

N

O

V

A

Eldre med innvandrerbakgrunn

Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet

REIDUN INGEBRETSEN
TRUDE BRITA NERGÅRD

Eldre med innvandrerbakgrunn

Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet

REIDUN INGEBRETSEN
TRUDE BRITA NERGÅRD

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 13/2007

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kunnskapsdepartementet (KD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2007
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 978-82-7894-263-5

ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto: © Jørn Areklett Omre / NN / Samfoto
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Telefaks: 22 54 12 01

Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Norge har blitt et mer etnisk mangfoldig samfunn. Andelen personer med innvandrerbakgrunn øker. Det gjelder også eldre. Et viktig spørsmål blir da hvordan en kan gi god omsorg også til eldre fra ulike etniske minoriteter. I stortingsmeldingen «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» (St.meld. nr. 25 (2005–2006)) poengteres det at framtidens brukere av omsorgstjenesten vil representere et større kulturelt mangfold enn i dag og at det vil stille nye krav til omsorgstjenestene.

Høsten 2005 ble det fra Kommunal- og regionaldepartementet gitt midler til en forskerstilling ved NOVA om «Eldre innvandrere – tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet». Reidun Ingebretsen gikk inn i stillingen fra desember 2005. Etter omorganisering i departementene ble stillingen senere knyttet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Integrerings- og mangfoldsavdelingen. Et viktig mål med stillingen er bl.a. å utarbeide en kunnskapsstatus og bidra til utvikling av kompetanse og forskning på området og være særlig rettet mot forskning om eldre med ikke-vestlig bakgrunn.

Denne rapporten er utarbeidet av Reidun Ingebretsen og Trude Brita Nergård, begge forskere ved NOVA. Trude Nergård har gått i gjennom litteratur på området og skrevet deler av kapittel 1 (1.4, 1.5, 1.6 og 1.7) samt kapitlene 2, 3, 4, 5. Reidun Ingebretsen har gjennomført intervjuer i omsorgstjenesten og utarbeidet de første deler av kapittel 1, kapitlene 6, 7, 8 og 9 samt sammendrag.

Målet med rapporten er så langt som mulig å gi en oversikt over forsknings- og utviklingsarbeid på dette område i Norge og trekke inn relevant erfaring fra andre nordiske land. Dette er supplert med internasjonale funn. Rapporten har et omfattende diskusjonskapittel og oppsummerer noen av utfordringene og de ubesvarte spørsmål på området.

Takk til Arbeids- og inkluderingsdepartementet, våre kontaktpersoner i Integrerings- og mangfoldsavdelingen og kolleger ved NOVA. Fra NOVA vil vi spesielt nevne Bjørg Moen, som har deltatt i diskusjoner, og Svein Olav Daatland som har vært leseansvarlig. Takk også til Torhild Sager som har stått for den endelige redigering av rapporten, og til ansatte ved biblioteket i Munthes gate som har vært behjelpelig gjennom hele prosessen.

NOVA, mai 2007

Innhold

Sammendrag	9
DEL I:	
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Innholdet i rapporten	15
1.3 Hvor mange eldre med innvandrerbakgrunn er det i Norge i dag og hvor mange vil det bli i fremtiden?	15
Innvandrerbefolkningen og alder	16
Framskrivinger – Hvordan vil det bli?	18
Store forskjeller mellom kommuner	19
1.4 Om begrepet eldre innvandrere	21
1.5 Om å eldes i et fremmed land	23
1.6 Om begrepet etnisitet og om ulike perspektiver på etnisitet	25
Øker betydningen av etnisitet med alder?	28
1.7 Myndighetenes tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenestene	30
Fellestrekk og forskjeller i meldingene	36
2 Innvandreres helse og levekår	37
2.1 Innledning	37
2.2 Grunner til å tro at innvandrere har annen helsestatus enn majoritetsbefolkningen	38
2.3 Helsestatus for ikke-vestlige innvandrere generelt, og eldre spesielt	40
Norske helseundersøkelser som inkluderer innvandrere	40
Psykisk helse – store forskjeller mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen	43
Konklusjon om ikke-vestlige innvandreres helse generelt og eldres helse spesielt	45
2.4 Ikke-vestlige innvandreres levekår generelt og eldre innvandreres levekår spesielt	46
Levekår virker inn på både helse og tjenestebehov	46
Dårligere levekår blant ikke-vestlige innvandrere	47
Husholdsstørrelse og husholdssituasjon	48
Husholdningens omsorgspotensiale	50
Konklusjon: levekårenes innvirkning på eldre innvandreres behov for helsetjenester	51
DEL II:	
3 Studier av bruk av omsorgstjenester blant eldre med innvandrerbakgrunn	53
3.1 Innledning	53
3.2 Søk etter litteratur	53
De internasjonale studiene	53
De nordiske studiene	55
3.3 Om presentasjonen av studiene	56

4 Norske studier	58
4.1 Innledning.....	58
4.2 Presentasjonen av studiene.....	59
Tema 1: Brukerne og pårørendes opplevelse av mottatt omsorg, og forventninger til framtidig omsorg.....	60
Tema 2: Familieomsorg.....	64
Tema 3: Forebyggende omsorg.....	65
Tema 4: Kommunenes tilrettelegging av omsorgstjenester.....	66
Tema 5: Om de ansatte.....	67
Andre publikasjoner.....	70
4.4 Oppsummering.....	70
5 Nordiske studier	74
5.1 Innledning.....	74
5.2 Presentasjon av studiene.....	75
Tema 1: Helse og omsorgsbehov.....	75
Tema 2: Brukernes og de pårørendes opplevelse av omsorgstilbudet.....	79
Tema 3: De ansatte.....	83
Tema 4: Eksempler på segregerte tilbud.....	86
Tema 5: De pårørendes rolle.....	89
Tema 6: Doktoravhandlinger.....	90
Annet.....	93
5.3 Oppsummering.....	96
6 Praksis som inspirasjonskilde	98
6.1 Innledning.....	98
6.2 Impulser fra den europeiske arena.....	98
Anbefalinger.....	99
Eksempler på tiltak.....	99
Praksisguide.....	102
Europeisk nettverk.....	103
6.3 Inspirasjonskilder fra Norden.....	104
Samarbeid mellom kommuner.....	104
Samarbeid mellom familie og offentlige omsorgstjenester.....	106
Grundig informasjon og/eller spesielle tiltak.....	107
6.4 Oppsummering.....	108
7 Omsorgstjenester – erfaringskartlegging	109
7.1 Innledning.....	109
7.2 Intervjuer med ansatte i omsorgstjenesten.....	110
Utfordringer.....	111
Språk, kommunikasjon og informasjon.....	112
Nye forventninger – et spørsmål om kulturforståelse.....	114
Ulik bruk av tjenestetilbudet.....	118
Tilrettelegging.....	122
7.3 Møtesteder og forebyggende tiltak.....	126
Innledning.....	126
Seniorveileder.....	129
Intervju med Seniorveileder i Bydel Gamle Oslo.....	130

7.4 Aldersinstitusjoner	134
Intervju med en avdelingsleder ved Grünerløkka sykehjem	135
7.5 Oppsummering og diskusjon	140

DEL III:

8 Drøfting av sentrale problemstillinger	143
8.1 Innledning	143
8.2 Tilgang til og forbruk av omsorgstjenester	144
Internasjonale studier	146
Nordiske erfaringer	147
8.3 Helse og aldring	148
8.4 Psykisk helse og demens	150
Psykisk helse	150
Demens	154
8.5 Familieomsorg og/eller offentlige tjenester	156
8.6 Preferanser og frihet til å velge tilbud	159
Kritiske vurderinger av markedsmodeller for brukervalg	161
Fritt brukervalg	162
Hva vet vi om eldre innvandreres bruk av hjemmetjenester og deres brukervalg?	164
Refleksjoner om brukervalg	166
Spørsmål til videre forskning	169
8.7 Generelle eller spesielle tilbud	170
Generelle eller spesielle tilbud – internasjonale erfaringer	171
Nordiske erfaringer	174
Norske oppfatninger	176
8.8 Kulturmøter og kvalifisering av personell	177
Språk og språkopplæring	179
Kompetanseutvikling og kulturkunnskap	180
8.9 Oppsummering	182
9 Omsorgstjenester for eldre med innvandrerbakgrunn – oppsummering og forslag til oppfølging	185
9.1 Innledning	185
9.2 Kunnskap og erfaringer så langt	185
Jo, selvfølgelig er det viktig å inkludere alle, men... ..	186
Men det er jo så få av dem... ..	186
Men de flytter vel hjem igjen	187
Men familien tar seg vel av «dem»	189
Men de vil vel helst være blant sine egne	192
Men vi behandler alle likt	196
9.3 Hvordan gjøre tjenestene mer tilgjengelige	199
Strategier for å overkomme barrierer	200
9.4 Spørsmål om personalkompetanse	202
9.5 Forslag til praksisfeltet	205
Oversikt	205
Tilrettelegging	205
Familieomsorg og offentlig omsorg	207

Generelle eller spesielle tjenester	207
Ansattes kompetanse.....	207
Individuell tilnærming og kulturforståelse.....	208
Omsorgstjenestens rammevilkår	208
Multikulturelle arbeidsmiljøer	208
Mangfold på flere nivåer – og helt til slutt	209
9.6 Kunnskapshull og forslag til videre forskning	209
Bruk av omsorgstjenestene	209
Forebyggende arbeid og møteplasser.....	210
Helseforhold inkludert psykisk helse og demens	210
Prosjektplaner i nær framtid.....	210
Andre relevante områder	211
Internasjonalt samarbeid og nettverksbygging	212
Summary	213
Litteratur	215
Vedlegg: Verdt å vite	229

Sammendrag

Utgangspunktet for denne rapporten har vært spørsmål om hvordan eldre med innvandrergrunn kan nyttiggjøre seg tilbud om omsorgstjenester på lik linje med majoritetsbefolkningen.

Rapporten er ledd i en større satsing etter at det fra desember 2005 ble bevilget midler til NOVA fra Kommunal- og regionaldepartementet, senere Arbeids- og inkluderingsdepartementet, til en forskerstilling knyttet til «Eldre innvandrere - tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet».

Et mål med rapporten er å gi en kunnskapsoversikt over forskning og utviklingsarbeid om eldre med innvandrerbakgrunn og omsorgstjenester i Norge og i Norden forøvrig. Det vises også til internasjonale studier og erfaringer fra omsorgstjenestene i norske kommuner og bydeler der det bor en viss andel eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (over 200 personer over 60 år). På denne bakgrunn drøftes sentrale temaer for praksisfeltet og videre forskning.

Rapporten er delt inn i tre hoveddeler og består av ni kapitler. Del I gir en bakgrunn for feltet med en redegjørelse for antall eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i Norge i dag og prognoser for fremtiden. Et annet tema er hva det innebærer å være «eldre innvandrer» og å eldes i et fremmed land. Vi viser til sentrale offentlige dokumenter og myndighetenes tanker og planer for dagens og morgendagens omsorgstjenester. Videre beskrives innvandreres helse og levekår.

I del II gjør vi rede for omsorgstjenester for eldre innvandrere basert på norske og nordiske studier, gir eksempler på europeiske erfaringer med tiltak, samt erfaringer fra omsorgstjenestene i Norge.

Del III omfatter diskusjon, oppsummering og forslag til videre forskning. Med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen og erfaringer fra praksis drøfter vi sentrale temaer og problemstillinger i forhold til eldre innvandreres behov for og bruk av omsorgstjenester. Dette gjelder blant annet tilgang til og forbruk av omsorgstjenester, familieomsorg og/eller offentlige tjenester, brukervalg og preferanser, generelle eller spesielle tilbud og kvalifisering av personalet.

Spørsmålet om tilrettelegging av omsorgstjenester for eldre innvandrere er et omfattende tema som berører sentrale politiske og ideologiske spørsmål og den konkrete omsorgshverdagen. Pleie- og omsorgstjenestenes møte med brukergrupper av eldre med innvandrerbakgrunn vil være preget av mangfold. Helse, levekår og ressurser i forhold til å orientere seg i samfunnet vil påvirke behov for og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Noen brukere vil ha bodd lenge her i landet, og mange vil være godt kjent med norsk språk og kultur. I noen deler av landet har hjelpeapparatet etter hvert fått mer kunnskap om etablerte minoritetsgrupper og deres kultur. Noen kommer til landet som eldre, kanskje etter dramatiske omstendigheter i hjemlandet. Fleksibilitet og tilpasning til nye brukergrupper er derfor ikke noe en kan gjøre en gang for alle. Det fordrer en kontinuerlig prosess der dialog med brukerne blir en viktig forutsetning for å kunne forstå og møte deres behov. Her står brukerperspektiv og brukervedvirkning sentralt.

Det er store variasjoner mellom og innad i de enkelte minoritetsgrupper med hensyn til hvordan deres levesett er preget av kulturene i henholdsvis opphavslandet og det nye hjemlandet. Dette vil virke inn på deres ønsker om tilpasning av tjenester og tilbud.

I mange diskusjoner som omhandler eldre innvandrere, viser myndigheter og fagfolk til at tallet øker, og at man må være forberedt på de utfordringene dette representerer. Samtidig rapporterer undersøkelser stort sett at forbruket av omsorgstjenester blant eldre fra etniske minoriteter er lavere enn i tilsvarende aldersgrupper i majoritetsbefolkningen. Dette må sees i forhold til informasjon, kommunikasjon, brukernes forventninger og hvordan de opplever at tilbudene passer for dem.

Det mangler sikker kunnskap om bruk av tjenestene. Det er umulig å fastslå hvor stort et eventuelt underforbruk er, så lenge det ikke er foretatt systematiske undersøkelser av bruk av tjenestene for eldre med innvandrerbakgrunn sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Det er ønskelig med en nordisk undersøkelse om bruk av omsorgstjenestene generelt og fritt brukervalg spesielt. Etterspørsel må sees i forhold til hvilke typer tjenester det er snakk om. Mens det f.eks. ser ut til å være stor etterspørsel etter omsorgslønn, er det foreløpig liten etterspørsel når det gjelder sykehjemsplasser. Dette må også sees i sammenheng med at det er få eldre med innvandrerbakgrunn i de eldste aldersgruppene.

Eldre med innvandrerbakgrunn kan være i en utsatt posisjon når det gjelder sykkelighet. Høyere alder ved ankomst er forbundet med høyere sykkelighet. Både bakgrunn, migrasjonserfaringer og levekår vil ha konsekvenser for helse og behov for omsorgstjenester. Mange regner seg som eldre lenge før pensjonsalderen på 67 år. Det legges ofte vekt på at det kan være sammensatte problemer som krever en tverrfaglig tilnærming. Det er ekstra viktig å være oppmerksom på hvordan ulike kultursyn og sykdomsforståelse virker inn på hvordan en setter ord på problemer og søker hjelp, også når det gjelder demens og psykiske problemer. Det er behov for mer forskning på dette området.

En gjennomgang av norsk, nordisk og internasjonal litteratur viser at mange av de samme problemstillingene går igjen i studiene av eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenestene.

Blant mange ikke-vestlige innvandrere er det tradisjoner for familieomsorg. Det er imidlertid ikke alle som har familie, og mange eldre med innvandrerbakgrunn bor uten omsorgspersoner i husholdningen. En må regne at det kan skje endringer i forventninger og praksis som et ledd i tilpasningen til en ny livssituasjon. Dette vil bety at en må arbeide for å komme fram til en gunstig kombinasjon av offentlige tiltak (formell omsorg) og hjelp fra familie og nettverk (uformell omsorg) også for eldre med innvandrerbakgrunn.

Det advares mot å tenke på eldre med innvandrerbakgrunn som en homogen gruppe som er «annerledes» og «har spesielle behov» i forhold til majoritetsbefolkningen. Stereotype oppfatninger kan forsterke avstanden mellom «oss» og «dem». Samtidig kan det virke ekskluderende hvis en unnlater å planlegge for at deler av befolkningen kan ha særegne behov. Representanter for omsorgstjenestene understreker ofte betydningen av en individuell tilnærming. Samtidig etterlyses mer kunnskap om ulike kulturer. Vi vil ha nytte av representative undersøkelser av eldre innvandrere som grunnlag for planlegging. Dette gjelder både med tanke på å gjøre de generelle tilbud tilgjengelige for ulike brukergrupper og med tanke på eventuelle spesialtilbud til eldre med innvandrerbakgrunn. Det trengs forskning som tar utgangspunkt i brukernes perspektiv. Kultursensitivitet og respekt for mangfold krever løpende kommunikasjon med brukerne.

Internasjonale undersøkelser gir ikke entydige svar på om det er best å utvikle kulturspesifikke tjenester eller om en hovedsaklig bør satse på å gjøre

de generelle tjenestene mer kultursensitive. Erfaringer fra land der mange kulturer er representert, viser at det kan bli vanskelig å gi kulturspesifikke tilbud til alle aktuelle etniske grupper. En løsning kan være multikulturelle bo- og servicetilbud.

Blant eldre fra etniske minoriteter vil det være en kombinasjon av «opprinnelige» og «nye» verdier og vaner. Forskning fra andre land viser at ikke alle foretrekker spesielt tilrettelagte tilbud. Dette vil også kunne gjelde i Norge og vil bli enda tydeligere etter hvert som personer med innvandrerbakgrunn, som har vokst opp her i landet, blir eldre. Det er da ikke på forhånd gitt hvilke kulturelle aspekter som blir mest rådende når det gjelder å prioritere tilbud og boformer innen eldreomsorg.

I Sverige er det en rekke eksempler på egne bo- og servicetilbud til eldre med innvandrerbakgrunn. Svenske undersøkelser viser at det i de fleste grupper er noen som ønsker omsorgstilbud på sitt eget språk og noen som også ønsker segregerte tilbud. Fra dansk hold er det argumenter for å satse på differensiert informasjon, samtidig med at ytelsene skal foregå på like fot med den øvrige befolkning.

Foreløpig er det kun et fåtall eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn på aldersinstitusjoner her i landet.

Arbeidsplasser i helse- og omsorgstjenestene blir i økende grad flerkulturelle. Dette mangfoldet kan fungere som en ressurs i forhold til kulturforståelse, men det fordrer en aktiv personalpolitikk, faglige diskusjoner og åpenhet i forhold til forskjellighet. Et minoritetsperspektiv krever bevissthet om den kultur som ligger til grunn for praksis, og det tjenestetilbud som er utviklet i majoritetsbefolkningen. God språkopplæring og kompetanseutvikling blir sentrale temaer.

Når omsorgstjenestene skal imøtekomme brukernes behov, blir forholdet mellom omsorgsgiver og mottaker av avgjørende betydning. Intervjuer med ansatte fra kommuner og bydeler der omsorgstjenesten har erfaringer med ikke-vestlige innvandrere, understreker vilje og interesse for å lære om og av dem de møter. Kommunikasjon og best mulige betingelser for gjensidig forståelse og kontakt blir et overordnet mål og en utfordring for alle uansett etnisk bakgrunn. Dette målet er nært knyttet til kompetanseutvikling og kulturkunnskap. Kulturforståelse dreier seg om en orientering og en tilnæringsmåte mer enn forhåndsbestemte oppfatninger. Det krever oppfølging av ansatte med opplæring, veiledning og samarbeid.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Hvordan kan en bidra til at eldre med innvandrerbakgrunn får god omsorg på linje med etnisk norske eldre? Det er et hovedspørsmål i denne rapporten.

I de senere år har flere sentrale meldinger og styringsdokumenter påpekt betydningen av å rette søkelyset mot eldre innvandreres situasjon i dagens og morgendagens Norge. Dette gjelder offentlige dokumenter som tar opp innvandring, flerkulturelle perspektiver og mangfold i samfunnet mer generelt og de som konsentrerer seg om helse- og omsorgstjenesten spesielt. Eksempler på det første er St.meld. nr. 17 (1996–97): «Om innvandring og det flerkulturelle Norge» og St.meld. nr. 49 (2003–2004) om «Mangfold gjennom inkludering og deltakelse». I sistnevnte melding påpekes betydningen av å imøtekomme nye brukergrupper av eldre.

Viktige signaler for omsorgstjenestene er å finne blant annet i «Handlingsplanen for eldreomsorgen» (St.meld. nr. 50, 1996–97), «Innhald og kvalitet i omsorgstjenestene» (St.meld. nr. 28, 1999–2000) og «Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene» (St.meld. nr. 45, 2002–2003). I sistnevnte melding fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sette i gang en kartlegging av ressurser og behov i kommunene når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester for etniske minoriteter. Dette resulterte i NOVA-rapport 9/06 (Ingebretsen og Romøren 2005). Erfaringene fra det prosjektet viser at det er behov for kulturelt og språklig tilpassede tjenester. Sentrale problemer er knyttet til: (1) informasjon, språk og kommunikasjon, (2) spørsmål om forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester, og (3) opplæring, samarbeidsforhold og veiledning til personell.

Siden den tid har det i St.meld. nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» blitt poengtert at det blir økt mangfold. «Dagens og morgendagens utfordringer krever økt vektlegging av tilpassede tjenester med en tverrfaglig og bred tilnærming, hvor samspillet med den enkelte bruker er i sentrum» (s. 9).

Også i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helse-tjenesten (Sh.dir. 2005), vises det til behovet for kontinuerlig forbedring av

tjenestene på grunn av samfunnsutviklingen og fordi brukeres forventninger og krav til medvirkning endres.

En viktig føring for arbeidet med kvalitetsforbedring er at «tjenestene skal være preget av respekt for menneskeverdet, omsorg og ansvar for den enkelte uavhengig av alder, kjønn og rase, og uavhengig av sykdom, plager og fase i livsløpet» (s. 10).

