte og ydelser tilgængeligt til personer med forskellige niveauer af sundhedskompetence (Trezona et al., 2017), på dansk refereres til organisatorisk sundhedskompetence.

Dette nyere fokus på organisationers sundhedskompetence fremmer den forståelse, som Freedman et al. (2009) allerede i 2009 påpeger, nemlig at konsekvenserne ved lav sundhedskompetence ikke reduceres ved udelukkende at fokusere på individets sundhedskompetence. Derimod ser det ud til, at organisationens respons herpå i høj grad har indflydelse på både tilgængeligheden, kvaliteten og udbyttet af sundhedsydelser.

2.8 Afgrænsning

Ud fra ovenstående analyse kan det antages, at hvorvidt forebyggelsesstrategier er tilgængelige for borgerne afhænger af samspillet mellem individets og organisationens sundhedskompetencer. Imidlertid mangler der studier, der undersøger, hvordan organisatorisk

sundhedskompetence interagerer med forskellige kontekstuelle forhold (Farmanova et al., 2018), herunder de kontekstuelle forhold, der omgiver etniske minoriteter. Det er således relevant at undersøge, hvorvidt organisatorisk sundhedskompetence kan imødekomme etniske minoriteters behov for at blive omfavnet af forebyggende indsatser. Dog mangler der viden om organisatorisk sundhedskompetence på forebyggelsesområdet (Palumbo, 2021). Så vidt forskerne bag dette studie er bekendt, er dette således det første studie, der udforsker krydsfeltet mellem organisatorisk sundhedskompetence og forebyggende sundhedsindsatser til etniske minoriteter.

Forebyggelse i dette speciale anses, ud fra forskernes baggrund i fysioterapi, som non-farmakologiske, sundhedsrelaterede aktiviteter, hvis sigte er at forhindre sygdomme i at opstå eller udvikle sig. Forebyggelse opdeles ofte i borgerrettede og patientrettede indsatser (Vallgård, 2016). Imidlertid er der i dette speciale tale om et felt, hvor der er mangel på viden om, hvorvidt den lavere deltagelse af etniske minoriteter i forebyggelse primært gør sig gældende for enten borgerrettet eller patientrettet forebyggelse, eller for begge dele. Derfor skelnes der ikke i dette speciale. Desuden eksisterer der et overlap, mellem betydningen af det engelske begreb for sundhedsfremme, *health promotion*, som defineret i Ottawa-charteret i 1986, og borgerrettet forebyggelse (Vallgård, 2016). Hvorfor der i dette speciale inddrages studier af *health promotion* strategier, som er forenelige med strategier for danske borgerrettede forebyggelsestiltag. Herefter vil begge, for overskuelighedens skyld, blot blive kaldt forebyggelse.

En undersøgelse af, hvorvidt organisatorisk sundhedskompetence kan anvendes til at imødekomme barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, foranlediger først og fremmest en afdækning af de strukturelle, institutionelle, sociale og individuelle faktorer, der indvirker på og i værste fald begrænser etniske minoriteters adgang til forebyggende sundhedsindsatser. For at sikre en afdækning, der tager hensyn til, at etniske minoriteter er en heterogen gruppe med forskellige kontekstuelle faktorer, samt at forskelligartede organisationer er ansvarlig for forebyggelse målrettet etniske minoriteter, er det relevant at fremsøge, hvilke barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, der er identificeret i eksisterende litteratur. Derfor foretages der en systematisk gennemgang af videnskabelig litteratur. Studier vedrørende

etniske minoriteters udbytte af forebyggende indsatser anbefaler, at fremtidig forskning fokuserer på dybereliggende mekanismer, som påvirker deltagelse (Jiakponnah et al., 2021; Wyatt et al., 2023), hvilket ansporer til at fremsøge forskning, der bidrager med kvalitativ viden. Disse vil blive analyseret med et relevant framework for organisatorisk sundhedskompetence.

Således er formålet med dette speciale at undersøge mekanismer, der indvirker på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, og hvordan organisationer, der udbyder forebyggelse kan anvende organisatorisk sundhedskompetence mhp. at bidrage til at optimere adgangen til forebyggelsesindsatser for etniske minoriteter.

3 Problemformulering

Hvilke barrierer og facilitatorer er der for etniske minoriteters deltagelse i forebyggelsesindsatser, og hvorledes kan disse imødekommes ved brug af organisatorisk sundhedskompetence mhp. forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser?

4 Teoretisk ramme

I de følgende afsnit vil de teoretiske rammer for specialet blive præsenteret. Først beskrives og argumenteres for specialets videnskabsteoretiske position, kritisk realisme, dernæst præsenteres det framework for organisatorisk sundhedskompetence, som vil blive anvendt videre i analysen af etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse.

4.1 Videnskabsteoretisk position

Dette speciale tager afsæt i kritisk realisme som videnskabsteoretisk position. Indenfor kritisk realisme arbejdes der med et ontologisk perspektiv, hvor verden betragtes ud fra et dybdegående vertikalt verdensbillede, hvor verden består tre domæner; *det transitive domæne*

som er det observerbare empiriske domæne, *det intransitive domæne* som er det faktiske domæne og består af verden som den er uanset om den opleves, samt *det dybe domæne*, som er de ikke-observerbare mekanismer, der kan facilitere eller begrænse hændelser under de rigtige betingelser (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Verden betragtes som multikausal, hvormed en hændelse ikke blot leder til et resultat uafhængigt af de omkringliggende forhold, men derimod indeholder ethvert objekt et kausalt potentiale, som kun aktiveres, hvis de rette betingelser, der kan fungere som generative mekanismer, er til stede (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Det kan i kontekst af dette speciale tænkes således, at blot fordi forebyggende indsatser for diabetes eksisterer, er det ikke ensbetydende med at færre individer af etnisk minoritetsbaggrund får diabetes. Derimod er det nødvendigt, at de kontekstuelle betingelser muliggør deltagelsen, samt at de faktorer, der kan udgøre generative mekanismer, såsom motivation for at undgå at få diabetes er til stede, for således at gøre, at individer deltager i de forebyggende sundhedsindsatser.

Desuden arbejdes der indenfor kritisk realisme med en epistemologi, hvor viden er transitiv, og at viden er et produkt af den sociale kontekst, den er skabt i (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Viden er således, ifølge Roy Bhaskar, grundlægger af kritisk realisme, historisk betinget og transitiv, idet den genskabes eller ændres ved, at de sociale strukturer mellem mennesker og samfund ændres (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Dertil er videnskabens opgave at forklare de forhold, der gør sig gældende i samfundet, og ud fra viden om det transitive domæne, altså det observerbare, at skabe viden om de strukturer og mekanismer, der ligger til grund for begivenheder i det transitive domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012). Den videnskabsteoretiske position kommer i dette speciale til udtryk ved, at specialet søger efter eksisterende viden om barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, hvilket anses foreneligt med generative mekanismer og kontekstuelle betingelser, der på det dybe domæne kan have indvirkning på begivenheder på det faktiske domæne. Ud fra et forandringsperspektiv og med afsæt i den eksisterende viden er formålet at skabe ny viden ved at anvende frameworket for organisatorisk sundhedskompetence til at undersøge, hvorvidt det kan bidrage til at øge etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

4.2 Organisatorisk sundhedskompetence: Org-HLR framework

Specialets sigte er at undersøge, hvordan organisatorisk sundhedskompetence kan imødekomme de barrierer og facilitatorer, der indvirker på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Analysen vil tage afsæt i *The Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework* af Trezona et al., (2017), som beskrives i dette afsnit.

Frameworket er udviklet med udgangspunkt i fagprofessionelles erfaringer og perspektiver fra den australske sundheds- og socialsektor. Gennem en samskabende forskningsproces bidrog 200 professionelle til at belyse, hvilke særlige elementer eller karakteristika organisationer skal have, gøre eller beskæftige sig med for at støtte borgere til større grad af deltagelse i sundhedsindsatser, herunder forebyggende sundhedsindsatser (Trezona et al., 2017). I dette speciale inddrages Org-HLR med henblik på at bidrage til forandringsperspektivet i forhold til etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

I 2018 udarbejdede Farmanova et al. (2018) et systematisk review over teorier, guidelines, frameworks og implementeringsproblemer indenfor organisatorisk sundhedskompetence. Reviewet fandt, at to guidelines, hvoraf det ene var *Organisational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) Framework* og det andet var *Vienna Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organisations (V-OHL)*, som de eneste anerkendte, og forholdt sig til, at organisatorisk sundhedskompetence er et komplekst fænomen (Farmanova et al., 2018). Både Org-HLR og V-OHL tager udgangspunkt i de ti særlige attributter, som ifølge *The U.S. Institute of Medicine* kendetegner en sundhedskompetent organisation (Farmanova et al., 2018). Disse ti attributter er udledt gennem eksperterens holdninger til forskning og praksis indenfor sundhedskompetence sammenholdt med en syntese af litteraturen på området. Attributterne kan anses som en række tiltag, sundhedsorganisationer kan adoptere eller investere i, for at udligne den ubalance, der kan være mellem individets sundhedskompetencer og sundhedssystemets krav (Brach et al., 2012). Med konceptualiseringen af Org-HLR bygger Trezona et al (2017) videre herpå i form af deres framework for organisatorisk sundhedskompetence, som kan guide beslutningstagere i implementeringen af forbedringer på organisatorisk og strukturelt niveau. Derimod er V-OHL først og fremmest et redskab den enkelte organisation kan anvende til at vurdere graden af egen sundhedskompetence (Henrard

et al., 2021; Dietscher & Pelikan, 2016) og på nuværende tidspunkt eksisterer der, så vidt forfatterne af dette speciale er vidende om, ikke et specifikt framework med udgangspunkt i V-OHL, som kan sætte rammen for organisationers vej mod større grad af sundhedskompetence. Da dette speciale sigter at undersøge potentialer for forandringer på et organisatorisk plan uden kendskab til konkrete organisationer indefra, tages der afsæt i frameworket Org-HLR af Trezona et al. (2017).

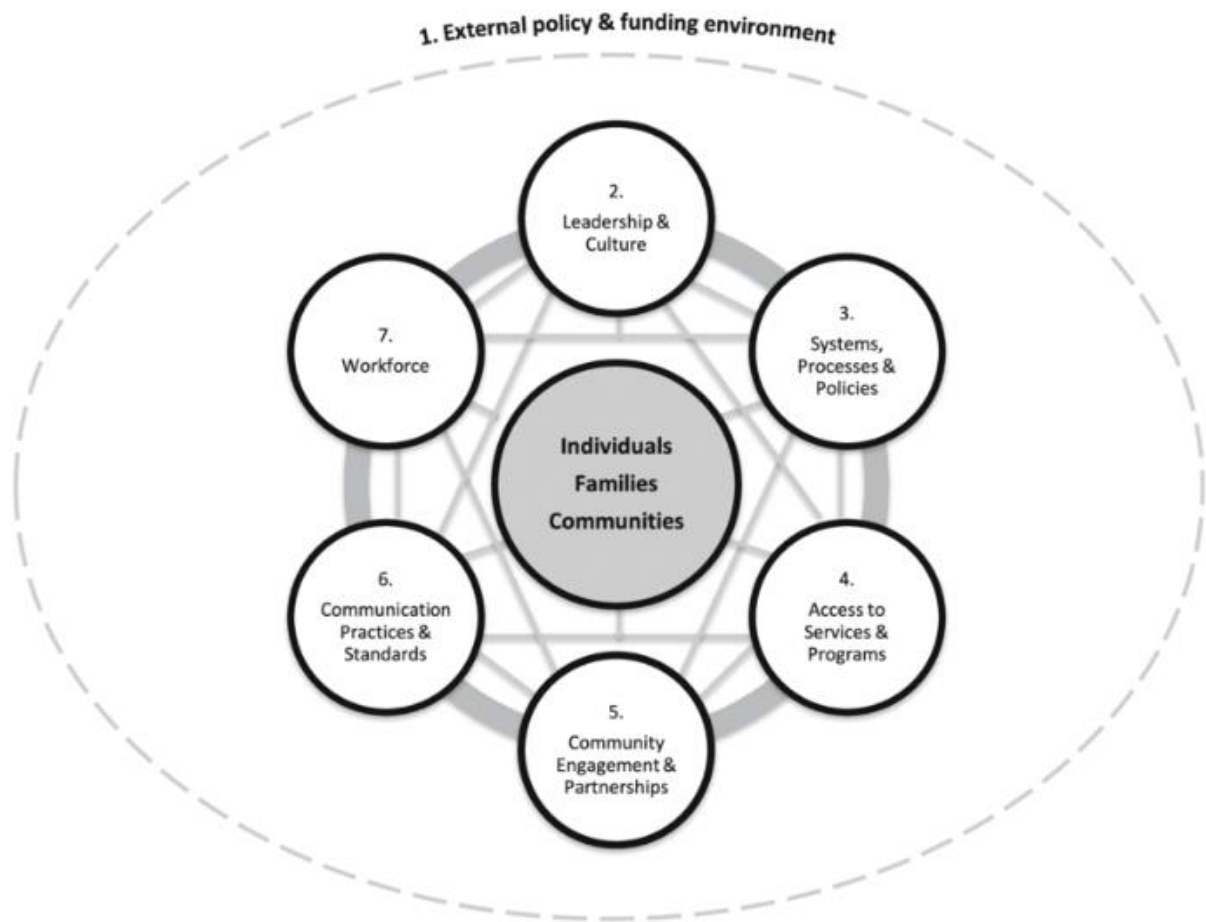
Trezona et al. (2017) definerer organisatorisk sundhedskompetence som:

The provision of services, programs and information in ways that promote equitable access and engagement, that meet the diverse health literacy needs and preferences of all people, and that support individuals and communities to participate in decisions regarding their health and wellbeing, which is achieved through supportive culture and leadership, supportive systems, policies and practices, and an effective workforce (Trezona et al., 2017, p.9).

Definitionen bærer præg af en orientering henimod handling, og at organisationer bør være proaktive i forhold til at imødekomme lokalsamfundets forskellige behov. Hvilket er i overensstemmelse med specialets sigte om at dykke ned i forandringspotentialer mellem organisatorisk sundhedskompetence og etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

4.2.1 Frameworket og de syv domæner

Org-HLR frameworket omfatter syv forskellige domæner, som ses i nedenstående figur (se figur 2) samt 24 subdomæner, som beskrives i det følgende. At frameworket anerkender kompleksiteten i sundhedskompetence-begrebet fremgår bl.a. i form af den stiplede linje, som omkranser de resterende elementer. Linjen illustrerer, at eksterne elementer såsom politik og finansiering har indvirkning på organisationens sundhedskompetence, men er uden for organisationens direkte kontrol (Trezona et al., 2017).



Figur 2: Visuel fremstilling af frameworket Org-HLR (Trezona et al., 2017)

Første domæne refererer til den rolle som myndigheder og andre relevante instanser spiller bl.a. i forhold til at sikre tilstrækkelig finansiering, fleksible serviceaftaler, incitament for forandring (fx gennem akkreditering) samt specifikke politikker og standarder for sundhedskompetence. Andet domæne refererer til lederskab og kultur og dermed både til de overordnede værdier og filosofier som beskriver en sundhedskompetent organisation, såsom at organisationen er inkluderende, personcentreret og orienteret mod at skabe lighed. Men også varetagelse af omkostningseffektiv drift og kontinuerlig forbedring af kvaliteten mm. I tredje domæne beskrives de systemer, processer og politikker, som er nødvendige for at sikre bl.a. effektiv kommunikation, planlægning, monitorering og evaluering internt i organisationen. I det fjerde domæne beskrives vigtigheden af, at organisationen sikrer lige adgang for alle, både fysisk, geografisk, økonomisk og kulturelt, bl.a. ved at støtte borgerne i at navigere i organisationen, men også ved at opsøge eller række ud. Organisationens behov for at involvere både samfund

og borgere i alle aspekter af planlægning, udførelse og evaluering indgår i det femte domæne, som også understreger betydningen af samarbejde på tværs af organisationer. Kommunikationspraksis udgør sjette domæne, hvor der refereres til et bredt spektrum af kommunikation, herunder også brugen af nye medier og teknologi. Endeligt beskriver det syvende domæne organisationens ansvar for at sikre kompetent arbejdskraft samt et støttende arbejdsmiljø med mulighed for faglig udvikling (Trezona et al., 2017).

Som nævnt repræsenterer den stiplede linje de forhold, der omkranser selve organisationen, hvorved første domæne ses værende udenfor. Dermed illustreres det, at en støttende politik og finansiering har direkte indflydelse på organisationens funktion og formåen, og er afgørende for organisationens sundhedskompetence (Trezona et al., 2017). Imellem de seks domæner indenfor den stiplede linje ses desuden et netværk af linjer, hvilket illustrerer en tæt forbundethed mellem elementerne, om end illustrationen er forenklet, idet tilhørsforholdet mellem de enkelte domæner næppe bør anses som lineære. At individer, familier og lokalsamfund er centrale i forhold til organisationens sundhedskompetence illustreres ved den fremhævede cirkel i midten af figuren (Trezona et al., 2017). Både fordi det er deres sundhedskompetence, organisationen skal arbejde på at imødekomme og fordi de udgør vigtige interessenter i forhold til at gøre organisationen mere sundhedskompetent.

Således udgør frameworket fra Trezona et al. (2017) en sammenhængende struktur, der muliggør identificering af, hvor i den organisatoriske kontekst, der er potentiale for forbedringer mhp. at gøre organisationen mere sundhedskompetent. Faktorer, der har indflydelse på adgangen til forebyggende sundhedsindsatser kan udelukkende forstås i en organisatorisk kontekst (Farmanova et al., 2018), dette uanset om faktorerne opleves af etniske minoriteter i relation til deres sundhed og sygdom, eller af sundhedsudbydere. Dette understøtter, at Org-HLR frameworket inddrages i dette speciale med henblik på at belyse forandringspotentiallet mellem organisatorisk sundhedskompetence og de barrierer og facilitatorer, der er for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

5 Metode

I dette afsnit redegøres og argumenteres for de metodologiske valg i specialet. Først den indledende litteratursøgning, herefter valg af designet framework syntese. Efterfølgende bliver fremgangen for det systematiske litteraturstudie beskrevet, og til sidst strategien for syntese og analyse af resultaterne.

5.1 Indledende litteratursøgning

I starten af projektfasen blev der foretaget brede, usystematiske søgninger for at afdække det eksisterende vidensfelt om sygdom og forebyggelse blandt etniske minoriteter. De første initierende søgninger tog udgangspunkt i grå litteratur; rapporter, opgørelser med mere, hvorefter der blev søgt i forskellige databaser, hovedsageligt Primo, Aalborg Universitetsbiblioteks egen database, men også Google Scholar, Embase, CINAHL og ProQuest. Desuden blev der udført både retrospektive og prospektive kædesøgninger på baggrund af referencer i relevante rapporter og videnskabelige artikler.

Den brede og usystematiske søgning kan, ifølge Rienecker & Jørgensen (2017), desuden bidrage til at identificere brugbare søgetermer til den systematiske søgning. I den forbindelse blev det tydeligt, at vidensfeltet vedrørende organisatorisk sundhedskompetence var relativt underbelyst, hvorimod der eksisterede et massivt vidensgrundlag for den individuelle sundhedskompetence. Af denne grund blev det vurderet, at begrebet sundhedskompetence ikke kunne kvalificeres som søgeterm i den forestående systematiske søgning, da dette ville bidrage med viden om individuel sundhedskompetence frem for organisatorisk sundhedskompetence, hvilket ville være støjende i forhold til specialets egentlige sigte.

I den indledende fase blev der således skabt et foreløbigt overblik over den eksisterende litteratur, hvilket bidrog til at indsnævre problemfeltet. Det blev tydeligt at der, inden for vores forskningsinteresse, først og fremmest manglede et samlet vidensgrundlag for hvilke forhold der har betydning for etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse, hvilket ledte til første del af forskningsspørgsmålet. Dernæst var ønsket at se ud over den individuelle sundhedskompetence, hvorfor anden del af forskningsspørgsmålet blev fokuseret på organisatorisk sundhedskompetence og hvorvidt organisationer derigennem kan bedre etniske

minoriteters deltagelse i forebyggelsesindsatser. Således blev der med det udgangspunkt genereret problemformuleringen; *hvilke barrierer og facilitatorer er der for etniske minoriteters deltagelse i forebyggelsesindsatser, og hvorledes kan disse imødekommes ved brug af organisatorisk sundhedskompetence mhp. forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser?*

5.2 Studiedesign: Kvalitativt review - framework syntese

Formålet med litteraturreviews er at give et overblik over viden på et specifikt område. De er særdeles vigtige i sundhedsvidenskab, da ny viden fremkommer med en sådan hastighed, at de personer, der skal anvende denne viden i praksis eller som vidensgrundlag til beslutningstagen ikke kan forventes at være i stand til at holde sig ajour, hvis ikke denne viden bliver samlet (Aveyard, 2019). Kvalitative reviews er velegnet til forskningsområder, hvor der er mangel på data (Brunton et al., 2020), og når fokus er på undertrykte eller mindre studerede befolkningsgrupper (Booth et al., 2022). Hvilket er i tråd med, at det i dette speciale er formålet at samle eksisterende viden på et relativt uudforsket område, nemlig hvilke barrierer og facilitatorer der er for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Formålet er dertil at fremanalysere hvordan de organisationer der udbyder de forebyggende sundhedsindsatser kan anvende Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017), til at imødekomme disse barrierer, samt aktivere facilitatorer, for at forandre etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse. Derfor er det relevant at lave en framework syntese. En framework syntese er et kvalitativt review, hvor data om et defineret problemfelt, formes gennem en iterativ proces med udgangspunkt i et framework, for på den måde at nå til nye forståelser (Booth et al., 2022). Ifølge Brunton et al. (2020) er framework syntese et fleksibelt design, og kan laves med en induktiv tilgang, hvor mønstre i data kommer til at danne grundlag for eller skabe et nyt framework, eller med en mere deduktiv tilgang, hvor der arbejdes med udgangspunkt i et framework, når data analyseres, eller der kan trækkes på dele af begge tilgange. Det er således et spektrum, hvor det er muligt at have forskellige tilgange til framework syntese, men til fælles er, at det bygger på en systematisk, reproducerbar tilgang til review af kvalitative data og har til formål at danne eller bidrage ind i et eksisterende framework (Brunton et al., 2020). Sidstnævnte som det er tilfældet i dette speciale, hvor et konceptuelt framework, Org-HLR af Trezona et al. (2017) anvendes til analyse af et subtema

til organisatorisk sundhedskompetence. Subtemaet her er frameworkets anvendelse i relation til etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse.

Kvaliteten af et litteraturreview bygger på principper omkring systematik og stringens, som bør præge både fremsøgning, udvælgelse og vurderingsproces, samt afrapportering, der gør det muligt at reproducere (Aveyard, 2019). Det er derfor essentielt med en klart defineret søgestrategi samt klare og definerede in- og eksklusionskriterier, som er styrende for udvælgelse af litteratur. Det er desuden essentielt at de inkluderede artikler gennemgår en kvalitetsvurdering (Aveyard, 2019). Disse principper gør sig også gældende for framework syntese, hvor også organisering og fortolkning af data bør følge en stringent systematisk fremgangsmåde (Brunton et al., 2020).