Målet med denne rapporten er å gi en best mulig kunnskapsoversikt over hva som er utført av forskning og utviklingsarbeid når det gjelder eldre med innvandrerbakgrunn og omsorgstjenester her i landet og i Norden. Gjennom å formidle erfaringer fra relevant forskning og utviklingsarbeid på dette området, er målet også å identifisere kunnskapshull og problemstillinger som trenger nærmere utforskning.

Denne statusrapporten er ledd i en større satsing etter at det fra desember 2005 ble bevilget midler til NOVA fra Kommunal- og regionaldepartementet, senere Arbeids- og inkluderingsdepartementet, til en forskerstilling knyttet til «Eldre innvandrere – tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet». Det overordnede målet med stillingen er å styrke kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget for politikktutforming på området. Særlig oppmerksomhet rettes mot eldre med ikke-vestlig bakgrunn. Foruten spørsmål om tilgang på tjenester, er det viktige spørsmål knyttet til integrerte eller segregerte tilbud og valgfrihetens betydning for at eldre med innvandrerbakgrunn skal få omsorgstjenester som er likeverdige med tjenester til eldre uten innvandrerbakgrunn. Andre relevante spørsmål er om helseforhold, sosial alder og ulike kulturelle normer blant annet når det gjelder familiens rolle i omsorgen, virker inn på hjelpebehov og etterspørsel av tjenester.

Begrepsbruken på dette feltet kan være komplisert. Det er vanskelig å finne presise uttrykk. Begrepet «eldre innvandrere» omfatter mennesker med ulik religiøs, språklig og kulturell tilknytning. Det er ulike grunner til at de har kommet til Norge og de har bodd her i kortere eller lenger tid. I den forstand kan begrepet sies å representere en grov forenkling. Det er også en fare for at begrepet får negative konnotasjoner. Det diskuterer vi i kapittel 1.4. Likevel har vi valgt å bruke begrepet «eldre innvandrere» i denne rapporten. Vi bruker også begrep som «eldre med minoritetsetnisk bakgrunn» og «eldre med innvandrerbakgrunn». Dette er av hensyn til en språklig forenkling og variasjon. Når det gjelder hvem som regnes som «innvandrere» og «ikke-vestlige innvandrere» har vi holdt oss til de definisjoner som benyttes av SSB (se pkt. 1.3).

1.2 Innholdet i rapporten

Rapporten er delt inn i tre hoveddeler og består av ni kapitler.

Del I (kapittel 1 og 2) gir en bakgrunn for feltet. I kapittel 1 redegjør vi for antall eldre med innvandrerbakgrunn og prognoser for fremtiden. Vi reflekterer over hva det innebærer å være «eldre innvandrere» og å eldes i et fremmed land, samt viser til sentrale offentlige dokumenter om myndighetenes tanker og planer for dagens og morgendagens omsorgstjenester. Innvandreres helse og levekår, basert på norske undersøkelser beskrives i kapittel 2.

I del II gjør vi rede for omsorgstjenester for eldre innvandrere basert på studier og praktiske erfaringer. Kapittel 3 omhandler litteratursøk. Deretter presenterer vi norske (kapittel 4) og nordiske (kapittel 5) undersøkelser, samt noen eksempler på europeiske tiltak for eldre innvandrere (kapittel 6). I kapittel 7 fokuserer vi på de kommunale omsorgstjenestene i Norge, blant annet ved intervjuer med representanter fra hjelpeapparatet med vekt på forebyggende arbeid, hjemmetjenester og aldersinstitusjoner.

Del III (kapittel 8 og 9) omfatter diskusjon, oppsummering og forslag til videre forskning. I kapittel 8 tar vi opp de mest aktuelle problemstillingene for tilpasning av omsorgstjenestene som tilgang til og forbruk av omsorgstjenester, spørsmål om helse og aldring, psykisk helse og demens, familieomsorg og/eller offentlige tjenester, brukervalg og preferanser, generelle eller spesielle tilbud og kulturmøter og kvalifisering av personalet. Vi avslutter (kapittel 9) med en oppsummering av erfaringer og forslag til tiltak og videre forskning.

1.3 Hvor mange eldre med innvandrerbakgrunn er det i Norge i dag og hvor mange vil det bli i fremtiden?

Det har lenge vært snakk om at vi må forvente at det blir stadig flere innvandrere med behov for pleie- og omsorgstjenester. Vi ønsker å sette dette i sammenheng med innvandring mer generelt.

Vårt utgangspunkt for å gå til statistikken er her å klargjøre hvor mange eldre med innvandrerbakgrunn det er i dag, hvor mange det forventes å bli i fremtiden og hvilke konsekvenser dette får for omsorgstjenestene.

Innvandrere utgjør en sammensatt gruppe. «Innvandrere» betyr at begge foreldre er født i utlandet. Til innvandrerbefolkningen hører både første-generasjonsinnvandrere, som selv er født i utlandet, og personer født i Norge

med to utenlandsfødte foreldre. Den siste gruppen kalles også etterkommere (SSB). Med vestlige innvandrere menes innvandrere med bakgrunn fra land i Vest-Europa (unntatt Tyrkia), Nord-Amerika og Oseania. Ikke-vestlige innvandrere brukes her om personer med bakgrunn fra Øst-Europa, Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Tyrkia)

Østby (2006a) påpeker at det lett kan danne seg forenklete oppfatninger om sammensatte forhold knyttet til innvandring. Det vil være store forskjeller mellom ulike grupper av innvandrere og også innad i de ulike gruppene. De har kommet til Norge av ulike grunner, som arbeidsmigranter, flyktninger eller gjennom familiegjenforening. Det dreier seg om en sammensatt gruppe også med hensyn til hvor lenge de har vært i Norge.

Statistisk sentralbyrå (SSB) har dokumentert veksten i innvandrerbefolkningen. Fra 1970 til i dag er den mer enn seksdoblet fra 60 000 til 387 000 (Østby 2006a og b). Ved starten av 2006 utgjorde de 387 000 personer eller 8,3 prosent av befolkningen i Norge. Av disse er 319 000 første-generasjonsinnvandrere, og 68 000 personer er født i Norge av to utenlandsfødte foreldre. Det er innvandrere fra 208 ulike land og selvstyrte regioner.

I SSBs nyeste oversikter deles innvandrerbefolkningen inn i fire grupper etter landbakgrunn: 1) Norden, 2) EU/EFTA (utenom Norden), Nord-Amerika og Oseania, 3) Øst-Europa utenom EU og 4) Afrika, Asia (inkludert Tyrkia) og Latin-Amerika (kalles også den tredje verden). De såkalte ikke-vestlige land er gruppene 3 og 4; land i Asia med Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika og Øst-Europa. (Tabell fra statistikkbanken i appendiks). Det er pr. 1. januar 2006 til sammen 217 000 innvandrere fra den såkalte tredje verden. Mens innvandrerbefolkningen fra vestlige land har holdt seg stabil, har det vært en jevn økning blant dem med ikke-vestlig bakgrunn.

Innvandrerbefolkningen og alder

Når det er snakk om «innvandrerbefolkningen» og behov for omsorgstjenester, trengs oversikter over aldersfordeling og opphavsland. Aldersfordelingen i innvandrerbefolkningen sett under ett skiller seg ikke vesentlig fra totalbefolkningen med unntak av unge voksne og eldre (Østby 2004).

Innvandrerbefolkningen har flere unge voksne og færre eldre. I befolkningen totalt er 19 prosent over 60 år, blant personer med minoritetsetnisk bakgrunn gjelder det 9 prosent, og blant ikke-vestlige er kun 4,5 prosent over 60 år. Eldre med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn utgjør derfor fortsatt

en liten andel, men oversikt over antall personer med innvandrerbakgrunn som er over 50 år tyder på at antallet 60+ vil øke de nærmeste årene (Østby, 2002). St.meld. nr. 49 (2003–2004) viser til en framskriving der antallet pakistanere over 60 år vil bli tredoblet i løpet av en tiårsperiode (Østby 2004). Slike endringer i befolkningen er det viktig å kunne forholde seg til også med tanke på omsorgstjenestene.

Pr. 1. januar 2006 er det 34 072 personer over 50 år og 12 850 personer over 60 år med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Over 67 år er det 6415 personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Dette tilsvarer ca. 1 prosent av alle eldre i Norge. (www.ssb.no/innvbef/tab-2006-05-11-06.html). Befolkningsstatistikken pr. 1. januar 2006 viser også at av personer med flyktningbakgrunn (117 000 personer) er det kun 5 prosent som er over 60 år. De fleste (66 %) er mellom 20 og 49 år. Med person med flyktningbakgrunn menes både flyktninger og indirekte flyktninger, dvs. de som er kommet senere som familiemedlemmer (Samfunnsspeilet 4/2006, s. 116).

Aalandslid (2005) viser at det er flere vestlige (2,1 % av alle eldre 67+) enn ikke-vestlige eldre innvandrere (0,9 %), men at dette vil endres i årene framover (tallene er fra 1. januar 2004, men det er ikke avgjørende endringer til 2006).

Av de som er over 67 år dominerer kvinner og menn fra Danmark, USA, Sverige, Tyskland og Storbritannia. Blant de 20 største innvandrergruppene over 67 år er ti ikke-vestlige land representert. Den største ikke-vestlige gruppen (på 6. plass i størrelse) er fra Bosnia-Hercegovina (950 personer), deretter følger Vietnam (480), Polen (430) og Pakistan (350). Ser en imidlertid på de som snart blir gamle – aldersgruppen 50–66 år – rykker Pakistan, som totalt representerer den største innvandrergruppen i Norge, opp på en fjerdeplass med 2890 personer. Av de 20 største innvandrergruppene for personer mellom 50 og 66 år er det 14 fra ikke-vestlige land.

Levealder og hvorvidt innvandrerbefolkningen blir boende i Norge, blir avgjørende for om de vil være blant «eldre» i Norge om 10–20 år. Aalandslid (2005, s. 144) konkluderer med at foreløpige analyser ikke tyder på stor utflytting av ikke-vestlige eldre innvandrere, og at det trolig heller ikke blir store overraskelser når det gjelder ikke-vestlig eldre-innvandring.

Når det gjelder omsorgstjenester må en også se disse tallene i forhold til helsetilstand. Ikke-vestlige innvandrere synes i større grad enn resten av befolkningen å bli sykere med årene. Sykeligheten er størst blant de med kort botid. Se mer om helse i kapittel 2.

Framskrivinger – Hvordan vil det bli?

Framskrivinger av innvandrerbefolkningen har vært etterlyst, og har etter hvert blitt tilgjengelig (SSB, desember 2005). En begrunnelse for framskrivinger er hensynet til planlegging av offentlige tjenester.

Det er mange usikkerhetsmomenter knyttet til slike framskrivinger og det foreligger tre beregningsalternativer knyttet til størrelsen på nettoinnvandring (tilvekst av innvandrere i forhold til utvandring), fruktbarhet og levealder. Framskrivningen er utført etter samme modell som den ordinære befolkningsframskrivningen (Kohort-komponentmodell, se Brunborg & Texmon 2006). Framskrivningsresultatene tyder på at innvandrerbefolkningen vil øke fra 365.000 i 2005 til mellom 510.000 og 630.000 i 2015 og til mellom 1 og 2 millioner i 2060. Dette tilsvarer en andel av befolkningen fra knapt 8 prosent i 2005 til mellom 19 og 27 prosent i 2060 (Brunborg & Texmon 2006). Ut fra estimater om tilvekst av nye innvandrere, vurderes innvandrerbefolkningen til fortsatt å være forholdsvis «ung». Også Østby (2006b) konkluderer med at «ikke-vestlige innvandrere er en ung og relativt raskt voksende gruppe i befolkningen, men at om noen år kommer antallet eldre til å vokse mye» (2006b, s. 59)

Det forventes sterkest tilvekst av innvandrere fra Afrika, Asia og Latin-Amerika. Mens det i dag er ca. 200 000 fra denne delen av verden, vil denne gruppen ventelig vokse til mellom 600 000 og 1,2 millioner i 2060.

Innvandrerbefolkningen er fremskrevet etter kjønn, alder, landbakgrunn, generasjon, tid og ut fra ulike beregningsalternativer. Ved alternativet for moderat vekst (Alternativ MMM) vil det være over 90.000 ikke-vestlige innvandrere over 67 år i 2060. Avhengig av beregningsgrunnlaget anslås antallet mellom 65.000 og 111.000. Det vil være flere kvinner enn menn. Ut fra det moderate beregningsgrunnlaget vil det være over 30.000 ikke-vestlige innvandrere over 80 år (mellom 22.000 og 40.000). Mange av disse vil rimeligvis få behov for omsorg. 2060 er likevel så langt frem i tid at det kan være vanskelig å ha noen klar formening om hvordan dette vil arte seg.

Prognosene for 2015 ligger på mellom 7400 og 8000 ikke vestlige innvandrere over 67 år og mellom 1160 og 1260 personer over 80 år. På landsbasis er dette forholdsvis lave tall. Det er en viss overvekt av kvinner i forhold til menn. Dette gjelder særlig blant personer over 80 år.

	2015			2060		
	<i>Middels</i>	<i>Lav</i>	<i>Høy</i>	<i>Middels</i>	<i>Lav</i>	<i>Høy</i>
Menn						
80 år +						
Alle	2253	2177	2339	25759	17076	36633
Ikke-vestlige	480	465	497	11741	8304	14904
67 år +						
Alle	13061	12661	13520	80401	53985	111824
Ikke-vestlige	3731	3603	3844	37489	26787	46227
Kvinner						
80 år +						
Alle	4562	4337	4811	37714	26117	52353
Ikke-vestlige	725	691	760	19828	14360	25261
67 år +						
Alle	16757	16173	17411	99649	69954	134588
Ikke-vestlige	4001	3815	4155	53145	38961	65273
Alle						
80 år +						
Alle	6815	6514	7150	63473	43193	88986
Ikke-vestlige	1205	1156	1257	31569	22664	40165
67 år +						
Alle	29818	28834	30931	180050	123939	246412
Ikke-vestlige	7732	7418	7999	90634	65748	111500

Store forskjeller mellom kommuner

Det er store forskjeller mellom kommuner når det gjelder personer med innvandrerbakgrunn. Det er en tendens til at innvandrerbefolkningen flytter fra de minst sentrale områdene. Ca. 45 prosent av alle innvandrere, og over halvparten av innvandrere fra Asia og Afrika, bor i Oslo og Akershus (Forgaard 2006). Oslo-dominansen er mindre blant de med flyktningbakgrunn sammenliknet med andre innvandrere.

I sin sammenlikning mellom Norge og Danmark finner Blom (2006) at andelen av ikke-vestlige innvandrere er omtrent den samme i begge land. Oslo har imidlertid en høyere andel (18,2 %) ikke-vestlige innvandrere enn København (11,4 %). I bydeler som Søndre Nordstrand, Alna, Stovner og Grorud er andelen over 30 prosent. Av andre norske byer er det kun Drammen som ligger tilnærmevis så høyt som Oslo med en andel ikke-vestlige innvandrere på 14,3 prosent av befolkningen (Blom 2006).

Prosjektet «Omsorgstjenester med mangfold» viste at ved årsskiftet 2003/2004 hadde 17 kommuner og bydeler i Norge over 200 personer over 60 år med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Dette gjaldt i ti bydeler i Oslo og de sju bykommunene Fredrikstad, Bærum, Drammen, Kristiansand, Trondheim, Stavanger og Bergen. Oslo skiller seg ut med mange ikke-vestlige eldre innvandrere. De aktuelle bydelene i Oslo er: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, Bjerke, Grorud, Stovner, Alna, Nordstrand S, Østensjø og Frogner (Ingebretsen & Romøren 2005). Andelen med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i forhold til totalbefolkningen i de aktuelle aldersgrupper, ligger på 2–4 prosent av alle over 60 år og 1–2 prosent for de over 75 år. Selv i de kommuner og bydeler som har flest eldre innvandrere dreier det seg altså om lave andeler. I noen av bydelene i Oslo er andelen innvandrere i forhold til totalbefolkningen av eldre større. Høyest er andelen på Søndre Nordstrand der eldre ikke-vestlige innvandrere over 60 år utgjør 27 prosent av totalbefolkningen over 60 år. For personer over 75 år er den tilsvarende andel 13 prosent.

Hvor mange eldre innvandrere som bruker de kommunale omsorgstjenester er ikke godt nok registrert. I den aktuelle undersøkelsen var det bare to bydeler i Oslo som oppga antall brukere med innvandrerbakgrunn. Søndre Nordstrand hadde ca. 10 prosent (50 av 500) brukere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i hjemmetjenesten. For Grünerløkka gjaldt dette for ca. 2 prosent av brukerne i hjemmetjenesten. Det var kun spredte eksempler på erfaringer med eldre innvandrere i aldersinstitusjoner.

Selv i kommuner og bydeler med minimum 200 personer over 60 år med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn, er det stor variasjon når det gjelder hvor mye og hva slags erfaring som finnes. Noen kommuner og bydeler viser til et stort spekter av både brukere og ansatte innen pleie- og omsorgstjenesten. Andre har erfaring med få personer eller få grupper av innvandrere og flyktninger. Denne variasjonen blir enda større hvis en tar for seg alle landets kommuner. Det kan være ulike utfordringer i større byer sammenlignet med andre kommunetyper. Thyli et al. (2007) peker på at det er behov for transkulturell kompetanse knyttet til økt alders- og sykdomsbelastning i innvandrerbefolkningen også i kommuner utenfor storbyregionene.

Som det understrekes i NOVA-rapporten «Omsorgstjenester med mangfold» (Ingebretsen & Romøren 2005) kan alle norske kommuner og bydeler få spørsmål om pleie- og omsorgstjenester til mennesker som kommer til

landet fra alle verdenshjørner – mennesker med ulike bakgrunn, ulike botid i landet og med ulike forutsetninger for å kjenne norsk kultur og eldreomsorg. Spørsmål om eldre med etnisk minoritetsbakgrunn blir stadig mer aktuelle i årene som kommer.

Både i St.meld. nr. 49 (2003–2004) og i NOVA-rapport 9/05 understrekes betydningen av at kommunene følger utviklingen av befolkningen, potensielle brukere og brukere av omsorgstjenesten med tanke på å planlegge tilbud av tjenester også til eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. For innvandrerbefolkningen er ikke framskrivingen tilgjengelig på kommunenivå. Det arbeides imidlertid med dette i SSB, slik at tall evt. vil kunne foreligge i løpet av 2007.

En kan ikke uten videre slutte fra andelen eldre innvandrere til andelen som kommer til å bruke omsorgstjenester. De opplysninger som foreligger så langt om helsetilstand og familieomsorg viser betydningen av å inkludere eldre innvandrere i planleggingen av tjenester. Daugstad (2005) konkluderer med at det med økt botid ser ut til at ikke-vestlige innvandrere etter hvert deltar på sentrale samfunnsområder på lik linje med befolkningen ellers. Dette kan bety at også eldre innvandrere vil kunne komme til å etterspørre omsorgstjenester på lik linje med etnisk norske i fremtiden.

Med den individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) som er innført som obligatorisk i kommunene fra 2006, registreres individopplysninger om søkere og mottagere av kommunale sosial- og helsetjenester (<http://www.shdir.no/iplos/>). Det dreier seg om detaljerte opplysninger om funksjonsnivå, diagnose og bruk av kommunale tjenesten – både hjemme-tjenester og i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester. Ikke-kommunale døgntilbud (innen somatisk sykehus, psykiatri og rehabilitering) blir også registrert. Data er anonymisert, men i prinsippet har SSB mulighet til å koble registre og analysere tjenestebruk for ulike brukergrupper gitt at de juridiske forhold er avklart.

1.4 Om begrepet eldre innvandrere

Begrepet «eldre innvandrere» ble tatt i bruk omkring 1970. Det gjaldt i Sverige og i rekke andre land i Europa. På 1980-tallet, og enda mer utover i 1990-åra, kom flere offentlige utredninger om svensk innvandringspolitikk hvor dette begrepet ble brukt (SOU: 1997: 76, s. 21, Romstrøm, 1996B). Det er vanskelig å fastlå nøyaktig når begrepet eldre innvandrere første gang

ble benyttet i Norge. Birkeland hevder i alle fall i 1990 at det på det daværende tidspunktet ikke fantes noe annet arbeid om temaet enn hennes eget (Birkeland, 1990: 1).

Den vanligste forklaringen på økt interesse for temaet eldre innvandrere er at tallet har økt betydelig de siste to–tre tiårene. Det gjelder alle de skandinaviske landene, inkludert Norge. Men Romstrøm (1996: 39) hevder at dette er en altfor enkel forklaring på hvorfor nye sosiale kategorier etableres. Det har vært innvandrere i Sverige i uminnelige tider – som alle er blitt gamle. Likevel ble de ikke betraktet som en særskilt kategori. Gaunt (1996: 341) mener den økte interessen for disse gruppene har sammenheng med holdningsendringer i den svenske innvandringspolitikken. Den er gått i retning av større vekt på pluralisme, og på nedtoning av assimileringsspektet.