I dette speciale er litteraturstudiet rammen, og der dannes en syntese af viden fra litteraturen, som vil blive analyseret ud fra Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017). I studiet undersøges litteraturen for viden om barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, og dernæst hvordan sundhedsorganisationer kan anvende Org-HLR frameworket i forebyggende sundhedsindsatser for etniske minoriteter således at denne gruppes deltagelse i indsatserne kan forandres. Der indledes med afsæt i specialets kritisk realistiske position, med en søgning efter eksisterende viden om de generative mekanismer, der kan fungere som barrierer eller facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Analysen af data fra de inkluderede artikler vil blive foretaget ud fra Org-HLR frameworket, og er rettet mod at producere viden om, hvordan organisatorisk sundhedskompetence kan bidrage til en øgning af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Den fremgangsmåde, der er anvendt til fremsøgning og udvælgelse af litteratur, vil blive beskrevet i de kommende afsnit, og til sidst vil processen for dataekstraktion, analyse og syntese blive redegjort for.

5.3 Systematisk litteratursøgning

I de kommende afsnit beskrives strategien for fremsøgning af den litteratur, som skal bidrage med viden om barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Dertil vil selektionsprocessen og den kritiske vurdering blive beskrevet. Det

er denne proces, som har ledt frem til de endeligt inkluderede studier, som bringes med videre i syntesen af data.

5.3.1 Valg af databaser

En udtømmende og tværvideenskabelig litteratursøgning sikres ved at søge i flere forskellige databaser (Lund et al., 2014), som udvælges med afsæt i det gældende forskningsspørgsmål (Frandsen & Eriksen, 2020). På denne baggrund blev der i dette speciale søgt i seks forskellige databaser, henholdsvis Embase, PubMed, APA PsycNet, Scopus, CINAHL og ProQuest. Både Embase og PubMed indeholder forskningslitteratur indenfor et bredt felt, herunder biomedicin og folkesundhed (Elsevier, 2023; National Library of Medicine, 2023). Embase indekserer primært europæisk litteratur, mens PubMed primært indekserer amerikansk (Lund et al., 2014), hvorfor begge databaser blev prioriteret. APA PsycNet indeholder bl.a. psykologiske og sociologiske referencer (American Psychological Association, 2023), og blev valgt, da den kan bidrage med et psykologisk og sociologisk perspektiv på etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse. Scopus er den mest omfangsrige database over peer-reviewed artikler (Elsevier, 2023) og dækker over et bredt forskningsområde, bl.a. human-, natur- og socialvidenskab (Lund et al., 2014). CINAHL blev oprindeligt anvendt til at indekserer sygeplejefaglige referencer (Buus et al., 2008), men databasen indeholder i dag en omfattende samling af sundhedsfaglig litteratur (EBSCO, 2023) og anbefales specifikt til sundhedsfaglige problemstillinger (Lund et al., 2014). Yderligere indekserer CINAHL kvalitativ forskning (EBSCO, 2023). ProQuest består af hele 24 databaser og giver således adgang til en stor mængde videnskabelig litteratur (ProQuest, 2023). Imidlertid blev søgningen skærpet ved udelukkende at inkludere de databaser i ProQuest, som havde relevans for sundheds-, human-, social- og naturvidenskab. Hvorimod databaser med fokus på agrikultur, astrofysik og klima blev fravalgt. Det blev vurderet, at søgninger i disse seks databaser ville kunne afdække kompleksiteten i forskningsspørgsmålet og ud fra tværvideenskabelige perspektiver bidrage til at dykke ned i og belyse de underliggende mekanismer, der ligger til grund for etniske minoriteters deltagelse i forebyggelsesindsatser.

5.3.2 Søgestrategi

For at sikre systematik og reproducerbarhed i det kvalitative review blev der indledningsvist udarbejdet en søgestrategi. Initialt i udarbejdelsen af denne søgestrategi blev tre væsentlige søgetermer identificeret i problemformuleringen og udtrukket til tre søgefacerter svarende til akronymet PICO: P: population = *etniske minoriteter*, I: interessefænomen = *deltagelse* og Co: kontekst = *forebyggende sundhedsindsats*. Derefter blev synonymer og nærsynonymer til disse termer identificeret bl.a. ved at gennemgå keywords anvendt i relevant videnskabelig litteratur. Denne udfoldelse af søgetermerne er en væsentlig arbejdsgang, da sprogbrugen ifølge Frandsen & Eriksen (2020) i høj grad varierer fra forfatter til forfatter. I denne forbindelse, blev det også efter de første søgninger tydeligt, at eksempelvis nærsynonymet *migration*, i litteraturen langt oftere refererede til en fysiologisk bevægelse på celleplan end til menneskers bevægelse fra ét land til et andet, hvilket resulterede i meget støj. Derfor blev migration fjernet fra søgefacerthen *etniske minoriteter*. Nedenstående tabel 1 viser de endelige tre facetter samt synonymer og nærsynonymer.

Population	Interessefænomen	Context
“Ethnic minorit*” “Ethnic group*” Immigrant* “Foreign born” Foreigner* “Minority groups”	Participat* Inclusion Engage*	“Health promotion” “Health intervention” “Lifestyle intervention*” “Health education” “Prevention program*”

Tabel 1: De tre søgefacerter

I de databaser, hvor det på grund af mange hits var nødvendigt at afgrænse søgefeltet yderligere, blev der opsat en fjerde søgefacet. Denne indeholdt søgetermerne *barrierer* og *facilitatorer*, som også er udtrukket fra problemformuleringen. I nedenstående tabel 2 ses de fire søgefacerter, som blev anvendt i hhv. Scopus, CINAHL og APA PsycNet. I databaserne PubMed, ProQuest og Embase er der udelukkende søgt på de tre første facetter.

AND				
	Population	Interessefænomen	Context	4. facet
OR	“Ethnic minorit*” “Ethnic group*” Immigrant* “Foreign born” Foreigner* “Minority group*”	Participat* Inclusion Engag*	“Health promotion” “Health intervention” “Lifestyle intervention*” “Health education” “Prevention program*”	Barrier* Facilitat* Obstacle* Challenge* Motivat* Enable*

Tabel 2: De fire søgefacerter anvendt i Scopus, CINAHL og APA PsycNet

Som det fremgår af ovenstående tabel 2, kombineres søgetermerne ved hjælp af de *boolske operatorer* AND og OR. Når OR sættes imellem søgetermerne indikerer dette, at referencen skal indeholde enten den ene eller den anden søgeterm, hvorved søgningen udvides (Frandsen & Eriksen, 2020). Den boolske operator AND derimod, indsnævrer søgningen, idet alle søgetermer kombineret hermed skal være indeholdt i referencen (Frandsen & Eriksen, 2020). For at sikre bedst mulig systematik i søgningen, bør de boolske operatorer anvendes trinvist (Lund et al., 2014), således blev synonyme og nærsynonymer i hver facet først kombineret med OR, for dernæst at kombinere med AND i en søgning på tværs af facetterne. Da de enkelte søgedatabaser er opbygget forskelligt, blev der i overensstemmelse med Buus et al.’s (2008) anbefalinger, udarbejdet tilpassede søgestrategier til hver enkelt database. Derved øges bredden og relevansen af søgefeltet (Buus et al., 2008), og det sikres, at vidensgrundlaget bygger på en udtømmende og præcis søgning, som netop kendetegner et litteraturreview (Booth et al., 2022).

I den systematiske litteratursøgning blev der i alle seks databaser anvendt søgning i thesaurus. En thesaurus er en hierarkisk samling af emneord, som er tematiseret med afsæt i den enkelte databases specifikke akademiske fokus (Buus et al., 2008). En thesaurus-søgning bidrager både til identifikation af nye relevante søgetermer (Frandsen & Eriksen, 2020) og til større præcision i søgningen, hvorved den øger den enkelte references værdi (Buus et al., 2008) for reviewet. Udover søgningen i thesaurus blev der også søgt på fritext, som muliggør fremsøgning af nyere artikler, som endnu ikke er indekseret. Alle facetter blev først fremsøgt i *all fields*, men da de

tre første søgetermer; *etniske minoriteter*, *deltagelse* og *forebyggelsesindsatser* gerne skulle være centrale temaer for artiklerne, blev der i stedet søgt udelukkende i *titel/abstract*. Den fjerde facet med barrierer og facilitatorer er imidlertid søgt i *all fields*. I nedenstående tabel 3 ses søgestrategi og antal hits fremkommet i databasen CINAHL. Her fremgår det, at der er søgt både i CINAHLs tesaurus, som hedder *Subject headings*, og på fritekst.

AND				
	Population	Interessefænomen	Context	4. facet
OR	Subject headings: Ethnic groups Minority groups		Subject headings: Health promotion Health education	
	Fritekst: “Ethnic minorit*” “Ethnic group*” Immigrant* “Foreign born” Foreigner* “Minority group*”	Fritekst: Participat* Inclusion Engag*	Fritekst: “Health promotion” “Health intervention” “Lifestyle intervention*” “Health education” “Prevention program*”	Fritekst: Barrier* Facilitat* Obstacle* Challenge* Motivat* Enable*
	Antal hits: 201.103 Titel and abstract: 193.031	Antal hits: 470.191 Titel and abstract: 438.193	Antal hits: 250.465 Titel and abstract: 245.884	Antal hits: 383.343
Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 AND blok 4: 849				
Filtre (19+; 2013-2023; eng) 409				

Tabel 3: Søgestrategi med antal hits i databasen CINAHL

I tabel 3 ovenfor ses det desuden, at der er anvendt trunkering og frasesøgning, eksempelvis ved “ethnic minorit*”. Trunkering angiver, at alle mulige endelser af søgetermen skal inkluderes i søgefeltet (Lund et al., 2014) i dette tilfælde bl.a. *ethnic minorities* og *ethnic minority*. Citationstegnene omkring søgetermer, der består af flere ord, markerer, at de skal fremsøges i den præcise ordsammensætning (Rienecker & Jørgensen, 2017). Der anvendes

desuden filtrer i databaserne, hvilket fremgår af nederste række i ovenstående tabel 3. Med afsæt i problemstillingen anvendes filtre, så søgefeltet indkredses til at gælde artikler fra de seneste ti år udgivet på enten engelsk, dansk, norsk eller svensk. I eksemplet ovenfor fra CINAHL var der ikke tekster på dansk, svensk og norsk, hvorfor det fremgår, at filtret kun er sat på engelsk. Desuden ønskes kun referencer vedrørende voksne, hvilket er muligt at filtrere for i alle databaser, på nær Scopus og ProQuest. Desuden filtreres for *peer-reviewed* artikler i databaserne ProQuest og APA PsycNet, hvor dette filter er muligt. Detaljeret søgestrategi og antal hits for alle databaser findes i bilag 2.

5.3.3 In- og eksklusionskriterier

Udover de valgte filtre, er der yderligere identificeret en række specifikke karakteristika som ønskes for resultaterne af søgningen. Ifølge Frandsen et al. (2014) sikrer dette en stringent udvælgelse af de studier, der er af størst relevans for specialets forskningsspørgsmål. Med afsæt i den indsamlede viden om problemfeltet vedrørende etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser er der således opsat en række in- og eksklusionskriterier forud for søgningen. I nedenstående tabel 4 ses de opstillede kriterier opsat i prioriteret rækkefølge.

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Etniske minoriteter	Omrejsende minoritetsgrupper såsom romaer Minoriteter kategoriseret på køn, religion eller seksualitet Veteraner, hjemløse, kriminalitet, alvorlig mental sygdom, fysisk handicap
Borger- og patientrettet forebyggelse	Forebyggelse i forhold til: - oral sundhed - kriminalitet - graviditet, amning, spædbørn og børn - stof- og alkoholmisbrug - selvmord Screeningsprogrammer Kræftprogrammer Rent farmakologisk forebyggelse - fx vaccineprogrammer Studie- og research deltagelse

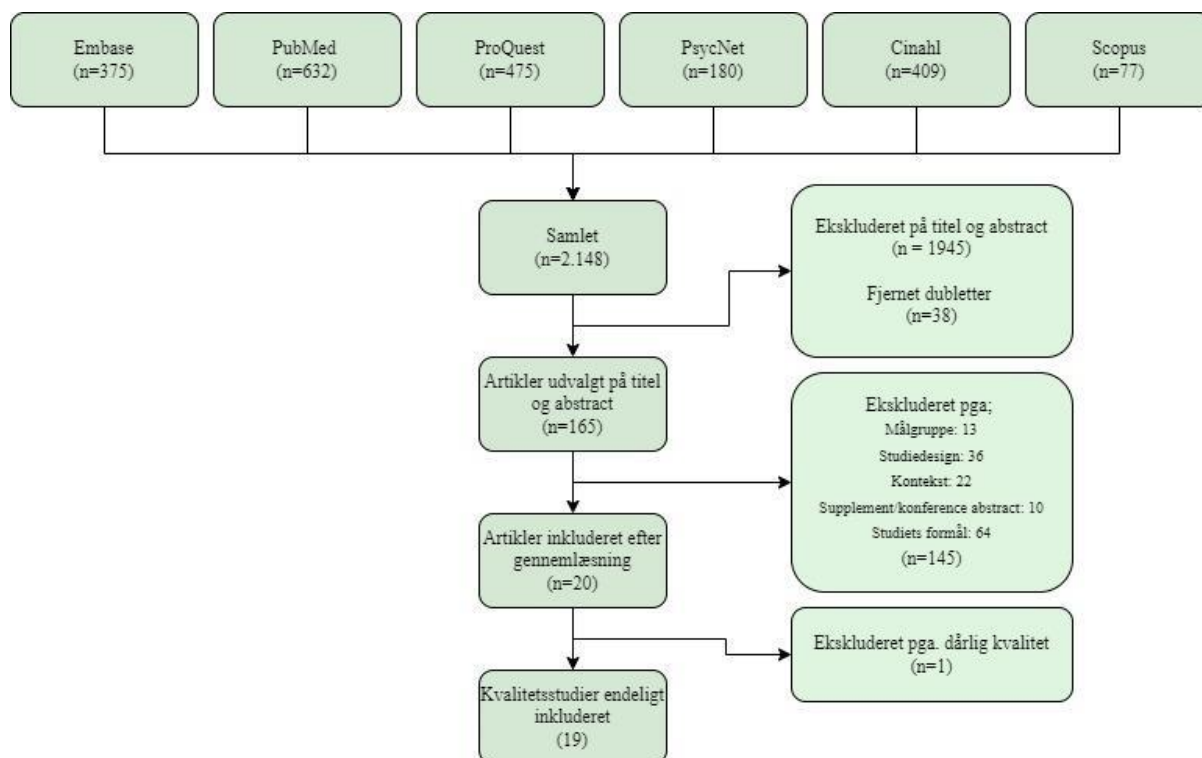
Studier, der indeholder kvalitativ viden om barrierer og facilitatorer for deltagelse	Studier, der kun har effektmål på graden af deltagelse
Kontekst som er overførbart til dansk sundhedsvæsen	Kontekst præget af krig

Tabel 4: In- og eksklusionskriterier

Da problemstillingen vedrører etniske minoriteter, indsnævrer kriterierne som det første, fokus til studier om etniske minoriteter og ekskluderer andre minoritetsgrupper. Dernæst er det relevant, at studierne undersøger borger- og patientrettet forebyggelse. Studier, der vedrører vaccineprogrammer og screeningstilbud ekskluderes, da det må formodes at andre mekanismer gør sig gældende for disse end for forebyggelsestiltag der har til formål at borgeren implementerer nye tiltag i sin hverdagspraksis mhp. at forbedre eget helbred. Med kritisk realisme som videnskabsteoretisk ståsted er det desuden essentielt at fremsøge studier, der åbner *the black box*. Et begreb, der dækker over viden om underliggende mekanismer og kontekst, men som oftest ikke opnås gennem studier, der udelukkende måler på effekt (Krogstrup, 2016). Derfor vil studier, der indeholder kvalitativ viden, blive inkluderet, og studier, hvor viden om deltagelse udelukkende strækker sig til et effektmål, vil blive ekskluderet. Sidst i tabellen (tabel 4) fremgår det, at studierne skal være overførbare til det danske sundhedsvæsen, hvorimod studier, der undersøger forebyggelsesindsatser i krigszoner ikke findes relevant, da det vurderes, at de kontekstuelle faktorer vil adskille sig i så væsentlig en grad, at sådanne studier ikke bidrager relevant til specialets sigte.

5.3.4 Selektionsproces

Den samlede systematiske litteratursøgning resulterede i 2.148 hits fordelt på de seks databaser. Selektionsprocessen forløb trinvis (se figur 3) og systematikken sikredes undervejs ved anvendelse af referencehåndteringssystemet RefWorks. Først blev alle artikler screenet ud fra titel og abstract på baggrund af de opsatte in- og eksklusionskriterier, hvilket resulterede i, at 1.945 artikler ekskluderedes. Af de udvalgte 203 artikler viste 38 sig at være dubletter, hvilket bragte antallet for fuld-tekst læsning ned på 165.



Figur 3: Flowdiagram over selektionsprocessen

5.3.5 Kritisk vurdering

For at sikre kvaliteten af de resultater, der præsenteres i dette speciale, er der lavet kritisk vurdering af de inkluderede studier. Kritisk vurdering af studier kan bidrage til at fokusere værdien af den viden, det enkelte studie bidrager med, dog er der uenighed om, hvorvidt dette bør gøres for kvalitative studier, samt hvilke kriterier, der bør vurderes (Booth et al., 2022). I dette speciale er der ikke lavet eksklusion på baggrund af type af studie, og der er derfor inkluderet studier, der bidrager gennem forskelligartede design og metodologi. Dog er der, uanset design af studie, søgt efter kvalitativ viden mhp. at afdække barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende tiltag. På den baggrund er der valgt en tjekliste til kvalitetsvurdering, som kan hjælpe til at vurdere metodologien i relation til den kvalitative viden, studiet bidrager med. Da ønsket i dette speciale ikke er at vægte de enkelte studier, men blot at sikre, at den viden resultaterne bygger på er af moderat til høj kvalitet, er det vurderet,

at Joanna Briggs Institute (JBI) vurderingsredskab for kvalitative studier er et brugbart redskab. JBI's checkliste for kvalitative studier er udviklet til brug i systematiske reviews og mhp. at vurdere kvaliteten af metodologien (Lockwood et al., 2015). Én forsker har foretaget kvalitetsvurderingen, mens der løbende er konfereret med den anden ved uklarheder. De udfyldte checklister kan ses i bilag 3. I bilag 5 fremgår matricer med præsentationen af de inkluderede artikler, hvori de enkelte artikler er markeret med + for studier af moderat kvalitet og med ++ for studier af høj kvalitet. Der er ikke præsenteret studier af lav kvalitet, da disse vil være ekskluderet ifm. vurderingen. I dette tilfælde blev et enkelt studie ekskluderet på baggrund af manglende rapportering af metodiske valg i det tilgængelige materiale vedr. studiet (bilag 3, record 5). Det var derfor ikke muligt at vurdere kvaliteten af den viden studiet kunne bidrage med.

5.4 Dataekstraktion

I et litteraturreview danner dataekstraktion grundlaget for hele den efterfølgende analyse og syntese, da det er her den data de forskellige studier bidrager med, trækkes ud af artiklerne (Buscemi et al., 2006). Det er i dette trin i processen at forskerne, med udgangspunkt i forskningsspørgsmålet, gennem en systematisk tilgang kan identificere al den relevante viden i de inkluderede studier således, at kun relevant viden trækkes med videre i analysen (Booth et al., 2022). Dataekstraktion udføres i nærværende speciale som *single data extraction*, hvilket ifølge Buscemi et al. (2006) betyder, at én forsker foretager den egentlige dataekstraktion, hvorefter en anden forsker gennemgår dataekstraktionen. Uenigheder kan løses gennem diskussion, og til sidst godkendes ekstraktionen af den anden forsker (Buscemi et al., 2006). Dette kan være behæftet med fejl sammenlignet med *double data extraction*, hvor to forskere uafhængigt af hinanden foretager dataekstraktion, hvorefter disse sammenholdes og gennemgås. Dog er der ikke evidens for, at eventuelle fejl vil have en indvirkning på det endelige resultat, og ressourcebehovet er markant større ved *double data extraction*. Til dataekstraktion er det, for at sikre systematikken, nødvendigt med en protokol for dette, som er udarbejdet inden udførelsen (Booth et al., 2022). Dataekstraktion vil i dette speciale blive foretaget i Nvivo 12, hvor alle de inkluderede studier vil blive uploadet og gennemgået detaljeret med henblik på at kode relevant viden fra de enkelte studier i et kodetræ, hvilket vil blive beskrevet nærmere i næste afsnit.

5.5 Analysestrategi

I dette speciale anvendes en integrativ syntese, hvilket betyder at forskellige typer af data, fx interview og kvalitative spørgeskemasvar, kan integreres i samme analyse (Booth et al., 2022). Dertil vil aggregeret syntese blive brugt med henblik på at samle mængder af data i de enkelte temaer (Booth et al., 2022).

Ritchie & Spencer (1994) har beskrevet framework syntese som metode til kvalitativ dataanalyse. De beskriver fem stadier; Blive fortrolig med data, identificering af framework, indexering, kortlægning samt visualisering og fortolkning (Ritchie & Spencer, 1994). At blive fortrolig med data er en del af dataekstraktionsprocessen, som er beskrevet i forrige afsnit. Der anvendes i dette speciale en deduktiv tilgang, hvor der søges efter barrierer og facilitatorer (Merriam & Tisdell, 2016). Dette bliver suppleret med en induktiv tilgang, hvor data bliver styrende for hvilke temaer, der viser sig af mønstre i data (Merriam & Tisdell, 2016), som igen kan give anledning til at data gennemses ud fra de fremkomne temaer. Denne vekselvirkning kaldes abduktion (Merriam & Tisdell, 2016) og bliver en iterativ proces, hvor de enkelte steps genbesøges. Næste step er identificering af et framework, hvilket er beskrevet i afsnit 4.2. I indexeringsfasen appliceres det udvalgte framework systematisk på data (Ritchie & Spencer, 1994). I dette speciale vil indexeringsfasen komme til udtryk i de narrative synteser, som vil blive analyseret med udgangspunkt i Org-HLR frameworket af Trezona et al., (2017). Næste step er, ifølge Ritchie & Spencer (1994) kortlægning, hvori data løftes fra den originale kontekst og omarrangeres i nye temaer ud fra teorien, dog er det essentielt at være opmærksom på data, der kan betragtes som en case, og hvor dele af data derfor ikke kan tages ud af konteksten og benyttes i en anden kontekst. Den sidste fase er visualisering og fortolkning, hvor forskerne trækker kerneelementer sammen og danner nye erkendelser, mens der med en systematisk iterativ proces hele tiden kigges tilbage i noter fra tidligere faser, for at sikre, at ny viden er tro mod den data, der danner empirisk grundlag for denne (Ritchie & Spencer, 1994). Det er også i denne sidste fase, at de nye mønstre kan blive visualiseret, fx ud fra det originale framework (Booth et al., 2022), hvilket der er gjort i dette speciale med udgangspunkt i det oprindelige framework, og der laves opsamling på analysen, som præsenteres narrativt i henhold til de domæner, der optræder i Org-HLR frameworket.

6 Resultater og analyse

Litteratursøgningen og udvælgelsesprocessen har resulteret i, at 19 artikler er inkluderet i specialet, og en enkelt artikel blev ekskluderet pga. dårlig kvalitet (se bilag 3, record 5). De inkluderede studier er herunder præsenteret i en oversigtsmatrice (tabel 5), hvor det præsenteres, hvilken type forebyggelse studiet omhandler, hvilken målgruppe, der er studeret, hvilket land studiet er foretaget i samt hvilke perspektiver studiet præsenterer. En uddybning af de enkelte studiers formål, målgruppe, design og metodevalg, samt hvilke relevante fund studiet bidrager med til dette speciale kan ses i bilag 5.

Efter matricen præsenteres analyseprocessen efterfulgt af en matrice over de identificerede barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Matricen følges op af narrative synteser af resultater fra litteraturstudiet sammenholdt med Org-HLR frameworket. Til sidst opsamles analysen i en visuel fremstilling og en narrativ opsamling af, hvordan sundhedsorganisationer kan inddrage Org-HLR frameworkets domæner mhp. at imødekomme etniske minoriteters behov i forebyggende sundhedsindsatser.

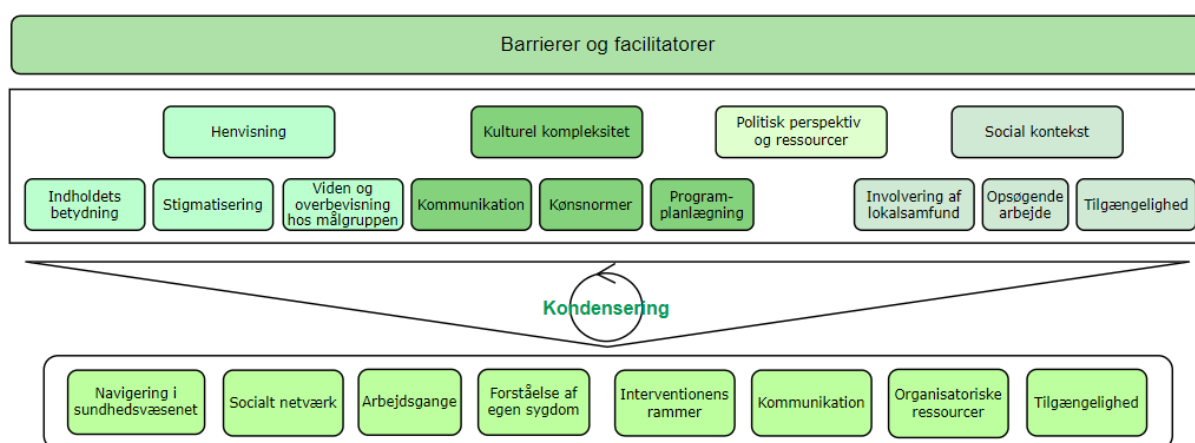
Artikel	Type af forebyggelse	Målgruppe (oprindelsesland /område)	Studieland	Perspektiver præsenteret
Cross-Bardell et al., 2015	Fremme af fysisk aktivitet	Sydasien	Storbritannien	Målgruppen Programudbydere
Durant et al., 2014	Internet-baseret fremme af fysisk aktivitet	Blandet (Afroamerikanere)	USA	Målgruppen
Hartmann et al., 2013	Fremme af fysisk aktivitet	Ikke-vestlige lande	Holland	Målgruppen Nøglepersoner fra lokalsamfundet
Bertran et al., 2017	Diabetes undervisning	Arabiske lande	USA	Målgruppen
Joachim-Célestin et al., 2020	Diabetes undervisning	Latinamerika	USA	Målgruppen Nøglepersoner fra lokalsamfundet

Rheault et al., 2021	Kroniske sygdomme undervisning	Oprindeligt folk i Australien	Australien	Målgruppen
Jang et al., 2021	Faldforebyggelse	Blandet	Australien	Programudbydere
Mitchell-Brown et al., 2017	Diabetes undervisning	Laos (Hmong)	USA	Målgruppen
Goff et al., 2021	Diabetes undervisning	Afrika og Caribien	Storbritannien	Målgruppen Programudbydere Nøglepersoner fra Lokalsamfunds
Cluesman et al., 2023	HIV undervisning	Latinamerika	USA	Målgruppen
Kunz et al., 2017	Diabetes undervisning	Mexico	USA	Programudbydere
Fritz et al., 2016	Diabetes undervisning	Arabiske lande	USA	Målgruppen Programudbydere
Bukman et al., 2016	Livsstilrådgivning	Tyrkiet og Marokko	Holland	Målgruppen
Koehn et al., 2016	Sundhedsfremmen de programmer	Sydasien	Canada	Målgruppen Programudbydere
Jin et al., 2020	Forebyggelse af hjertesygdom	Kina	Australien	Målgruppen Pårørende
Pallesen et al., 2019	Forebyggende kostprogram	Ikke-vestlige lande	Danmark	Målgruppen Programudbydere
Holt et al., 2018	Sundhedsfremmen de programmer	Blandet (Afroamerikanere)	USA	Målgruppen
Montesanti et al., 2017	Sundhedsfremmen de programmer	Blandet	Canada	Programudbydere
Lovell et al., 2014	Psykosocial intervention	Somalia og Sydasien	Storbritannien	Målgruppen Programudbydere

Tabel 5: Oversigtstabel over de inkluderede studier

6.1 Analyseprocessen

Under den initiale kodning af data fremkom i alt 13 temaer: *henvisning, indholdets betydning, stigmatisering, viden og overbevisninger hos målgruppen, kulturel kompleksitet, kommunikation, kønsnormer, programplanlægning, politisk perspektiv og ressourcer, social kontekst, involvering af lokalsamfund, opsøgende arbejde og tilgængelighed*. I den efterfølgende analyse af hvert tema blev det tydeligt, at der på tværs af temaerne var gentagelser og overlap, som gjorde, at temaerne fremstod umættede og svage. Fx fremstod faktorer relateret til familie i flere temaer, hvorfor en iterativ proces med at kondensere temaerne blev igangsat. Her blev familiefaktorer bl.a. samlet i et tema kaldet socialt netværk. Processen resulterede i otte nye og mættede temaer, som erstattede de 13 initierende temaer. *Navigering i sundhedsvæsenet, socialt netværk, arbejdsgange, forståelser af sygdom, interventionens rammer, kommunikation, organisatoriske ressourcer og tilgængelighed*. Figur 4 nedenfor illustrerer processen med kondensering af temaer.



Figur 4: Iterativ proces med kondensering af temaerne

I nedenstående tabel 6 fremstilles en kort beskrivelse af de barrierer og facilitatorer, der relaterer sig til hvert af de otte endelige temaer, samt hvilke videnskabelige artikler de udspringer fra. Disse vil efterfølgende blive analyseret narrativt og sammenholdt med Org-HLR frameworket.

6.2 Identificerede barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse

Tema		Kilde	Beskrivelse
Navigering i sundhedsvæsenet	Barrierer	Bukman et al., 2016; Joachim-Célestin et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Goff et al., 2021; Montesanti et al., 2017	Manglende tillid til læge og sundhedsvæsen
		Koehn et al., 2016; Jin et al., 2020; Lovell et al., 2014	Manglende sprogfærdigheder kan gøre eksisterende information om, hvor hjælp kan opøges utilgængeligt
		Jang et al., 2021; Hartmann et al., 2013	Etniske minoritetsgrupper har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet og kender ikke til de forebyggende tilbud
		Holt et al., 2018	Nogle etniske minoriteter oplever sig som passive modtagere og stiller ikke krav til behandling eller sundhedsindsatser
		Koehn et al., 2016	Nogle etniske minoriteter opøger ikke sundhedsvæsenet uden hjælp af frygt for at opleve racisme
	Facilitatorer	Lovell et al., 2014; Bukman et al., 2016; Joachim-Célestin et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017	Tillid til sundhedsvæsenet samt en god relation til egen læge
		Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021	Hjælp af socialt netværk til transport og tolkning kan være faciliterende for, at individet kan finde frem til det rigtige tilbud
Socialt netværk	Barrierer	Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021	Familiære forpligtelser, fx børnepasning og husholdning

	Facilitatorer	Joachim-Célestin et al., 2020; Bertran et al., 2017	Ansvarsfølelse for familie: ønske om at holde sig selv og familien rask
		Holt et al., 2018; Jang et al., 2021; Cross-Bardell et al., 2015	Mulighed for, at familie/venner kan deltage sammen
		Cross-Bardell et al., 2015; Lovell et al., 2014; Koehn et al., 2016	Støtte og anbefalinger fra socialt netværk kan motivere
Arbejdsgange	Barrierer	Cross-Bardell et al., 2015; Jang et al., 2021; Jin et al., 2020; Koehn et al., 2016	Mangel på systematiske tilgange og henvisningsprocedurer, herunder kendskab til eksisterende forebyggende tiltag
		Jang et al., 2021	Samarbejde på tværs kan udfordres ved manglende ledelsesmæssig interesse eller finansiering i lokale organisationer ift. at arbejde på tværs af sektorer og organisationer
		Hartmann et al., 2013; Montesanti et al., 2017; Jang et al., 2021	Social struktur inden for etniske minoritetsgrupper varierer og det kan derfor være en udfordring at nå alle via samme organisatoriske kanaler Nogle er socialt isolerede eller socialt ekskluderede
	Facilitatorer	Pallesen et al., 2019	Det fremmer acceptabiliteten af interventionen, hvis den udvikles i en samskabelsesprocess med interessenterne
		Kunz et al., 2017; Koehn et al., 2016; Hartmann et al., 2013; Rheault et al., 2021	Opsøgende arbejde gør tilmeldingsprocessen nemmere
		Kunz et al., 2017; Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021; Holt et al., 2018; Montesanti et al., 2017; Hartmann et	Samarbejde på tværs af sektorer og interessenter i lokalsamfundet

		al., 2013 Montesanti et al., 2017; Pallesen et al., 2019	samt uddannelse af peer-medarbejdere/frivillige, som er respekterede medlemmer af lokalsamfundet
Forståelse af sygdom	Barrierer	Fritz et al., 2016	Mangel på formaliserede programmer kan medføre, at sygdommen ikke forstås som alvorlig, og at deltagelse i tiltagene ikke er vigtig
		Fritz et al., 2016; Rheault et al., 2021; Mitchell-Brown et al., 2017; Cluesman et al., 2023	Misforståelser vedr. kroniske sygdomme og forebyggelse
		Cluesman et al., 2023; Bertran et al., 2017; Fritz et al., 2016; Koehn et al., 2016; Lovell et al., 2014; Durant et al., 2014	Stigmatisering af personer med kroniske sygdomme
	Facilitatorer	Joachim-Célestin et al., 2020	Bekymring for eget helbred
Interventionens rammer	Barrierer	Cross-Bardell et al., 2015; Koehn et al., 2016; Goff et al., 2021	Formelle eller kliniske omgivelser
		Bukman et al., 2016; Goff et al., 2021	Gruppebaseret intervention, som kræver, at der tales om helbredsrelaterede emner
		Bukman et al., 2016; Koehn et al., 2016; Bertran et al., 2017	Hold, hvor begge køn er repræsenteret, enten ved at holdet er blandet, eller at underviser er af modsatte køn
		Jang et al., 2021	Stor diversitet inden for samme kultur: det er svært at tage hensyn til alle

	Facilitatorer	Cross-Bardell et al., 2015; Holt et al., 2018; Goff et al., 2021	Gruppebaseret intervention: et socialt aspekt
		Cross-Bardell et al., 2015; Koehn et al., 2016; Bertran et al., 2017	Uformelle omgivelser, evt. hvor etniske minoriteter har sin daglige gang
		Lovell et al., 2014; Cross-Bardell et al., 2015	Underviser af samme kulturelle baggrund
		Jang et al., 2021; Bertran et al., 2017	Der tages hensyn til religiøse og sociale praksisser ved, at der er fleksibilitet i planlægningen
		Cluesman et al., 2023 Holt et al., 2018; Cluesman et al., 2023	Forsamtale mhp. at få italesat brugerens oplevede barrierer, og oplevelsen af en indbydende og positiv atmosfære
Kommunikation	Barrierer	Jang et al., 2021; Mitchell-Brown et al., 2017	Mangel på undervisere, der kan tale sproget, da anvendelse af tolk kan lede til at budskabet ikke forstås korrekt
		Mitchell-Brown et al., 2017; Jang et al., 2021; Rheault et al., 2021	Anvendelse af medicinsk terminologi
		Mitchell-Brown et al., 2017; Montesanti et al., 2017; Jang et al., 2021; Rheault et al., 2021	Mangel på sproglige færdigheder hos målgruppen, også på modersmålet, herunder at nogen ikke kan skrive eller læse
		Fritz et al., 2016; Jang et al., 2021; Cross-Bardell et al., 2015; Mitchell-Brown et al., 2017	Mangel på sprogligt og kulturelt oversat materiale kan være en barriere for både udbud af, og deltagelse i interventioner

		Rheault et al., 2021	Dårlige oplevelser med manglende forståelse ved tidligere kontakter med sundhedsvæsenet kan medvirke til skamfølelse og kan bremse, at der opsøges hjælp
		Hartmann et al., 2013	Fejlinformationer grundet manglende faglige kvalifikationer, hvis etnicitet (og sprog) prioriteres før kvalifikationer
	Facilitatorer	Mitchell-Brown et al., 2017; Rheault et al., 2021	Alternative formater som video eller kulturelt traditionelle metoder til kommunikation kan understøtte god kommunikation
		Rheault et al., 2021; Bukman et al., 2016; Pallesen et al., 2019; Lovell et al., 2014; Jang et al., 2021; Fritz et al., 2016	Interventionen leveres på målgruppens modersmål
		Kunz et al., 2017; Hartmann et al., 2013; Koehn et al., 2016; Rheault et al., 2021	Opsøgende personale taler målgruppens sprog
Organisatoriske ressourcer	Barrierer	Jang et al., 2021; Bertran et al., 2017	Forebyggelse til etniske minoriteter kræver flere ressourcer, som ikke prioriteres
		Cross-Bardell et al., 2015	eller nedprioriteres frem for behandlingstiltag
		Jang et al., 2021	Vigtigheden af kendskab til og forståelse for målgruppen gør at udskiftning i personale er en barriere
	Facilitatorer	Jang et al., 2021	Samarbejde med organisationer i lokalsamfundet, som bidrager med ressourcer
		Jang et al., 2021	Ledelsesstøtte til interventioner til etniske minoriteter

Tilgængelighed	Barrierer	Koehn et al., 2016	Politiske beslutninger kan ligge til grund for, at der er stor forskel på geografisk tilgængelighed af interventioner
		Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021	Svært ved offentlig transport pga. manglende erfaring
		Goff et al., 2021	Jævnlige rejser til hjemlandet af længere varighed
		Goff et al., 2021; Durant et al., 2014	Travl hverdag
		Fritz et al., 2016; Koehn et al., 2016; Cross-Bardell et al., 2015; Jang et al., 2021	Afstand til intervention
	Facilitatorer	Cross-Bardell et al., 2015	Gratis aktiviteter, der kan passes ind i hverdagen og er let opnåelige, fx gåture.
		Goff et al., 2021	Fleksibilitet i tilbuddet, der gør, at sessioner, der ikke er nået, kan tages på et andet tidspunkt, evt. på et andet hold
		Cross-Bardell et al., 2015; Goff et al., 2021; Koehn et al., 2016; Pallesen et al., 2019; Holt et al., 2018; Bertran et al., 2017	Anvendelse af lokale faciliteter
		Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021	At programudbydere arrangerer transport eller hjælper til offentlig transport

Tabel 6: Identificerede barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser

6.3 Narrativ syntese

I det følgende fremstilles en narrativ syntese af hvert af de otte temaer. Hver narrativ syntese er opbygget, så den først indeholder en besvarelse af den første del af problemformuleringen: *hvilke barrierer og facilitatorer er der for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser* med udgangspunkt i den viden, der er fremkommet via litteraturen. Dernæst kigges der fremad og syntesen af resultater fra litteraturen analyseres op imod Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017) mhp. at fremanalysere, hvordan organisatorisk sundhedskompetence kan bidrage til hhv. at nedbryde barrierer og aktivere facilitatorer.

6.3.1 Navigering i sundhedsvæsenet

I litteraturen fremkommer en række barrierer, som relaterer sig til at kunne navigere i sundhedsvæsenet. I flere studier fremkommer det, at manglende sprogfærdigheder er en barriere for at kunne begå sig i sundhedsvæsenet (Koehn et al., 2016; Jin et al., 2020; Lovell et al., 2014). Dette ses bl.a. i Australien, hvor det er en barriere for forebyggelsestiltag rettet mod hjertekarsygdomme, at kinesiske minoritetsgrupper har sproglaterede problemer i forhold til at finde vej gennem sundhedssystemet (Jin et al., 2020). Ligeledes i Storbritannien blandt ældre med somalisk og sydasiatisk baggrund er sproget en forhindring, når der skal findes vej til rette hjælp i sundhedsvæsenet (Lovell et al., 2014), hvilket udgør en barriere for deltagelse i forebyggende indsatser rettet mod mentale helbredsproblemer. For ældre personer, både af sydasiatisk oprindelse bosat i Canada (Koehn et al., 2016) og med blandet etnisk oprindelse i Australien (Jang et al., 2021) kan familie og venner være den facilitator, som gør at disse ældre minoriteter, på trods af de sproglige udfordringer, formår at finde vej gennem sundhedssystemet og derved kan tilgå den ønskede hjælp. Denne facilitator er således afhængig af, at de ældre af etnisk minoritetsbaggrund har familie og socialt netværk, som kan hjælpe med oversættelse. I afsnittet *Kommunikation* udfoldes yderligere barrierer og facilitatorer relateret til sprog.

Udover sprogvanskeligheder fremkommer barrierer, som har med sundhedsvæsenets kompleksitet at gøre. Programudbydere af den australske faldforebyggende intervention, Stepping On, er af den opfattelse, at ældre personer af etnisk minoritetsbaggrund har svært ved at navigere i de forskellige sundhedstilbud og ofte ikke kender til de tilbud, der findes (Jang et

al., 2021), hvilket begrænser deres deltagelse i interventionen. (Jin et al., 2020) viser desuden, at kinesiske immigranter i Australien oplever det australske sundhedsvæsen som meget mere komplekst end sundhedsvæsenet i deres oprindelsesland. Denne barriere understøttes af (Hartmann et al., 2013), som finder, at ikke-vestlige indvandrere har svært ved at navigere i det hollandske sundhedsvæsen. En yderligere barriere er, at nogle etniske minoriteter ikke ved, at de kan stille krav til behandlingen. Fx beskriver afroamerikanske kvinder, at de før deres deltagelse i den forebyggende intervention Adult Wellness Class, var passive modtagere af sundhedsinformation og ikke havde mod til at stille spørgsmål ved den tilbudte behandling, selv når de oplevede behandlingskvaliteten som lav (Holt et al., 2018). Det er et problem, at sundhedsvæsenet opleves som komplekst og svært at navigere i, og at det er utrygt blandt etniske minoriteter, at det moderne sundhedsvæsen kræver, at der stilles krav og tages aktiv del i behandlingen. Problemet kompliceres yderligere af de sproglige forskelligheder.

Derimod er en imødekomende og tillidsvækkende atmosfære i sundhedsvæsenet beskrevet som faciliterende for deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Både somaliske og sydasiatiske minoriteter i Storbritannien samt latinamerikanere i USA udtrykker, at henvisning fra egen læge i sig selv er udslagsgivende for deres deltagelse i forebyggende indsatser (Lovell et al., 2014; Joachim-Célestin et al., 2020), men at tillid til sundhedsvæsenet og en god relation til egen læge (Bukman et al., 2016; Joachim-Célestin et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017) er afgørende for, hvordan de vil agere, hvis de henvises af sundhedspersonale til forebyggelsesindsatser. Ligeledes oplever afroamerikanske kvinder, at en indbydende og positiv atmosfære i sundhedsvæsenet er en væsentlig facilitator for at følge anbefalinger fra sundhedspersonalet (Holt et al., 2018). Ligesom atmosfæren kan bidrage til at overkomme manglende tillid til systemet blandt etniske minoriteter af caribisk og afrikansk oprindelse i relation til sundhedsvæsenet i Storbritannien (Goff et al., 2021), hvilket imidlertid ikke er udslagsgivende for immigranter af sydasiatisk oprindelse (Cross-Bardell et al., 2015). I Canada ses det, at frygten for at opleve racisme i kontakten til sundhedsvæsenet udgør en barriere, som medfører, at nogle sydasiatiske minoriteter ikke opsøger det canadiske sundhedsvæsenet på egen hånd (Koehn et al., 2016).

Når de fremanalyserede sproglige udfordringer i forhold til at navigere i sundhedsvæsenet, analyseres op imod Org-HLR frameworket (Trezona et al., 2017), ses, at de til dels kan

imødekommes ved at organisationer sikrer, at deres skriftlige materiale og hjemmesider er oversat til flere sprog, som det er operationaliseret i **6. domæne**, *kommunikationspraksis og standarder*. Imidlertid fremgår det af litteraturen, at flere etniske minoriteter har stor forekomst af analfabeter, hvorfor oversat skriftligt materiale ikke vil gøre en forskel, hvilket bl.a. gør sig gældende blandt kinesiske immigranter i Australien (Jin et al., 2020). At sundhedsvæsenet opleves komplekst og ukendt for etniske minoriteter kan med afsæt i frameworket for organisatorisk sundhedskompetence til dels imødekommes, hvis organisationens fokus på **domæne 4**, *adgang til services og programmer*, prioriteres. Derved kan der fokuseres på at sikre en gennemsigtig og let adgang til forebyggende indsatser, hvor der bl.a. foretages opfølgende arbejde i målgruppens hjem eller i lokalsamfundet. Det opfølgende arbejde kan antages at blive styrket via samarbejde med lokale organisationer, som **5. domæne**, *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*, kan være med til at guide. At programudbydere opsøger deltagere, vil ligeledes imødekomme etniske minoriteters begrænsede mulighed for at stille krav, samt bidrage til at adgangen til sundhedsindsatserne bliver lettere. Dette vil blive uddybet i afsnittet længere fremme om *arbejdsgange*.

Mere vanskeligt er det at imødekomme barrierer relateret til atmosfære, tillid og frygt for racisme, idet disse er forbundet med iboende følelser hos den enkelte. Imidlertid kan disse faktorer med afsæt i frameworket for organisatorisk sundhedskompetence antages at relatere sig til organisationens *ledelse og kultur* under **2. domæne**. Et fokus på dette domæne kan bidrage til, at der på alle niveauer af organisationen sikres en klientcentreret filosofi samt fokus på lighed og accept af diversitet. Ligesom *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet* under **5. domæne**, kan medføre at flere personer blandt målgruppen får opbygget en relation til det personale, som repræsenterer de forebyggende sundhedsorganisationer. Desuden kan **domæne 7**, *arbejdskraft*, sætte fokus på relevansen af at organisationens personale er kvalificeret og kompetent til at servicere de etniske minoritetsgrupper og løbende opkvalificeres på baggrund af nyeste viden om sundhedskompetencer og de barrierer, etniske minoriteter oplever.

6.3.2 Socialt netværk

Et andet tema, der udspringer fra litteraturen, er barrierer og facilitatorer, der relaterer sig til etniske minoriteters sociale netværk, som omfatter familie, venner og bekendte i

lokalsamfundet. På tværs af studierne tegner der sig et billede af, at familien er af stor betydning i forhold til, hvorvidt etniske minoriteter engagerer sig i forebyggende indsatser (Cross-Bardell et al., 2015; Koehn et al., 2016; Montesanti et al., 2017; Bertran et al., 2017; Joachim-Célestin et al., 2020; Jang et al., 2021; Lovell et al., 2014). Det ses bl.a., at familiens støtte og anbefalinger fra venner og bekendte har en motiverende virkning på sydasiatiske minoriteter (Koehn et al., 2016; Cross-Bardell et al., 2015; Lovell et al., 2014), som i højere grad faciliterer til deltagelse end når anbefalingen udelukkende kommer fra sundhedspersonale (Cross-Bardell et al., 2015; Lovell et al., 2014). Flere etniske minoriteter, både af sydasiatisk oprindelse i England og afroamerikanske kvinder i USA, oplever det som en facilitator for deltagelse, hvis der tillige er mulighed for, at venner og familie kan deltage i interventionen sammen med dem (Cross-Bardell et al., 2015; Holt et al., 2018). Dette understøttes af programudbyderne af den australske faldforebyggende intervention Stepping On, som udtaler, at de får mange nye deltagere ved at have åbne forløb, hvor eksisterende deltagere har mulighed for at medbringe venner og familie (Jang et al., 2021). Åbne forløb med fri adgang kan således være en god måde at facilitere til deltagelse i forebyggende tilbud blandt etniske minoriteter.