Uttrykket «eldre innvandrere» blir ofte kritisert. I følge (Romstrøm, 1996: 63) representerer begrepet to ulike tolkningsrammer for kategorisering, som dels konkurrerer med hverandre: Det er ofte uklart om det er alder eller etnisitet som skal ha prioritet. Begrepet kritiseres også ofte for å være en grov forenkling av virkeligheten, og for å representere en negativ stereotypisering av gamle fra andre kulturer. «Eldre innvandrere» er ikke noen enhetlig gruppe, men tvert imot en svært sammensatt kategori. Ulike personer vil kunne forholde seg høyst ulikt til gruppen de tilhører. Stereotypiseringen består i at gamle fra andre kulturer framstilles som fattigere, sykere og mer ensomme enn majoritetsbefolkningen, det vil si som en kontrast til det normale (SOU, 1997: 76: 22). Faren med forskning og kunnskapsinnhenting på slike premisser er at man lager store, homogene og abstrakte grupper, som gjør at de man studerer reduseres til enheter som plasseres i kategorier de selv ikke har noen innflytelse på. Dette til tross for at dataene som generaliseringene bygger på, ofte er basert på små og lite representative utvalg (Torres, 2006).

En annen innvending mot begrepet «eldre innvandrere», er at disse menneskene ikke nødvendigvis representerer noe problem, slik betegnelsen uvegerlig gir assosiasjoner til. I følge en utredning fra det svenske sosialdepartementet har de fleste av dem vært i Sverige mer enn halve livet, og noen opp til 50–60 år. De er svenske statsborgere, har lært seg språket og identifiserer seg kanskje slett ikke som innvandrere. Men det går også fram av rapporten at dette særlig gjelder innvandrere fra Norden. I Sverige utgjør de sistnevnte en svært stor andel av de utenlandsfødte. Bare en liten del av de

eldre innvandrerne kommer til landet når de er gamle, og de fleste av dem bor sammen med sine barn (SOU, 1997: 76: 20).

En mer «konspiratorisk» forklaring på hvorfor begrepet «eldre innvandrere» er så mye brukt, er teorien om at «et hvert system skaper sine brukere» (Romstrøm, 1996: 37). Det vil si at samfunnet projiserer sine behov for å avgrense, definere og eventuelt hjelpe en gruppe, som så gis et navn. Etnosentrisme er en variant av dette: en etnisk gruppe projiserer sine vurderinger på en annen. I følge Romstrøm (ibid: 47) er det mye som tyder på at eldre innvandrere er utsatt for alle disse typene projiseringer. Det gjør at begrepet «eldre innvandrere» sier like mye om makthaverne som om de gamle innvandrere, hevder han.

Torres (2006) deler denne oppfatningen. Hun påpeker at i Sverige har eldreplanleggere og praktikere vært svært sentrale i forhold til å konstruere den sosiale kategorien «sårbar eldre innvandrere med spesielle behov». De framstilles som et potensielt problem, og som en stor utfordring i forhold til å sørge for adekvate omsorgstjenester.

Et lignende perspektiv legger Olsson (1999) til grunn når han hevder at vurderinger og utredninger av hva slags omsorg en person trenger, dreier seg om en komplisert forhandling, hvor hensikten fra myndighetenes side er å redusere og styre klientens etterspørsel etter hjelp til nettopp det myndighetene har å tilby.

Tross innvendingene mot begrepet «eldre innvandrere» har det fortsatt å eksistere og er hyppig i bruk i det offentlige politiske ordskifte. Det gjelder også i Norge. Det herværende oppdraget er et eksempel på at temaet «eldre innvandrere» stadig er av interesse, og at det har vært vanskelig å finne erstatning for dette begrepet.

1.5 Om å eldes i et fremmed land

Når samfunnet forandrer seg raskt, vil eldre menneskers erfaringer og kunnskaper ha tendens til å avta i betydning. Derfor mister de eldre sin status i det moderne samfunnet. Dette er hovedinnholdet i den såkalte moderniseringsteorien. Samfunn som legger stor vekt på selvstendighet og uavhengighet bidrar til å gjøre alderdommen særlig besværlig, siden det å bli gammel for de fleste innebærer et tap av dette (Holzberg, 1982 i Romström, 1996: 55).

Moderniseringsteorien brukes også for å forklare den vanskelig situasjonen som spesielt eldre innvandrere fra land i den såkalte tredje verden kan

havne i. Disse vil ofte oppleve et kultursjokk når de flytter til postindustrielle samfunn, som for eksempel de skandinaviske. Selv om de bedrer sin situasjon materielt og økonomisk, blir den samlede effekten likevel negativ, ifølge Welat Songur (1992 i Romström, 1996: 59). Kultursjokket forsterkes også av at mange innvandrere opplever at barna deres distanserer seg fra sin opprinnelige kultur og tar opp i seg det nye landets normer og praksis.

«*Double jeopardy*», som oversatt betyr dobbelt utsatthet, er en annen mye brukt beskrivelse på denne gruppen eldre innvandrere. Begrepet viser til at eldre innvandrere er «dobbelt diskriminert» – som innvandrere og fordi de er eldre (Ronström, 1996: 61). Svakheten ved hypotesen om dobbelt utsatthet er i følge Ronström at den er basert på en nivåfeilslutning: Man går ut fra en observasjon om strukturell diskriminering av en gruppe, og slutter derfra til det enkelte individ. At eldre og innvandrere er diskriminert betyr ikke *alle* eldre, eller at *alle* innvandrere er det. Ronström hevder også at studier så langt gir begrenset empirisk støtte til hypotesen. Eldre kan være diskriminert på noen områder, mens de ikke er det på andre områder (Heikillä, 1994 i Ronström, 1996: 61).

Det er heller ikke gitt at migrasjon i kombinasjon med alderdom fører til «dobbelt opp med problemer». Det kan like gjerne ha motsatt effekt (Fereshteh og Tornstam, 1996: 379). Kombinasjonen av akkumulert livsvisdom og erfaringer fra en ny kultur kan skape forutsetninger for å overskride visse typer psykologiske og kulturelle begrensinger. Det gjør det mulig å dra fordel av det kulturelle særpreget både i opphavskulturen og i vertslandets kultur. Dette kaller Tornstam *double-asset*-perspektivet. En double-asset-situasjon inkluderer således kulturell transcendens, eller overskridelse.

En annen grunn til at det å eldes i et nytt og fremmed land kan føre til større utsatthet og mer helseproblemer, er risikoen for sosial isolasjon og ensomhet. Ensomhet er et individuelt fenomen, og oppleves gjerne som følelsen av å mangle fellesskap. Men ensomhet er også et sosialt fenomen. Det oppstår ikke bare eller nødvendigvis fordi en person er fysisk alene, men fordi man ikke har mulighet for å samordne sine sosiale erfaringer i felles forståelse og meningsfylte fellesskap i forhold til sosiale relasjoner man inngår i, hevder Egeblad (2005). Grunnlaget for gjensidig identifikasjon mangler. Man kjenner seg ikke umiddelbart igjen, eller føle seg ikke gjenkjent og anerkjent i de sosiale relasjonene man inngår i.

Migrasjon fører ofte til opplevelse av tap (Østby, 2001). Man forlater velkjente steder og mennesker, og inngår ikke lenger i sosiale felleskap hvor man deler språk og selvfølgelig forståelser med flertallet av befolkningen. Man mister kanskje roller og funksjoner man tidligere hadde, for eksempel på arbeidsmarkedet, i nærmiljøet, i slektsnettverket m.m.

Å eldes i et annet land kan også forsterke følelsen av eksistensiell fremmedhet. Kultur en viktig medvirkende faktor til å strukturere meningsinnhold. Det er en vanlig oppfatning at innvandrere fra ikke-vestlige land kommer fra kulturer som har en mer kollektivistisk forståelse av selvet, med større vekt på relasjoner og roller som grunnlag for selvoppfatningen enn selvhevdelse og selvrealisering (Østby, 2003: 3). Når kulturen man er oppvokst i ikke lenger eksisterer, blir det opp til den enkelte å finne nye og meningsfulle måter å leve på.

I tillegg kan migrasjonen føre til en opplevelse av at fortiden mister relevans og gyldighet. Kunnskapene man har er ikke lenger anvendelig i det nye landet. Mye av det som tidligere var meningsfullt og ga grunnlag for opplevelse av tilpasning og identitet, forsvinner kanskje. Mange vil også være uforberedt på hvordan det er å bli gammel i det nye landet, fordi de ikke har noen «kollektive eldrebilder» å basere seg på (Egeblad, 2005). Alt dette vil kunne bidra til å forsterke opplevelsen av isolasjon og ensomhet og gjør eldre innvandrere til en sårbar gruppe.

1.6 Om begrepet etnisitet og om ulike perspektiver på etnisitet

Etnisitet er en betegnelse som brukes for å angi forskjeller mellom sosiale grupper på grunnlag av kulturelle kriterier. Sosiale sammenhenger som er organisert på basis av kulturforskjeller, foster etniske identiteter. Men det er disse kulturforskjellenes potensialer som sosiale grenser, ikke deres objektive innhold, som er viktig i denne prosessen. Det som aktørene ser på som «sosialt effektive» og signifikante er de kriteriene som får gjennomslag i kategoriseringen. Etnisitet er således et sosialt fenomen. Det skapes og gjen-skapes, og er dermed foranderlig (Olsson, 1999: 198).

Barth definerer en etnisk gruppe som en befolkning som identifiserer seg selv som en gruppe, og som av andre også oppfattes som en gruppe som skiller seg ut fra liknende befolkningskategorier. Etniske grupper er sosiale

kategorier som gir grunnlag for å tilskrive en person status. Relasjonene mellom ulike etniske grupper er organisert nettopp med referanse til slike statuser (Barth, 1969, Gaunt, 1996: 340). Etnisitet dreier seg også om forholdet mellom individ og gruppe. Dette forholdet er ikke er gitt. Tvert imot er det høyst variabelt i hvilken grad en person identifiserer seg med sin opphavsgruppe.

Noen mener etnisitet inngår som en grunnleggende egenskap ved det å være menneske. Andre er skeptiske til dette og hevder at det er en tendens til å overvurdere betydningen av etnisitet på bekostning av andre aspekter ved menneskets tilværelse som for eksempel kjønn, alder, klasse og interesser. Etniske identiteter behøver ikke å være viktigere enn andre identiteter (Romström, 1996: 51).

Barths begrepsdefinisjon inneholder både et element av frivillighet, av personlig identitet, og et aspekt med tilskrevet sosial identitet (Gaunt, 1996: 340). Likevel mener Cohen (1974 i Olsson, 1999: 200) at Barths etnisitetsbegrep er for statistisk og ikke tar nok hensyn til at menneskets psyke er dynamisk og forandrer seg i takt med sosiokulturelle endringer. I følge Cohen er det ingen vesentlig forskjell på etniske grupper og uformelle, politiske grupper. Også etniske grupper utvikles og styres i kamp for å oppnå ulike typer ressurser. Etnisitet er således, i følge Cohen, forankret i den samme politiske og økonomiske prosessen som utgjør rammene for den sosiale interaksjonen mellom alle de forskjellige (etniske) gruppene som fins i et samfunn. Men i det moderne pluralistiske samfunnet mangler etniske kollektiv en fast organisasjon. Derfor pågår det stadig konflikter om hvem som tilhører gruppen. Romström (1996: 43) hevder at etnisitet, på samme måte som klasse, kan betraktes som en ideologi for sosial kategorisering, snarere enn som en objektiv beskrivelse av et fenomen.

Et annet problem med etnisitetsbegrepet er at det ofte ikke er klart definert av den enkelte forsker. Det oversettes (fra engelsk) gjerne til «etniske grupper», og blir ofte brukt synonymt med minoritetsgruppe, ikke sjelden med klare konnotasjoner til undertrykte minoriteter.

Vi kan skille mellom to hovedperspektiver på etnisitet: et makrososiologisk og et mikrososiologisk. Det første innebærer en oppfatning om at alle som tilhører en avgrenset gruppe kjennetegnes av felles vurderinger og relativt likartet atferd. Hver gruppe har således sin særegne og unike kultur.

Det andre perspektivet legger større vekt på enkeltindividet og på individets evne og vilje til tilpasning og forandring. Den enkelte kjenner reglene og normene som hersker i en gitt situasjon på et gitt tidspunkt, men etnisk tilhørighet har ingen deterministisk funksjon. Tvert imot har mennesker stor evne til å omstille og forandre seg.

Valg av perspektiv kan få konsekvenser for hvordan man tenker seg samarbeidet mellom eldre innvandrere og myndighetene og for tilbudet av service og omsorg for gruppen. Ut fra et *makrososiologisk perspektiv* vil resonnetet være at hver gruppe eller folkeslag har sin måte å organisere eldreomsorgen på. Separate tilbud til ulike grupper er måten å ta hensyn til dette på. En annen følge av en denne tankegangen er at maktforholdet mellom den enkelte og «systemet» vil være preget av stor skjevhet, særlig i forhold til innvandrere. For å rette opp denne ubalansen må «ansatte-leddet» styrkes. Personalet har en nøkkelrolle i møte med eldre personer med annen kulturell bakgrunn. De trenger derfor opplæring i medisinske kulturelle spørsmål slik at de er i stand til å håndtere personer med ulik kulturell bakgrunn. Ønsket er å viske ut ulikhet i styrkeforholdet mellom ansatt og pasient ved å ta hensyn til pasientens kulturelle forestillinger.

I et *mikrososiologisk perspektiv* vil det være langt mindre opplagt at ulike grupper trenger hvert sitt spesialtilpassede tilbud for å få en tilfredsstillende eldreomsorg. Det er ikke gitt at eldre innvandrere er misfornøyd med tilbudet som myndighetene yter. Undersøkelser tyder eksempelvis på at det er liten eller ingen forskjell mellom den etnisk svenske majoritetsbefolkningen og innvandrergруппene (SOU, 1997: 31). Det er da heller ingenting i veien for at et menneske kan håndtere flere helsesystem og omsorgskulturer samtidig, og også utvikle flere identiteter (ibid: 76, 41). Det gir igjen mulighet for å flytte mellom system etter som man lærer seg spillereglene. Slik kan man dra nytte av dem alle. Derfor bør man ikke overdrive betydning av kulturelle skilnader i møte mellom helsevesenet og innvandlerne (ibid).

Man vet i det hele tatt lite om hvordan holdningen til bruk av omsorgsinstitusjoner varierer med etnisitet, hevder Sudha og Mutran (1999), og refererer til amerikanske forhold. Likevel blir såkalte kulturelle faktorer ofte brukt som forklaring på observerte forskjeller. Men dette er antagelser snarere enn dokumenterte konklusjoner. Det er heller ikke nødvendigvis noen motsetning mellom forklaringer som legger vekt på strukturelle hindringer og de som fokuserer på kulturelle preferanser. Kulturelle faktorer og holdninger vil ofte være bestemt av strukturelle forhold, hevder Sudha og Mutran (ibid).

Uansett hvilke løsninger for eldreomsorgen man velger, er det viktig å ha i mente det som i rapporten fra det svenske sosialdepartementet omtales som det *sosialpsykologiske perspektivet*, det vil si tilbøyeligheten til å gi positive svar. Et gjennomgående trekk ved forskning på eldre er nemlig at respondentene selv synes å være mer fornøyd med sin situasjon og med tilbudene de får enn det forskere og andre fagfolk gjerne mener det er grunn til. Enten det dreier seg om bruk av anonyme enquirer eller personlige dybdeintervju er dette tendensen (ibid). Flertallet svarer at de er fornøyd¹. Den vanligste forklaringen på dette er at det uttrykker en takknemlighetskultur. Det er i så fall lett å tenke seg at denne typen takknemlighet gjør seg enda sterkere gjeldende for innvandrere enn for majoritetsbefolkningen. Dels fordi de kanskje er «dårligere vant», dels fordi de muligens betrakter seg som gjester i landet.

En annen mulig forklaring på tendensen til 'positiv skjevhet' er at det skyldes «begrenset rasjonalitet»²: Ingen har uendelig med tid og krefter, og må derfor vie oppmerksomheten til et utvalg av saker. Man kjemper således ikke for å maksimere noe man finner rimelig akseptabelt, for eksempel det eksisterende tilbudet om omsorgstjenester. Så lenge en situasjon ikke er direkte dårlig, vil folk flest derfor akseptere den i stedet for å forsøke å endre den. For mange eldre vil begrensingen av tid og krefter dessuten være så stor at de ikke har mulighet for å engasjere seg i saker som for eksempel gjelder kommunens tilbud. Det er likevel påfallende at de i så liten grad gir uttrykk for misnøye.

Øker betydningen av etnisitet med alder?

Blant folk flest er det en utbredt oppfatning at betydningen av tidlige erfaringer i livet øker med alderen. Resonnementet som ligger til grunn er dette: Når alderdommen gjør seg gjeldende, de hverdagslige gjøremålene blir mindre presserende og forpliktelsene i yrkeslivet opphører, blir tiden for refleksjon og ettertanke større. Opplevelser, minner og savn fra tidligere år, trenger seg lettere på. Eldre som er vokst opp i andre land vil trolig savne både mennesker de står nær, men ikke har mulighet for å ha daglig kontakt med, og landskap, klima og levesett de vokste opp med.

¹ Gourette (2004) undersøkte for eksempel en gruppe indianere og fant at de var fornøyd med tilbudet de fikk «på alle dimensjoner». Dette var stikk i strid med forventningene.

² Bounded rationality er det engelske begrepet utviklet av økonomen Herbert Simon.

Oppfatningen om at tidlig-i-livet-erfaringer får økt betydning i alderdommen finner også gjenklang innenfor teorien. Det stemmer med Eriksens såkalte stadieteori. I følge denne er eldre mennesker opptatt med å integrere sitt «aldrende jeg» med sin opprinnelige herkomst fra barndom og oppvekst. Det gjør at deres opphavskultur, deres opprinnelige språk og etnisitet, kan komme til å bli viktigere med alderen (Ronström, 1996: 60).

Noen hevder at etnisitet er en viktig ressurs for å oppnå en god alderdom, fordi det representerer en forbindelse med en kulturell arv. Slik kan det også fungere som en kompensasjon for tap på andre arenaer man før har mestret, men ikke lenger har samme herredømme over. Etnisitet skaper opplevelsen av eksklusivitet og selvbevissthet. Det kan gi en positiv opplevelse av å være medlem av en spesiell gruppe og derfor av å dele noe med utvalgte andre. Etnisk identitet kan også fungere som en beskyttelse, som gjør at utestegning fra samfunnet oppleves mindre smertefullt (Holzberg, 1982 i Ronström, 1996: 55). Andre hevder at etnisitet har stor betydning i alderdommen, men mer indirekte. Det virker inn på hva slags roller og omgangsmønstre som utvikles i familien, og dermed på hvilken måte mennesker gestalter og opplever sin alderdom.

Teoriene om at etnisitet får økt betydning med alderen blir også kritisert, blant annet for å være for generelle. Er alle eldre opptatt av å sammenholde og koble minner fra hjemland og oppvekst med nåværende erfaringer, eller bare noen? Også tidligere forskning om hvor sammenhengende og helhetlig den personlige identiteten er, blir kritisert. Bacal (1996) som har studert latin-amerikanske innvandrere i Sverige, hevder at de eldre bygger opp *blandede* identiteter; den svenske og den latin-amerikanske. Disse identitetene får ulik tyngde, avhengig av hvilken situasjon som gjelder.

Ronström (1996: 3) hevder at alderdommen er i ferd med å etnifiseres. Han forklarer dette med at forskere, myndigheter og etniske grupper har «oppdaget» og skilt ut eldre innvandrere som gruppe. Spredningen av begrepet «eldre innvandrere» skjer fort, og stadig flere spesialløsninger settes i verk for å møte deres behov. For en stor del skyldes denne oppmerksomheten et lite antall nøkkelpersoner som har stor personlig interesse for innvandrere og eldre-spørsmål. Ofte har disse nøkkelpersonene arbeidet med problemstillingene i årevis, og har vært i posisjoner som har gitt dem mulighet for å mobilisere og frigjøre offentlige midler for formålet. Andre tiltak er kommet i gang spontant som svar på krefter innenfor innvandrerne egne

rekker, andre på initiativ fra myndighetene. Ronström hevder at en del av disse institusjonene «tyck svara mer mot de svenska myndighetenas föreställningar, villkor och behov än mot de gamla invandrarnas» (s. 3).

Etnifiseringen får også konsekvenser for majoritetsbefolkningens eldre, de vil si de man i utgangspunktet ikke tenker på som etniske. Også svenske pensjonistorganisasjoner o.l. begynner å framstille sine medlemmer som annerledes og «utvalgte», ofte med de samme retoriske og ekspressive former som ulike etniske grupper framfører. Det fører til at de svenske eldre blir «alltmer liks innvandrare, också de etnifiseres» (Ronström, 1996: 347).

1.7 Myndighetenes tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenestene

I perioden vi tar for oss (fra 1996 og fram til i dag) er det kommet tre stortingsmeldinger som berører pleie- og omsorgssektoren, og som vil være retningsgivende for prioritering og organisering av denne sektoren i årene framover. Det er særlig beskrivelsen av framtidige demografiske og sosiale endringer i helsevesenet, her under; hva slags oppmerksomhet eldre innvandrere får, samt hvordan regjeringen tenker å løse utfordringene på, som er interessante i denne sammenheng.

Også hvilke strategier som legges til grunn for å rekruttere personalet er viktig, siden personalet er en forutsetning for å realisere målene i eldreomsorgen. Det må være mange nok ansatte, og de ansatte må ha tilstrekkelige kvalifikasjoner. God omsorg oppstår nettopp i samspillet mellom personell og bruker, går det fram av St.meld. nr. 25 (2005–2006: 9).

Vi gir også en kort presentasjon av tre andre nylig utkomne meldinger, som også har relevans for politikk eldre med innvandrerbakgrunn.

3) St.meld. nr. 50 (1996–1997): Handlingsplan for eldreomsorgen. Sosialdepartementet

Meldingen er et forslag til en fireårig handlingsplan for utbygging av det som kalles «en helhetlig pleie- og omsorgskjede som ivaretar brukernes behov» (s. 5). Det overordnede budskapet er også i denne meldingen at brukernes behov skal stå i sentrum (s. 28).