Flere arabisktalende minoriteter bosat i USA fortæller, at de deltager i forebyggende diabetes indsatser for at kunne udbrede den tillærte viden til familie samt til venner og bekendte i lokalsamfundet (Bertran et al., 2017). Dette afspejler en uselvsk og kollektivistisk holdning, som ligeledes ses blandt de latinamerikanske kvinder i studiet af Joachim-Célestin et al. (2020), hvor eget helbred udelukkende faciliterer til deltagelse, fordi det opleves som nødvendigt at være sund for at kunne tage vare om de allernærmeste. Desuden faciliterer det disse kvinder til at deltage, hvis der er familiemedlemmer, som for nyligt er diagnosticerede med en kronisk sygdom (Joachim-Célestin et al., 2020), hvilket både kan skyldes en bevidsthed om øget risiko hos én selv, men også et ønske om at kunne støtte pågældende familiemedlem. Ovenstående kan forstås sådan, at den distribuerede sundhedskompetence, hvor et individs sundhedskompetence fordeles til og via det sociale netværk, kan bidrage til øget deltagelse i diabetesundervisning blandt arabisktalende og latinamerikanske minoriteter i USA.

Det sociale netværk kan imidlertid også udgøre barrierer for deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, fx grundet familiære forpligtelser. Det ses, at ældre sydasiatiske kvinder, især fra lavtuddannede, mere religiøse og konservative landlige samfund i Canada er tilbøjelige

til at prioritere familiens behov frem for deres egne (Koehn et al., 2016) og derfor fravælge nødvendige forebyggende sundhedsindsatser. Samme studie finder desuden, at mens nogle familier opfordrer deres ældre til at tage vare på sig selv via forebyggende interventioner, undgår andre familier at motivere deres ældre i den retning af frygt for, at de ældres muligheder for at passe børnebørn og huslige gøremål mindskes (Koehn et al., 2016). Børnepasning er ligeledes en barriere for ældre etniske minoriteters deltagelse i den faldforebyggende intervention Stepping On i Australien (Jang et al., 2021).

Ovenstående viser, at familie, venner og bekendte kan være kilde til motivation og støtte i forhold til etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, som dog for nogle afhænger af organiseringen af indsatsen, fx om der er åbne forløb, hvor familie og venner kan medbringes. Når dette analyseres ud fra et organisatorisk sundhedskompetence- perspektiv er det ikke overraskende, at det er i dette tema, at den distribuerede sundhedskompetence fremanalyseres som en vigtig mekanisme. Imidlertid kan denne ikke stå alene. Med afsæt i Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017) må organisationerne mhp. at imødekomme ovenstående barrierer og facilitatorer, for det første have kendskab til målgruppen, som de skal servicere. Dette kan det **3. domæne**, *systemer, processer og politikker*, i Org-HLR frameworket bidrage til, da dette domæne ifølge Trezona et al. (2017) sikrer, at der er kvalificerede procedurer for at indsamle data om målgruppens behov. Fx hvorvidt der er behov for at tilrettelægge indsatser til ældre etniske minoriteter, så de ikke konflikter med familiens behov. Desuden operationaliserer **5. domæne**, *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*, at lokalsamfundet skal høres, og at målgruppen skal inddrages (Trezona et al. (2017). Ved at fokusere på dette domæne kan organisationen sikre, at de får anlagt en strategi for involvering af lokalsamfundet, og derigennem udvikle en dybere forståelse for målgruppens sundhedsadfærd. Det kan give en forståelse for, hvorvidt organisationen bør understøtte den distribuerede sundhedskompetence, og hvordan dette vil være muligt. I forhold til åbne gruppeforløb er der flere faktorer, der spiller ind og som skal tages hensyn til, fx ses det, at åbne forløb vil være en barriere for deltagelse for nogle (Goff et al., 2021). Imidlertid kan der, hvis der på alle niveauer af organisationen er en klientcentreret tankegang, hvor brugeren er i centrum, som det fremgår af **2. domæne**, *ledelse og kultur*, skabes rammerne for, at det på bedste vis kan lade sig gøre at reagere på individuelle behov.

6.3.3 Arbejdsgange

Dette tema indeholder de barrierer og facilitatorer, som relaterer sig til arbejdsgange i sundhedsvæsenet. Først analyseres barrierer, der relaterer sig til praktiserende lægers arbejdsgange, og derefter følger en analyse af barrierer og facilitatorer internt i de organisationer, som udbyder forebyggende sundhedsindsatser.

Litteraturen viser, at de fagprofessionelle, som varetager de forebyggende indsatser, oplever, at der mangler systematiske henvisningsprocedurer og kendskab til de eksisterende forebyggende tilbud hos praktiserende læger, særligt i forhold til borgerrettet forebyggelse. Ifølge sundhedsprofessionelle er dette tilfældet blandt personer med sydasiatisk baggrund i dårligt stillede bysamfund i England (Cross-Bardell et al., 2015). Og i studiet af (Jang et al., 2021), som undersøger faldforebyggelse, er det programudbydernes oplevelse, at de sjældent modtager deltagere, som er henvist fra egen læge, hvilket de mener, skyldes manglende kendskab til interventionen, men også en manglende anerkendelse af værdien i faldforebyggelse. I patientrettet forebyggelse ses lignende mangler, fx i studiet af Jin et al. (2020), hvor kinesiske hjertepatienter i Australien afviser at have kendskab til hjerterehabiliteringsprogrammer, ligesom de afviser at være inviteret til at deltage. Ved mangler i henvisningsprocedurerne er det de personer, som af sproglige og kulturelle grunde er mindst i stand til at tale for sig selv, som er dårligst stillede (Hartmann et al., 2013; Jang et al., 2021; Koehn et al., 2016). Af den grund kan mangel på systematiske og faste procedurer for henvisning til forebyggende indsatser bidrage til ulighed i sundhed. Hvilket er ærgerligt, da det i afsnittet om *Navigering i sundhedsvæsenet* netop er fremanalyseret, at henvisning fra egen læge er en vigtig facilitator for etniske minoriteter i både Storbritannien (Lovell et al., 2014) og USA (Joachim-Célestin et al., 2020).

Dernæst viser litteraturen, at sundhedsorganisationers involvering af lokalsamfundet er en vigtig facilitator for at engagere etniske minoriteter i forebyggende indsatser. Blandt sydasiatiske ældre bosat i Canada (Koehn et al., 2016), latinamerikanske minoriteter (Kunz et al., 2017) og ældre af blandet etnisk oprindelse i Australien ses en tendens til at samarbejde på tværs af sektorer kan øge deltagelsen i forebyggende sundhedsindsatser. Desuden kan samarbejde mellem interessenter i lokalsamfundet (Holt et al., 2018; Montesanti et al., 2017; Hartmann et al., 2013; Jang et al., 2021) samt uddannelse af *peer-medarbejdere* (Montesanti et

al., 2017; Pallesen et al., 2019) bidrage til at få flere etniske minoriteter til at vælge de forebyggende indsatser til. Både i Canada (Montesanti et al., 2017) og Australien (Jang et al., 2021) kan lokale organisationer, som servicerer etniske minoritetsgrupper, grundet deres indsigt i og forståelse for disse befolkningsgrupper, være facilitatorer i rekrutteringsprocessen. Fx ved at udbrede budskabet om den faldforebyggende intervention, Stepping On, til målgruppen (Jang et al., 2021). Dette kan hjælpes på vej af, at etniske minoriteter allerede har tillid til disse organisationer, som det ses i Holland blandt etniske minoritetskvinder (Hartmann et al., 2013) og at de anser programudbydere som respekterede medlemmer af lokalsamfundet (Holt et al., 2018).

Omvendt kan samarbejdet udfordres, hvis ledelsen af de lokale organisationer ikke finder interventionens formål relevant eller ikke har midlerne til at indgå i samarbejdet, hvilket australske programudbydere beskriver som en barriere i forhold til faldforebyggelse blandt kulturelt og sprogligt diverse minoritetsgrupper (Jang et al., 2021). En yderligere barriere er, at det ikke er alle etniske minoritetsgrupper, der kan nås via lokale organisationer, idet (Hartmann et al., 2013), som undersøgte brugen af etniske kanaler til rekruttering, fandt at der var forskel på, hvordan de forskellige etniske minoritetsgrupper anvendte de lokale organisationer og om der i det hele taget var organisationer, der servicerede alle grupper af etniske minoriteter. Ligesom sundhedsudbydere i Canada oplever, at etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser udfordres af barrierer relateret til marginalisering, hvorfor de ofte både er socialt ekskluderede og socialt isolerede, og dermed vanskelige at rekruttere (Montesanti et al., 2017). Ovenstående tyder på, at organisationer bør være opmærksom på, at der i arbejdsgange såsom tværsektorielt samarbejde, samarbejde med lokale organisationer samt uddannelse af peer-medarbejdere kan forekomme både barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

En yderligere arbejdsgang, der fremkommer som facilitator, er opsøgende arbejde, hvor medarbejdere opsøger målgruppen aktivt og får dem tilmeldt interventionen. Flere af de videnskabelige studier finder, at personlig, kompetent, veltilrettelagt og sprogligt kompatibelt opsøgende arbejde kan fungere som en facilitator for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende indsatser (Kunz et al., 2017; Koehn et al., 2016; Hartmann et al., 2013; Rheault et al., 2021). Studiet af Hartmann et al. (2013), som undersøger rekrutteringsprocessen blandt

etniske minoriteter i Holland, finder at hvis etniske minoriteter hører om interventionen fra en imødekomende person, som tålmodigt og på deres eget sprog kan forklare interventionen, vil det lette beslutningen vedrørende deltagelse. Opsøgende arbejde kan dermed lette tilmeldingsprocessen. Ifølge australsk oprindeligt folk er opsøgende arbejde den eneste måde at iværksætte borgerrettet forebyggelse (Rheault et al., 2021), hvilket kan antages at hænge sammen med barrierer, som relaterer sig til kulturelle overbevisninger vedrørende kronisk sygdom. Dette vil blive uddybet i følgende afsnit om *Forståelser af sygdom*.

Samskabelsesprocesser, er inkluderende arbejdsgange, som kan facilitere til deltagelse i forebyggende indsatser blandt etniske minoriteter. Organisationer, som i fællesskab med lokale aktører og frivillige med etnisk minoritetsbaggrund, kan ifølge Pallesen et al. (2019) bidrage til, at der udvikles interventioner, som er acceptable i samfundet. I en dansk kontekst, kan samskabelse i udviklingsarbejdet være faciliterende for rekruttering af ikke-vestlige kvindelige programdeltagere (Pallesen et al., 2019).

Når ovenstående syntese analyseres ud fra Org-HLR frameworket (Trezona et al., 2017) kan det antages, at hvis der skal skabes forandringer i etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, bør de interne arbejdsgange i organisationerne systematiseres, samt de arbejdsgange, der rækker ud af organisationen skal øges og koordineres i fællesskab med lokalsamfundet og de lokale organisationer, som i forvejen servicerer etniske minoriteter. **Domæne 4, adgang til services og programmer**, i Org-HLR frameworket kan ifølge Trezona et al. (2017) guide til, at der sikres klare rammer for henvisning og adgang til den konkrete indsats. Imidlertid kan det antages at kræve ændringer oppefra og dermed i **domæne 1, ekstern politik og finansiering**, som er udenfor organisationens direkte styring, hvis de konkrete henvisningsprocedurer for borgerrettet og patientrettet forebyggelse skal systematiseres hos de praktiserende læger. Men kendskabet til de forebyggende indsatser bør, uafhængigt af dette, udbredes til eksterne samarbejdspartnere, hvilket kan medføre, at de praktiserende læger kender til eksisterende indsatser og i større grad henviser dertil. I Danmark er det imidlertid ikke kun praktiserende læger, som henviser til forebyggende indsatser. Ofte henviser de udelukkende til patientrettet forebyggelse, mens borgerrettede forebyggende tilbud er kommunens ansvar. Således bør kendskabet om eksisterende forebyggende sundhedstilbud udbredes på tværs af kommunens henvisende parter, hvilket **5. domæne, involvering af og**

samarbejde med lokalsamfundet kan være med til at sikre. Samskabelsesprocesser hører også under 5. domæne, hvilket ifølge Pallesen et al. (2019) kan facilitere til øget deltagelse i forebyggende interventioner blandt etniske minoriteter i Danmark. Imidlertid kan samskabelsesprocesser også indtænkes som strategi i det eksterne samarbejde på tværs af sektorer, fx via fyraftensmøder eller workshops med praktiserende læger og andre henvisende instanser. Desuden kan **domæne 4**, *adgang til services og programmer*, gennem opsøgende arbejde, være med til at sikre, at tilmeldingsprocessen for etniske minoriteter forenkles.

6.3.4 Forståelser af sygdom

Der fremkommer forskellige forståelser af sygdom i litteraturen, som kan have indvirkning på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Amerikansk sundhedspersonale giver udtryk for, at kulturelle overbevisninger om diabetes og patienternes uddannelseslængde kan være en barriere for, at de, som fagprofessionelle, kan guide arabiske minoriteter optimalt i den forebyggende indsats vedrørende diabetes (Fritz et al., 2016). Dette synes foreneligt med resultaterne i studiet af Rheault et al. (2021), hvor der blandt oprindeligt folk i Australien forekommer en fælles opfattelse af, at kroniske sygdomme er en uundgåelig del af livet. Disse informanter giver udtryk for, at der florerer en kulturel overbevisning om, at kroniske sygdomme ikke er forebyggelige. Samtidig beskriver de en accept af, at livet er kort og at eventuelle forsøg på at forebygge kroniske sygdomme derfor vil være forgæves (Rheault et al., 2021). Programudbydere af den faldforebyggende intervention, Stepping On, oplever, at det er relativt ukendt blandt etniske minoritetsgrupper, og særligt den ældre del af disse grupper, at fald kan forebygges gennem træning, og derfor har denne målgruppe svært ved at acceptere faldforebyggende interventioner som vigtige (Jang et al., 2021). Der florerer således misforståelser bundet til kulturen i etniske minoritetsgrupper, som udgør væsentlige barrierer for at kunne forebygge kroniske sygdomme. I arabisk kultur ses desuden en overbevisning om, at læger har med sygdom at gøre, ikke sundhed, hvilket ifølge Fritz et al. (2016) kan føre til en modvillighed overfor de anbefalinger, lægen bringer på bordet og deraf manglende compliance og deltagelse i de anbefalede forebyggende indsatser. Det kan antages at være en barriere for deltagelse i den borgerrettede forebyggelse, som har til hensigt at hindre sygdomme i at opstå, hvis læger udelukkende forbindes med sygdom frem for sundhed. Omvendt finder Joachim-Célestin et al. (2020), at det blandt latinamerikanske minoriteter er en facilitator for deltagelse

i diabetesundervisning, hvis individet selv eller et familiemedlem netop er diagnosticeret med diabetes. Dette skyldes en aktuel bekymring for eget helbred (Joachim-Célestin et al., 2020).

Yderligere viser litteraturen, at stigmatisering af kroniske sygdomme kan være en barriere for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Dette forekommer på tværs af interventionstyper og sygdomme, herunder forebyggende interventioner rettet mod HIV (Cluesman et al., 2023), diabetes (Bertran et al., 2017; Fritz et al., 2016), samt sundhedsfremmende indsatser rettet mod mental sundhed (Koehn et al., 2016; Lovell et al., 2014), fysisk aktivitet (Durant et al., 2014) og livsstil (Koehn et al., 2016).

Stigmatisering anses som en strukturel årsag til, at der er ringe deltagelse i forebyggende indsatser rettet mod HIV blandt afroamerikanske HIV-smittede (Cluesman et al., 2023). Ifølge Bertran et al. (2017) udtrykker arabisktalende immigranter i USA, at stigma forbundet med diabetes er en barriere for deres deltagelse i forebyggende indsatser, bl.a. fordi sygdommen grundet dens genetiske ætologi, kan påvirke familiens omdømme negativt. Desuden udtrykker sundhedsudbydere, at stigmatisering af personer med diabetes kan have signifikant indvirkning på individers sundhed, fordi det fungerer som en barriere for deltagelse, ikke kun i indsatser rettet mod diabetes, men også for deltagelse i meningsfulde sociale aktiviteter samt sundhedsfremmende indsatser fx i forhold til mental sundhed (Fritz et al., 2016). Sidstnævnte er foreneligt med resultaterne i studiet af Koehn et al. (2016), hvor det fremkommer, at stigma og kulturelle tabuer kan føre til, at dem som har størst behov for støtte blandt de sydasiatiske minoriteter i Canada, takker nej til tilbud herom. Ligesom personer med somalisk og sydasiatisk oprindelse bosat i Storbritannien (Lovell et al., 2014) og afroamerikanske kvinder (Durant et al., 2014) udtaler, at de ikke er trygge ved at dele deres mentale og fysiske sundhedsudfordringer i gruppesammenhæng, da der er risiko for at blive udsat for social stigmatisering (Durant et al., 2014; Lovell et al., 2014).

Ovenstående belyser, at forståelser af sundhed og sygdom relateret til kultur eller uddannelsesniveau kan udgøre barrierer for nogle etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Endvidere er samfundets stigmatisering af personer med kroniske sygdomme også en barriere. En barriere som for nogle etniske minoriteter kan være særlig vanskelig, da en diabetesdiagnose grundet kulturspecifikke traditioner, kan sætte hele

familiens ære på spil, hvilket ses i studiet af Bertran et al. (2017) blandt de arabisktalende diabetespatienter i USA. Hvilket tyder på, at stigma både er forbundet med struktur og kultur.

Når de fremanalyserede forhold relateret til temaet *forståelser af sygdom*, analyseres med udgangspunkt i Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017), fremkommer en potentiel begrænsning ved frameworket ift. at imødekomme etniske minoriteter i forebyggende sundhedsindsatser. Begrænsningen beror på, at stigmatisering ikke figurerer i Org-HLR frameworket, og det er således vanskeligt at vide om frameworket kan guide organisationer i afstigmatisering af kroniske sygdomme. Imidlertid kan det tænkes, at afstigmatisering indgår som en implicit størrelse i flere domæner, herunder **domæne 5**, *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet* og **domæne 1**, *ekstern politik og finansiering*. Ifølge Trezona et al. (2017) bør det anerkendes, at mange organisationer fx dem, som er politisk styrede, kun leverer ydelser og interventioner, som er fastsatte fra højere beslutningsniveauer. Hvilket betyder, at hvis der er indgået aftaler om, at organisationen skal varetage afstigmatiserende indsatser, kan 1. domæne sikre at disse implementeres, fx ved hjælp af samarbejde med og involvering af lokalsamfundet som kan prioriteres gennem fokus på 5. domæne. Desuden operationaliseres det under *kommunikationspraksis og standarder* i det **6. domæne**, at organisationer bør sikre, at de kan levere sundhedsoplysning og sundhedsfremmende initiativer, som kan øge hele lokalsamfundets sundhedskompetence (Trezona et al., 2017). Det kan antages at bidrage til øget viden om kroniske sygdomme, og nedbryde barrierer relateret til de kulturelt opståede sygdomsforståelser. Her synes det essentielt at sikre en *arbejdskraft*, som er ydmyg, nysgerrig og anerkendende overfor de etniske minoritetsgruppers kultur, hvilket **domæne 7** i frameworket operationaliserer. Ligesom det også under dette tema, *forståelser af sygdom*, kan være relevant at understøtte den distribuerede sundhedskompetence som nævnt i afsnittet om *socialt netværk*.

6.3.5 Interventionens rammer

Ifølge litteraturen kan rammerne for den forebyggende sundhedsindsats udgøre barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse. I relation til sundhedsfremmende interventioner baseret på træning, udgør det angiveligt en barriere, at træning som en formel aktivitet kan opleves som fremmed for sydasiatiske immigranter (Cross-Bardell et al., 2015; Koehn et al., 2016) i henholdsvis Storbritannien og Canada. Og derfor kan det være en facilitator, hvis

sundhedsindsatsen arrangeres i et uformelt miljø, fx i grønne områder i lokalsamfundet eller i hjemmet, i stedet for i et klinisk miljø (Cross-Bardell et al., 2015; Goff et al., 2021; Koehn et al., 2016). Blandt arabisktalende immigranter i USA kan religiøse faciliteter, hvor målgruppen har sin gang i forvejen, fx moskeer, udgøre en lokal og uformel lokalitet (Bertran et al., 2017), og kan således være faciliterende for deltagelse blandt disse grupper.

Hvis rammerne for interventionen er gruppebaserede, kan det ifølge Goff et al. (2021), være en barriere for afrikanske minoriteter i Storbritannien, som foretrækker, at sundhedsstatus og andre helbredsrelaterede emner holdes private og ikke deles med andre. Dette er foreneligt med de beskrivelser, personer med tyrkisk eller marokkansk oprindelse bosat i Holland har om forebyggende sundhedsindsatser for hjertekarsygdomme (Bukman et al., 2016). Dermed kan gruppeformen for nogle etniske minoriteter være en barriere for deltagelse. Imidlertid kan gruppebaserede indsats for nogle imødekomme et behov for socialt samvær, hvorfor en ramme, hvori der er mulighed for at være sammen med andre, vil være faciliterende for deres deltagelse. Dette gør sig fx gældende i livsstilsinterventioner for personer med sydasiatisk baggrund i England (Cross-Bardell et al., 2015), afroamerikanske kvinder (Holt et al., 2018) samt voksne af afrikansk eller caribisk oprindelse bosat i London (Goff et al., 2021). Litteraturen er således tvetydig om, hvorvidt etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser fremmes eller hindres af, at interventionen tilrettelægges som en gruppe eller som én-til-én.

Uanset om interventionen er baseret på gruppe eller individuel form, kan der imidlertid være barrierer relateret til de kønsnormer, som præger nogle kulturer og dermed kan have en indvirkning på, hvorvidt individet vælger at deltage i en intervention. I gruppebaserede interventioner, som har fokus på fysisk aktivitet kan det være nødvendigt at lave kønsopdelte hold blandt deltagerne, idet det viser sig for hhv. sydasiatiske (Koehn et al., 2016) og arabisktalende immigranter (Bertran et al., 2017), at hverken den påkrævede påklædning eller øvelserne anses som passende i grupper, hvor modsatte køn er til stede. For interventioner, der indeholder rådgivning om kost og sundhed, kan det være en barriere for mænd at deltage, da det traditionelt set i arabisk kultur er kvinderne, der er ansvarlige for den del af husholdningen, der omhandler mad og sundhedsforhold (Bertran et al., 2017). Desuden har det også en betydning, hvilket køn den person, som skal varetage interventionen, har, hvilket ses i studiet

af Bukman et al. (2016), hvor tyrkere og marokkanere i Holland angiver, at det kan udgøre en barriere, hvis interventionen leveres af en person af det modsatte køn.

Der tegner sig således et billede af en kompleksitet i de kulturelle forhold, som indvirker på interventionens rammer, og dermed udgør nogle barrierer og facilitatorer for deltagelse, hvorfor det bl.a. kan være relevant at indtænke traditionelle kønsnormer blandt målgruppen. Dette understøttes af Jang et al. (2021), hvor programudbydere oplever, at det blandt kulturelt og sprogligt diverse minoritetsgrupper kan være en barriere for deltagelse, hvis interventionen ikke betragtes som passende i den kultur, målgruppen kommer fra. Dette fordi kulturen kan være præget af, hvad der er ordentlig adfærd baseret på køn eller alder, fx at træningsøvelser som de kendes i vestlige lande ikke er genkendelige og dermed kan føles fremmed at deltage i, for individer fra nogle kulturer (Jang et al., 2021). Også for den etniske minoritetsgruppe Hmong, er det vigtigt for deres deltagelse i diabetesundervisning i værtslandet USA, at undervisningen tager hensyn til de kulturelle forhold, der præger målgruppen, herunder religiøse og sociale praksisser og overbevisninger (Mitchell-Brown et al., 2017).

Ifølge Cluesman et al. (2023) kan en forsamtale med fordel indgå i interventionens rammer. En sådan samtale, som afholdes før opstart af den egentlige intervention, kan bidrage til at imødekomme de barrierer for deltagelse, som individet oplever, og kan derved ligesom en indbydende og positiv atmosfære (Jang et al., 2021) være faciliterende for deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

Ved at inddrage ovenstående syntese i en analyse med afsæt i Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017) kan det antages, at **5. domæne**, *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*, sikrer at den sundhedskompetente organisation rådfører sig med lokalsamfundet og involverer forbrugere og samfund i alle aspekter af interventionen. Dette kan bidrage til en øget forståelse for målgruppens kulturelle diversitet og præferencer ift. rammerne for interventionen. Desuden kan opmærksomhed på **4. domæne**, *adgang til services og programmer* sikre, at organisationen planlægger den forebyggende sundhedsindsats i uformelle, lokale og indbydende miljøer, eller initierer en transformation af formelle og kliniske omgivelser til mere uformelle. Imidlertid kan det antages, at både **3. domæne**, *systemer, processer og politikker* og **2. domæne**, *ledelse og kultur* spiller en afgørende rolle ift. hvorvidt de to domæner nævnt ovenfor i det hele taget kommer i fokus, idet 3. domæne

operationaliserer, at organisationen, ifølge Trezona et al. (2017), bør sikre identificering af de behov organisationens målgruppe oplever ift. rammerne for en potentiel forebyggende sundhedsindsats. Hvor 2. domæne kan guide organisationen til at tænke mulighederne for ekstra ressourcer ind i forbindelse med at skabe optimale rammer for sundhedsindsatsen, men også ift. den klientcentrerede filosofi på alle niveauer, som kan bidrage til en indbydende og positiv atmosfære, hvor etniske minoriteter oplever en kulturel fleksibilitet, som vil være faciliterende for deres deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

6.3.6 Kommunikation

Den måde, hvorpå der kommunikeres om forebyggende tiltag på i rekrutteringen, kan ifølge litteraturen udgøre barrierer eller facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse, både i rekrutteringen, men også i leveringen af interventionen. Det gør sig gældende på tværs af kulturer og interventioner, at det fungerer som en facilitator for deltagelse, hvis en intervention leveres på deltagernes modersmål (Bukman et al., 2016; Pallesen et al., 2019; Lovell et al., 2014; Jang et al., 2021; Fritz et al., 2016). Det kommer til udtryk i studiet af (Bukman et al., 2016), hvor tyrkiske og marokkanske deltagere i forebyggelse mod hjertekarsygdomme, selv når de kan det lokale sprog, foretrækker modersmålet for at sikre, at de forstår oplysningerne og alvoren bedre. Dette understøttes desuden af programudbydere af en kostintervention i Danmark, som har haft gode erfaringer med at levere kostinterventioner på deltagernes modersmål (Pallesen et al., 2019). Oversættelse er dog ikke altid kun sprogligt. Ældre somali og sydasiatiske minoriteter i Storbritannien foretrækker, at der i leveringen af en psykosocial intervention, ikke blot tages hensyn til sprog, men også oplever at specifikke emner kan være særligt sensitive i deres kultur (Lovell et al., 2014). Dertil viser studiet af Fritz et al. (2016), at undervisningsmateriale til diabetespatienter, der er sprogligt oversat til arabisk, ikke altid tager hensyn til arabisk kultur. Det kan således være en facilitator, at interventioner leveres på målgruppens modersmål, men det tyder på, at der i nogle kulturer i lige så høj grad er behov for en kulturel oversættelse.

Programudbydere af faldforebyggende interventioner til ældre etniske minoriteter i Canada betragter mangel på personale, der kan tale målgruppens sprog, som en barriere allerede i implementeringen af interventioner, bl.a. fordi erfaringer med tolke er præget af en usikkerhed på om budskabet er blevet overleveret ordentligt, og derfor ikke er betragtet som en god løsning

(Jang et al., 2021). Ifølge Hartmann et al. (2013) ses der eksempler på, at der i rekruttering kan være en barriere for deltagelse, hvis medarbejderens etnicitet blev prioriteret over kvalifikationer, hvilket kan lede til fejlinformationer. Også blandt Hmong folk i USA opleves udfordringer med tolkning, ofte fordi tolke ikke kender til medicinsk terminologi (Mitchell-Brown et al., 2017). Ligeledes oplever fagpersonale i USA, at mangel på oversat materiale er en barriere for, om de tilbyder undervisning til diabetespatienter af arabisk oprindelse (Fritz et al., 2016). Manglen på gode løsninger for kommunikation med målgruppen kan således udfordre, hvorvidt indsatsen overhovedet bliver udbudt, og vil i sagens natur således også blive en barriere for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

Dertil viser litteraturen, at kommunikation mellem fagpersonale og etniske minoriteter bør foregå med hensyn til målgruppens sproglige færdigheder. Blandt både Hmong i USA og ældre af forskellige etniciteter, bosat i Canada viser studier, at sprogfærdigheder kan være på lavt niveau, også på modersmålet (Mitchell-Brown et al., 2017; Montesanti et al., 2017). Det understøttes af et studie foretaget blandt oprindelige folk (Rheault et al., 2021), og udbydere af faldforebyggende interventioner til ældre minoriteter (Jang et al., 2021) i Australien, som viser, at selv hvis en intervention leveres på målgruppens eget sprog, kan der være udfordringer med forståelsen, både pga. problemer med at læse og skrive, og når der anvendes visse termer og koncepter, fx medicinske termer. Mangel på forståelse af fx medicinske termer kan for oprindelige folk i Australien give en følelse af ikke at føle sig velkommen eller støttet, og kan medføre skamfølelse, hvis det er nødvendigt at spørge mere ind for at forstå, hvad der bliver sagt (Rheault et al., 2021).

Derimod kan videomateriale, ifølge Mitchell-Brown et al. (2017) bidrage til mere viden om diabetes blandt etniske minoriteter, og derigennem facilitere til deltagelse i forebyggende indsatser. Etnolingvistisk tilpasset materiale, som tager hensyn til den måde sproget og kulturen interagerer på, kan være en facilitator for deltagelse blandt ældre sydasiater bosat i Canada (Koehn et al., 2016). Det understøttes af, at der både blandt Hmong i USA og oprindelige folk i Australien angives, at der med fordel kan anvendes kommunikationsformer, som ligner de traditionelle måder at kommunikere på (Mitchell-Brown et al., 2017; Rheault et al., 2021), for at facilitere deltagelse. Blandt oprindelige folk fra Australien fandt Rheault et al. (2021), at

dårlige oplevelser med kommunikation med sundhedsudbydere kan udgøre en barriere for, hvorvidt der opsøges hjælp fremefter.

Det kan således være en faciliterende faktor, at den sproglige overlevering af interventioner, både skrevet og talt, foregår på målgruppens modersmål. Det er dog kun tilfældet, hvis der tages hensyn til de sproglige færdigheder, da problemer med at læse og skrive samt at forstå, hvad der bliver sagt, ikke kun kan udgøre en barriere for deltagelse i den aktuelle intervention, men kan medføre en barriere for, at individet opsøger forebyggelse i fremtiden.

Når kommunikative barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser skal analyseres ud fra Org-HLR frameworket (Trezona et al., 2017) er det oplagt at begynde med **domæne 6 kommunikationspraksis og standarder**. Domæne 6 indeholder bl.a. principper for, hvordan det sikres, at både mundtlig og skriftlig information ikke kun er tilgængeligt, men også er inkluderende og respektfuld. Der angives en nødvendighed for, at kommunikationen er tilpasset specifikt til den målgruppe, den tiltænkes, og dette domæne tager således hensyn til behovet for sprogligt og kulturelt tilpasset overlevering af en intervention. Dette kan dog kun lade sig gøre, hvis der inddrages omtanker til **domæne 7** for at sikre, at den *arbejdskraft*, der skal foretage formidlingen, er kompetent og har kendskab til målgruppens sprog og kultur. Det kan naturligvis være udfordrende at have personale med førstehåndskendskab til alle relevante etniske minoriteter, hvilket foranlediger, at det kan være relevant med uddannelse af personale. Dette kan med fordel gøres med *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*, som beskrevet i det **5. domæne**, som i den sammenhæng kan bidrage med et nærmere kendskab til de relevante målgrupper.

6.3.7 Organisatoriske ressourcer

Af litteraturen, særlig i studier, der præsenterer programudbydernes perspektiv, udspringer også en række barrierer og facilitatorer ift. politisk perspektiv og ressourceprioritering. I Storbritannien ses dette bl.a. ved en tendens til, at der politisk fokuseres på behandling af eksisterende sygdomme frem for forebyggelse, hvilket resulterer i, at der ikke investeres tilstrækkeligt i forebyggelse (Cross-Bardell et al., 2015). Dette er et generelt billede, og er ikke kun gældende for etniske minoriteter, men flere kilder rapporterer, at forebyggelse målrettet etniske minoriteter kræver flere ressourcer end forebyggelse målrettet majoritetsbefolkningen

(Bertran et al., 2017; Jang et al., 2021). Ifølge Jang et al. (2021) som undersøger programudbydernes perspektiv på udfordringer i implementering og gennemførelse af en faldforebyggende indsats til ældre af etnisk minoritetsbaggrund i Australien kræver det ekstra ressourcer, både tid og monetære, at få oversat skriftligt materiale til andre sprog end engelsk. Og jo mere divers, og jo mere målrettet de forskelle, der er i kulturer, informationen skal være, jo flere ressourcer er nødvendige (Jang et al., 2021). Det kan være faciliterende at samarbejde med organisationer i lokalsamfundet, fx. lokalcentre eller interesseorganisationer (Jang et al., 2021; Bertran et al., 2017). Disse organisationer kan bidrage med ressourcer i form af økonomisk støtte, eller personale, der hjælper i rekrutteringen af grupper med divers etnisk baggrund som Jang et al. (2021) finder, at det er tilfældet i Australien. Dette suppleres af Bertran et al. (2017), der finder, at hvis lokalcentre og religiøse institutioner i USA bidrager med faciliteter til indsatser målrettet borgere af arabisk oprindelse, kan det være faciliterende for deltagelse. Støtte fra interesseorganisationer i lokalsamfund i Australien kan dog være udfordret, når der er tale om små grupper af etniske minoriteter, da disse organisationer ofte får mindre økonomisk støtte og derfor har færre ressourcer (Jang et al., 2021). Et studie i Canada, som undersøger ældre sydasiaters adgang til sundhedsfremmende interventioner, rapporterer, at der for den samme målgruppe kan være store forskelle på, hvordan der prioriteres i regionalpolitik (Koehn et al., 2016). Dette har en indvirkning på, i hvor høj grad sundhedsfremmende tiltag, der er målrettet sydasiatiske minoriteter, implementeres lokalt (Koehn et al., 2016).

Programudbydere af faldforebyggende interventioner i Australien pointerer desuden, at implementering af interventioner til grupper præget af sproglig og kulturel diversitet kun lykkes, når der er ledelsesopbakning til prioritering af disse grupper (Jang et al., 2021). Ledelsesopbakningen resulterer ikke kun i ressourcer, men også øget motivation hos personalet, hvilket er altafgørende for succesfuld implementering (Jang et al., 2021). Det pointeres ligeledes, at de høje krav i kendskab til, og forståelse for målgruppen, gør at hyppige udskiftninger i personale kan være en barriere for, at forebyggende sundhedsindsatser bliver implementeret (Jang et al., 2021).

Heraf udledes, at det politiske landskab og fokus, både lokalpolitisk og nationalpolitisk, indvirker på, hvorvidt forebyggende sundhedsindsatser bliver udbudt til etniske minoriteter.

Med afsæt i Org-HLR frameworket (Trezona et al., 2017) er disse forhold placeret i **domæne 1**, som i høj grad er uden for de enkelte sundhedsudbydende organisationers rækkevidde at ændre på. Dertil viser der sig i Jang et al.'s (2021) studie fra Australien et billede af, at ledelsesmæssig støtte er altafgørende for, om der tilbydes faldforebyggende interventioner til kulturelt og sprogligt diverse grupper af ældre. Det kan formodes, med tanke på de krav til forebyggende interventioner, som viser sig i de øvrige temaer, fx. *arbejdsgange* og *kommunikation*, at dette vil gøre sig gældende for interventioner til etniske minoritetsgrupper generelt. I **domæne 2**, *ledelse og kultur*, angives, at en sundhedskompetent organisation bl.a. er drevet af at skabe lighed (Trezona et al., 2017). Her kan et fokus på at allokere ressourcer til forebyggelse til de målgrupper, hvor der er et behov, være lighedsskabende ved at sikre udbud af forebyggende sundhedsindsatser. I domæne 2 ligger desuden dét, at den sundhedsudbydende organisation kan påvirke kulturen, og motivationen hos personalet ved at have et værdisæt, der gør, at det anerkendes, når en ekstra indsats og ekspertise er nødvendig (Trezona et al., 2017). En systematisk tilgang gennem *systemer, processer og politikker* kan hjælpe til, at organisationens værdisæt om anerkendelse og lighed ekspliciteres og operationaliseres, og således kan også et fokus på **domæne 3** i Trezona et al.'s (2017) framework bidrage til at sikre udbud af forebyggende sundhedsindsatser til etniske minoriteter.

6.3.8 Tilgængelighed

Litteraturen viser, at tilgængeligheden af sundhedsindsatsen er en vigtig faktor for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Det viser sig bl.a. ved, at afstanden til den forebyggende sundhedsindsats kan udgøre en barriere (Fritz et al., 2016; Koehn et al., 2016; Cross-Bardell et al., 2015; Jang et al., 2021), fx som diabetespatienter af arabisk oprindelse, bosat i USA angiver i studiet af Fritz et al. (2016). I Cross-Bardell et al.'s (2015) studie angav sydasiatiske deltagere bosat i dårligt stillede boligområder i Storbritannien, at hvis deltagelse i den forebyggende sundhedsindsats er mulig fra eget hjem, nedbrydes nogle barrierer ved, at der ikke er rejsetid og -omkostninger. Også sydasiater i Canada angiver, at det er meget vigtigt for deres deltagelse, at interventionen er lokaliseret indenfor gåafstand fra deres hjem (Koehn et al., 2016), og programudbydere i Australien angiver, at de oplever, at geografiske afstande til den forebyggende sundhedsindsats er en barriere for ældre etniske minoriteter af forskellig baggrund (Jang et al., 2021). Det kan ud fra dette udledes, at

forebyggende sundhedsindsatser, der tillader deltagelse i lokalsamfundet, kan være gavnlige. Dette bekræftes af nøglepersoner i lokalsamfundet, som i studiet af Goff et al. (2021) angiver, at anvendelse af lokaler i Londons lokalområder med høj befolkning af sorte briter, caribiske og afrikanske minoriteter, kan facilitere højere deltagelse af denne målgruppe. Også udbydere af en kostintervention til kvinder med etnisk minoritetsbaggrund i Danmark angiver stor succes med afholdelse af interventionen i lokale boligområder (Pallesen et al., 2019) og deltagerne i en langvarig sundhedsfremmende intervention målrettet afroamerikanske kvinder bekræfter at den lokale placering er udslagsgivende for, at de deltager (Holt et al., 2018). Arabisktalende borgere i USA tilføjer nuancer ved at angive religiøse samlingssteder såsom moskeer som faciliterende lokaliteter, da det er steder, hvor målgruppen i forvejen er til stede, hvilket kan hjælpe både med tilgængeligheden og med rekrutteringen af deltagere (Bertran et al., 2017). Dog kan der være stor forskel på, hvorvidt der oprettes lokale sundhedstilbud, som det ifølge (Koehn et al., 2016) er tilfældet for sundhedsfremmende tilbud for ældre sydasiater i Canada. Her er det ofte lokalpolitiske beslutninger, der ligger til grund for den geografiske tilgængelighed (Koehn et al., 2016).

Når transport til interventioner er nødvendig, kommer mangel på erfaring med at tage offentlig transport til at udgøre en barriere, hvis ikke familie og venner kan hjælpe med transport (Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021). Dette er tilfældet i studiet af (Koehn et al., 2016), hvor de fleste af de ældre kvinder, der deltager i en af de undersøgte sundhedsfremmende interventioner, har brug for hjælp af personalet, hvis de skal transportere sig med bus. Det samme oplever programudbydere af faldforebyggelse i Australien, hvor der generelt for målgruppen er udfordringer med offentlig transport (Jang et al., 2021). I begge disse studier foreslår programudbydere, at det kan være faciliterende, hvis der arrangeres transport for deltagerne direkte til lokationerne (Koehn et al., 2016; Jang et al., 2021).

For unge, overvægtige, afroamerikanske kvinder kan det være en barriere for deltagelse i den bevægelsesfremmende intervention, at arbejdet og hverdagen er travl, selv når denne er internetbaseret og derfor kan leveres i eget hjem (Durant et al., 2014). Det samme ses ifølge Goff et al. (2021) blandt caribiske og afrikanske minoriteter bosat i Storbritannien, i studiets undersøgelse af en intervention målrettet type-2 diabetikere. En anden barriere for deltagelse hos denne målgruppe er desuden jævnlige og længerevarende rejser til hjemlandet (Goff et al.,

2021). Denne barriere kan imidlertid nedbrydes, hvis interventionen er fleksibel og det er muligt, at den undervisning deltagerne går glip af, kan tages på et andet tidspunkt, eller på et andet hold (Goff et al., 2021). Og for sydasiatiske borgere i England viste Cross-Bardell et al. (2015), at hvis interventionens aktiviteter kan passes ind i hverdagen, er gratis og let opnåeligt, såsom gåture til at øge fysisk aktivitet, øges tilgængeligheden.

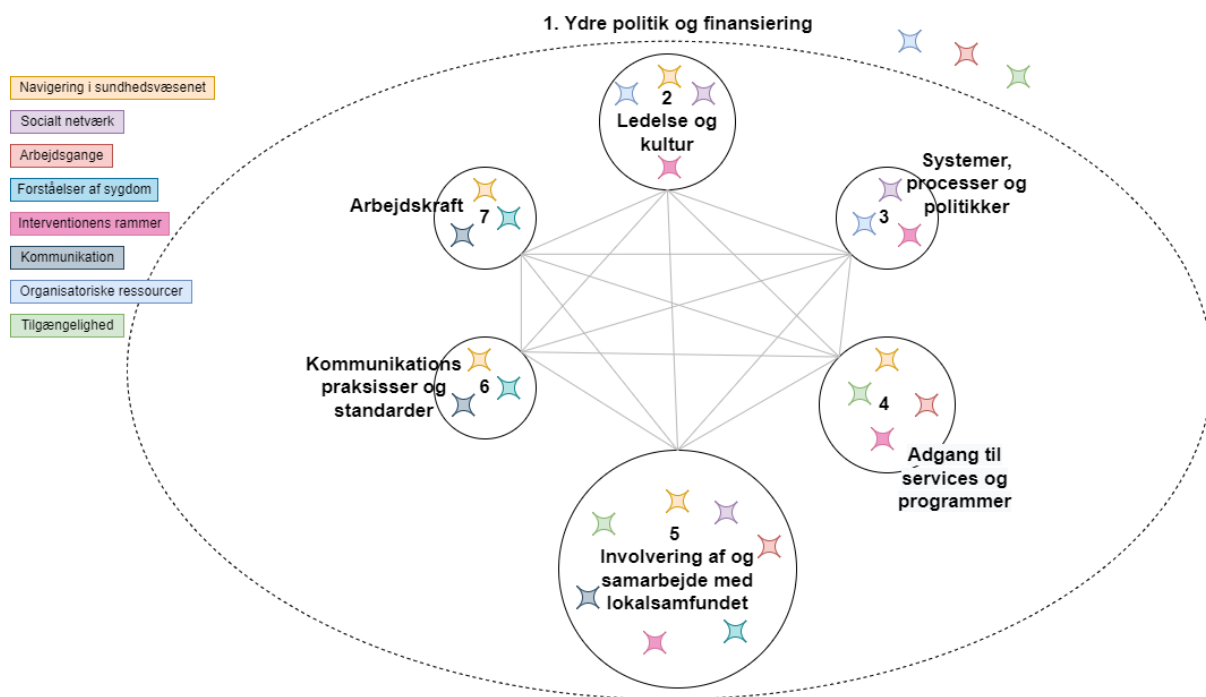
Det ses således på tværs af interventioner og målgrupper, at geografisk og tidsmæssig tilgængelighed er vigtig for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Når ovenstående syntese holdes op imod Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017) fremgår disse forhold i **domæne 4**, hvor *adgang til services og programmer* er i fokus, og hvor det netop er bør prioriteres, at de forebyggende interventioner er tilgængelige for alle, herunder fysisk, geografisk og finansielt. Dette kan helt eller delvis være afhængigt af *ekstern politik og finansiering*, idet **1. domæne**, i særlig grad hvis sundhedssystemet er finansieret af og underlagt politisk styre. I det tilfælde kan politiske beslutninger medvirke til at sætte begrænsninger for organisationens handlekraft ift. at øge tilgængeligheden og dermed udgøre en barriere. Eller være faciliterende ved brug af fx. kvoter eller belønning ved højere grad af inkluderende interventioner, så nogle midler er bundet op på at højne deltagelsen af etniske minoriteter i forebyggende tiltag. Det synes desuden essentielt at navigere i **domæne 5**, hvor det handler om *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*. Ved at engagere lokale interessenter i forebyggende sundhedsindsatser fx gennem samskabelse, kan der sikres en fælles ejerskabsfølelse, samt være potentiale for at få adgang til lokalcentre, aktivitetscentre eller andre faciliteter, som er tæt på målgruppen og som kan anvendes til levering af den forebyggende sundhedsindsats.

6.4 Opsamling på analysen

Det fremstår tydeligt af litteraturen, at der eksisterer en række barrierer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Det ses tillige, at der eksisterer identificerede facilitatorer og strategier til nedbrud af barrierer, som kan have potentiale til at medvirke til en forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Både barrierer og facilitatorer er påvirket af den kompleksitet, der relaterer sig til, at etniske minoriteter er en heterogen gruppe præget af stor diversitet ift. behov og præferencer. Dog fremtræder der

mønstre, som gør sig gældende for det at være minoritetsgruppe med kulturel og sproglig diversitet, og som udspringer af, at forskellige etniske minoritetsgrupper har det til fælles, at kultur og sprog adskiller sig fra majoritetsbefolkningen i det land, de er bosat i. I opsamlingen på analysen er formålet at besvare anden del af specialets forskningsspørgsmål; *hvorledes kan disse (barrierer og facilitatorer) imødekommes ved brug af organisatorisk sundhedskompetence mhp. forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser?* Fokus vil således herefter være på opsamling af de fremanalyserede strategier, organisationer må have for øje, hvis de har et mål om at imødekomme etniske minoriteter, og fremme deres deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

Herunder præsenteres et framework, der med udgangspunkt i Org-HLR af Trezona et al. (2017) illustrerer, hvilke domæner, der bør være fokus på i organisationer med et mål om at forbedre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser (figur 5). De seks domæner i midten er omkranset af en stiplede linje, som signalerer forhold, der ligger uden for organisationens direkte kontrol, således at de stjerner der er uden for den stiplede linje tilhører 1. domæne. Linjerne mellem domænerne illustrerer, at intet enkelt domæne kan stå alene, men at disse indbyrdes har indvirkning på hinanden (Trezona et al., 2017). Til venstre i figuren fremstilles de temaer, der fremkommer på tværs af den inkluderede litteratur, og disse er farvekodet med stjerner, der viser, hvilke domæner, der bør arbejdes med i relation til det enkelte tema. Størrelsen på de enkelte domæner i organisationen signalerer, hvor mange forskellige temaer de indeholder, således at størrelsen på fx 5. domæne viser, at der her er særlig stort behov for fokus mhp. at ændre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Efter figuren følger en kort narrativ opsamling på de enkelte domæner.