I kapitlet «utforming av tjenestene framover», inngår et avsnitt (5.4) om «pleie- og omsorgstjenester til innvandrere». Innvandrerne er gjerne yngre enn majoritetsbefolkningen, men tallene er usikre og de demografiske prog-

nosene likeså, blir det påpekt. Innvandrere havner ofte i en dobbelt vanskelig situasjon som eldre: Migrasjon fører til at familieband svekkes, samtidig er mange ukjente med og føler seg fremmede overfor sosiale velferdsordninger som det nye hjemlandet tilbyr. Det påhviler derfor helse- og sosialtjenesten et stort ansvar å utarbeide informasjon om ulike tilbud i en form som gjør informasjonen tilgjengelig for eldre innvandrere (s. 30).

Videre blir det påpekt det allmenne ved behovet for å være sammen med mennesker man deler erfaringer og opplevelser med. Det er viktig å kunne snakke med andre som har samme referanseramme som en selv i form av språk, kultur og religion. Når de som er innvandret til landet blir eldre og ikke lenger kan bo i eget hjem, vil det i følge meldingen være ønskelig å legge forholdene til rette for at de kan bo sammen med andre som snakker samme språk og som har samme kulturbakgrunn (ibid).

Personalet blir trukket fram som et av virkemidlene for en god eldreomsorg. Satsingen på eldreomsorg vil kreve økte personalressurser. Det er ikke tilstrekkelig med en kvantitativ styrkning, Brukerne har større og mer sammensatte behov enn før. Derfor trengs det større faglig kompetanse blant personalet enn tidligere (s. 45).

1) St.meld. nr. 28 (1999–2000): Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Sosialdepartementet

Søkelyset i meldingen er rettet mot innhold og kvalitet i både helse- og sosialtjenesten. Det overordnede målet for omsorgstjenestene er å gi et tilfresstillende og mest mulig likeverdig tilbud til alle. Ytelsene skal tuftes på verdier som solidaritet med enkeltmennesket, respekt for integritet og selvstendighet, trygghet, medvikning og valgfrihet (s. 7–8).

Det er det offentlige som har ansvaret for at mennesker som trenger hjelp og omsorg får tilgang til tjenester som de etter loven har krav på. Det offentlige plikter også å informere om hva slags hjelp som kan gis og hvilke tilbud som fins. Kommunene skal ivareta disse oppgavene. Målet er at den enkelte, så langt mulig, skal få nødvendig hjelp til å bo og fungere som «et verdsatt medlem av familien og lokalmiljøet» lengst mulig. Dette kan gjøres ved å «skreddersy, treffsikre koordinerte og individuelt tilpassede tjenester» (s. 8). Prinsippet er således at mottakerne av tjenesten skal, så langt de er i stand til det, selv medvirke i forhold til hvordan tjenestene legges til rette (s. 9).

Utviklingen av et flerkulturelt samfunn har ført til at helse- og sosialtjenestene må endres og tilpasses slik at de kan gi et likeverdig tilbud til

en mer mangfoldig brukergruppe enn tidligere (s. 38). I denne sammenheng blir gruppen «eldre innvandrere» trukket fram. Det gjør også hjemmetjenestens vansker med å komme i kontakt med denne gruppen. Mangel på informasjon blant brukerne blir brukt som en viktig forklaring på dette og som en utfordring det offentlige må gjøre noe med.

Regjeringen er også opptatt av personalsituasjonen. «Ei av dei største utfordringane for omsorgstenestene er å rekruttere og å ta vare på personale», går det fram (s. 40). Enkelttiltak som økt lønn er ikke nok, blir det hevdet. Det trengs en helhetlig, samlet og langsiktig strategi for å sikre tilgang på personell. Aktivisering av arbeidsmarkedet innenfor EØS blir nevnt som et innsatsområde. Regjeringen vil for øvrig vurdere tiltak som gjør at flere med høyskoleutdanning tar videreutdanning i geriatri og eldreomsorg (s. 41).

2) St.meld. nr. 45 (2002–2003): Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet

Av meldingen går det fram at en av de største utfordringene framover er å høyne kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren. Eldre er den største brukergruppen i denne sektoren. Begrepet «eldre innvandrere» er likevel ikke nevnt. Brukere med minoritetsspråklig eller innvandrerbakgrunn får i det hele tatt lite oppmerksomhet i meldingen. De er heller ikke nevnt under «utfordringer», noe som ofte er tilfelle i offentlige debatter om eldreomsorg. Grunnen til fraværet av «eldre innvandrere» er at den daværende regjering mener hensynet til disse brukergruppene ivaretas gjennom prinsippet om fleksible og individuelle løsninger (s. 10). Pleie- og omsorgstjenestene skal i størst mulig grad være tilrettelagt med respekt for den kulturelle og religiøse tilhørigheten til tjenestemottakeren (ibid). Å holde i hevd ritualer og tradisjoner i forbindelse med sykdom, død og gravferd er viktige forutsetninger for et godt tjenestetilbud, går det fram. Regjeringen lover også at i arbeidet med ny rettleider til kvalitetsforskriften, vil omsynet til brukere med annen språklig, kulturell og religiøs bakgrunn bli tatt opp (ibid).

Senere i meldingen (s. 22) blir Norge omtalt som et «flerkulturelt land», og det blir påpekt at dette har konsekvenser for pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg til å sørge for tilgjengelig informasjon på ulike språk, består utfordringene i å utdanne helse- og sosialpersonell med minoritetsspråklig bakgrunn. Regjeringen ønsker å øke den kulturelle kompetansen i sektoren ved blant annet å dra nytte av disse ansatte med innvandrerbakgrunn sine erfaringer og språkferdigheter. Det vil gjøre det lettere å legge til rette for tjenestetilbud og

for brukermedvirkning for personer med annen kulturell bakgrunn enn norsk. Tilbud til minoritetsspråklige som trenger supplerende opplæring for å få autorisasjon som sykepleier eller hjelpepleier, skal derfor prioriteres (s. 54).

Det viktigste budskapet i meldingen er at brukernes individuelle behov skal danne grunnlaget for tjenesteytingen. Det gjelder uavhengig av om disse behovene har å gjøre med den språklige og kulturelle bakgrunnen til brukeren, eller om det er andre typer særskilte behov som gjør seg gjeldende (s. 38). Pasientrettsloven sikrer at informasjon om helsetjenestetilbudet skal være tilpasset de individuelle forutsetningene hos mottakeren, som språk og kulturbakgrunn. Det betyr at brukeren må få informasjon på en måte som gjør at vedkommende kan utøve sin medvirkerrett. I følge meldingen har flere kommuner tatt denne utfordringen på alvor og utviklet tjenestetilbud som er tilpasset brukere med minoritetsspråklig bakgrunn (s. 39).

3) St.meld. nr. 25 (2005–2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet

Som tittelen tilsier er det framtidens omsorgsutfordringer som står i fokus. Regjeringen presenterer hva slags kort- og langsiktige strategier de vil legge til grunn for å møte disse. Tidsperspektivet er fram til år 2015.

Det offentliges ansvar og rolle i forhold til velferdsoppgaver skal styrkes. Samtidig skal det legges til rette for frivillig engasjement. Uansett hvem som utfører tjenestene skal «enkeltmennesket» være i fokus. Framtidens velferds-samfunn må legge større vekt på frihet, mangfold og brukerinnflytelse, går det fram av meldingen. Dette kan bare realiseres ved individuell tilpasning eller såkalt «skreddersøm»: «Tjenestene skal så langt som mulig utformes med utgangspunkt i den enkeltes ønsker og individuelle behov» (s. 6).

Økt brukerinnflytelse innebærer at brukerne tilføres økt innflytelse og makt, slik at de i settes i stand til selv å ta avgjørelser. På den måten skal alle sikres mulighet til å leve et mest mulig meningsfylt og selvstendig liv, tross sykdom eller funksjonstap. For at dette skal la seg realisere er det nødvendig med en desentralisert forvaltning. Denne forvaltningen må arbeide tett sammen med familiene til dem det gjelder og med lokalsamfunn og frivillige organisasjoner.

I meldingen påpekes det at omsorg er mer enn bare pleie. Regjeringen erkjenner at det først og fremst er på det sosiale og kulturelle området at dagens kommunale omsorgstjeneste kommer til kort (s. 9).

Framtidige demografiske endringer har som konsekvens at det blir flere brukere, men også at brukerne har andre behov og problemer enn dagens mottakere (inkludert andre ressurser til å mestre dem). Dette vil kreve et mer mangfoldig tjenestetilbud (s. 10). At tallet på eldre med ikke-vestlig bakgrunn øker, bidrar til at framtidens brukere av omsorgstjenestene vil representere et større kulturelt mangfold enn før. I dag har mindre enn 1 prosent av i alt 600 000 eldre over 67 år ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, ytterligere 2 prosent har vestlig bakgrunn. Utfordringene som dette medfører skal fortrinnsvis løses innenfor rammen av individuell tilpasning, og «bør ikke føre til nye former for særomsorg for ulike grupper», går det fram av meldingen (s. 31).

Regjeringen er innforstått med at alt dette medfører økte behov for rekruttering av personell, og ønsker at det skal skje ved «økt utdanningskapasitet og egen rekruttering», ikke ved å importere arbeidskraft utenfra (s. 7). Problemene i dag er blant annet at en høy andel av de ansatte er uten helse- og sosialutdanning (s. 9).

4) **Storingsmelding nr. 49 (2003–2004): Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Ansvar og frihet. Kommunal- og regionaldepartementet**

Denne meldingen skiller seg ut fra de andre fordi temaet dreier seg om integrering generelt og ikke er særskilt rettet mot helse- og sosialområdet. Avsenderen er da også et annet departement enn de foregående.

Det er likevel interessant å undersøke i hvilken grad temaet omsorgstjenester, eventuelt eldre, er tatt opp. Det er det. Kapittel 12 dreier seg om «brukernes behov og tilpasning av offentlige tjenester». Her gjentas det som går fram i de tre ovennevnte meldingene, nemlig at brukeren må stå i sentrum. Videre blir det påpekt at bruk av tok og/eller oversatt informasjonsmateriale ofte er en forutsening for å kunne yte likeverdige tjenester til alle, men at felles språk ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å oppnå god kommunikasjon. Når befolkningen består av personer med ulike religiøse og kulturelle bakgrunn, må alle parter være klar over at man ikke kan ta for gitt at andre har samme referanser som en selv (s. 113).

Under temaet «tilpasning av tjenester og tilbud», blir eldre brukt som eksempel. Her går det fram at tallet på eldre innvandrere har økt, og at pleie- og omsorgstjenesten derfor må imøtekomme nye brukergrupper. Den enkelte kommune bør selv ta initiativ til å kartlegge hvor mange av inn-

byggerne som har innvandrerbakgrunn, samt deres alder og nasjonalitet. Ut fra disse lokalt registrerte behovene må tjenestene så legges til rette.

5) St.meld. nr. 20 (2006–2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet

Som tittelen tilsier, handler meldingen om sosiale forskjeller i den norske befolkningens helse og hva regjeringen vil gjøre for å utjevne disse. Selv om egen atferd har stor betydning for den enkeltes helse, er helse i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor individets kontroll. Så lenge de systematiske helseforskjellene skyldes ulik ressursfordeling, er det i følge regjeringen, samfunnets ansvar både å påvirke denne fordelingen i mer rettferdig retning, og likeså å skape en god folkehelsepolitikk som løfter befolkningen opp på samme nivå som de med best helse» (s. 5).

De fleste mest vanlige dødsårsakene er sosial skjevt fordelt. Blant de faktorene som varierer klart med egenrapportert helse, er utdanning. Men det er også en klar sammenheng mellom inntekt og helse. Hele livsløpet har betydning for helse. Dagens helsestatus for befolkningen skyldes derfor forskjeller i oppvekstvilkår flere tiår tilbake.

I kapittelet «Fakta om sosiale helseforskjeller» inngår «innvandrere» som et eget underpunkt. Det blir påpekt at det er store forskjeller mellom ulike innvandrergupper, trolig større enn variasjonene i majoritetsbefolkningen. Egenrapportert helse er dårligere blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Aller størst forskjeller er det i forhold til psykisk helse. Eldre innvandrere er ikke nevnt særskilt.

Blant virkemidlene som skal motvirke de sosiale helseforskjellene er overvåking og kartlegging av *utviklingen* i disse forskjellene. Til det trengs det spesifikke helseindikatorer. Forskning er også nødvendig. Det vil kunne gi informasjon om årsakene til forskjellene og grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som best kan settes i verk for å redusere dem.

6) St.meld. nr. 6 (2006–2007): Om seniorpolitikk. Seniorane – ein ressurs i norsk arbeidsliv. Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Målet med meldingen er å fokusere på personer over 60 år som en ressurs i arbeidslivet og legge grunnlaget for en offensiv seniorpolitikk. Regjeringen ønsker å bidra til en positiv holdningsendring både blant arbeidstakere og arbeidsgivere, og mener utarbeidelsen av meldingen i seg selv er et bidrag til det. Begrunnelsen for å ta opp temaet seniorpolitikk er at tallet på personer

over 60 år øker, mens deltaking i arbeidslivet for denne gruppen er relativt lav. I stede for at forsøringsbyrden i samfunnet øker, er det derfor viktig å mobilisere mer av arbeidskraften i aldersgruppen over 60 år.

Eldre innvandrere er omtalt i et av underkapitlene (kapittel 3.2). Det er mindre forskjell i sysselsetting mellom eldre og yngre innvandrere enn i tilsvarende aldersgrupper i majoritetsbefolkningen (s. 29). I begge tilfeller utgjør seniorene 6 prosent av de arbeidsløse (s. 37). Innvandrere fra Norden og Europa ligger over gjennomsnittlig sysselsetting i majoritetsbefolkningen, mens den er lavere for innvandrere fra Afrika, Asia og Øst-Europa (s. 29).

Fellestrekk og forskjeller i meldingene

De tre første meldingene omhandler omsorg og har mange felles trekk. Alle legger stor vekt på brukerorientering og individuell tilpasning. Brukerne kan ha ulik kulturell, religiøs og språklig bakgrunn, men regjeringen har stor tro på at hensynet til disse forskjellene skal kunne ivaretas gjennom en tilpasset strategi. Regjeringen går også langt i å anerkjenne brukernes behov for informasjon på eget språk. Denne form for tilrettelegging er en forutsetning for likeverdige tjenester. Regjeringen er tilbakeholden med å foreslå segregerte tilbud. Kommunene oppfordres til å delta aktivt både i forhold til å kartlegge hvor mange eldre med innvandrerbakgrunn som fins innenfor deres ansvarsområde, og hva slags behov disse har.

«Mangfoldsmeldingen» skiller seg ut i forhold til de foregående fordi den dreier seg mer generelt om integrering. Den bringer lite nytt i forhold til området omsorg, men bygger åpenbart på det som kom fram i disse. De to siste meldingene dreier seg om forhold som i stor grad påvirker de eldres livssituasjon og helse, men omsorgstjenester er ikke et særskilt tema.

2 Innvandreres helse og levekår

2.1 Innledning

Kunnskaper om en gruppes helse er viktig fordi det gir grunnlag for å vurdere hvilke typer helsetjenester gruppen kommer til å trenge og etterspørre i framtiden.

Helse er både et objektivt fenomen og en subjektivt opplevd tilstand. Den kan måles i form av egenrapportering eller med mer objektive indikatorer som forbruk av medisiner, antall sykehusinnleggelses, registrerte helseplager m.m. De engelskspråklige begrepene som korresponderer til disse to tilstandene, og som ofte også blir brukt i skandinavisk litteratur, er *illness* og *disease*. *Illness* refererer til en persons subjektive opplevelse av å være frarøvet helsevelvære, mens *disease* defineres som en patologisk prosess som representerer et avvik eller en dysfunksjon i kroppens fysiologi (Emami, 2000: 29).

Forholdet mellom egenrapportert helse og objektiv helsetilstand er uklar. Det er derfor ikke gitt at endringer i faktisk helsetilstand gir seg utslag i subjektivt opplevd helsetilstand. Til tross for *gunstig utvikling* av nordmenns helse, målt i form av økt levealder, er for eksempel den egenrapporterte helsen uforandret fra 1980-årene og fram til i dag. I samme tidsperiode er det også skjedd en *økning i registrerte helseplager*, men altså uten at det har innvirket på den egenrapporterte helsen (Statistisk sentralbyrå, 2003: 11). Andelen som sier de har meget god helse har således holdt seg stabil og gjelder 90 prosent av de unge, 80 prosent av de voksne og 60 prosent av de eldre (ibid).

Det er lett å tenke seg at forholdet mellom såkalt objektiv helse og subjektivt opplevd helsetilstand vil variere på et individuelt plan. Plager som kan føre til hindringer i fysisk aktivitet og sosial deltakelse for noen, kan få andre til å mobilisere overskudd og krefter slik at de ikke får så dramatiske konsekvenser. Hvordan en person subjektivt opplever sin egen helse kan derfor få stor betydning for hvordan hun og han mestrer hverdagen og alderdom.

Spørsmålet som er interessant i denne sammenheng er om personer med innvandrerbakgrunn har en annen helse, og/eller en annen opplevelse av sin helsetilstand enn tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen. Det

er det dette kapitlet dreier seg om, og fokuset er først og fremst rettet mot eldres helse.

Etterspørsel og behov for helsetjenester avhenger likevel ikke bare av en persons helsestatus. Generelle levekår, og sosiale og økonomiske faktorer spiller også inn. Dette er tema vi tar opp i siste del av kapitlet.

2.2 Grunner til å tro at innvandrere har annen helsestatus enn majoritetsbefolkningen

Det er flere grunner til å forvente at de som utvandrer fra et land er positivt selektert i forhold til befolkningen i landet de forlater. Å emigrere krever ressurser, ikke minst av personlig art. Helse vil ofte være en viktig side ved dette. «The Healty Migrant effect» er betegnelsen som gjerne brukes om dette (Rognerud m.fl., 2000:25). Spesielt for dem som flykter, eller for personer som immigrerer til et nytt og fjerntliggende land, uten at det finnes et særskilt mottakerapparat og uten å ha et etablert kontaktnett, vil slike individuelle ressurser (inkludert helse), ofte være en viktig forutsetning. For mange av de som innvandret til Norge på 1970-tallet, ofte fra Pakistan, var dette ofte situasjonen. Det samme var tilfellet for tamilene på 1980-tallet. Felles for disse gruppene var at de kom som de første representantene for sin gruppe.

For de som flytter etter «pionerene», derimot, kreves ikke nødvendigvis like store personlige ressurser. Dermed er det strengt tatt ikke grunn til å forvente at de helsemessig er positivt selektert. Mange kommer på grunnlag av familiegjennforening, og de flytter til et land hvor de på forhånd har et nettverk. Er det gått lang tid siden de første innflytterne fra deres hjemland ankom, vil det allerede være etablert institusjoner og ordninger man kjenner derfra, som gudshus, forretninger og organisasjoner.

At mange kommer fra land som er fattige, hvor utbredelsen av sykdommer er stor og tilgangen på hjelp mindre enn den er i Norge, er også et argument for å forvente at helsen blant ikke-vestlige innvandrere er dårligere enn i tilsvarende aldersgrupper i majoritetsbefolkningen. I tillegg vil ofte kunnskapen om helseatferd og muligheten for å praktisere denne kunnskapen, være mindre.

At tilgangen på medisinsk bistand og forebyggende innsats kan tenkes å fungere mindre effektivt for dem som er innflyttere til landet enn for dem

som er født og oppvokst her, representerer et slikt argument. Ulikhet i språk, forskjeller i kulturelle normer og såkalt strukturell diskriminering (se nedenfor), representerer potensielle barrierer for et likeverdig helsetilbud. I de fleste sammenhenger hvor det dreier seg om tilgang til tjenester vil eldre være en mer sårbar og utsatt gruppe enn yngre. Det gjelder i majoritetsbefolkningen, og det er grunn til å anta at det i minst like stor grad gjelder innvandrere.

Gitt at det eksisterer en positiv helsemigrasjonseffekt, vil den likevel kunne avta over tid. Dels fordi migrasjonen i seg selv og overgangen til den nye tilværelsen i Norge for mange representerer en påkjenning og øker risikoen for svekket helse. Dels fordi migrasjonen kan føre til en livssituasjon med vanskelige sosio-økonomisk vilkår (sammenlignet med majoritetsbefolkningen), og med liten grad av sosial integrasjon i det nye hjemlandet.

Det er således flere grunner til å anta at selv om innvandrere fra ikke-vestlige land har mer ressurser enn gjennomsnittet av befolkningen i landet de forlater, vil de likevel kunne ha dårligere helse enn tilsvarende aldersgrupper i majoritetsbefolkningen. Dette vil trolig gjelde eldre innvandrere i enda større grad enn unge. En del av dem vil riktignok ha oppholdt seg i lang tid her i landet. Som følge av dette har de kanskje ervervet seg en positiv helsegevinst, i hvert fall i forhold til om de hadde blitt boende i sitt opprinnelige hjemland. Likevel kan påkjenningene av migrasjonen og tilpasningen til den nye tilværelsen ha gjort dem mer sårbare for sykdom enn deres jevn-gamle gruppe i lokalbefolkningen. For mange vil kanskje også lengselen etter hjemlige trakter tilta på deres gamle dager når de hverdagslige gjøremålene blir færre og det blir mer tid for ettertanke. Det kan forstyrre den psykiske balansen og få konsekvenser for deres fysiske helse.