Figur 5: Framework over temaernes relation til domænerne, med udgangspunkt i visuel fremstilling af Org-HLR af Trezona et al. (2017)

6.4.1 Ydre politik og finansiering

Domæne 1, som relaterer sig til *ydre politik og finansiering*, har unægtelig en indvirkning på, hvordan sundhedsorganisationer arbejder. Uanset om organisationerne er direkte underlagt politisk styre, eller indirekte ved, at de navigerer i gældende lovgivning, er der eksterne forhold, der vil være styrende for organisationen. I de fremanalyserede barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, er det tydeligt, at ydre politiske beslutninger kan være styrende for *arbejdsstyrke*, fx hvilke faggrupper eller organisationer, der har ansvaret for at lave henvisninger til forebyggende tiltag. Derudover er politiske beslutninger, både nationalt og lokalt, grundlag for, hvorvidt forebyggelse prioriteres og om der prioriteres at have fokus på forebyggelse til etniske minoriteter gennem krav og finansiering. Disse beslutninger har en direkte indvirkning på de *organisatoriske ressourcer*, der allokeres til forebyggelse hos denne målgruppe og i forlængelse heraf, hvordan *tilgængeligheden* til forebyggende sundhedsindsatser er for etniske minoriteter.

6.4.2 Ledelse og kultur

I analysen viser det sig, at domænet *ledelse og kultur* kan være et udgangspunkt til bedring af etniske minoriteters *navigering i sundhedsvæsenet*, herunder gennem en prioritering af, at de sproglige udfordringer til dels imødekommes ved, at organisationer sikrer, at deres skriftlige materiale og hjemmesider er oversat til flere sprog. Derudover sikring af, at det personale etniske minoriteter møder i sundhedsvæsenet, har kendskab til målgruppen, og er uddannet til at varetage de behov målgruppen har. En måde at forbedre mødet mellem etniske minoriteter og sundhedspersonale kan være at behovet for støtte fra *socialt netværk* imødekommes, herunder at det i udvikling af forebyggende sundhedsindsatser sikres, at *interventionens rammer* tillader, at familie eller andre pårørende deltager i forebyggende sundhedsindsatser. Således kan etniske minoriteter opnå den nødvendige støtte, bl.a. gennem distribueret sundhedskompetence, hvor ikke kun individet, men også det omkringliggende netværks sundhedskompetence øges. For at facilitere disse forhold er det til dels nødvendigt med en kultur, hvor ledelsesmæssig støtte gør det muligt, at personalet opnår ekspertise om målgruppen, og motiveres til at gøre den indsats, der er nødvendig for at imødekomme etniske minoriteter. Dertil er det essentielt, at der allokeres de nødvendige *organisatoriske ressourcer*, for på den måde at skabe mere lighed for etniske minoriteters mulighed for deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser.

6.4.3 Systemer, processer og praksisser

Som fremanalyseret må organisationerne ligeledes sikre sig, gennem *systemer, processer, og politikker*, at der er kvalificerede procedurer for at indsamle data om målgruppens behov. Dette gør sig gældende, fx i relation til *socialt netværk*, så deltagelse ikke konflikter med individets forpligtelser over for familie, som for etniske minoriteter kan bunde i forventninger, der adskiller sig fra majoritetsbefolkningens sædvaner for familiære relationer. Dette kan til dels imødekommes ved, at der gennem en systematisk tilgang til identificering af målgruppens behov, kan tages hensyn til disse i *interventionens rammer*. Dette stiller dog store krav til *organisatoriske ressourcer*, i og med at indfrielse af behov hos en heterogen gruppe kræver, at der i høj grad prioriteres ressourcer til de forskelligartede elementer, som interventionerne må bestå af for hver enkelt målgruppe. Om det er muligt for en organisation at imødekomme de

forskellige målgrupper, der er blandt etniske minoriteter er usikkert, grundet det store ressourcekrav, dog kan et fokus i samme domæne sikre, at organisationen, gennem procedurer, eksplicit har et fokus på lighed, så det kommer til udtryk i den måde, der handles i hele organisationen.

6.4.4 Adgang til services og programmer

Det er fremanalyseret, at *adgang til services og programmer* har betydning for, hvorvidt organisationen sikrer, at der er klare rammer for henvisning og tilmelding til den konkrete sundhedsindsats. I relation hertil er det fremanalyseret, at opsøgende arbejde kan bidrage til, at sundhedsvæsenet opleves mindre kompleks for etniske minoriteter, hvorved deres *navigering i sundhedsvæsenet* bliver lettere. Adgangen til sundhedsvæsenet, herunder tilmeldingsprocessen til de forebyggende indsatser, bliver lettere og mere gennemskuelig for den enkelte, hvis rekrutteringen foregår gennem opsøgende arbejde. Desuden bør organisationen prioritere, at *interventionens rammer* er uformel, lokal og indbydende, samt at *tilgængeligheden* er geografisk og tidsmæssigt passende for målgruppen.

6.4.5 Involvering af og samarbejde med lokalsamfundet

Det er fremanalyseret, at *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet* kan bidrage til, at organisationen får kendskab til målgruppen, og udvikler en dybere forståelse for målgruppens sundhedsadfærd og behov, hvilket gør organisationen bedre i stand til at reducere barrierer og identificere facilitatorer. Samtidig kan involvering af og samarbejde med lokalsamfundet også bidrage til at udbrede kendskabet om organisationen og de forebyggende sundhedsindsatser til eksterne samarbejdspartnere på tværs af sektorer. Ligeledes kan *samskabelsesprocesser* i fællesskab med lokalsamfund og relevante interessenter bidrage til øget deltagelse blandt etniske minoriteter, idet der udvikles interventioner, som er acceptable og mere logistisk tilgængelige for målgruppen samtidig med, at processen medvirker til en fælles ejerskabsfølelse. Imidlertid kan samskabelsesprocesser også have potentiale til at bidrage til en strategi til forbedring af henvisningsprocedurer, hvis det sker i fællesskab med eksterne samarbejdspartnere på tværs af sektorer, hvormed samskabelse bidrager til etniske minoriteters *navigering i sundhedsvæsenet*. Derudover fremanalyseres det, at der *kan* være afstigmatiserende effekter af ovennævnte strategier, hvilket vil have betydning for *forståelser*

af sygdomme både i samfund, *socialt netværk* og hos individet. Imidlertid er dette ikke ekspliciteret i frameworket og vil derfor kræve yderligere udforskning.

6.4.6 Kommunikationspraksisser og standarder

Kommunikationspraksisser og standarder er jf. analysen essentiel ift. etniske minoriteters *navigering i sundhedsvæsenet*, da sproget er en væsentlig barriere for mange. Derfor er *kommunikationen* et vigtigt, men komplekst, opmærksomhedspunkt. Organisationer, som ønsker at imødekomme etniske minoriteter i de forebyggende sundhedsindsatser, står overfor en vanskelig opgave med at sikre, at både mundtlig og skriftlig information ikke kun er tilgængeligt på rette sprog, men også er inkluderende, kulturelt tilpasset og respektfuld. Desuden bør organisationer udarbejde strategier for at levere sundhedsoplysning og sundhedsfremmende initiativer, da dette kan bidrage til øget viden om kroniske sygdomme, og derved nedbryde barrierer relateret til *forståelser af sygdomme*.

6.4.7 Arbejdskraft

Som det er fremanalyseret, har *arbejdskraft* indvirkning på etniske minoriteters *navigering i sundhedsvæsenet*, hvor et kompetent og kvalificeret personale, som indbyder til tillid, kan facilitere til deltagelse i sundhedsindsatser. Ift. at reducere barrierer relateret til *forståelser af sygdomme*, synes det af afgørende betydning, at medarbejderne er ydmyge, nysgerrige og anerkendende overfor de etniske minoritetsgruppers kultur. Dertil kan et vist kendskab til målgruppens sprog og kultur være fordelagtig for at bevare en god *kommunikation*.

7 Diskussion af metode

I det følgende vil specialets metodologiske tilgang i det kvalitative review blive kritisk diskuteret. Diskussionen har til formål at vurdere styrker og svagheder ved de metodiske valg i specialet på baggrund af en række kvalitetskriterier for kvalitative studier, herunder stringens, transparens, troværdighed, refleksivitet, resonans og overførbarhed (Tracy, 2010).

7.1 Stringens og transparens

En klar styrke ved dette speciale er, at alle metodologiske beslutninger er baseret på konsensus mellem to forskere. Det forstærker specialets stringens, at der løbende er foretaget diskussioner bl.a. i forhold til, hvilke studiedesign, der skal inkluderes, beslutninger under screeningen, kvalitetsvurderingen og i analysen. Imidlertid er selve screeningen af litteraturen udført af forskerne hver for sig, og på trods af, at in- og eksklusionskriterier er velbeskrevne, vil der være afvigelser. Denne svaghed kunne være mindsket, hvis der var blevet udført kontrol i enkelte databaser eller at begge forskere havde screenet resultaterne i alle databaser for derefter at sammenholde resultaterne.

Derudover er afrapporteringen guidet af de 21 punkter i tjeklisten ENTREQ, som er udviklet til afrapportering af kvalitative synteser (Tong et al., 2012). ENTREQ tjeklisten fremgår af bilag 1. Ved gennemgang af tjeklisten opfylder specialet alle punkter, hvilket vurderes i høj grad at styrke studiets transparens, men også at bidrage til studiets stringens. Desuden indgår et PRISMA-inspireret flowchart over søgeprocessen, hvilket stemmer overens med anbefalinger fra Booth et al. (2022) om, at ENTREQ tjeklisten bl.a. bør suppleres med PRISMA for at kunne medføre fyldestgørende afrapportering.

7.2 Troværdighed

En udfordring ved at udarbejde et review over kvalitativ litteratur er, ifølge Booth et al., (2022), at kvalitativ forskning kan være vanskelig at finde. Dette hænger bl.a. sammen med, at kvalitativ forskning dækker over en bred vifte af forskellige metoder og tilgange, hvorfor det kan være svært at gennemskue om det reelt er kvalitativ forskning, der ligger bag beskrivelsen (Frandsen et al., 2017). Desuden ses en tendens blandt den kvalitative litteratur til, at både titel og resume er non-informative ift. metoden og at indexeringen er ringe samtidig med, at databaserne indeholder enorme mængder kvantitative data (Booth et al., 2022). Disse faktorer kan have udfordret søge- og screeningsprocessen, bl.a. ved at give mange irrelevante hits. En væsentlig mangel er desuden, at der ikke er anvendt en specifik strategi for, hvornår søgningen er udtømmende. Dette medfører en svaghed for specialets samlede troværdighed, da der er risiko for, at det ikke, som et litteraturstudie skal, opfylder kriteriet for at have søgt i al eksisterende kvalitativ litteratur om problemfeltet. Imidlertid er søgningen foretaget i seks

forskellige databaser, hvilket er positivt for kvaliteten af søgningen, da kvalitativ forskning, ifølge Frandsen et al. (2017), ofte er spredt i en lang række tidsskrifter og fagområder.

For det andet er strategier for fremsøgning af kvalitativ forskning ikke i nærheden af at være så veludviklede som dem til fremsøgning af kvantitativ forskning (Booth et al., 2022), hvilket sammenholdt med vores manglende ekspertise i at lokalisere kvalitative studier, udgør en svaghed for udarbejdelsen af søgestrategien. Til fremsøgning af kvantitativ forskning anvendes PICO-strukturen, mens varianter heraf anbefales til kvalitative synteser. I dette studie blev varianten PICo anvendt, hvor der i stedet for C = *comparison* og O = *outcome* søges på Co = *context*. Imidlertid afgrænser denne struktur hverken på studiedesign eller forskningstype, og det er derfor muligt, at en alternativ struktur kunne have genereret en bedre søgestrategi og i sidste ende resulteret i en mere udtømmende søgning af problemfeltet. Både Frandsen et al. (2017) og Booth et al. (2022) foreslår SPIDER-modellen, som er akronym for: *sample, phenomenon of interest, design, evaluation* og *research type*, og passer til fremsøgning af både kvalitative og mixed method studier.

Et væsentligt inklusionskriterium i søgestrategien var, at studierne skulle omhandle etniske minoriteter og overholdelsen af dette er naturligvis af stor betydning for specialets troværdighed. Imidlertid var ét af de inkluderede studiers sample blandet af hhv. ældre personer, som ikke var af etnisk minoritetsbaggrund og personer af etnisk minoritetsbaggrund, med en samlet analyse, der førte til resultaterne. Det er vores vurdering, at dette ikke har haft en betydning for vores resultater, idet det i artiklen var defineret, hvilke barrierer og facilitatorer, der relaterede sig til enten ældre, etniske minoriteter eller begge målgrupper. Det krævede dog, at vi skulle holde tungen lige i munden under kodningen.

Det kvalitative review er en tidskrævende affære, da både litteratursøgningen (Frandsen et al., 2017) og den efterfølgende framework analyse (Gale et al., 2013) tager tid, hvis de skal leve op til kriterierne for god forskningspraksis. Analysen stiller også høje krav til forskernes kompetencer, og ofte vil det kræve intensiv oplæring at mestre frameworkanalysen og blive i stand til at tolke betydningen af data (Gale et al., 2013). Disse faktorer udgør en svaghed for specialets troværdighed, idet der er tale om et studenterprojekt med en begrænset tidsramme, hvor forskerne ikke er trænet i metoden.

Som beskrevet i metoden er der anvendt frasesøgning i alle databaser. I søgningen i Cinahls database opdagede vi imidlertid, at frasesøgning ikke blev anvendt som i de andre databaser. Dette resulterede i, at søgetermer, som bestod af flere ord, fx “ethnic minorities” blev søgt som to separate ord, hvilket medførte en del støj og et ekstra opmærksomhedspunkt i screeningen. Derudover var der flere af de valgte synonymmer for vores interessefænomen: *deltagelse*, som også medførte støj i søgningen. Ofte fordi synonymet havde flere betydninger, fx *inklusion*, som vi oplevede, blev brugt i artiklerne som inklusionskriterier ift. litteratur eller inklusion af informanter. Det samme oplevede vi med synonymet *participat**, der gav hits, relateret til participatory research eller trial participation. Det vurderes, at brugen af disse synonymmer ikke har haft negativ betydning for specialets kvalitet, og altså kun tidsmæssige konsekvenser.

Viden er, ifølge Buch-Hansen & Nielsen (2012) et produkt af den sociale kontekst, den er skabt i. Det betyder i dette speciale, at de enkelte barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser er afhængige af den kontekst, de opstår i. Dog er data fra én kontekst ekstraheret og syntetiseret med data, frembragt i en anden kontekst, hvilket vurderes som en svaghed ved studiet, idet konteksten kan risikere at stå i baggrunden eller helt forsvinde i syntesen. Dette er forsøgt imødekommet ved, at der i løbet af databearbejdningen og analysen har været en konstant opmærksomhed på, hvilket studie, og dermed kontekst, data kommer fra, så det sikres, at syntesen er tro mod data.

7.3 Refleksivitet

Et kvalitativt review vil, ifølge Booth et al. (2022) altid reflektere forskernes egne perspektiver og holdninger og dermed ikke bære på objektiv, neutral viden. Forskerne bag dette speciale har begge en baggrund som fysioterapeut med forskelligt kendskab til målgruppen. Én med bredt fagligt kendskab til etniske minoriteter i forebyggelse og behandling, og én med specialiseret erfaring med rehabilitering og behandling af traumatiserede flygtninge. Dette kendskab er farvet af, at målgruppens virkelighed på mange måder adskiller sig fra forskernes, ikke mindst pga. uddannelse og kulturelle baggrund. I screeningen af den kvalitative litteratur, vil studierne derfor på forskellig vis resonere i os ud fra den baggrund og det kendskab, forskerne har til målgruppen i forvejen. Imidlertid kan subjektiviteten have påvirket udvælgelsen af litteratur,

idet studierne resonerer forskelligt i forskerne. Ligesom nogle fund kan synes at veje tungere end andre. For at mindske risikoen for subjektivitet i de forskellige faser i reviewet, er løbende diskussion og sparring prioriteret højt, omend der fortsat vil være risiko for, at den opnåede konsensus er farvet. Det kunne have styrket troværdigheden, hvis forskerne løbende havde konfereret med personer tilhørende målgruppen fx i forhold til tolkningen af resultaterne (Booth et al., 2022).

7.4 Overførbare og resonans

Hvor der i kvantitativ forskning anvendes ord som statistisk generaliserbarhed og ekstern validitet, tales der i stedet om overførbare og resonans i kvalitativ forskning. Resonans refererer til forskningens evne til at vække genklang og identifikation hos læseren, og er dermed tæt forbundet med overførbare, da det vedrører studiets potentiale til at skabe værdi på tværs af kontekster og situationer (Tracy, 2010). På den ene side kan de fyldige beskrivelser i de narrative analyser af de forskellige kontekster, samt oplevelser af barrierer og facilitatorer hos programudbydere, sundhedsprofessionelle og diverse etniske minoritetsgrupper bidrage til, at læseren sidder tilbage med en efterklang hos sig selv, som bevidst eller ubevidst kan invitere til forandring fx af klinisk praksis.

På den anden side er Org-HLR frameworket udviklet i samarbejde med sundhedsprofessionelle, som arbejder i Victoria, Australien (Trezona et al., 2017). Derfor kan der være risiko for, at frameworket er udviklet på baggrund af erfaringer og perspektiver, som ikke stemmer overens med virkeligheden uden for denne region. Og at frameworket dermed ikke er kompatibelt med sundhedsorganisationer, der er anderledes end det australske. Brugen af frameworket udgør dermed en risiko for overførbare i dette speciale, da den inkluderede litteratur er udvalgt efter at være kompatibelt med dansk kontekst, men som ud over et enkelt dansk studie, stammer fra både Canada, USA, Storbritannien, Holland og Australien. Selvom det australske og danske sundhedsvæsen i store linjer er sammenligneligt, er det sandsynligt, at frameworket vil have forskellig indvirkning på tværs af de organisationer, som varetager den forebyggende indsats i Danmark. Et australsk studie fra 2020 konkluderer tilmed, at selv indenfor det australske sundhedsvæsen vil der være brug for at teste frameworkets anvendelighed i forskellige regioner (Laing et al., 2020), hvorfor frameworkets anvendelighed

også må forventes at variere fra kommune til kommune i Danmark. Frameworket er allerede afprøvet indenfor sekundær hjerterehabilitering i Randers Kommune (Aaby et al., 2020a), dog ikke med specifikt fokus på etniske minoriteter, som i dette speciale. Aaby et al (2020a) anbefaler, at frameworket oversættes, valideres og tilpasses organisationens kultur. Ovenstående svagheder relateret til studiets overførbarhed har indflydelse på forandringspotentialet ift. etniske minoriteters deltagelse i dansk forebyggelse, om end der er potentiale for at vække resonans hos læseren, hvilket kan foranledige, at dele af resultaterne kan skabe værdi i anden kontekst.

Org-HLR frameworket er udarbejdet for at kunne guide organisationer til at imødekomme diversiteten i sundhedskompetence blandt den befolkning, de servicerer. Og dermed på tværs af befolkningens kulturelle, sproglige og sociale baggrund, eller kognitive formåen (Trezona et al., 2017). Frameworket er således ikke rettet specifikt mod etniske minoriteter, og der kan på den ene side være elementer i frameworket, som vil være for overordnede eller helt irrelevante i forhold til at respondere på de barrierer, der relaterer sig til etniske minoriteter, hvilket må anses som en svaghed ved specialet. På den anden side er det en styrke, at etniske minoriteter, som nævnt, er en særdeles heterogen gruppe, og dermed en population præget af stor diversitet - præcis som frameworket er tiltænkt at omfavne. En alternativ teoretisk ramme for organisatorisk sundhedskompetence kunne have været det nævnte *Vienna Concept of Health-Literate Hospitals and Healthcare Organisations* (V-OHL), som er udarbejdet i Østrig, og ligesom Org-HLR tager udgangspunkt i det amerikanske institut for medicin's liste over "Ten Attributes of Health Literate Organizations" (Farmanova et al. 2018). V-OHL er afprøvet i forskellige organisationer til forskellige målgrupper, også uden for sundhedsvæsenet (Wieczorek, 2017). V-OHL er primært et redskab til selvrapportering, som guider organisationen til en større bevidsthed om "huller" i den organisatoriske sundhedskompetence og identificerer dermed, hvor sundhedsorganisationens kompleksitet kan reduceres (Henrard et al., 2021; Dietscher & Pelikan, 2016). Dermed kan det ses, at hvor Org-HLR af Trezona et al (2017) i høj grad skuer ud ad på målgruppens behov, skuer V-OHL af Dietscher og Pelikan (2016) primært ind ad. Begge med formål om at bedre organisationens sundhedskompetence. Det kan således tyde på, at brugen af V-OHL i dette speciale på den ene side kunne have understøttet en belysning af dybereliggende mekanismer i den organisatoriske kontekst, men

på den anden side ikke nødvendigvis ville kunne bidrage med indsigt i den omkringliggende kontekst gældende specifikt for etniske minoriteter.

8 Diskussion af resultater

Hempler et al. (2020) kommer med anbefalinger til, hvordan der opnås etnisk lighed i sundhed, og efterspørger herunder, at der forskes i etniske minoriteters adgang til sundhedsvæsenets tilbud. Dette speciale bidrager hertil med et svar på, hvilke barrierer og facilitatorer, der ligger til grund for, at etniske minoriteter kan have udfordret adgang til de forebyggende tilbud i sundhedsvæsenet. Af litteraturen udsprang der otte temaer, der relaterer sig til etniske minoriteters deltagelse i forebyggelse; navigering i sundhedsvæsenet, socialt netværk, forståelser af sygdom, interventionens rammer, kommunikation, tilgængelighed, organisationens ressourcer og arbejdsgange. Analysen finder, at Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017) kan være behjælpelig med at guide organisationer, der udbyder forebyggende sundhedsindsatser til at imødekomme de barrierer og facilitatorer, der har indvirkning på etniske minoriteters adgang til forebyggelse, således at de i højere grad deltager heri. Dette ved at fokusere på seks domæner, der repræsenterer forskellige lag og arbejdsgange i den enkelte sundhedsorganisation, samt på et syvende domæne, der illustrerer, at der er ydre forhold, som finansiering og politik, som indvirker på de resterende domæner. Resultaterne leder til en diskussion af, hvorvidt det, at organisationens brug af frameworket kan imødekomme de identificerede barrierer og facilitatorer, har potentiale til at forandre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Først diskuteres det med et fokus på faktorer, der omkranser målgruppen, dernæst faktorer, der eksisterer internt i organisationen, og til sidst diskuteres, hvilke udefrakommende forhold, der har en indvirkning på, hvorvidt sundhedsorganisationer i Danmark kan opnå de anbefalinger, der er præsenteret i dette speciale.