Eldre innvandrere som er kommet til Norge på sine gamle dager, vil mest sannsynlig ha en helseprofil som er en refleksjon av helsesituasjonen og tilgangen på helsestell i opprinnelseslandet. Å emigrere på sine eldre dager representerer dessuten en større påkjenning og helserisiko enn det gjør for yngre mennesker. Muligheten for deltakelse i arbeidsliv og i andre sosiale aktiviteter i det nye hjemlandet, er mer begrenset for en gammel enn en ung. Evnen til omstilling og tilpasning avtar vanligvis med alder. Alt i alt er det derfor grunn til å anta at gruppen «eldre innvandrere» vil være mer preget av sykdom enn tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen.

2.3 Helsestatus for ikke-vestlige innvandrere generelt, og eldre spesielt

Innvandrere har til nå utgjort en liten gruppe i den norske befolkningen. Den høyeste andelen finner vi i hovedstadsområdet. I store landsrepresentative helseundersøkelser har innvandrere derfor til nå utgjort en relativt beskjeden prosentdel. De er dessuten ofte underrepresentert i forhold til sin faktiske andel av befolkningen. Spesielt gjelder det innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Språkvansker og andre strukturelle barrierer er sannsynlige forklaringer på dette (jf. Blom, 1998),

Enda mer usynlig både i statistikk og i studier av helseforhold har de «eldre innvandrerne» vært. De utgjør en liten andel av sin aldersgruppe (jf. kap. 1), og barrierene mot å delta i intervjuundersøkelser er rimeligvis enda større for dem enn for de yngre. Det finnes med andre ord foreløpig nokså begrenset forskning og kunnskap omkring dette temaet i Norge (Sayed og Vangen, 2003: 6, Blom, 1998: 50). Det samme gjelder for en rekke andre nordiske og europeiske land (Gaunt, 1996: 339).

Norske helseundersøkelser som inkluderer innvandrere

Den norske helseundersøkelsen som omfatter størst andel innvandrere er HUBRO, en kartlegging av befolkningens helseprofil i Oslo. Gjennomføringen av denne er basert på et samarbeid mellom Oslo kommune, Universitetet i Oslo og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Alle bydelene er inkludert. Undersøkelsen ble gjennomført i år 2000–2001. 18770 personer deltok. Av disse var 17,4 prosent innvandrere. Det tilsvarer 2950 personer. Den største enkeltgruppen var deltakere fra Vest-Europa (890 personer), men HUBRO omfatter også store grupper fra Det indiske subkontinentet (605 personer), fra Midtøsten (318 personer), Sørøst-Asia (223 personer) og Afrika sør for Sahara (209 personer) (Dalgard, 2005:30).

Etter at hovedundersøkelsen var gjennomført, ble det etablert et eget «innvandrertvalg» bestående av 3726 personer fra fem ulike innvandrergupper (såkalte Innvandrere-Hubro undersøkelsen). Disse gruppene var personer fra Sri Lanka, Tyrkia, Iran, Pakistan og Vietnam. Alle som var født i disse landene i henholdsvis 1942 og 1971 og bosatt i Oslo, ble invitert til å

delta³. Innvandrere-HUBRO ble gjennomført i 2002 etter samme mal som den opprinnelige. Det innebar at deltakerne fylte ut spørreskjema og gjennomgikk en undersøkelse, som blant annet omfattet måling av høyde, vekt og blodtrykk (Folkehelseinstituttet, 2005). Fokuset i undersøkelsen er rettet mot diabetes og hjerte- og karsykdommer, men studien inneholder også informasjon om mange andre forhold. Svarprosenten var 39. Det er omtrent som for tilsvarende gruppe i hovedundersøkelsen, men litt lavere enn for vestlige innvandrere (42 %). 46 prosent av det etnisk norske utvalget takket ja til å delta (Ahlberg, 2005: 8).

De endelige resultater fra Innvandrere-HUBRO-studien foreligger ikke ennå, men noen av resultatene basert på utvalget av personer med innvandrerbakgrunn i den opprinnelige HUBRO-undersøkelsen, er publisert (Syed og Vangen, 2003). Resultatene gjelder aldersgruppen 30–60 år. Det generelle inntrykket av helseprofilen til denne gruppen er i følge rapporten fra NAKMI (Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse), at ikke-vestlige innvandrere har dårligere selvrapportert helse enn etniske nordmenn. Vestlige innvandrere, derimot, har en helseprofil som ligner svært mye på majoritetsbefolkningens. Blant de mest utbredte sykdommene i gruppen ikke-vestlige innvandrere er muskel- og skjelett-lidelser, diabetes type 2, hjerte-kar-sykdommer, og mentale lidelser. Det er i forhold til de tre sistnevnte at personer med minoritetsbakgrunn skiller seg mest fra majoritetsbefolkningen.

Levekårsstudien av ikke-vestlige innvandrere fra 1996, er den første norske undersøkelsen i sitt slag (Blom, 1998). Den omfatter rimeligvis også temaet helse. Innvandrere fra åtte land med minimum to års botid i Norge i alderen 16–70 år, inngikk i kartleggingen. Til sammen ble 2561 personer intervjuet, de fleste på sitt eget morsmål. (Undersøkelsen skal for øvrig gjentas i inneværende år). Deltakerne ble spurt om de hadde noen varig sykdom eller lidelse, eller noen virkning av skade eller funksjonshemming. Til dette svarte 38 prosent av de ikke-vestlige innvandrerne, ja. Samme spørsmål ble stilt i den vanlige levekårsundersøkelse som ble gjennomført året

³ De som allerede hadde deltatt i den opprinnelige HUBRO studien var ikke med. I tillegg til fødselskohortene 1942 og 1971 kom følgende to tilleggsutvalg: personer født i 1972 og 1982, personer født i Pakistan basert på et tilfeldig utvalg, som utgjorde 30 prosent av alle.

før. Her var det 10 prosent flere som svarte ja, det vil si 48 prosent.⁴ Aldersgruppen var i begge tilfeller 16–66 år. Diabetes er den enkeltsykdommen hvor forskjellene mellom de to gruppene er størst. Mens 9 prosent av innvandrerne i alderen 45–66 år oppgir at de har denne lidelsen, gjelder det bare 1 prosent av de etnisk norske. Men også i forhold til nervøse plager er forskjellen stor (henholdsvis 7 og 3 %).

Undersøkelsen viser for øvrig at sykkeligheten blant ikke-vestlige innvandrere tiltar mer med alderen enn den gjør for etniske nordmenn. For de fra 66 år og oppover er mønsteret med lavere rapportering av varige lidelser i de to gruppene snudd; de med innvandrerbakgrunn rapporterer hyppigere om slike plager enn majoritetsbefolkningen gjør.

Av de over 66 år oppgir 67 prosent av innvandrerne at de har en varig sykdom/skade eller funksjonshemming, mens 60 prosent av de etnisk norske gjør det. For øvrig viser resultatene at alder ved ankomst er viktig for hvor syke innvandrerne er; jo eldre man er ved ankomst til landet, desto sykere. Videre viser resultatene at forskjellen mellom menns og kvinners sykkelighet er større i gruppen ikke-vestlige innvandrere enn den er for etniske norske. Det er også nokså klare forskjeller i sykkelighet avhengig av hvilket land innvandrerne kommer fra. Dette skyldes i liten grad at det er aldersforskjeller mellom gruppene. For øvrig er et av funnene at innvandrerne vurderer sykdom som mer alvorlig enn majoritetsbefolkningen gjør. Det kan muligens føre til at opplevde helseproblemer kan få større konsekvenser for tilknytning til arbeidslivet, enn det gjør for etnisk norske med tilsvarende helseprofil (Blom, 1998: 54).

HUBRO og Levekårsstudien er de to mest omfattende undersøkelsene av innvandreres helse i Norge. I tillegg kommer en studie av levekår blant flyktninger i regi av Fafo (Djuve og Hagen, 1995). Helse inngår her som et underkapittel (se nedenfor). Temaet innvandring og helse behandles også i andre studier, men disse bygger i stor grad på de ovennevnte datakildene, først og fremst Levekårsundersøkelsen. Dette er blant annet tilfellet for studien «The Health Disadvantaged Groups in Norway», som er en såkalt landrapport utført i forbindelse med et EU-prosjekt om sosial ulikhet og helse i Europa (Rognerud m.fl.: 2000). Immigranter, flyktninger og asylsøkere inngår blant de «uheldige gruppene», sammen med enslige foreldre,

⁴ Denne undersøkelsen besto av et representativt utvalg av den norske befolkning. Innvandrere utgjorde ikke noe særskilt utvalg.

alkoholikere og eldre som lever i fattigdom m.m. Økonomiske og materielle kår er blant faktorene som har stor innvirkning på helse. Rapporten starter derfor med å anslå hvor stor andel i hver av gruppene som lever i fattigdom. For gruppen innvandrere, som er den desidert største av alle gruppene som rapporten omfatter, gjelder det 14 prosent (30 000 personer) – tre ganger så mange fra ikke-vestlige land som fra vestlige land (ibid: 24). For flyktninger og asylsøkere er anslaget på personer som lever i fattigdom 70 prosent (tilsvarer 45 000 personer). Rapporten dreier seg videre om å beskrive de ulike gruppenes helsestatus. I gruppen innvandrere er det innvandrere fra ikke-vestlige land som er i fokus. Konklusjonen er rimeligvis den samme som for levekårsstudien: Yngre, ikke-vestlige innvandrere, rapporterer mindre grad av langvarige sykdommer enn tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen, mens situasjonen er omvendt for middelaldrende og eldre. Ikke-vestlige innvandrere rapporterer om et litt annet spekter av sykdommer enn etniske nordmenn.

I forhold til flyktninger og asylsøkeres helse, baserer rapporten seg på en undersøkelse utført av Fafo i 1995 av 329 personer i alderen 18–65 år (Djuve og Hagen, 1995). En femdel av disse rapporterte om sykdom som virket negativt inn på deres livskvalitet. Det er om lag det samme som i den etnisk norske befolkningen. I motsetning til det som er vanlig i nasjonale representative helseundersøkelser, viser resultatene av den aktuelle «flyktningstudien» at forekomst av sykdom er like mye utbredt blant analfabeter og de med høy utdanning. Dette blir i rapporten forklart med at de med høy utdanning i større grad må akseptere arbeid de er overkvalifisert for enn de med lavere utdanning.

Rapporten «Seniorer i Norge» (Aalandslid, 2005) inneholder et kapittel om ikke-vestlige innvandrere. Helse er bare så vidt berørt. Dataene som ligger til grunn stammer fra levekårsundersøkelsen og konklusjonene er følgelig de samme.

Psykisk helse – store forskjeller mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen

I tillegg til enkelte fysiske lidelser, er psykiske og mentale lidelser det området hvor forskjellen mellom innvandrere- og majoritetsbefolkningen er særlig stor. I alle de nevnte undersøkelsene er dette et gjennomgående funn. I Bloms levekårsstudie rapporterer 7 prosent av innvandrerne om slike lidelser, mens

tilsvarende tall for de etnisk norske er 3 prosent (1998: 51). På dette området finnes det også en del andre supplerende datakilder. Det ferskeste i så måte er psykiater Odd Steffen Dalgaards analyse av resultatene fra HUBRO undersøkelsen (Dalgaard, 2005: 30). Konklusjonen er at det er liten forskjell i psykiske plager mellom de som er født i Norge og de som kommer fra land som står Norge sosialt og kulturelt nært. Blant innvandrere fra øvrige land derimot, er forekomsten av slike plager langt mer vanlig. For menn født i Norge oppgir 6,6 prosent av de har psykiske lidelser, mens tilsvarende tall for menn født i Vest-Europa eller Amerika er 9,3 prosent, og for menn født i andre land 22,4 prosent (Dalgaard, 2005: 30).

Andre undersøkelser viser samme mønster. Den ene av disse er fra 1990, og omfatter en kartlegging av psykisk helse blant personer over 18 år i bydel Søndre Nordstrand i Oslo, samt i fire kommuner i Lofoten. I dag er Søndre Nordstrand blant bydelene i Oslo med høyest andel innbyggere fra ikke-vestlige land. Den gangen hadde flere andre bydeler høyere andel ikke-vestlige innvandrere enn denne, men Søndre Nordstrand var også på den tiden en bydel som skåret relativt lavt på mange sosiale og økonomiske variabler (Statistisk årbok for Oslo, 1996). I den nevnte studien inngikk 151 personer med ikke-vestlig bakgrunn (14 % av utvalget fra Søndre Nordstrand), fordelt på 45 nasjonaliteter. Resultatene viste at hyppigheten av psykiske plager var 14 prosent blant norskfødte, 19 prosent blant innvandrere fra Europa og Amerika, og 39 prosent for de som var født i andre land. For alle gruppene var hyppigheten av plagene mest utbredt blant kvinnene (Dalgaard, 2005: 27).

Den tredje norske studien som gjelder denne problemstillingen, er en sammenligning av forekomsten av depresjon i fem større europeiske byer og de omkringliggende landkommunene. Oslo var en av storbyene, mens Rakkestad representerte landkommunen. 8,4 prosent (251 personer) av de som deltok i den norske undersøkelsen oppga å være innvandrere. Disse hadde i følge Dalgaard signifikant høyere forekomst av depresjon enn etniske nordmenn. Forskjellene var henholdsvis 24 og 10 prosent for menn og 23 og 13 prosent for kvinner (ibid: 28).

Med unntak av den første undersøkelsen (HUBRO), er resultatene fra de to siste basert på et nokså begrenset datagrunnlag, med relativt få respondenter.

Konklusjon om ikke-vestlige innvandreres helse generelt og eldres helse spesielt

Det som fins av norske data på området så langt, kan tyde på at de yngre generasjonene (under 66 år) av ikke-vestlige innvandrere har bedre helse enn majoritetsbefolkningen. Men både Blom (1998) som hadde ansvaret for levekårsundersøkelsen, og Sayed og Vangen (2003), finner disse resultatene overraskende, og synes ikke å feste tillit til dem. En viktig grunn til det, er i følge Blom, at en rekke svenske undersøkelser viser at innvandrere fra Asia, Afrika og Latin-Amerika har dårligere helse enn den svenske befolkningen (Leiniö, 1995 og Hall, 1996, 1997 i Blom, 1998). Det er rimelig å anta at det er stor likhet mellom norske og svenske forhold både når det gjelder majoritetsbefolkningens helse, tilgang på helsetjenester og innvandringen fra ikke-vestlige land. Også undersøkelser fra andre land viser at immigranter skårer lavere på helsestatus – inkludert egenrapportert helse – enn majoritetsbefolkningen (Carmel, 2001 Jong, 2005 Kobayshi, 2003)⁵.

Registerdata fra Sverige viser også at ikke-vestlige innvandrere har høyere sykefravær enn majoritetsbefolkningen. Noe av forskjellen skyldes at de er ansatt i mer risikoutsatte og belastende yrker enn svenskene selv. Også i Norge er det dokumentert at andelen uførepensjonerte er langt høyere blant visse grupper ikke-vestlige innvandrere enn i befolkningen for øvrig (Grünfeldt, 1991). Denne studien er imidlertid relativt gammel og basert på et heller spinkelt datamateriale. Internasjonale studier både fra andre land i Europa og USA, viser imidlertid også at ikke-vestlige innvandrere ofte har dårligere helsestatus enn majoritetsbefolkningen. I USA skiller de svarte og de latin-amerikanske minoritetsgruppene seg ut med klart mer belastet helsestatus enn den hvite delen av befolkningen (Sohn, 2004, Jong, 2005).

Hvorvidt yngre, ikke-vestlige innvandrere i Norge, virkelig har bedre eller dårligere helse, kan derfor foreløpig framstå som noe usikkert. Tallene fra HUBRO viser da også, som nevnt, at selvrapportert helse er dårligere i gruppen ikke-vestlige innvandrere enn blant etnisk norske (se ovenfor). Pågående og framtidige helseundersøkelser vil kunne avklare dette nærmere.

I artikkelen «Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke» utdyper og reflekterer Blom og Ramm (1998) over

⁵ Carmel, 2001 gjelder russiske immigranter til Israel, Jong, 2005 asiater i USA og Kobayshi, 2003 immigranter i Canada).

funnene fra levekårsundersøkelsen. En av deres hypoteser er at innvandrere «eldes fortere enn nordmenn». Om dette i så fall skyldes biologiske prosesser eller har sammenheng med kulturelle forhold og oppfatninger av alderdom, gir dataene rimeligvis ingen indikasjoner på. Moen (1993) forteller for eksempel at de fleste i hennes utvalg, som besto av 27 personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i alderen 50+, beskrev sin egen helse som dårlig. Det samme gjelder en rekke av de andre norske studiene som er presentert i kapittel 4.

Eldre innvandrere kommer under alle omstendigheter dårligere ut i forhold til helse enn etniske nordmenn på samme alder. Blom og Ramm konkluderer da også med at «dersom helsen til yngre og middelaldrende innvandrere utvikler seg på tilsvarende måte som helsen til innvandrere som nå er eldre, vil eldre innvandrere trolig medføre økte oppgaver for helsevesenet i framtiden» (s. 14).

2.4 Ikke-vestlige innvandreres levekår generelt og eldre innvandreres levekår spesielt

Levekår virker inn på både helse og tjenestebehov

Levekår er nært forbundet med hva slags helse en person har. Undersøkelser viser at utdanningsnivå er blant de faktorene som synes å ha størst innvirkning på helse. Også inntekt virker inn, men ikke i samme grad som utdanning (St.meld. nr. 29, 2006–2007).

Behov for service og tjenester når helseproblemene først er oppstått, vil til en viss grad avhenge av sosio-økonomiske levekår. Selv om kjøp av private helse- og omsorgstjenester ikke er så utbredt i Norge, vil privatøkonomi kunne ha betydning både for å forebygge og avhjelpe en vanskelig helse-situasjon. Private økonomiske ressurser kan eksempelvis brukes til å skaffe ulike typer hjelpemidler, eller sørge for avlastning i form av praktisk bistand. Økonomien betyr dessuten ofte mye for boligsituasjonen. Kanskje gjør sykdommen det nødvendig å flytte eller å utvide eller endre deler av boligen. I noen tilfeller vil ombyggingen være berettiget til støtte fra det offentlige, for eksempel ved funksjonshemming midt i livet. For eldre mennesker, som gradvis får dårligere fysisk helse, gjør det sjelden det.

Minst like viktig som de økonomisk-materielle faktorene, er de sosiale ressursene personen rår over. Ikke minst er nettverk sentralt. Vanligvis vil

familien være viktigst. Undersøkelser viser at hjelpen som eldre mottar utenom det offentlige ytelse, vanligvis kommer fra nære familiemedlemmer og i hovedsak dreier seg om bistand til praktiske, daglige gjøremål (Hellevik, 2004). Men nettverk er også viktig når informasjon skal innhentes, forespørsler og krav skal formuleres, og i forhold til å kanalisere etterspørselen etter tjenester i riktig retning og på riktig tidspunkt. Nettverk avspeiler gjerne egne ressurser; de som selv har høy utdanning kjenner gjerne andre med høy utdanning osv. Likeså vil de som har hatt yrkeskarrierer innenfor sentrale samfunnssektorer ofte ha kontakter innenfor institusjoner, noe som kan komme til nytte når behovet for helse- og omsorgstjenester melder seg.

Dårligere levekår blant ikke-vestlige innvandrere

Generelt gjelder det at levekårene blant ikke-vestlige innvandrere er dårligere enn for majoritetsbefolkningen. Ikke-vestlige innvandrere er overrepresentert i statistikken over arbeidsledige og uførepensjonerte, i yrker med lav status og dårlig lønn, og i lavinntektshushold med dårlig boligstandard (Lie, 2002). Det er betydelige forskjeller mellom innvandrere fra ulike opprinnelsesland, og også internt innenfor hver enkelt landgruppe. Dette rokker likevel ikke ved det generelle bildet. I likhet med majoritetsbefolkningen skyldes variasjonene først og fremst tilknytning til arbeidslivet, men også størrelse på husholdningene (Blom, 1998, Lie, 2002).

Ikke-vestlige innvandrere har lavere utdanning enn majoritetsbefolkningen (Blom, 1998: 15). I tillegg kommer problemene med å konvertere utdanningen fra hjemlandet til det norske samfunnet. Det er ikke bare en utfordring i forhold til utdanningssystem og arbeidsmarked, men gjør seg også gjeldende på mange andre områder, for eksempel i det «å ta seg fram» i det nye hjemlandet. Å flytte til et land innebærer å møte ordninger og institusjoner som er nye og ukjente. De som er innvandrere har ikke det vern som et institusjonelt forankret tankesett på hjemmeplanet representerer (Sjögren m.fl., 2000:30). I tillegg til mangelfull kjennskap og øvelse i å håndtere regelverk og institusjonelle ordninger, stiller mange innvandrere med et språklig handikap.

Alle disse presumptive problemene vil gjerne være mer framtrædende blant eldre innvandrere enn blant yngre, særlig blant de som ankom på sine eldre dager. For de øvrige kan lang botid og erfaring med å omgås det norske samfunnet være et fortrinn i forhold til å håndtere både helsevesenet og andre

institusjoner. I praksis er det likevel ofte ikke slik. Mange av kvinnene i den aktuelle seniorgruppen har bodd i Norge i årevis, men har levd isolert i familiene sine uten å kunne norsk. De vil derfor neppe ha akkumulert erfaringer og ressurser som gjør det lettere å ta seg fram i helsevesenet. Eldre menn som har bodd og arbeidet i Norge lenge vil ofte beherske språket bedre, og trolig også ha mer kjennskap til eksisterende ordninger og institusjoner. Men disse er kanskje blitt skrøpelige, slitne og mer usikre på sine gamle dager.