8.1 Etniske minoriteters tillid til sundhedsvæsenet

På tværs af studierne i det kvalitative review fremkommer der emotionelle barrierer og facilitatorer, som relaterer sig til begrebet tillid. Tillid indgår ikke i Org-HLR frameworket,

som skal guide organisationer til at imødekomme målgruppens diversitet. Specialets resultater viser, at tillid er en væsentlig facilitator for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser (Lovell et al., 2014; Bukman et al., 2016; Mitchell-Brown et al., 2017; Holt et al., 2018), og at manglende tillid omvendt kan være en barriere for deltagelse (Bukman et al., 2016; Joachim-Célestin et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017; Goff et al., 2021; Montesanti et al., 2017). Tillid vedrører positive forventninger og kan kategoriseres i tre typer; specifik, social og institutionel (Svendsen & Svendsen, 2016). Af studierne fremgår det, at relationen til den praktiserende læge kan være afgørende for, hvorvidt den foreslåede forebyggende indsats accepteres eller ej (Bukman et al., 2016; Lovell et al., 2014; Joachim-Célestin et al., 2020; Mitchell-Brown et al., 2017), hvorfor fænomenet først og fremmest relaterer sig til begreberne specifik tillid eller social tillid, som ifølge Svendsen & Svendsen (2016) handler om at have tillid til en person, man enten kender i forvejen, eller ikke før har mødt. Mens flere af studierne finder, at tillid relaterer sig til det bagvedliggende sundhedsvæsen, som udbyder den pågældende indsats (Bukman et al., 2016; Holt et al., 2018; Goff et al., 2021; Montesanti et al., 2017), hvilket ifølge Svendsen & Svendsen (2016) handler om, hvorvidt befolkningen har tillid til institutioner, også kaldet institutionel tillid. Det kan tænkes, at praktiserende læger i deres rolle som *gatekeepers* for adgang til sundhedsvæsenet anses som repræsentanter for sundhedsvæsenet, hvorfor der i højere grad er tale om institutionel tillid snarere end specifik og social tillid. Idet dette speciale omhandler, hvordan organisationer kan imødekomme diversiteten i etniske minoriteters sundhedskompetence, vil følgende afsnit diskutere sammenhængen mellem tillid og sundhedskompetence, samt organisationers roller heri.

I Trezona et al.'s (2017) framework er begrebet tillid ikke nævnt eksplicit, alligevel er det fremanalyseret i dette speciale, at flere domæner kan guide til, at organisationen kan indynde til tillid blandt individer, familier og lokalsamfund. Dette bl.a. ved at sikre uformelle rammer, opsøgende arbejde, og personale, som er kvalificeret til at arbejde med målgruppen. Organisationen kan fx benytte sig af uformelle og ikke-kliniske omgivelser, idet Goff et al. (2021) finder, at det gør det lettere for etniske minoriteter i Storbritannien at overkomme manglende tillid til sundhedsvæsenet. Imidlertid kan der være en hårfin balance mellem, hvornår fx det opsøgende arbejde er tillidsvækkende, og hvornår det kan ende i et tillidsbrud. Litteraturen viser, at det opsøgende personale kan facilitere til deltagelse, hvis de taler

målgruppens sprog (Kunz et al., 2017; Hartmann et al., 2013; Koehn et al., 2016; Rheault et al., 2021), hvilket kan hænge sammen med, at etniske minoritetsgrupper har mere tillid til personer, som de deler kulturel baggrund med (Joachim-Célestin et al., 2020). Men samtidig kan opsøgende arbejde udgøre en barriere, hvis individet oplever, at der gives fejlinformationer, fx hvis medarbejdere, der udfører det opsøgende arbejde på trods af at være matchet sprogligt eller kulturelt, ikke er fagligt kvalificerede (Hartmann et al., 2013). Med udgangspunkt i beskrivelsen af tillid kan sidstnævnte hænge sammen med, at tilliden til organisationen svækkes, idet virkeligheden ikke lever op til de positive forventninger, individet har gjort sig.

8.1.1 Lav tillid til sundhedsvæsenet hænger sammen med lav sundhedskompetence

Flere studier beskriver, at tillid til sundhedsvæsenet er fundamentalt for et velfungerende sundhedsvæsen (Rădoi & Lupu, 2017; Gille et al., 2015). En tendens der også ses i Danmark, hvor borgerne mener, at tillid er altafgørende i deres møde med sundhedsvæsenet (Rimdal et al. 2015). Det bør imidlertid anerkendes, at tilliden til sundhedsvæsenet hos mange etniske minoriteter er under indflydelse af kontekstuelle betingelser, som adskiller sig fra majoritetsbefolkningen. Tilliden kan bl.a. være farvet af tidligere oplevelser, som i det inkluderede studie af Montesanti et al. (2017), hvor etniske minoriteter i Canada beskriver, at mistillid og skepsis overfor det canadiske sundhedsvæsen skyldes dårlige oplevelser med systemer i oprindelseslandet. Og hvis man skal tro på resultaterne af et nyere systematisk review, kan mistilliden være velbegrundet. Forskerne konkluderer, at etniske minoriteter i højere grad end majoritetsbefolkningen oplever brud på patientsikkerheden, herunder utilsigtede hændelser (Chauhan et al., 2020), hvilket helt forståeligt hindrer den positive forventning, som tillid er. Ifølge Chauhan et al. (2020) er sproglige misforståelser, brug af ikke-kvalificerede tolke og fejlinformationer blot nogle af de vilkår, som oftest leder til brud på patientsikkerheden. Det betyder, at nogle af de fremanalyserede strategier, som der guides til gennem brugen af Org-HLR med henblik på at opnå målgruppens tillid, fx sprogligt kompatibelt personale og brug af peer-medarbejdere skal gøres med stor omhu, idet strategierne potentielt kan medføre utilsigtede hændelser. Hvoraf en negativ utilsigtet

konsekvens kan være, at den institutionelle mistillid vedligeholdes. Etniske minoriteters tillid til sundhedsvæsenet er således kompleks.

Forskning viser endda, at der er sammenhæng mellem sundhedskompetence og tillid, hvor lavere sundhedskompetence kan være associeret med mindre tillid til læger og det offentlige sundhedsvæsen (Bertram et al., 2021). Det betyder, at organisationer både skal kunne respondere på lav sundhedskompetence og på mistillid, hvis de vil øge etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. En sundhedskompetent organisation kan således også siges at være en tillidsfuld organisation. Som det ses i ovenstående, er der på den ene side en række meningsfulde tiltag organisationen kan gøre for at imødekomme den institutionelle mistillid hos etniske minoriteter, men på den anden side gør kompleksiteten i etniske minoriteters tillid til sundhedsvæsenet, at denne indsats langt fra kan stå alene.

8.2 Forebyggelse til etniske minoriteter er ressourcekrævende

Af specialets resultater fremkommer det, at det er ressourcekrævende for sundhedsudbydere at imødekomme de barrierer, der eksisterer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Ressourcebehovet kommer til udtryk både direkte og indirekte. I Jang et al., (2021) konkluderes det, at forebyggelse til etniske minoriteter kræver en indsats, der rækker ud over det sædvanlige, både af medarbejdere og udbydende organisationer, hvilket gør sig gældende både for udvikling, implementering og udførelse, hvis forebyggende sundhedsindsatser skal omfavne etniske minoriteter. Flere af de øvrige studier taler ind i en lignende ekstraordinær indsats, herunder gennem behov for udvikling af målrettet materiale (Fritz et al., 2016; Jang et al., 2021; Cross-Bardell et al., 2015; Mitchell-Brown et al., 2017), uddannelse af personale, samt en høj grad af fleksibilitet i forebyggende sundhedstiltag (Jang et al., 2021; Bertran et al., 2017; Goff et al., 2021). Det vil være ressourcekrævende, hvis alle de fremanalyserede forhold skal imødekommes, og det kan tænkes, at der kan opnås markant færre velindrettede forebyggelsesindsatser til etniske minoriteter for de samme ressourcer, som der kan opnås for en majoritetsbefolkning, hvor der ikke skal nedbrydes de samme barrierer. Sundhedsorganisationer får tildelt ressourcer til forebyggelse og behandling i én samlet pose (Møller Pedersen, 2017), hvorefter det er op til den enkelte organisation at fordele ressourcerne. I Europa er det under 3% af sundhedsbudgetterne, der bruges på forebyggelse (EU, 2017),

hvilket kan afspejle, at posterne til forebyggelse nedprioriteres og dermed kan anses som de mest sårbare poster i organisationernes sundhedsbudget. Dette er i tråd med, at Cross-Bardell et al. (2015) finder, at det i Storbritannien er sådan, at behandling af eksisterende sygdomme prioriteres over forebyggelse. Det kræver således en aktiv beslutning i den enkelte sundhedsorganisation om, at forebyggelse skal prioriteres, og dertil yderligere en prioritering af, at de forebyggende indsatser også skal omfavne etniske minoriteter. Yderligere kan det antages, at selvom forebyggelse prioriteres i organisationerne, er der fortsat risiko for, at de særlige barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse ikke identificeres. I overensstemmelse med definitionen af organisatorisk sundhedskompetence kræver forandringen en proaktiv handling. Barriererne og facilitatorerne imødekommes ikke af sig selv, i særdeleshed ikke, hvis de er uden for organisationens bevidsthed.

Såfremt denne prioritering systematisk falder ud til majoritetsbefolkningens fordel, opstår der etnisk ulighed, også kaldet strukturel racisme (Jones, 1997). Et af de inkluderede studier finder, at sydasiater i Canada ikke opsøger sundhedsvæsenet uden støtte, af frygt for at opleve racisme (Koehn et al., 2016). Og ifølge en undersøgelse lavet blandt etniske minoriteter i Region Hovedstaden oplever 13% af patienter med etnisk minoritetsbaggrund at blive diskrimineret i det danske sundhedsvæsen (Frees Esholdt & Fuglsang, 2009). Hvorvidt dette strukturelle problem kan imødekommes med uddannelse af personale alene, er tvivlsomt. Ifølge James M. Jones (1997) gælder det, at uanset om de individer, der varetager en institutions praksis, har racistiske intentioner eller ej, så er institutionen racistisk, hvis der eksisterer ulighed mellem etniske minoriteter og den etniske majoritet, som kan tilskrives institutionens love, normer og praksisser. I tråd med det, er det fremanalyseret i nærværende speciale, at organisationer gennem et fokus på domænet *systemer, processer og praksisser* i Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017), kan skabe et fokus i organisationen på at skabe lighed mellem etniciteter. Og gennem *ledelse og kultur* aktivt kan tilvælge en prioritering af, at der afsættes ressourcer specifikt målrettet forebyggelse til etniske minoriteter.

For at forebyggende sundhedsindsatser kan blive mere tilgængelige for etniske minoriteter, kræver det således en større indsats for den enkelte sundhedsorganisation, som må udspringe af et aktivt ledelsesmæssigt valg.

8.3 Er organisatorisk sundhedskompetence altid et spørgsmål om ressourcer?

Et framework, som Org-HLR, er en forenkling af en kompleks størrelse (Booth et al. 2022). I forhold til etniske minoriteter er der sandsynligvis tale om en yderligere forenkling, idet kulturelle og diskursive forhold ifølge Hervik (2019) supplerer yderligere til kompleksiteten. Når målet er at skabe en forandring for etniske minoriteter gennem konkret handling, kan denne forenkling netop bidrage til, at organisationer lettere kan tilgå viden og bruge den handlingsrettet. Hvilket ellers kan være forbundet med udfordringer grundet den kompleksitet, der er i problemstillingen.

Som resultaterne i dette speciale angiver, er der mange strategier, hvormed organisatorisk sundhedskompetence kan fremme etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Men som Trezona et al., (2017) beskriver deres framework er alle domæner tæt forbundet og interagerende. Som det er diskuteret i det foregående afsnit, kræver mange af de fremanalyserede strategier ekstra ressourcer, både tid, personel og monetære. Hvilket er barrierer, som går igen på tværs af den inkluderede litteratur (Jang et al., 2021; Bertran et al., 2017; Cross-Bardell et al., 2015). Disse faktorer relaterer sig først og fremmest til 1. domæne, *ekstern politik og finansiering*, og det er således ikke utænkeligt, at domæne 1 har indflydelse på faktorer i alle de fremanalyserede temaer. I det danske studie af Aaby et al. (2020b) fremgår det af resultaterne, at både ledelse og personale i forbindelse med brugen af Org-HLR frameworket i Randers Kommune ofte oplevede, at de ændringer, som de fandt relevante i praksis og som domænerne guidede dem til at have fokus på, var udenfor deres handlingskompetence, idet ændringer ofte var udfordret af knappe ressourcer. Dette medførte, at ledelsen blev opmærksom på nødvendigheden af at omprioritere ressourcer, men også til følelser af usikkerhed og magtesløshed hos personalet (Aaby et al., 2020b). Dette tyder på, at brugen af frameworket kan føre til forskellige reaktioner afhængig af ens funktion i organisationen.

På den ene side kan frameworket således hjælpe organisationer til at guide dem i deres finansielle prioriteringer, hvilket stiller krav til ledelsen. Men på den anden side kan frameworket tydeliggøre den magtesløshed, personalet står overfor i en politisk styret

organisation. Særligt, hvis ikke ledelsen formår at lede opad og prioritere de ændringer, som en organisation må foretage for at blive sundhedskompetent. Dette tydeliggør, at domæne 2, *ledelse og kultur*, har en stor betydning i forhold til organisationens sundhedskompetence. Det kan deraf udledes, at organisationens brug af Org-HLR frameworket mhp. forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser ikke kun er et spørgsmål om ressourcer, men også et spørgsmål om stærk ledelse. Det kan antages, at brugen af frameworket under en mere svag ledelse, kan have den utilsigtede konsekvens, at medarbejdere i organisationen risikerer at opleve, at deres muligheder for at imødekomme etniske minoriteters behov ikke rækker langt, idet virkeligheden er uendeligt kompleks, men ofte i sidste ende er et spørgsmål om prioritering.

8.4 Der er forhold uden for organisationernes rækkevidde

Resultaterne af syntesen med Org-HLR frameworket af Trezona et al. (2017) og barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser viser, at strategier, hvor organisationen involverer og samarbejder med andre sektorer bl.a. kan bidrage til at udvikle bedre henvisningsprocedurer og udbrede kendskabet til indsatserne. Henvisninger til forebyggelse kan komme fra praktiserende læger og sygehuse, hvorfor det er essentielt, at disse aktører kender til de eksisterende indsatser. Imidlertid er både læger og sygehus underlagt det politiske styre, hvilket gør, at forandringspotentialet for Org-HLR frameworket på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser kan være afhængigt af det politiske landskab.

Et eksempel på en politisk beslutning med stor betydning for henvisningsproceduren, og ikke mindst for etniske minoriteters sundhed, er tolkegebyret, som betyder, at patienter, som har boet i Danmark i mere end tre år, selv skal betale udgifterne, hvis den sundhedsprofessionelle mener, at vedkommende har behov for tolk hos egen læge, ved speciallæger og på sygehus (Retsinformation, 2018). Med afsæt i faktorer som dette studie identificerer under temaerne *kommunikation og navigering i sundhedsvæsenet* er det tydeligt, at tolkegebyret kan medføre negative konsekvenser for sundheden hos den gruppe borgere, som hverken kan sproget eller har råd til at betale. Sproglig og kulturel inkongruens mellem sundhedsvæsenet og den potentielle deltager kan nemlig begrænse vedkommendes evne til at tilrane sig relevante

sundhedsindsatser (Koen et al., 2016). Da både praktiserende læger og sygehus kan henvise til forebyggende indsatser, kan det betyde, at situationer, hvor etniske minoriteter ikke er i stand til at forstå de informationer som lægen eller sygehuset leverer, kan have den konsekvens, at vedkommende ikke deltager i forebyggende sundhedsindsatser. Etniske minoriteter foretrækker i mange tilfælde at få sundhedsinformationer på deres modersmål, idet det vil føre til en dybere forståelse af oplysningerne og ikke mindst alvoren (Bukman et al., 2016).

Af ovenstående kan det udledes, at strategier for at forbedre henvisningsprocedurer i samarbejde med eksterne interessenter, som praktiserende læger, begrænses af den allestedsnærværende ramme, politik og finansiering. Hvor det i en dansk kontekst bl.a. vil være loven om tolkegebyr hos praktiserende læge og sygehus, som udgør rammen for, hvad der er muligt.

Overordnet ses det i studiets resultater, at strategier vedrørende *samarbejde og involvering af lokalsamfundet* er essentielt for at imødekomme barrierer og facilitatorer for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Ikke kun kan frameworket guide til at fokusere på mulige forbedringer i henvisningsprocedurerne og udbrede kendskabet til de forebyggende indsatser blandt de eksterne parter som foretager henvisningerne. Frameworket kan guide til tværgående partnerskaber bl.a. med lokale organisationer og derigennem medvirke til, at tilmeldingsprocessen til de forebyggende indsatser opleves lettere for etniske minoriteter, som har svært ved at navigere i sundhedsvæsenet. Ligeledes kan flere personer få kendskab til indsatserne, hvilket vil have positiv indvirkning på rekruttering, men også kan være et potentiale til at bidrage til afstigmatisering af kroniske sygdomme. Dette afhænger imidlertid af, at det tværgående samarbejde er muligt. Men som det ses i litteraturen kan der være interesseforskelle og ressourceknaphed blandt de forskellige organisationer i lokalsamfundet, som forhindrer samarbejdet i at blive udbytterigt eller i det hele taget initieret (Jang et al., 2021; Hartmann et al., 2013). Dermed ses det, at eksterne faktorer, som med tolkegebyret, har indflydelse på, hvorvidt organisationerne vil kunne profitere af at anvende frameworket og forbedre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, så adgangen dertil bliver mere lige fordelt i samfundet. Det kan deraf udledes, at det vil være relevant med et strukturelt tiltag, som øger lokalsamfundsorganisationernes motivation og incitament til at samarbejde på tværs om at fremme lighed i forebyggelsestilbud.

9 anbefalinger til praksis

Det fremkommer, at mange af de barrierer og facilitatorer, som har indvirkning på etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser, kan imødekommes af Org-HLR frameworket. Derfor medfører dette specielle implikationer for praksis, i form af anbefalinger til, hvilke domæner i Org-HLR frameworket, der med fordel kan fokuseres på for i højere grad at imødekomme etniske minoriteter.

Resultaterne viser, at de sundhedsorganisationer, der udbyder forebyggende tiltag, med et fokus på domænet *ledelse og kultur*, kan foretage en prioritering af ressourcer, bl.a. til at sikre uddannelse af personale til at imødekomme etniske minoriteter, at rammerne for interventionen er tilpasset etniske minoriteter, og at den kommunikation, organisationen har målrettet omverdenen, er tilpasset etniske minoriteter. En vej til dette er gennem domænet *systemer, processer og politikker* og en systematisk indsamling af viden om kulturelle og religiøse forhold samt behov hos de etniske minoriteter som de forebyggende sundhedsindsatser er tiltænkt. Og derudover sikre en intern kommunikation, der ekspliciterer intentionen om at imødekomme etniske minoriteter i alle relevante dele af organisationen. I domænet *adgang til services og programmer* må fokus være på at sikre geografisk, økonomisk og sproglig tilgængelighed ved forebyggende sundhedsindsatser samt kommunikation herom. Dertil må det sikres, at henvisende instanser, såsom praktiserende læger, er bekendt med, hvilke tilbud, der eksisterer til etniske minoriteter, da barrieren ellers kan være, at borgeren slet ikke bliver informeret om mulighederne for at deltage i forebyggelse. Det synes i særlig grad vigtigt at fokusere på domænet *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*, hvormed der kan skabes et kendskab til de etniske minoriteter, der udgør målgruppen og der kan opnås eksterne ressourcer, fx i form af hjælp til rekruttering eller lokale rammer til forebyggende sundhedsindsatser. Dertil kan samskabelsesprocesser bidrage til en større acceptabilitet af indsatsen, herunder ved at der overkommes manglende tillid til sundhedsvæsenet, samt at det sociale netværk borgeren har, kan indgå som en facilitator for deltagelse. Domænet *kommunikationspraksisser og standarder* er essentielt i og med, at der for mange etniske minoriteter er en sprogbarriere, der her kan nedbrydes ved, at kommunikation er både sprogligt og kulturelt tilpasset målgruppen. I domænet *arbejdskraft* bør fokus være på at sikre kompetent og imødekommende personale, der på kvalificeret vis kan vejlede etniske minoriteter med

hensyn til deres kulturelle og religiøse præferencer. Uden for den organisation, der udbyder forebyggende sundhedsindsatser, bidrager frameworket med domænet *ydre politik og finansiering*, hvorfra politiske prioriteringer fx af forebyggelsesindsatser samt distribueringen af finansielle ressourcer i høj grad er styret. Dette domæne ligger udenfor sundhedsorganisationers direkte indflydelse, men er ifølge Trezona et al. (2017) fortsat et vigtigt fokuspunkt for at skabe mening i de øvrige domæner. Resultaterne af dette speciale understreger nødvendigheden af strukturelle tiltag, som kan understøtte mere lige adgang til forebyggende sundhedsindsatser.

Frameworket er oprindeligt tiltænkt en brug, hvor alle domæner er lige væsentlige og ikke opsat i en bestemt rækkefølge. Hvorfor alle domæner har lige stor vigtighed, og intet domæne således kan tages ud og stå alene. Dog tyder resultaterne af dette speciale på, at nogle domæner i højere grad end andre har potentiale til at forandre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser (se figur 5, s. 65). I figuren ses det, at særligt 5. domæne, *involvering af og samarbejde med lokalsamfundet*, har potentiale til at imødekomme de barrierer og facilitatorer, der er for etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Dette kan imidlertid til dels skyldes, at litteraturen bidrager med et øget fokus i nogle organisatoriske lag, og fx ikke i lige så høj grad bidrager med, hvilke barrierer og facilitatorer, der forholder sig til de politiske og kulturelle forhold i værtslandet.

Samlet vurderes det, på baggrund af analyse og diskussion af resultaterne, at manglende ressourcer kan have en negativ betydning for forandring af etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Hvilket kan betyde, at Org-HLR frameworket i teorien, kan være brugbart. Men at forandringen i praksis afhænger af, hvorvidt der er ressourcer, ledelsesmæssigt engagement og incitament til de relevante strategiske ændringer. Frameworket kan på den vis anvendes til at guide den finansielle prioritering i organisationen, og synliggøre nødvendige tiltag og ressourceallokering over for beslutningstagere.

10 Konklusion

Af dette speciale er fremkommet barrierer og facilitatorer, der relaterer sig til otte forskellige temaer, som alle påvirker, hvorvidt etniske minoriteter deltager i forebyggende sundhedsindsatser eller ej. Heraf ses det, at barrierer og facilitatorer relaterer sig til navigering i sundhedsvæsenet, socialt netværk, arbejdsgange, forståelser af sygdom, interventionens rammer, kommunikation, organisationens ressourcer og tilgængelighed. Specialets positionering i kritisk realisme bidrager til en videnskabelig tilgang, hvor det understreges, at barrierer og facilitatorer er afhængige af den kontekst, hvori de udspiller sig, både grundet den heterogenitet, der præger etniske minoriteter, at forebyggelsen er rettet mod forskellige risikofaktorer og sygdomme og at den foregår i forskellige sundhedssystemer. Hvilket betyder, at de identificerede barrierer og facilitatorer betragtes som en delvis afspejling af virkeligheden, idet de er betinget af den tid og kontekst, de udspiller sig i.

At organisationer med ansvar for forebyggelse, som fx kommuner, anvender en systematisk tilgang til indførelse af tiltag mhp. at blive en mere sundhedskompetent organisation, kan medvirke til at forandre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Det kræver imidlertid, at der i den enkelte organisation tages aktivt valg om at prioritere forebyggelse til etniske minoriteter samt, at der tildeles ressourcer til det. Det kan hjælpes på vej af, at der politisk foretages en prioritering af at optimere etniske minoriteters adgang til forebyggende sundhedsindsatser.