En viktig side ved levekår er bolig. I følge Blom (1998: 30) bor mange ikke-vestlige innvandrere trangt. En grunn til det er at gjennomsnittsstørrelsen på husholdet er høyere enn i resten av befolkningen. Boligstandarden for øvrig er også noe dårligere enn for majoritetsbefolkningen, men forskjellen er angivelig ikke stor. Det siste er overraskende, i hvert fall sett i forhold til hovedstadsområdet, hvor boligmarkedet er relativt segregert både i forhold til område, størrelse og type boliger, klassebakgrunn, etnisk bakgrunn m.m. (Hagen m.fl., 1994).

Resultatene kan skyldes at man i målingen har lagt mest vekt på enkle målbare størrelser som tilgang til WC og dusj. På dette området er det riktig nok skjedd betydelig forbedringer i innvandrernes boforhold siden begynnelsen av 1980-årene (Blom, 1998: 30). Men trangboddhet er heller ikke alltid uproblematisk. I mange tilfeller vil det innebære en kraftig begrensning i boligstandarden, og gir ofte dårligere tilgang til fasiliteter, mindre mulighet for å disponere eget rom og tid alene, pleie nettverk m.m. Det kan også synes som om målingen av boligstandard ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til bomiljø. Undersøkelser av blant annet Hagen m. fl. (1994), viser at ikke-vestlige innvandrere ofte er konsentrert i områder av byen som er trafikk- og støyutsatt, med forurensing og problembelastede nærmiljø. Det kan bety at den virkelige forskjellen i boligstandard er større enn det som kom fram i levekårsmålingen.

Husholdsstørrelse og husholdssituasjon

Husholdsstørrelse dreier seg om hvor mange som bor i samme bolig og tilhører samme hushold⁶. Med husholdssituasjon sikter vi til hvem og hvor mange generasjoner som inngår i husholdet.

⁶ Felles hushold blir vanligvis brukt om personer som deler samme bolig og har måltid sammen.

Relativt sett lever flere ikke-vestlige innvandrere i parforhold enn tilfelle er for den norske majoritetsbefolkningen. Forskjellen er om lag 10 prosent, men varierer fra nasjonalgruppe til nasjonalgruppe. For noen grupper (Iran, Chile, Somalia og Vietnam) er andelen som lever i samliv lik den vi finner i majoritetsbefolkningen (Blom, 1998). For andre må den nødvendigvis være tilsvarende høyere. At ikke alle gifte innvandrere lever sammen med ektefellen, modererer dette bilde noe, men ikke mye (Blom, 1998: 37).

I følge levekårsundersøkelsen blant ikke-vestlige innvandrere har «tre av ti en mor eller far i Norge» (ibid: 42). Det vi ikke vet, er hvor mange av foreldregenerasjonen som har ett eller flere barn her i landet. Mye tyder likevel på at det er mange. Blant dem som flytter til Norge på sine gamle dager, vil familiegjenforening være den mest aktuelle måten å få oppholdstillatelse på, I praksis dreier det seg om gjenforening med egne barn. Den svenske sykepleier og forsker Emami (Emami et al., 2002) fant for eksempel at samtlige 15 i hennes utvalg av eldre iranere var eksempler på såkalte «personal-tie-immigration». De fleste bodde også sammen med barna sine, i alle fall de første årene av oppholdet. Mange av dem som kom til landet som arbeidsinnvandrere eller som flyktninger mens de var forholdsvis unge, men som nå er blitt gamle, vil ha etablert rettigheter til familiegjenforening. Selv om «bare tre av ti har far eller mor i Norge» (Blom, 1998: 42), vil det antagelig være flere mødre og fedre som har barn som er bosatt i Norge.

Å bo i flergenerasjonshushold⁷ er langt mer utbredt blant ikke-vestlige innvandrere enn blant etniske nordmenn. For etniske nordmenn er tallet 5 prosent, mens det for personer fra Pakistan og India, er 15 prosent (Aalandslid, 2005: 146). I følge Blom (1998: 42) bor seks av ti ikke-vestlige innvandrere sammen med foreldrene sine (forutsatt at de har foreldre her i landet). Da er alle regnet med. Det dreier seg derfor således ikke nødvendigvis om flergenerasjonshushold, men om familier med barn.

I alle aldersgrupper fra 16 til 44 år er det likevel langt mer vanlig blant ikke-vestlige innvandrere å bo sammen med foreldrene sine enn for etniske nordmenn. For 16–24 åringene vil det i begge gruppene trolig være mange som gjør det i påvente av å flytte hjemmefra. Når derimot 25–34-åringene og 35–44 åringene bor sammen med foreldrene sine, er det mer sannsynlig at

⁷ Flergenerasjonshushold, eller flerfamiliehushold omfatter en mor og eller en far, som bor i en husholdning med voksne barn, som selv har stiftet familie (Aalandslid, 2005: 147).

det dreier seg om en varig løsning. Forskjellene i andelen ikke-vestlige innvandrere og etniske nordmenn som bor hjemme med foreldrene, øker markert med alder. Mens vel en tredel av 25–34-åringene i den førstnevnte gruppen deler hushold med sine foreldre, gjelder det bare om lag en av tjue i majoritetsbefolkningen. For 35–44 åringene er tilsvarende tall henholdsvis 2 og 21 prosent (Blom, 1998:43).

Selv om ikke-vestlige innvandrere oftere bor i flergenerasjonshushold enn etnisk norske, dreier det seg likevel bare om et mindretall. Det er dessuten relativt store variasjoner mellom ulike nasjonalgrupper (Aalandslid, 2005: 146). Selv om kun et mindretall av generasjonene mellom 25 og 44 år bor sammen med sine foreldre, kan det likevel tenkes at flere enn en firedel av foreldrene er «dekket opp», det vil si bor sammen med sine barn. Det avhenger rimeligvis av den demografiske sammensetningen av gruppen. I følge Aalandslid (2005: 147) er det imidlertid ikke slik. Ser vi ikke-vestlige innvandrere under ett, er det bare knapt en firedel av de over 64 år som bor i hushold med mer enn tre personer. Andelen én-personshushold blant innvandrere i denne aldersgruppen, er faktisk like stor som i den norske befolkningen (25 prosent).

Kontakt med familie, inkludert utveksling av hjelp og tjenester, kan også opprettholdes uten at man lever i samme hushold. Hyppig kontakt vil vanligvis være avhengig av geografisk avstand. Ikke-vestlige innvandrere bor ofte nokså konsentrert i visse byområder, særlig gjelder det i hovedstadregionen (jf. kap. 1). Levekårsundersøkelsen viste også at de skilte seg klart ut fra majoritetsbefolkningen med en langt høyere andel som syntes det var viktig å bo i nærheten av slekt og venner (henholdsvis halvparten og en tredel). Tallet varierte noe med hvorvidt man hadde tilgang til bil eller ikke, men selv med kontroll for dette var forskjellene fortsatt klare (Blom, 1998. 31).

Husholdningens omsorgspotensiale

Størrelsen og sammensetningen av husholdet som en eldre person bor i, kan ha betydning både for etterspørselen etter omsorgstjenestene og for tildeling av slike tjenester. For etnisk norske er det først og fremst det å bo alene eller sammen med en ektefelle, eventuelt med voksne barn, som er avgjørende. Mye tyder på at det å bo sammen med andre utsetter etterspørselen etter tjenester og institusjonsplass (jf. Dagsavisen 29.03.06). De som lever sammen med ektefellen er fysisk og mentalt dårligere når de kommer på

sykehjem enn personer som bor alene og får plass på denne typen institusjon. Noe av forskjellene skyldes at helsestatus varierer med om man lever alene eller sammen med en partner. Men dette gjelder bare menn. Kvinners helsestatus varierer lite eller ingenting med hvorvidt de bor alene eller ikke (Folkehelseinstituttet, 2003). Variasjonene i institusjonsbruk kan derfor ikke utelukkende tilskrives forskjellene i helse, men også tilgang til hjelp i husholdet.

Det er ikke gitt at denne situasjonen også gjelder eldre innvandrere. Ektefellens rolle som potensiell omsorgsyter er ikke nødvendigvis den samme som for den etnisk norske befolkningens vedkommende. Dersom ektefellen eller andre som man måtte bo sammen med, ikke har tilstrekkelige norsk-kunnskaper, kan det både være vanskeligere å yte praktisk bistand, å fungere som rådgiver, eller å opptre som pådriver overfor offentlige myndigheter.

I innvandrerfamilier vil derfor den yngre generasjonen ofte få en mer sentral rolle enn tilsvarende i den etniske norske befolkningen. Det kan dels skyldes at innvandrere fra ikke-vestlige land ofte kommer fra mer kollektivistisk orienterte kulturer, med sterkere vekt på familietilhørighet og familieforpliktelser enn det som er vanlig i Norge. Dels kan årsaken være at mange av de eldre innvandrerne er mer avhengig av sine barns kjennskap til og kompetanse i det norske samfunnet enn jevnaldringene i majoritetsbefolkningen, som har hatt mulighet for å akkumulere erfaring og ferdigheter i å omgås dette samfunnets institusjoner og ordninger gjennom et helt liv.

Konklusjon: levekårenes innvirkning på eldre innvandreres behov for helsetjenester

Dårligere levekår og manglende ressurser i å orientere seg i samfunnet vil nødvendigvis ha konsekvenser både for helse og behov for helse- og omsorgstjenester. Som gruppe betraktet, er eldre innvandrere derfor trolig dårligere stilt enn sine etnisk norske jevngamle.

For det første lever mange eldre innvandrere alene. For det andre at det er usikkert hvor lenge den yngre generasjonens vilje til å bidra med omsorg, varer ved. Fra mange hold både her i landet og i andre europeiske land, blir det hevdet at våre forestillinger om potensialet for familieomsorg overfor eldre ikke-vestlige innvandrere, er stereotype og basert på myter. I utgangspunktet kan nok innvandrernes tradisjoner og kultur for familieomsorg nok være forskjellig fra våre, men tilpasningen til det nye samfunnet kan skje relativt raskt. Etter en tid kan dette komme til å skape et stort sprik mellom

den eldre generasjonens forventninger og de unge generasjonens preferanser. Det fører til endret omsorgspotensiale blant den yngre generasjonen. Også de eldre tvinges til å forandre forventninger og idealer i takt med de tilpasningene som migrasjonssituasjonen fører med seg.

Aalandslids konklusjon er at det etter hvert vil bli mange gamle innvandrere uten omsorgspersoner i husholdningen. Dette skyldes at tallet på eldre innvandrere vil øke i tiden framover, og at «en ikke kan gå ut i fra at denne gruppens omsorgsbehov vil bli dekket av familien i Norge på samme måte som det ville skjedd i hjemlandet» (2005: 147).

3 Studier av bruk av omsorgstjenester blant eldre med innvandrerbakgrunn

3.1 Innledning

Hovedmålet med denne rapporten har først og fremst vært å skaffe oversikt over studier og erfaringer når det gjelder omsorgstjenester for eldre med innvandrerbakgrunn. I denne andre delen av rapporten presenteres først erfaringer fra norske og nordiske litteraturstudier (kapittel 4 og 5). Deretter beskrives erfaringer fra internasjonal praksis (kapittel 6) og intervjuer med ulike representanter for omsorgstjenestene i norske kommuner med mer enn 200 personer 60 år+ med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (kapittel 7). Internasjonal litteratur på området blir ikke systematisk presentert, men vi viser noe til den under rapportens tredje del (kapittel 8 og 9), under diskusjon og oppsummering. Nedenfor gir vi en beskrivelse av den fremgangsmåten som er benyttet ved søket etter litteratur.

3.2 Søk etter litteratur

Ved hjelp av søk i ulike bibliografiske databaser⁸ fikk vi tilgang på en lang rekke tidsskriftsartikler og bøker. Søkene ble avgrenset til siste tiår (fra 1996). I noen få tilfeller har vi også gått gjennom tidligere studier, spesielt dersom det er undersøkelser som ofte blir referert til, eller som omhandler tema som har særlig relevans.

Nedenfor gjør vi først rede for resultatet av datasøkene, beskriver kjennetegn ved de norske og nordiske studiene, og forteller hvordan vi har organisert og gjennomført presentasjonen av disse.

De internasjonale studiene

Søket i databasene avhenger av hvilke søkeord og kombinasjoner av søkeord som brukes. Vi tok utgangspunkt i begreper vi mente var sentrale på norsk og på engelsk, og refererte til alder, innvandring, etnisitet, kulturelt mangfold m.m.

⁸ Søkene er foretatt i Social Science index, Sociological Abstract, Pshycoinfo og Social Sciences Citation Index.

Ikke overraskende var litteraturen i stor grad dominert av amerikanske studier. USA har i lenger tid og i langt større grad enn de fleste europeiske landene vært et innvanderland. Det består av «gamle» innvandergrupper, men USA har også mottatt stadig nye grupper, som etter hvert er blitt eldre. Temaet «eldre innvandrere» har derfor lenge vært av interesse i USA, inkludert deres bruk av helse- og omsorgstjenester.

Mye av den amerikanske litteraturen dreier seg om de to største minoritetsgruppene, såkalte afro-amerikanere og hispanics eller latians (amerikanere med bakgrunn fra spansktalende land i Mellom- og Sør-Amerika). I tillegg eksisterer en rekke studier om spesifikke nasjonale, etniske grupper. Det er gjort mange undersøkelser av ulike grupper asiater, særlig kinesere, japanere og koreanere. Men også om immigranter fra ulike europeiske land er det utført studier. I tillegg fins studier av urbefolkningens eldre. Mange av de amerikanske studiene dreier seg således om grupper som er forskjellige fra de som kommer fra ikke-vestlige land til Norge i dag, og som dette prosjektet handler om. De politiske, økonomiske og sosiale rammebetingelsene for organiseringen av eldreomsorgen i USA er ulik den norske og skandinaviske konteksten. Det gjelder både trygde- og velferdssystemet. Eksempelvis lever en tidel av alle over 65 år i fattigdom (Jong, 2005). Alt i alt er disse studiene derfor mindre egnet for sammenligning med norske forhold enn europeiske og nordiske studier er.

Selv om det fins en del amerikanske undersøkelser, er det alt i alt likevel lite forskning om temaet «eldre innvandrere», hevder det svenske sosialdepartementet, og viser både til situasjonen i Skandinavia og internasjonalt (SOU, 1997: 76 s. 19, s. 54). Mange studier om eldre innvandrere og bruk av helse-/omsorgstjenester starter da også med en kommentar om hvor lite kunnskap og forskning som fins på området! Det gjelder nesten uansett hvilket land studiene kommer fra.

Ikke bare er det en generell mangel på empiriske studier av etnisitet og aldring. De som fins har ofte et nokså begrenset omfang. Det dreier seg gjerne om undersøkelser av enkeltgrupper eller enkeltstående utviklingsprosjekter. Større og komparative undersøkelser er så godt som fraværende, hevder Romström⁹ (1996: 54). «Eldre innvandrere» er dessuten et felt hvor det er sparsomt med offentlig registerdata og statistikk, både i forhold til

⁹ Owe Romström er dosent ved Universitetet i Stockholm, leder for forskningsprogrammet «Åldrandes kultur» ved Socialtjänstens forsknings- og utvecklingsbyrå.

helse, forbruk av helsetjenester og andre faktorer som boforhold, økonomi m.m. (Ahlin og Albertsson, 2005). Det samme er tilfelle i Storbritannia, hevder Mold (2005).

En annen begrensning ved forskningen på området, er den ensidige fokuseringen på diskriminerte grupper av eldre, påpeker Gaunt¹⁰ (1996: 340). Det har langt på vei tatt fokuset bort fra andre grupper, som ofte er blitt slått sammen til en stor og uensartet sammenligningskategori, kalt «hvite» eller «tilhørende majoritetskulturen», eventuelt gitt andre formålstjenlige samlebegrep. Selv om de sistnevnte ikke kan karakteriseres som diskriminerte minoriteter, kan de likevel oppleve at de tilhører en særskilt gruppe. Men de får liten oppmerksomhet, hevder Gaunt. De siste årene har forskningen omkring disse imidlertid økt. Det dreier seg gjerne om beskrivelser av italienere, polakker, jøder m.m., og deres opplevelse av etnisk identitet, servicebehov og levestandard. Studiene fokuserer gjerne på betydningen som etnisitet har for personlig identitet, for samhold i gruppen og for tilfredshet med livet (Gaunt, 1996: 340).

De nordiske studiene

Vi finner mange flere svenske enn danske studier. Det kan skyldes tekniske forhold som har med søkene å gjøre (jf. ovenfor), men det kan også avspeile reelle forskjeller i antall og typer studier som fins i de to landene.

De skandinaviske landene har mange samfunnsmessige og demografiske likhetstrekk, og også mye felles i forhold til utviklingen av såkalt moderne innvandring. Likevel skiller Sverige seg ut med en litt spesiell historie.

Immigrasjonen fra Finland etter andre verdenskrig og i flere av de følgende tiårene, var formidabel. Selv om mange av immigrantene returnerte igjen, kom de nye innflytterne til å utgjøre en betydelig andel av befolkningen. I 2002 omfattet de om lag 200 000 personer (Heikkilä, 2004), som vil si mellom 4 og 5 prosent av den svenske befolkningen. Selv om det dreide seg om innflytting fra et naboland, hadde de finske immigrantene ofte sosio-økonomisk og språklige-kulturelle kjennetegn som gjorde dem avvikende i forhold til resten av befolkningen og bidro til å stigmatisere dem som

¹⁰ David Gaunt er dosent i historie og forskningsleder ved forsknings- og utviklingsbyrået ved Stockholms Socialtjäneste og gjesteredaktør for temanummeret «Etnisitet, åldrande och hälsa». Socialmedisinsk tidskrift nr. 7-8, 1996.

gruppe. I 1999 fikk de minoritetsstatus og utgjør nå den største minoritetsgruppen i Sverige (Heikkilä, 2004).

Mange av studiene av eldre innvandrere som gjøres i Sverige i dag, dreier seg da også nettopp om denne gruppen (Torres, 2006). Selv om store deler av den er godt integrert i det svenske samfunnet, er majoriteten (om lag tre firedeler) finsktalende, og mange av de finske eldre behersker ikke svensk (ibid). De gamle finlenderne i Sverige har derfor en posisjon som gjør deres erfaringer interessante i denne sammenheng, hvor temaet er eldre *ikke-vestlige* innvandreres bruk og forhold til omsorgstjenester.

Mange av de svenske bidragene tar for øvrig utgangspunkt i bestemte kommuner (jf. nedenfor), fortrinnsvis med høy andel innvandrere. Göteborg, Malmö og Stockholm er eksempler på slike kommuner (SOU, 1997: 76 s. 19).

3.3 Om presentasjonen av studiene

Karakteristisk for studiene av eldre innvandrere og deres bruk av helse-/omsorgstjenester, er at de ofte baserer seg på kvalitative metoder. Valget av design skyldes dels temaets kompleksitet, dels kjennetegn ved respondentene. Det vil trolig være vanskelig å foreta en spørreundersøkelse blant eldre innvandrere. Både rekruttering og gjennomføring vil kunne by på problemer, ikke minst på grunn av språkbarrierene. Å etablere et representativt utvalg av eldre innvandrere er i praksis nesten umulig, hevder Stewart og Marcus (2002), som forsker på temaet i USA. Både å finne personene og å fastslå deres etniske identitet er vanskelig. Forskerne ender derfor gjerne opp med skjeve utvalg, hvor de som bruker mest helse- og omsorgstjenester er overrepresentert. Valg av kvalitativt design er også et resultat av at det fins lite kunnskap på feltet. Mange av studiene har derfor en eksplorerende karakter.

Kvalitative studier består vanligvis av utvalg med få respondenter. Mange av dem befatter seg som før nevnt (kapittel 1.4) med enkeltgrupper med en bestemt nasjonal bakgrunn (Torres, 2006). Ofte skyldes det at forskeren har spesielle forutsetninger eller interesse for å forske på den aktuelle gruppen, for eksempel at hun eller han kommer fra dette landet selv, behersker språket, kjenner miljøet o.l. De svenske studiene, hvor eldre innvandrere fra henholdsvis Finland og Iran er blant de gruppene det har

vært forsket mest på de siste årene, er eksempler på det. Det eksisterer således lite bredde- eller oversiktskunnskap på området.

En del av studiene består av såkalte FOU-prosjekt, ikke minst gjelder det de svenske. I Sverige er det etablert flere lokale forsknings- og utviklingsenheter som har i oppgave å støtte de lokale organisasjonene og å oppmuntre såkalt praksisnær forskning og utvikling (jf. Äldreforskning NordVäst i Grbic, 2002: III). Prosjektene er da også ofte utført av praktikere, fortrinnsvis innenfor et arbeidsområde som vedkommende selv har lang erfaring fra. Tidsrammen for prosjektene er vanligvis nokså begrenset. Også Stockholm har en egen FOU-enhet innenfor rammen Socialtjänesten. Denne har blant annet hatt ansvaret for større forskningsprogram, som for eksempel et om «Åldrandets kultur» (Ronström, 1996: 41). En del av bidragene, både de norske og de nordiske, er studentoppgaver, fortrinnsvis hovedoppgaver utført ved universitet eller høgskole.

For å gi en indikator på hvor omfattende arbeidene er, tar vi med sidetall som rapportene/publikasjonene utgjør. For øvrig nøyer vi oss med å gi en kortfattet presentasjon av de viktigste publikasjonene vi har funnet, bestående av målet for studien, hva slags datamateriale som er brukt, og noen ord om resultatene og eventuelle konklusjoner.

4 Norske studier

4.1 Innledning

Som nevnt (kapittel 3) starter mange studier av temaet eldre innvandrere og bruk av helse-/omsorgstjenester med en kommentar om hvor lite kunnskap som fins på området! David Graunt (1996: 339) gjør det eksempelvis med referanse til Sverige.

Også i Norge er dette en vanlig måte å innlede til temaet på. I rapporten «Eldre innvandrere i Gamle Oslo»¹¹ (1993) starter Moen med å slå fast at «eldre innvandrere i Norge hittil har vært en lite påaktet gruppe både i eldrepolitikk og blant forskere» (s. 3). Thoner (1997:9) viser til at utgangspunktet for hennes prosjekt var et initiativ fra Kommunaldepartementet i 1991, som ønsket å rette søkelyset mot saksfeltet, før det «eventuelt utviklet seg til et problem». Mens Birkeland hevder i et foredrag på en dagskonferanse arrangert av Norsk selskap for aldersforskning i 1994¹², at ingen ville trodd det, dersom noen for fem år siden (i 1989) hadde fortalt at et helt dagsseminar skulle vies til temaet eldre fra minoritetsgrupper» (s. 15)!

I Norge synes interessen for temaet «eldre innvandrere» å bli vakt rundt 1990, det vil si om lag ti år etter at svenskene begynte å engasjere seg (Gaunt, 1996). Birkelands lille rapport «Om å bli gammel i et annet land»¹³, er blant de som først tok opp temaet. Målet med rapporten var å få oversikt over hvor mange eldre fra «fjerne land» som fantes i Oslo, og i hvilken bydel de bodde. Birkeland finner på grunnlag av tall fra SSB, at det dreide seg om 1170 personer (aldersgrensen ble satt til 55 år og oppover), hvor de fleste var bosatt i østlige bydeler. Birkeland baserer seg for øvrig på kontakt som hun har hatt med «ulike innvandrersorganisasjoner og mange eldre personer fra ulike etniske grupper», men uten å presentere disse nærmere. Resultatene viser angivelig at eldre fra «fjerne» land «ikke har noe aktivt forhold til alderdom», men nærmest synes å «synke hjelpeløst inn i den» (s. 3). Det uventede ved

¹¹ Utgitt av Norsk gerontologisk institutt.

¹² Eldreomsorg i et innvandrerperspektiv. Gerontologiske skrifter nr. 7.

¹³ Rapporten er utgitt av Oslo kommune (29 sider), og var en del av det såkalte 67+ prosjektet. Dette var en holdningskampanje for å gjøre Oslo bedre å leve i for eldre mennesker. Prosjektet varte fra 1987–1990.

resultatene var i følge Birkeland, at mange var ensomme, enten de levde alene eller sammen med ektefellen. Språkbarrierene var en viktig grunn til dette. Birkeland sier også at det er påfallende mangel på tilbud og muligheter for «individuell sysselsetting eller andre stimuli» i gruppen (s. 3).

Om lag på samme tid som den ovennevnte rapporten ble publisert, tok Sosialdepartementet initiativ til et såkalt utviklingsarbeid ved eldresentrene (1993)¹⁴. Tiltak for brukergrupper med spesielle behov var et av hovedinnsatsområdene. Blant disse inngikk flyktninger og innvandrere.

Nedenfor presenterer vi det vi har funnet av norske studier det siste tiåret. Slik vi ser det, er det viktig å få en mest mulig fullstendig oversikt over hvor mye eller lite som faktisk foreligger av kunnskap og publikasjoner på dette område. Vi har også tatt med lærebøker og temahefter, selv om disse ikke er basert på spesifikke studier. Resultatene oppsummeres til slutt.

4.2 Presentasjonen av studiene

Fokuset i denne rapporten er eldre innvandrere som brukere av omsorgstjenester (enten det dreier seg om institusjonstjenester eller hjemmetjenester). Beskrivelser av målgruppen, dokumentasjon av hvordan de og deres pårørende opplever tilbudet de mottar (eventuelt ikke bruker, men har rett til), preferanser og type omsorg de ønsker seg i framtiden, er følgelig sentrale. Det samme er de ansattes erfaring med den aktuelle brukergruppen, og ulike modeller for formidling eller organisering av tilbudene.

De fleste av publikasjonene nedenfor dreier seg om dette. Unntaket er et par rapporter som dreier seg om eldresentre. Når vi likevel tar dem med, er det dels fordi de beskriver en viktig del av det forebyggende arbeidet blant eldre innvandrere og derfor indirekte er relatert til bruk av institusjonstjenester og hjemmetjenester. Dels er det fordi det fins såpass få studier om emnet, og disse bidrar til å komplettere bildet (jf. ovenfor). Oversikten er så langt mulig forsøkt ordnet i tematisk rekkefølge.

Også stortingsmeldinger om omsorgstjenester og eldreomsorg som er kommet i den aktuelle tidsperioden, er tatt med. Dette er dokumenter som legger viktige føringer på utformingen av omsorgstjenestene og som stadfester hva slags rettigheter og forventninger brukerne har til tjenestetilbudet. Innholdet i disse har også betydning for problemstillingene vi drøfter i kapittel 6.

¹⁴ Ingebretsen og Guntvedt, 1993.

Litteratur som dreier seg om statistiske opplysninger om hvor mange som faller inn under begrepet eldre innvandrere, sykdomsforekomst og helse, er omtalt i kapittel 1 og 2. De holdes derfor utenfor presentasjonen nedenfor.

Tema 1: Brukerne og pårørendes opplevelse av mottatt omsorg, og forventninger til framtidig omsorg

- 1) *Minde, Gunn-Tove, 1995: Å vi klare oss... En sosiologisk undersøkelse av behov og etterspørsel etter offentlige velferdsordninger hos eldre samer i en flerkulturell kommune. Hovedoppgave i sosialpolitikk. Universitetet i Tromsø (144 sider)*

Dette er i følge forfatteren den første norske undersøkelsen i sitt slag. Vi tar den derfor med i oversikten selv om den er publisert før 1996. Dataene er samlet inn i 1992.

Til grunn for hovedoppgaven ligger en undersøkelse av et utvalg av samiske og norske eldre (fra 66–91 år) fra ei bygd i Nord-Troms. Utvalgene hadde i følge forfatteren mer eller mindre samme sosio-økonomiske bakgrunn. En tredel av de 36 personene i det samiske utvalget mottok hjelp fra hjemmetjenesten, en tredel var avhengig av hjelp fra naboer og familie, mens resten klarte seg selv. Undersøkelsen viste at det ikke var vesentlige forskjeller mellom eldre samer og eldre nordmenn i forhold til viktige levekårskomponenter som inntekt, bolig og sosialt nettverk. Eventuelle forskjeller i de to utvalgenes bruk av velferdsordninger ville derfor, i følge Minde, med rimelighet kunne tilskrives deres ulike etniske bakgrunn.

Problemstillingen som Minde drøfter er om det er forskjell mellom de to utvalgenes forhold til det sosiale hjelpeapparatet. I dette inngår også bruk av hjemmetjenester og institusjonsomsorg. Forfatteren spør om «eldre samer er i en dobbelt utsatt posisjon vis á vis det sosiale hjelpeapparatet», men finner at det ikke er grunnlag for å hevde dette. De eldre samene har like mye kunnskaper om hjelpeapparatet som de andre, og de viser samme «innsikt i å formulere og fremme krav overfor dette, som de andre» (s. 124–125).

- 2) *Dawies, Twinkle og Gudrun, Thoner, 1996: Aldring og etnisitet. Ger-Art nr. 4/1996 (13 sider)*

Dette er en studie av livssituasjonen til 15 eldre innvandrere fra henholdsvis India og Pakistan. Respondentene er i alderen 50–82 år (gjennomsnittet er 63 år). Datainnsamlingen består av delvis strukturerte «hjemme hos»

intervju, som i følge Thoner (1997: 31) tar for seg betydning av slekt og storfamilie, sosial interaksjon og helsestatus og helseforståelse, kommunikasjon og tanker om alderdommen. Videre diskuterer forskerne hvordan informasjonen som kommer fram i rapporten, kan brukes til å utvikle forebyggende og helsefremmede tiltak for eldre fra etniske minoritetsgrupper (ibid).

Artikkelen er nokså generell. Med unntak av noen enkeltksemler får vi ikke vite så mye konkret om de 15 intervjupersonene. Dawies og Thoner er opptatt av betydningen som familien har for informantene, og slår fast at deres informanter er «bærere av storfamilietradisjonen». Familien utgjør kjernen i det sosiale livet deres, og familietreff av ulik slag, samt religiøse sammenkomster, er de viktigste arenaene i det sosiale livet deres. De gamle er dermed svært avhengig av barna for å dekke sine sosiale behov.

Videre påpeker Dawies og Thoner at migrasjonen påvirker familiestrukturen, og at dette må tas i betraktning i forhold til hva slags omsorgstjenester som skal tilbys. Forfatterne advarer mot å «gå ut fra at alle asiatiske familier har ressurser til å ta vare på sine eldre». Jevnt over er informantenes helse dårlig, og de er lite fornøyd med sin livssituasjon. Kvinnene klager mer enn mennene. Forskjellen i respondentenes opprinnelsesland blir ikke tillagt noen vekt.

3) *Moen, Bjørg, 2002: Når hjemme er et annet sted. NOVA-rapport nr. 8 (137 sider)*

En gruppe eldre pakistanere og en gruppe eldre dansker (12 personer i hver) er intervjuet om hvordan de opplever livet i Norge, og hva slags ønsker og forventninger de har til en god alderdom. Drømmen om å vende tilbake til hjemlandet har preget begge gruppens opphold i Norge. Den ble aldri realisert, men ønsket om å bevare nær kontakt med hjemlandet og med sin kulturelle bakgrunn, er et viktig kriterium for en god alderdom, går det fram av rapporten.

Både de pakistanske og danske eldre har en transnasjonal tilpasning til tilværelsen i Norge. De opprettholder kontakten med hjemlandet, men føler tilhørighet til begge stedene. Kontakten med hjemlandet er vesentlig for god helse og god alderdom, hevder Moen.

De pakistanske eldre ser familietilhørighet som en forutsetning for et godt liv, og ønsker seg et «pakistansk liv» i alderdommen. For å realisere dette er de ofte avhengige av at barn tar hånd om dem når de blir gamle. Mange i den yngre generasjonen er da også i følge Moen, villige til å strekke seg langt for å oppfylle dette ønsket. Alle de tolv informantene bor sammen

med en eller flere familiemedlemmer. Sykehjem og aldershjem ansees som nødløsning for begge generasjonene.

De danske eldre er godt integrert i det norske samfunn. Mange av dem er eller har vært gift med nordmenn. Selv om de definerer seg som danske og forskjellige fra nordmenn, later de likevel ikke til å være så avhengig av tilhørighet til sitt eget nasjonale miljø som de pakistanske eldre. Mens et godt liv og livskvalitet for pakistanske eldre er knyttet til familien, synes det for danske eldre å være knyttet til hjemmet, hevder Moen (s. 76). Dette mener hun får konsekvenser for de to gruppenes omsorgsbehov. Ingen danske eldre ønsker å flytte fra hjemmet sitt, mens ingen pakistanske eldre kan tenke seg å flytte fra familien sin.

4) *Moen, Bjørg, 2003: Usynlige eldre. Tiltak for mennesker med funksjonshemming fra minoritetsetnisk gruppe. Rapport fra FOA (funksjonshemmede og aldring) (49 sider)*

Dette er en beskrivelse av en særskilt gruppe eldre innvandrere. Utgangspunktet for prosjektet er at marginaliseringen som mange mennesker med funksjonshemming opplever, ytterligere forsterkes for de med minoritetsetnisk bakgrunn. Videre blir det påpekt at dette til nå har vært en usynlig gruppe i vårt samfunn, og at prosjektet er «et første skritt på veien til å innhente kunnskap om denne gruppen og om deres bruk av helse- og sosialtjenester» (s. 8). Fokus er rettet mot personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming.

Disse viste seg imidlertid svært vanskelig å finne. Moen lyktes ikke med å oppdrive en eneste en til å intervju (men derimot to personer med senere ervervet funksjonstap). Hjemmetjenesten, utvalgte bydeler i Oslo, sykehjem, og rehabiliteringssentre/-avdelinger både i hovedstaden og i Drammen, ble alle kontaktet og spurt om de hadde pasienter som passet til beskrivelsen, men uten resultat. Noen hadde eldre innvandrere med funksjonshemming de hadde fått senere i livet, fortrinnsvis som følge av alderdom, for eksempel slag. Interesseorganisasjonene for ulike typer funksjonshemming ble også kontaktet. Organisasjonene for synshemmede og hørselshemmede hadde en liten gruppe (10–15 personer) over 50 år med innvandrerbakgrunn.

Bjørg Moen bruker derfor noen av informantene fra det forrige prosjektet (se over) som illustrasjon på eldre funksjonshemmedes livssituasjon og organisering av hjelp, inkludert omsorgstjenester fra det offentlige. Moens konklusjon er at eldre innvandrere med funksjonshemninger i liten grad

benytter det formelle omsorgstilbudet og har liten kontakt med interesseorganisasjonene.

- 5) *Magnussen og Johannesson; 2005: Flerkulturell eldreomsorg. Kartleggingsprosjekt av eldre innvandreres ønsker og behov for en god alderdom i Norge (39 sider)*

Kartleggingen hevdes å være et forprosjekt. Målet er, som tittelen sier, å få kjennskap til denne gruppens ønsker og behov for en god alderdom i Norge, samt innsikt i deres situasjon her og nå. Kartleggingen er også tenkt som grunnlagsmateriale for å foreslå tiltak. Tretti eldre innvandrere og atten 18 ansatte fra omsorgstjenesten i bydelene i Oslo indre øst, ble intervjuet. Det går også fram av rapporten at man «samlet to ressursgrupper med eldre og middelaldrende innvandrere». Den ene besto av kvinner fra islamsk senter (fem pakistanske på 50 år), den andre av menn fra Grønland eldresenter (også fem pakistanske i 50-årsalderen) (s. 10).

I følge en oversikt fra ulike sykehjem i ti av Oslo bydeler, kom forskerne fram til at det fantes ca. 40 personer med innvandrebakgrunn som var, eller hadde vært, beboere på disse institusjonene. Tre av dem ble intervjuet. Ett av intervjuene foregikk ved hjelp av tolk, ett på engelsk, og ett på det som blir karakterisert som «et minimum av norsk». Det var med andre ord få av svar-giverne som hadde erfaring som bruker av institusjonstjenester. Forskerne selv påpeker at det er få informanter i aldersgruppen 60–70 år, uten at det eksakte tallet går fram.

I tillegg kommer samtaler med ansatte med innvandrebakgrunn (11 personer). Hvorfor dette utvalgskriteriet ble valgt er ikke klart, men presentasjonen av dataene tyder på at det var erfaringene med eldre pasienter med innvandrebakgrunn som var det sentrale.

Mange av de eldre som ble intervjuet (som altså var mellom 50 og 60 år), gir uttrykk for at de føler seg ensomme og opplever at identiteten deres er truet. De føler seg fremmede i Norge, så vel som i sitt hjemland. Derfor ønsker de seg et treffsted sammen med sine, gjerne noe som ligner et norsk eldresenter. Der kan de møte andre i samme eller liknende situasjon som de selv befinner seg i. Problemet for noen er å komme av gårde til slike sentra, siden de er avhengig av å bli hentet og fulgt.

Videre hevder de fleste av informantene at de er forberedt på institusjon den dagen de blir pleietrengende. Rapporten inneholder et kapittel om «møte med beboerne på sykehjem». Av dette går det fram at ingen av de seks

informantene som beskrives behersker norsk, at mange har et stort nettverk (først og fremst bestående av familie) som besøker dem hyppig, men at dette ikke gjelder alle. De ansatte kan også fortelle om erfaringer med pasienter som ikke snakker norsk, og i enkelte tilfeller heller ikke har pårørende som behersker norsk. Dette kan føre til traumatiske opplevelser for begge parter.

Tema 2: Familieomsorg

- 6) *Kannick, Lisbeth, 1997: Omsorg – til glede eller bekymring. Rapport fra en studie om innvandrerkvinnens omsorgsansvar for eldre slektninger. Norsk Folkehjelp (37 sider)*

Rapporten inngår som en del av et større prosjekt om omsorg for eldre innvandrere (finansiert av departementet og gjennomført av Norsk folkehjelp). Rapporten er i følge Kannick, et «forsøk på å beskrive eldreomsorg gjennom yngre innvandrerkvinnens øyne». Studien omfatter intervju med ti innvandrerkvinner fra sju ulike land. Alle har ansvar for eldre slektninger. To er ute i arbeid, resten hjemmeværende. Problemstillingen som ligger til grunn for rapporten er hvorvidt «underforbruk av offentlige omsorgstjenester for eldre innvandrere fører til overbelastning av kvinner som omsorgsyttere», og om dette hindrer dem i å ta utdanning og arbeid.

Alle ti kvinnene kjente til hjemmetjenesten og hadde hørt om trygdeboliger, sykehjem og eldreplei. Kannick hevder at det offentlige omsorgssystemet likevel vanligvis ikke er et akseptabelt alternativ. Heller ikke den yngre generasjonen kvinner synes det er et aktuelt valg for sine foreldre. Særlig gjelder det bruk av sykehjem. Det bryter for mye med tradisjonene og idealet, og byr også på praktiske problemer som har med mat, språk o.l. å gjøre, hevder Kannick.

Det går ikke klart fram for hvor mange, og på hvilken måte, omsorgsoppgavene som de unge kvinnene har virker inn på deres egne karrierer, bortsett fra at én har måttet gi opp en påbegynt utdanning, mens én annen ønsker avlastning for å kunne realisere drømmen om utdanning og jobb. Sju av kvinnene vil gjerne ut i lønnsarbeid, går det fram av oppsummeringen. Men vi får ikke vite mer om den enkeltes refleksjoner rundt dette eller hva slags ressurser de har i form av tidligere erfaringer, utdanning m.m.

Lisbeth Kannick avslutter med å konkludere med at tunge omsorgsoppgaver gjør at yngre kvinner trenger avlastning, men at disse avlastings tiltakene ikke bør bryte for mye med de tradisjonene som familiene har. Slik

situasjonen arter seg for de aktuelle familiene i dag, er det de nærmeste familiemedlemmene (ektefelle, barn, søsken) som bistår når kvinnene trenger avlastning. Kvinnene selv er svært positive til ideen om omsorgslønn.

Rapporten ender med et vedlegg med forslag til utforming av et omsorgstilbud for eldre innvandrere, basert på utsagn fra de intervjuede kvinnene. Disse går ut på: Hjelp i hjemmet, i form av besøksordninger og hjemmehjelp som behersker samme språk, flere møtesteder, spesielt for kvinnene, men også felles møtesteder for eldre og yngre.

Tema 3: Forebyggende omsorg

7) *Gudrun Thoner, 1997: Tiltak for eldre innvandrere. NOVA-rapport 26 (61 sider)*

Rapporten er en beskrivelse av et forsøk på å etablere et flerkulturelt eldresenter på Grønland i Oslo. Forsøket tok til i 1995, og var et samarbeidsprosjekt mellom to bydeler (Günerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo). Målgruppen var innvandrere over 50 år. Prosjektet startet med en kartlegging blant hjemmetjenesten, eldresentrene, eldreråd og innvandreorganisasjoner for å få oversikt over eksisterende tilbud, og få vite hvor mye disse ble benyttet av eldre med innvandrerbakgrunn.

Rapporten beskriver tilnæringsmåter som ble brukt for å legge til rette for etableringen av det nye eldresenteret. Et av målene var kontakt med eldre innvandrere for å få kjennskap til deres interesser og ønsker, og for å etablere tillit. Kontakten med ulike frivillige organisasjoner og trossamfunn ga størst uttelling i så måte. Arbeidet med å skape tillit og legge til rette for et reelt samarbeid krever, i følge Thoner, tålmodighet og tar tid.

Rapporten ender med å redegjøre for forhandlingene og planleggingen forut for etableringen av det nye eldresenteret (som kom i gang i 1997). Målet med senteret var å virke helsefremmende og forebyggende ved å bryte isolasjon og minske ensomhet. Avslutningsvis diskuterer Thoner hva som etter hennes mening vil være ønskelig og hva som framstår som mulige løsninger, når man skal utvikle flerkulturelle tilbud for eldre. Blant disse er dialog med etniske miljøer og innvandrersorganisasjoner, samt trossamfunn som er engasjert i humanitært arbeid, informasjon om rettigheter og velferds-tilbud, utdanning av helsepersonell m.m.

- 8) *Moen, Bjørg, 2002: Eldresenter på ukjent vei. Flerkulturelle møter mellom eldre mennesker. NOVA-rapport nr. 16 (68 sider)*

Rapporten handler om hvordan eldre med etnisk norsk bakgrunn og eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, opplever å være brukere av samme eldre-senter. For det meste skjer de to gruppenes bruk av senteret hver for seg, men det hender også at de deltar på samme informasjonsmøte, seminar og feiringer. Integreringen har således tatt en annen retning enn opprinnelig tiltenkt. Segregerte grupper under samme tak er likevel også en form for integrering, mener Moen. De to gruppene opprettholder hvert sitt etnokulturelle fellesskap og tilhørighet, innenfor det samme eldresenterets lokaler og tilbud av tjenester.