For at lykkes med dette anbefales monitorering af målgruppens brug af forebyggende sundhedsindsatser. Det anbefales, at fremtidig forskning fokuserer på kvantitative data af etniske minoriteters brug af forebyggende sundhedsindsatser, samt kvalitative undersøgelser af, hvordan specifikke barrierer kan nedbrydes, fx mistillid til sundhedsvæsenet. Den foreliggende viden indikerer, at der kan opstå negative utilsigtede konsekvenser ved anvendelsen af Org-HLR frameworket for at forandre etniske minoriteters deltagelse i forebyggende sundhedsindsatser. Hvorfor fremtidig forskning bør have fokus på utilsigtede konsekvenser ved brug af frameworket inden for forebyggelse.

11 Referencer

- Aaby, A., Maindal, H. T., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K., & Bertram, M. (2019). Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed? *Dansk Selskab for Folkesundhed*
- Aaby, A., Meldgaard, M., & Maindal, H. T. (2022). Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen - en vej til mere lighed. *Sundhedsstyrelsen*.
- Aaby, A., Palner, S., & Maindal, H. T. (2020a). Fit for Diversity: A Staff-Driven Organizational Development Process Based on the Organizational Health Literacy Responsiveness Framework. *Health Literacy Research and Practice*, 4(1), e79–e83. <https://doi.org/10.3928/24748307-20200129-01>
- Aaby, A., Simonsen, C. B., Ryom, K., & Maindal, H. T. (2020b). Improving organizational health literacy responsiveness in cardiac rehabilitation using a co-design methodology: Results from the heart skills study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1015. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031015>
- American Psychological Association. (2023). *APA PsycNet*. <https://psycnet.apa.org/home>, retrieved
- Andersen, G. S., Kamper-Jørgensen, Z., Carstensen, B., Norredam, M., Bygbjerg, I. C., & Jørgensen, M. E. (2016). Diabetes among migrants in Denmark: Incidence, mortality, and prevalence based on a longitudinal register study of the entire Danish population. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 122, 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.09.020>
- Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating Literacy, Culture, and Language to Improve Health Care Quality for Diverse Populations. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), S122–S133. <https://doi.org/10.5993/ajhb.31.s1.16>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (Fourth edition.). Open University Press.
- Baumeister, A., Chakraverty, D., Aldin, A., Seven, U. S., Skoetz, N., Kalbe, E., & Wopen, C. (2021). “The system has to be health literate, too”-perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–716. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06614-x>
- Bennedsen, A., Ibfelt, E. H., Hansen, J. L., & Helweg-Larsen, K. (2006). Self-assessed health status among young people from ethnic minorities living in Denmark. *Ugeskrift for læger*, 168(17), 1645–1649.
- Berchet, C., & Jusot, F. (2012). Immigrants’ Health Status and Use of Healthcare Services: A Review of French Research. *Questions d’économie de La Santé*, 172.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

- Bertram, M., Brandt, U. S., Hansen, R. K., & Svendsen, G. T. (2021). Does higher health literacy lead to higher trust in public hospitals?. *International Journal for Equity in Health*, *20*(1), 1–209. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01528-w>
- Bertran, E. A., Pinelli, N. R., Sills, S. J., & Jaber, L. A. (2017). The Arab American experience with diabetes: Perceptions, myths and implications for culturally-specific interventions. *Primary Care Diabetes*, *11*(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2016.07.004>
- Bo, A., Friis, K., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2014). National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, *14*(1), 1095–1095. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095>
- Booth, A., Sutton, A., Clowes, M., & Martyn-StJames, M. (2022). *Systematic approaches to a successful literature review*. (A. Booth, A. Sutton, M. Clowes, & M. Martyn-St James (eds.); Third edition. SAGE.
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, *344*(7852), 15–15. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1602>
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*, *2*(6). <https://doi.org/10.31478/201206a>
- Brunton, G., Oliver, S., & Thomas, J. (2020). Innovations in framework synthesis as a systematic review method. *Research Synthesis Methods*, *11*(3), 316–330. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1399>
- Buch-Hansen, H., & Nielsen, P. (2012). Kritisk Realisme. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En Indføring* (1st ed., Vol. 1). Hans Reitzels Forlag.
- Bukman, A. J., Teuscher, D., Ben Meftah, J., Groenenberg, I., Crone, M. R., van Dijk, S., Bos, M. B., & Feskens, E. J. M. (2016). Exploring strategies to reach individuals of Turkish and Moroccan origin for health checks and lifestyle advice: a mixed-methods study. *BMC Family Practice*, *17*(1), 85–85. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0476-1>
- Buscemi, N., Hartling, L., Vandermeer, B., Tjosvold, L., & Klassen, T. P. (2006). Single data extraction generated more errors than double data extraction in systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, *59*(7), 697–703. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.11.010>
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, *10*.
- Cainzos-Achirica, M., Fedeli, U., Sattar, N., Agyemang, C., Jenum, A. K., McEvoy, J. W., Murphy, J. D., Brotos, C., Elosua, R., Bilal, U., Kanaya, A. M., Kandula, N. R., Martinez-Amezua, P., Comin-Colet, J., & Pinto, X. (2019). Epidemiology, risk factors, and opportunities for prevention of cardiovascular disease in individuals of South Asian ethnicity living in Europe. *Atherosclerosis*, *286*, 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.05.014>

- Chauhan, A., Walton, M., Manias, E., Walpola, R. L., Seale, H., Latanik, M., Leone, D., Mears, S., & Harrison, R. (2020). The safety of health care for ethnic minority patients: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, *19*(1), 118–118. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01223-2>
- Cluesman, S. R. R., Gwadz, M., Freeman, R., Collins, L. M. M., Cleland, C. M. M., Wilton, L., Hawkins, R. L. L., Leonard, N. R. R., Silverman, E., Maslow, C. B. B., Israel, K., Ritchie, A., & Ory, S. (2023). Exploring behavioral intervention components for African American/Black and Latino persons living with HIV with non-suppressed HIV viral load in the United States: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, *22*(1), 22–22. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01836-3>
- Cross-Bardell, L., George, T., Bhoday, M., Tuomainen, H., Qureshi, N., & Kai, J. (2015). Perspectives on enhancing physical activity and diet for health promotion among at-risk urban UK South Asian communities: a qualitative study. *BMJ Open*, *5*(2), e007317–e007317. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007317>
- Danmarks Statistik. (2022). *Indvandrere op efterkommere*. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/indvandrere-og-efterkommere#>, retrieved 13.02.2023
- De Luca, G., Ponzio, M., & Andrés, A. R. (2013). Health care utilization by immigrants in Italy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, *13*(1), 1–31. <https://doi.org/10.1007/s10754-012-9119-9>
- Diaz, E., Calderón-Larrañaga, A., Prado-Torres, A., Poblador-Plou, B., & Gimeno-Feliu, L.-A. (2015). How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *European Journal of Public Health*, *25*(1), 72–78. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku123>
- Dietscher, C., & Pelikan, J. (2016). Health-literate healthcare organizations; Feasibility study of organizational self-assessment with the Vienna tool in Austrian hospitals/Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen; Machbarkeitsstudie zur organisationalen Selbstbewertung mit dem Wiener Instrument in österreichischen Krankenhausern. *Prävention Und Gesundheitsförderung*, *11*(1), 53. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0523-0>
- Durant, N. H., Joseph, R. P., Cherrington, A., Knight, B., Lewis, D., Cuffee, Y., & Allison, J. J. (2014). Recommendations for a culturally relevant internet-based tool to promote physical activity among overweight young African American women, Alabama, 2010-2011. *Preventing Chronic Disease*, *11*(2014), 130169–130169. <https://doi.org/10.5888/pcd11.130169>
- EBSCO. (2023). *CINAHL, abstracting & indexing database*. <https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database>, Retrieved 19.04.2023.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2015). ‘Distributed health literacy’: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *18*(5), 1180–1193. <https://doi.org/10.1111/hex.12093>

- Elsevier. (2023). *Elsevier*. <https://www.elsevier.com/about>, retrieved 19.04.2023
- EU. (2017). *The State of Health in the EU: Companion Report 2017*. European Commission.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55(1), 46958018757848–46958018757848. <https://doi.org/10.1177/0046958018757848>
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. M. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), 54–64. <https://doi.org/10.1111/inr.12373>
- Folmann, N. B., & Jørgensen, T. (2006). *Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen
- Frandsen, T. F., Christensen, J. B., & Ølholm, A. M. (2017). Systematisk søgning efter kvalitativ litteratur kan styrkes. *Ugeskrift for læger*, 179(1), 60–63.
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., Fæsterholdt, I., & Ølholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for læger*, 7, 647–651.
- Frandsen, T. F., & Eriksen, M. B. (2020). Planning the searches for a systematic review. *Ugeskrift for læger*, 182(53).
- Frederiksen, H. W., Zwisler, A.-D., Johnsen, S. P., Öztürk, B., Lindhardt, T., & Norredam, M. (2018). Differences in initiation and discontinuation of preventive medications and use of non-pharmacological interventions after acute coronary syndrome among migrants and Danish-born. *European Heart Journal*, 39(25), 2356–2364. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy227>
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446–451. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Frees Esholdt, H., & Fuglsang, M. (2009). *Etniske forskelle i patienters oplevelser. En spørgeskema- og interviewundersøgelse om forskelle i indvandreres/efterkommeres og danskeres oplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital*. Region Hovedstaden
- Fritz, H., Dizazzo-Miller, R., Bertran, E. A., Pociask, F. D., Tarakji, S., Arnetz, J., Lysack, C. L., & Jaber, L. A. (2016). Diabetes self-management among Arab Americans: Patient and provider perspectives. *BMC International Health and Human Rights*, 16(1), 22–22. <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0097-8>
- Frølich, A., Ghith, N., Schiøtz, M., Jacobsen, R., & Stockmarr, A. (2019). Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. *PloS One*, 14(8), e0214183–e0214183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214183>
- Frosch, D. L., & Elwyn, G. (2014). Don't Blame Patients, Engage Them: Transforming Health Systems to Address Health Literacy. *Journal of Health Communication*, 19(sup2), 10–14. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.950548>

- Fylkesnes, M. K., Iversen, A. C., & Nygren, L. (2018). Negotiating deficiency: Exploring ethnic minority parents' narratives about encountering child welfare services in Norway. *Child & Family Social Work, 23*(2), 196–203. <https://doi.org/10.1111/cfs.12400>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology, 13*(1), 117–117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Gille, F., Smith, S., & Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research & Policy, 20*(1), 62–64. <https://doi.org/10.1177/1355819614543161>
- Goff, L. M., Moore, A. P., Harding, S., & Rivas, C. (2021). Development of Healthy Eating and Active Lifestyles for Diabetes, a culturally tailored diabetes self-management education and support programme for Black-British adults: A participatory research approach. *Diabetic Medicine, 38*(11), e14594-n/a. <https://doi.org/10.1111/dme.14594>
- Hartman, M., Nierkens, V., Cremer, S., Adao, V., & Verhoeff, A. (2013). A process evaluation: Does recruitment for an exercise program through ethnically specific channels and key figures contribute to its reach and receptivity in ethnic minority mothers?. *BMC Public Health, 13*(1), 768–768. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-768>
- Hempler, N. F., Jervelund, S. S., Ryom, K., Villadsen, S. F., & Vinther-Jensen, K. (2020). *Veje til Etnisk Lighed i Sundhed*. Dansk Selskab for Folkesundhed.
- Hempler, N. F., Larsen, F. B., Nielsen, S. S., Diderichsen, F., Andreassen, A. H., & Jørgensen, T. (2011). A registry-based follow-up study, comparing the incidence of cardiovascular disease in native Danes and immigrants born in Turkey, Pakistan and the former Yugoslavia: Do social inequalities play a role?. *BMC Public Health, 11*(1), 662–662. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-662>
- Henrard, G., Vanmeerbeek, M., Dardenne, N., & Rademakers, J. (2021). The Vienna self-assessment questionnaire: a usable tool towards more health-literate hospitals? Explorative case studies in three hospitals in Belgium. *BMC Health Services Research, 21*(1), 287–287. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06211-y>
- Hervik, P. (2019). *Racialization, Racism, and Anti-Racism in the Nordic Countries* / (P. Hervik (ed.); Elektronisk udgave.). Springer International Publishing.
- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Overgaard Thomassen, A. (2014). *PBL: problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser*. (J. E. Holgaard, T. Ryberg, N. Stegeager, D. Stentoft, A. Overgaard Thomassen, & J. E. Holgaard (eds.); 1. udgave.). Samfundslitteratur.
- Holmberg, T., Ahlmark, N., & Curtis, T. (2009). *Etniske minoriteters sundhed i Danmark*.
- Holt, J. M., Johnson, T. S., & Zabler, B. (2018). Engaging African American Women in Community-Based Health Promotion Programs: Key-Informant Recommendations. *Journal of Community Health Nursing, 35*(3), 137–147. <https://doi.org/10.1080/07370016.2018.1475800>

- Hoover, D. S., Vidrine, J. I., Shete, S., Spears, C. A., Cano, M. A., Correa-Fernández, V., Wetter, D. W., & McNeill, L. H. (2015). Health Literacy, Smoking, and Health Indicators in African American Adults. *Journal of Health Communication, 20*(sup2), 24–33. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1066465>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2018, February). *Sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/191>, retrieved 08.02.2023
- Jang, H., Lovarini, M., Clemson, L., Willis, K., Lord, S., & Sherrington, C. (2021). Fall prevention programs for culturally and linguistically diverse groups: program provider perspectives. *Ethnicity & Health, 26*(2), 299–317. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1493436>
- Jervelund, S. S., Malik, S., Ahlmark, N., Villadsen, S. F., Nielsen, A., & Vitus, K. (2017). Morbidity, Self-Perceived Health and Mortality Among non-Western Immigrants and Their Descendants in Denmark in a Life Phase Perspective. *Journal of Immigrant and Minority Health, 19*(2), 448–476. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0347-9>
- Jervelund, S. S., Maltesen, T., Wimmelmann, C. L., Petersen, J. H., & Krasnik, A. (2018). Know where to go: Evidence from a controlled trial of a healthcare system information intervention among immigrants. *BMC Public Health, 18*(1), 863–863. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5741-x>
- Jiakponnah, N. N., Unson, C., & Chukwurah, Q. C. (2021). Correlates of Strength and Balance Training Exercises in Older African American Adults. *The Gerontologist, 61*(7), 1062–1070. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab016>
- Jin, K., Neubeck, L., Koo, F., Ding, D., & Gullick, J. (2020). Understanding Prevention and Management of Coronary Heart Disease Among Chinese Immigrants and Their Family Carers: A Socioecological Approach. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(3), 257–266. <https://doi.org/10.1177/1043659619859059>
- Joachim-Célestin, M., Gamboa-Maldonado, T., Dos Santos, H., & Montgomery, S. B. (2020). A Qualitative Study on the Perspectives of Latinas Enrolled in a Diabetes Prevention Program: Is the Cost of Prevention Too High?. *Journal of Primary Care & Community Health, 11*, 215013272094542–2150132720945423. <https://doi.org/10.1177/2150132720945423>
- Jones, J. M. (1997). *Prejudice and racism*. (2nd ed.). McGraw-Hill Companies.
- Kaplan, J. B., & Bennett, T. (2003). Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. *JAMA : The Journal of the American Medical Association, 289*(20), 2709–2716. <https://doi.org/10.1001/jama.289.20.2709>
- Kickbusch, I. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts* (F. Apfel, J. M. Pelikan, J. M. Pelikan, A. D. Tsouros, & I. Kickbusch (eds.)). World Health Organization.
- Koehn, S., Habib, S., & Bukhari, S. (2016). S4AC Case Study: Enhancing Underserved Seniors' Access to Health Promotion Programs. *Canadian Journal on Aging, 35*(1), 89–102. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000586>

- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller*. (H. K. Krogstrup (ed.); 3. udg.). Hans Reitzels Forlag.
- Kunz, S., Ingram, M., Piper, R., Wu, T., Litton, N., Brady, J., & Knudson, A. (2017). Rural Collaborative Model for Diabetes Prevention and Management. *Health Promotion Practice, 18*(6), 798–805. <https://doi.org/10.1177/1524839917712730>
- Laing, R., Thompson, S. C., Elmer, S., & Rasiyah, R. L. (2020). Fostering health literacy responsiveness in a remote primary health care setting: A pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), 2730. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082730>
- Levin-Zamir, D., Nutbeam, D., Sorensen, K., Rowlands, G., Van den Broucke, S., & Pelikan, J. (2019). *Brief report on the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world*. World Health Organisation
- Lie, D., Carter-Pokras, O., Braun, B., & Coleman, C. (2012). What Do Health Literacy and Cultural Competence Have in Common? Calling for a Collaborative Health Professional Pedagogy. *Journal of Health Communication, 17*(sup3), 13–22. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712625>
- Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13*(3), 179–187. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>
- Lorini, C., Caini, S., Ierardi, F., Bachini, L., Gemmi, F., & Bonaccorsi, G. (2020). Health literacy as a shared capacity: Does the health literacy of a country influence the health disparities among immigrants?. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(4), 1149. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041149>
- Lovell, K., Lamb, J., Gask, L., Bower, P., Waheed, W., Chew-Graham, C., Lamb, J., Aseem, S., Beatty, S., Burroughs, H., Clarke, P., Dowrick, A., Edwards, S., Gabbay, M., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2014). Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for under-served people in primary care. *BMC Psychiatry, 14*(1), 217–217. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0217-8>
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., Møller, N. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning : redskaber til evidensbaseret praksis*. (H. Lund (ed.); 1. udgave.). Munksgaard.
- Merriam, S. B., Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation*. Fourth edition. Jossey-Bass, a Wiley Brand.
- Mitchell-Brown, F., Nemeth, L., Cartmell, K., Newman, S., & Goto, K. (2017). A Study of Hmong Immigrants' Experience With Diabetes Education: A Community-Engaged Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing, 28*(6), 540–549. <https://doi.org/10.1177/1043659616661393>
- Møller Pedersen, K. (2017). *Sundhedsøkonomi*. (1. udgave. 2. oplag). Munksgaard.

- Møller, S. P., Laursen, B., Johannesen, C. K., Tolstrup, J. S., & Schramm, S. (2020). Patterns of multimorbidity and demographic profile of latent classes in a Danish population-A register-based study. *PLoS One*, *15*(8), e0237375–e0237375. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237375>
- Montesanti, S. R., Abelson, J., Lavis, J. N., & Dunn, J. R. (2017). Enabling the participation of marginalized populations. *Health Promotion International*, *32*(4), 636–649. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav118>
- Moubarac, J.-C. (2013). Persisting problems related to race and ethnicity in public health and epidemiology research. *Revista de Saúde Pública*, *47*(1), 104–116. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100014>
- Muscat, D. M., Gessler, D., Ayre, J., Norgaard, O., Heuck, I. R., Haar, S., & Maindal, H. T. (2022). Seeking a deeper understanding of ‘distributed health literacy’: A systematic review. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *25*(3), 856–868. <https://doi.org/10.1111/hex.13450>
- National Library of Medicine. (2023). *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>, 19.04.2023
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine (1982)*, *67*(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *American Journal of Health Behavior*, *31*(1), S19–S26. <https://doi.org/10.5993/ajhb.31.s1.4>
- Padovese, V., Egidi, A. M., Fenech, T. M., Connor, M. P., Didero, D., Costanzo, G., & Mirisola, C. (2014). Migration and determinants of health: clinical epidemiological characteristics of migrants in Malta (2010-11). *Journal of Public Health (Oxford, England)*, *36*(3), 368–374. <https://doi.org/10.1093/pubmed/ftt111>
- Pallesen, A. V. J., Byberg, S., & Kristiansen, M. (2019). Improving Dietary Behavior Among Ethnic Minority Women in Denmark: A Feasibility Study Based on a Participatory and Culturally Adapted Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(5), 795. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050795>
- Palumbo, R. (2021). Leveraging organizational health literacy to enhance health promotion and risk prevention: A narrative and interpretive literature review. *The Yale Journal of Biology & Medicine*, *94*(1), 115–128.
- Perini, W., Snijder, M. B., Peters, R. J. G., & Kunst, A. E. (2018). Ethnic disparities in estimated cardiovascular disease risk in Amsterdam, the Netherlands: The HELIUS study. *Netherlands Heart Journal*, *26*(5), 252–262. <https://doi.org/10.1007/s12471-018-1107-3>

- ProQuest. (2023). *ProQuest*. <https://about.proquest.com/>, retrieved 19.04.2023
- Protheroe, J., Nutbeam, D., & Rowlands, G. (2009). Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *British Journal of General Practice*, 59(567), 721–723. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X472584>
- Retsinformation. (2018, June). *Bekendtgørelse om tolkebistand efter sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/855>, 29.05.2023
- Rheault, H., Coyer, F., & Bonner, A. (2021). Time to listen: Chronic disease yarning with Aboriginal and Torres Strait Islander peoples living in remote Australia. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 28(1), 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.06.001>
- Rienecker, L., & StrayJørgensen, P. (2017). *Den gode opgave: håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*. (L. Rienecker & P. Stray Jørgensen (eds.); 5. udgave.). Samfundslitteratur.
- Rimdal, T. Ø., Støy, C., & Gut, R. (2015). *Hvad er vigtigt for borgerne i deres møde med sundhedsvæsenet?* Region Hovedstaden
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). *Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research*. In A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.), *Analyzing Qualitative Data* (1st ed.). Routledge
- Singhammer, J. (2008). *Etniske Minoriteters Sundhed*. Defactum
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80–80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Svendsen, G. L. H. (2016). *Trust, social capital and the Scandinavian welfare state : explaining the flight of the bumblebee* (G. T. Svendsen (ed.)). Edward Elgar Publishing.
- Tong, A., Flemming, K., McInnes, E., Oliver, S., & Craig, J. (2012). Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 181–181. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-181>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Trezona, A., Dodson, S., & Osborne, R. H. (2017). Development of the organisational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research*, 17(1), 513–513. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2465-z>
- Vallgård, S. (2009). Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* (1st ed., pp. 166–187).
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2016). *Sygdomsforebyggelse*. (S. Vallgård, F. Diderichsen, & T. Jørgensen (eds.); 1. udgave.). Munksgaard.
- van der Gaag, M., van der Heide, I., Spreeuwenberg, P. M. M., Brabers, A. E. M., &

- Rademakers, J. J. D. J. M. (2017). Health literacy and primary health care use of ethnic minorities in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 350–350. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2276-2>
- van der Heide, I., Uiters, E., Rademakers, J., Struijs, J. N., Schuit, A. J., & Baan, C. A. (2014). Associations Among Health Literacy, Diabetes Knowledge, and Self-Management Behavior in Adults with Diabetes: Results of a Dutch Cross-Sectional Study. *Journal of Health Communication*, *19*(Suppl 2), 115–131. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936989>
- Vinther-Jensen, K., & Primdahl, R. (2010). *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen - en antologi*. Sundhedsstyrelsen
- Wieczorek, C. C., Ganahl, K., & Dietscher, C. (2017). Improving Organizational Health Literacy in Extracurricular Youth Work Settings. *Health Literacy Research and Practice*, *1*(4), e233-238. <https://doi.org/10.3928/24748307-20171101-01>
- Wyatt, L. C., Katigbak, C., Riley, L., Zanolwiak, J. M., Ursua, R., Kwon, S. C., Trinh-Shevrin, C., & Islam, N. S. (2023). Promoting Physical Activity Among Immigrant Asian Americans: Results from Four Community Health Worker Studies. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *25*(2), 291–305. <https://doi.org/10.1007/s10903-022-01411-y>