Med utgangspunkt i sin erfaring, hevder Moen at realisering av en såkalt flerkulturell brukermodell krever organisering på mange områder samtidig. Et viktig og helt nødvendig tiltak er rekruttering. Personlig kontakt viste seg å være den mest effektive måten å gjøre dette på. For mange av eldre innvandrere var terskelen for å møte opp uten en særskilt oppfordring og invitasjon, svært høy. Videre nevner Moen informasjon – til ansatte og til brukere. Det er viktig for brukerne å vite hva de kan forvente av tjenesten. Moen mener også at det er nødvendig med holdningsskapende arbeid for at et prosjekt som dette skal lykkes. Siden multikulturelle eldresentra er et nokså nytt og lite utprøvd tiltak, bør organisasjonsformen være fleksibel og gi mulighet for endringer underveis.

Tema 4: Kommunenes tilrettelegging av omsorgstjenester

- 9) *Ingebretsen, Reidun og Tor-Inge Romøren, 2005: Omsorgstjenester med mangfold. NOVA-rapport nr. 9 (125 sider)*

Rapporten er et resultat av et oppdrag fra Helse- og sosialdirektoratet¹⁵ om å kartlegge behov og ressurser i kommunene med tanke på tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenestene for etniske minoriteter. Utgangspunktet for rapporten er spørsmålet om hvilke konsekvenser økningen i gruppen eldre innvandrere får for det kommunale hjelpeapparatet. Kommuner og bydeler med mer enn 200 innvandrere over 60 år ble kontaktet. Målet var å kartlegge

¹⁵ På grunnlag av St.meld. nr. 45 (2002–2003) «Betre kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene».

erfaringene som disse kommunene og bydelene hadde med denne gruppens behov for og bruk av pleie- og omsorgstjenester.

Det var stor variasjon mellom kommunene og bydelenes erfaringer på området. Få av dem har tall for hvor mange eldre innvandrere som bruker de ulike typene tjenester. Det gjelder også kommunene med flere enn 200 eldre innvandrere (s. 63). De fleste av de spurte har ingen særskilte tiltak for denne gruppen brukere, men viser til individuell tilrettelegging hvor man tar hensyn til bakgrunn, religion, kostholdsvaner o.l. Dog fins det noen få tilfeller hvor kommunene eller bydelene har utarbeidet særskilte tilbud. Grønland og Grünerløkka eldresenter nevnes som eksempler på dette.

Tjenestetilbudet blir vanligvis annonsert gjennom de vanlige informasjonskanalene. Med unntak av en Oslobydel, har ingen av kommunene materiell som er laget spesielt for brukere med annen språk- og kulturbakgrunn. Kjennskap til hjelpebehov avhenger oftest av direkte henvendelse fra brukeren, de pårørende eller andre etater innen helse- og omsorgstjenesten. Hjemmetjenester er det som i størst grad benyttes av eldre innvandrere, men også midlertidige institusjonsopphold blir brukt, melder kommunene.

Det foretas vanligvis ingen særskilt tilrettelegging overfor brukere med innvandrerbakgrunn i forhold til bemanning. Det hender riktignok at man kobler inn de av personalet som man mener best kan ivareta brukerne, fortrinnsvis personell med samme språk- og landbakgrunn som vedkommende. Men dette avhenger først og fremst av at slikt personalet finnes, og er ikke en ordning som er satt i system. Karakteristikken «variasjon» er det som hyppigst brukes som beskrivelse på kommunenes erfaringer og typer av tilrettelegging.

For øvrig er de temaene kommunene og bydelene er opptatt av følgende: Informasjon, språk og kommunikasjon, spørsmål som har å gjøre med avklaring av forventninger og tilrettelegging av tjenester, samt opplæring, samarbeidsforhold og veiledning av personell.

Tema 5: Om de ansatte

10) *Baluyot, Cynthia, M. A., 1999: Primary nursing health Care Services and Ethnic Minority Elderly Patients, Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for sykepleievitenskap (123 sider)*

Dette er en mastergradsoppgave. Baluyot tar utgangspunkt i at vårt helse- og omsorgssystem er utviklet for norske borgere og basert på norsk kultur. Bortsett fra eldre fra den samiske befolkningen, har de ansatte derfor lite erfaring

med å yte omsorg til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Opprinnelig ønsket Baluyot å intervju de eldre selv om deres livssituasjon og behov for hjelp, men det var rett og slett så få aktuelle kandidater at dette ikke lot seg gjøre (de fantes bare som brukere av hjemmetjenesten). Problemstillingen for studien endte derfor med spørsmålet om norske sykepleiere er i stand til å gi eldre pasienter med minoritetsetnisk bakgrunn den omsorg og pleie de trenger. Åtte sykepleiere er intervjuet. At disse åtte faktisk representerte fem forskjellige opprinnelsesland var ikke tilsiktet.

Målet med studien var å beskrive eventuelle kulturproblemer som sykepleierne (som alle arbeidet innenfor primærhelsetjenesten) opplevde når de ytte omsorg til eldre pasienter med minoritetsetnisk bakgrunn. Hvor mye erfaring respondentene konkret hadde med den aktuelle pasientgruppen, går ikke fram. En av utfordringene de fikk var likevel å beskrive pasientgruppen. De fleste av deres minoritetsetniske eldre pasienter bodde sammen med familien. De som ikke gjorde det, fikk gjerne daglig besøk av dem. Bortsett fra kontakten med familien, syntes pasientene å leve temmelig isolert; mange trolig fordi de aldri egentlig hadde vært integrert i det norske samfunnet. De hadde problemer med språket, og dette skapte frustrasjoner i kommunikasjonen med de ansatte – for begge parter.

Sykepleierne skulle også reflektere over likheter og forskjeller i det å yte omsorg til eldre med etnisk norsk bakgrunn og eldre med minoritetsbakgrunn. Selv om behovene grunnleggende sett er de samme, likeså ønsket om å bo hjemme lenge mulig, er det likevel variasjoner, konstaterer de. Eldre med innvandrerbakgrunn er mer takknemlige, hevder svargiverne, og forklarer det med at de kanskje er mindre bevisst sine rettigheter. Videre blir angivelig ikke denne gruppen så avhengig av omsorgsyteren, men begrenser gjerne etterspørselen til hjelp av mer spesifikke medisinske problemer. På de andre områdene trår gjerne familien til. De norske derimot bor oftere alene og har ikke samme støtte i familien. De har derfor større tendens til å bli avhengig av omsorgsyteren. På den andre siden forventer noen av de eldre innvandrerne langt mer av for eksempel hjemmetjenesten enn det de kan tilby. Det kan skyldes mangel på kunnskap om rettigheter, mener sykepleierne (s. 59).

Idealet for respondentene er likebehandling av pasientene. Ikke overraskende er det da heller ingen som tilkjenner at de selv gjør forskjell, verken i forhold til respekt eller i forhold til kvaliteten på tjenestene de utfører. Pasientene hadde ulik religiøs bakgrunn, men religiøs tro og praksis var

likevel et tema som nesten aldri ble berørt i samtalene mellom dem og sykepleierne. Det samme gjaldt økonomi. De ansatte visste derfor ikke hva slags inntekter eller stønader pasientene mottok, eller om de fikk det de hadde rettmessig krav på.

For øvrig var det pleiernes erfaring at det er lettere å samarbeide med familie og eldre innvandrere dersom familiemedlemmene ble inkludert i omsorgen. Baluyot konkluderer med at pasientenes manglende norskspråklige ferdigheter og sykepleiernes mangel på kulturell kompetanse, begrenser relasjonen mellom dem. For de eldre fører det til at det blir vanskelig å uttrykke sine følelser, og ønsker og behov. For de ansatte gjør denne begrensningen det vanskeligere å forstå de eldre. Det resulterer igjen, i følge Baluyot, til at de blir mer usikre og mindre i stand til å «extend sensitive and appropriate care» (115).

11) *Flaathen, Elisabeth Kaarbø, 2001: Norske sykepleiere og eldre innvandrere i en pleiesituasjon. En kvalitativ studie. Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen. Hovedoppgave i helsefag (102 sider)*

Studien dreier seg om norske sykepleieres møte med eldre innvandrere som befinner seg i en pleiesituasjon. Flaathen har selv lang erfaring fra eldreomsorg, og har opplevd at kommunikasjon kan være vanskelig «selv når begge parter har norsk bakgrunn». Datamaterialet består av intervju med seks sykepleiere (alle norske) og to eldre innvandrere (ved hjelp av tolk). I utgangspunktet ønsket Flaathen seg to mer jevnbyrdige svargrupper, men problemer med å rekruttere respondenter til sistnevnte kategori, gjorde det umulig. Alle sykepleierne hadde erfaring med eldre pasienter med innvandrerbakgrunn i løpet av siste halvår, men det går ikke klart fram hvor omfattende denne erfaringen var. Flaathen tar utgangspunkt i ulike teorier om omsorg, og legger vekt på at omsorg krever grunnleggende forståelse av et menneskets ståsted. Derfor må sykepleieren ha kjennskap til hva som er uttrykk for omsorgsverdier i den kulturen pasienten tilhører.

Resultatene av undersøkelsen presenteres for det meste i form av sitater. I følge Flaathen er de seks sykepleiernes erfaring med den aktuelle pasientgruppen at det er «utfordrende, givende, spennende, men også tidkrevende, frustrerende å ikke vite hvordan de oppfatter/forstår det som blir tilbudt dem, hva som er vanlig i deres kultur» (kapittel 4). Videre opplever de at det tar tid å bygge opp en god relasjon til pasientene. Kontinuitet i personalet er derfor en særdeles viktig forutsetning i forhold til denne gruppen pasienter.

Kommunikasjon beskrives som den største utfordringen. I følge Flaathen er noen av sykepleierne svært oppfinnsomme i forhold til å finne praktiske måter å kommunisere med pasientene på. Andre derimot, viser liten evne og vilje til å løse kommunikasjonsproblemet.

De to pasientene som ble intervjuet, hvorav den ene av de to hadde vært på sykehjem, var utpreget positive til måten de ble møtt på av sykepleierne. De hevdet også at de foretrakk norske pleiere framfor «utenlandske» (62).

Andre publikasjoner

- 1) *Norsk kommuneforbund, 1999: Alderdom i et flerkulturelt samfunn. Rapport fra dagskonferanse (27 sider)*

Heftet inneholder diverse små artikler og innspill, inkludert avisutklipp. Bidragsyterne består av forskere, praktikere og representanter for frivillige organisasjoner m.m.

- 2) *Hanssen, Ingrid, 2005: Helsearbeid i flerkulturelt samfunn. Gyldendal akademiske (257 sider).*

Dette er en lærebok i tverrkulturelt helsearbeid, og representerer en innføring i hvilke «praktiske og etiske utfordringer norske sykepleiere står overfor i sitt arbeid med etniske minoriteter og deres familier» (s. 6). Hanssen understreker at det overordnede perspektivet er at hver enkelt pasient er unik og «først og fremst representerer seg selv», ikke gruppen han/hun tilhører eller kommer fra. Det forhindrer likevel ikke at det er nødvendig og viktig med kunnskaper av mer generell art. Disse vil kunne gi innsikt i tankemåter, livsstil, normer og tradisjoner som ulike sosiale, religiøse og kulturelle grupper har.

Etter en generell innledning (hvor et av kapitler har tittelen «Eldre pasienter fra etniske minoriteter») består boka av sju kapitler som tar for seg tilsvarende antall grupper (potensielle pasienter) med ulik religiøs bakgrunn (muslimer, buddhister, jøder m.m.), inklusive et kapittel om samiske pasienter.

4.4 Oppsummering

Interessen for temaet eldre innvandrere og bruk av omsorgstjenester, synes å ha startet omkring 1990 i Norge. Mye tyder også på at Torres (2006) påstand om at det i Sverige helt fra begynnelsen har vært en «gjennomgående problematisering av eldre innvandrere» også gjelder her i landet. I alle fall var

forventningene om at dette var en gruppe som ville føre til store utfordringer og problemer for helsevesenet, nokså uttalte allerede fra starten av.

Mange av de norske arbeidene starter med en kommentar om hvor lite kunnskap og forskning som fins om temaet eldre innvandreres bruk av omsorgstjenester. Etter å ha gått igjennom det vi har funnet av aktuelle studier de siste ti årene, må vi langt på vei konstatere at dette stadig er tilfellet. Det har lite å gjøre med at vi har avgrenset oss til perioden etter 1995. Om vi eksempelvis hadde utvidet den med fem år, ville noen flere publikasjoner kommet med, men ikke mange. De det hyppigst vises til fra denne «før-1995-tiden», er to mindre rapporter av henholdsvis Birkeland (1990) og Moen (1993).¹⁶ Som det framgår av presentasjonen har vi funnet ti aktuelle studier, en lærebok og et temahefte. Alle ting, inkludert søkeprosedyrene (jf. kapittel 1.4) tatt i betraktning, mener vi det er grunn til å anta at sluttresultatet inkluderer det som faktisk foreligger av arbeider på området.

Ikke alle, men mange av studiene vi fant, er beskjedne både i forhold til omfang av data og i forhold til presentasjon. Det dreier seg gjerne om små utvalg og om små rapporter (jf. sidetall). Presentasjonen og analysen av dataene er heller ikke alltid like fyllestgjørende. Informasjonen som er innhentet blir dermed ikke fullgodt utnyttet. Ofte skyldes det tidsbegrensninger på oppdraget, og noen ganger muligens at studiene er utført av studenter eller andre som ikke har så mye forskningserfaring. Alt dette kan igjen påvirke konklusjonene, som i mange tilfeller er nokså generelle. Andre ser det som sin oppgave å gi konkrete råd til ansvarlige myndigheter eller til utøverne av tjenesteytingen, men uten at det alltid er veldig godt fundert i dataene.

Vi sitter derfor igjen med en relativt begrenset forståelse av hvem de eldre innvandrerne er, hva slags livssituasjon de lever i, hva deres omsorgsbehov består av og hvorledes behovene er sammensatt. Det samme gjelder innsikt i hvordan de opplever det offentliges ytelser, og hvilke tanker og eventuelle forslag de eller deres pårørende har i forhold til hva som kan gjøres bedre.

En av grunnene til den mangelfulle kunnskapen synes å være at målgruppen er vanskelig å få tak i. I noen tilfeller skaper det så store frustrasjoner

¹⁶ Birkeland, Roushan, 1990: Om å bli gammel i et annet land. Prosjektrapport. Oslo kommune. Moen, Bjørg, 1993: Eldre innvandrere i Oslo. Norsk gerontologisk institutt, rapport nr. 4.

at selv entusiastiske og ivrige forskere må gi opp forsøket med å få dem i tale og nærmest fristes til å tro at de ikke fins! Andre ganger resulterer det i at man ser seg nødt til å rekruttere andre personer, som man antar ligner primærgruppen (for eksempel «unge eldre» i stede for «eldre»). Det er for øvrig også blitt vanlig å definere eldre innvandrere som personer over 55 år, og i noen tilfeller faktisk over 50 år, mens gruppen(e) som de sammenlignes med gjerne er atskillig eldre. I Moens studie (2003) er for eksempel det pakistanske utvalget, med ett unntak, mellom 55 og 65 år, mens de danske er mellom 70 og 80 år.

En mulig konsekvens av problemene med å skaffe informanter, er risikoen for å rekruttere personer som har vært intervjuet mange ganger (jf. Flerkulturell eldreomsorg, 2005: 11). Det kan i verste fall føre til at informantene deltar, men er motvillige. Alternativt kan det føre til at de er blitt «vel profesjonelle», i den forstand at svarene får et mer standardisert og generalisert preg, mens formidlingen av egne, personlige erfaringer kommer i bakgrunnen.

I to av studiene er relativt store utvalg eldre innvandrere (15 personer) rekruttert, men også her avsto mange forespørselen om å delta. Dessverre vet vi ikke mer, verken om bakgrunnen til de som ble med, eller hvorvidt de utgjorde et skjevt utvalg i forhold til alle som ble spurt. Disse svakhetene er for øvrig de samme som den svenske forskningen på dette området blir kritisert for, nemlig at studiene er små og lite representative (Torres, 2006).

En måte å få kjennskap til en gruppe på uten å spørre dem selv, er å henvende seg til andre som har kontakt med gruppen, i dette tilfelle dreier det seg fortrinnsvis om de ansatte. Slike henvendelser kan gi verdifull innsikt, både fordi de ansatte ofte kommer nær inn på livssituasjonen til sine brukere, og fordi de har erfaringer med flere av målgruppene og således representerer en type akkumulert kunnskap. Denne tilnæringsmåten er benyttet i noen av studiene. For enkelte er det en «nødløsning» fordi målgruppen ikke lot seg mobilisere, for andre var det nettopp de ansatte de ønsket å få i tale.

Generelt er inntrykket likevel at de ansatte har liten erfaring med den aktuelle pasientgruppen, selv om dette varierer noe med type tjeneste og med geografisk sone. Institusjonstjenesten har mindre erfaring enn hjemmetjenesten har. De fleste kommunene har ingen erfaringer med eldre innvandrere som brukere, og i Oslo vil det nødvendigvis være store forskjeller fra en bydel til en annen. Følgelig vil de ansattes rapporteringer også lett bli

spredte og overfladiske. Dessuten vil aldri denne typen indirekte kilde-materiale kunne erstatte den førstehåndsinformasjonen som målgruppen selv kan gi.

På den andre siden er det viktig å få kunnskap om personalets opplevelser av møtet med målgruppen, og kjennskap til hvordan de opplever å yte omsorg og tjenester til brukere med et annet språk og med annen kulturell bakgrunn enn dem selv. Noen av studiene er opptatt av dette, men også her dreier det seg om undersøkelser av mindre omfang som inkluderer få informanter. Alt i alt er det derfor ikke så mange konkrete eksempler på «hvordan man gjør det», i betydningen hvordan man organiserer og tilrettelegger omsorgen når man har brukere ellers pasienter som er eldre innvandrere.

5 Nordiske studier

5.1 Innledning

Målet med å inkludere de nordiske studiene var å gi en oversikt over hvilke temaer og problemstillinger som har vært drøftet og pådratt seg oppmerksomhet i våre naboland, samt få et bilde av hvilke typer datamaterialer som fins der. Men det er vanskeligere å få oversikt over studier utført i de andre nordiske landene enn i Norge. Vi er mer oppdatert i den norske pressen og media enn i den nordiske, og kan også bruke personlige kontakter å samrå oss med. Slik kan søkene etter norsk litteratur lettere suppleres. Når det gjelder den nordiske litteraturen derimot, baserer vi oss med et par unntak utelukkende på resultatene av søket i basene. Disse avhenger som nevnt av hva slags søkeord som benyttes.

Selv om vi tar utgangspunkt i de mest sentrale begrepene som brukes i forbindelse med temaet «omsorg for eldre innvandrere», er det likevel ikke garantert at vi har fått med alle aktuelle arbeider. Presentasjonen nedenfor gir seg derfor ikke ut for å være fullstendig, men bokstavelig talt å gi en oversikt over studier som har en tittel hvor eldre innvandrere eller etnisitet, kulturelt mangfold og alder, inngår. Den nordiske litteraturen er her begrenset til Sverige og Danmark. Eventuelle finske studier på svensk og engelsk skulle kommet med gjennom søkene. Når dette ikke skjedde, tyder det på at de enten ikke fins, eller kanskje mer sannsynlig at de ikke foreligger på andre språk.

Nedenfor følger en kort presentasjon av de viktigste publikasjonene vi har funnet. På samme måte som med de norske studiene, er målet med presentasjonen å få en oversikt over hvilke spørsmål og problemstillinger som har vært tatt opp, og hva slags data som er samlet inn. Vi har forsøkt å dele dem inn etter tema. For å få plassert flest mulig av bidragene innenfor disse, er temaoverskriftene vide. Doktoravhandlinger er plassert i en egen kategori, fordi de ofte inneholder artikler med nokså forskjellige tema. Offentlige utredninger utgjør også en egen kategori.

5.2 Presentasjon av studiene

Tema I: Helse og omsorgsbehov

- 1) *Songür, Welat, 1999: «De äldre invandrararnas hälsa» i Baksi, Kurdo (red): Invandrare och Hälsa. En antologi Svartvitts förlag s 75–82*

Songür tar utgangspunkt i eldre fra Midtøsten (tyrkiske, kurdiske, assyriske, syriske), som har kommet til Sverige i voksenalder eller senere.

Datamaterialet er en enquete som omfatter 50 personer fra 55 år og oppover. Informantene ble spurt om ulike helseproblemer, for eksempel hukommelsestap, synshemminger m.m. Alt i alt oppga 76 prosent av de spurte at de hadde hatt sykdommer som påvirket deres daglige aktivitet. Det var et stort forbruk av medisin i gruppen. Sju av ti tok mellom en og ni ulike typer medisiner per dag!

Songür mener at de sosiale kårene som disse eldre lever under både utgjør et aspekt ved deres helsetilstand, og er en viktig forklaring på deres helsetilstand. De sosiale forandringene som de eldre har gjennomgått på grunn av migrasjonen, har stor betydning, ikke minst for deres sosiale og psykiske tilstand. Familien og familienettverket blir derfor ikke mindre viktig, men tvert imot enda betydningsfullt etter innvandringen til Sverige. Men mange føler seg sviktet når de angivelig «altfor høye forventningene» til de pårørende ikke blir tilfredsstilt.

Songür karakteriserer for øvrig informantenes utvikling som «tiltagende sosial resignasjon». Denne arter seg som en opplevelse av «makteløshet, skuffelse, passivitet og likegyldighet» (s. 77). Songür mener resignasjonen bunner i konfrontasjonen mellom de eldre innvandreres tradisjonelle bakgrunn og møtet med det moderne samfunnets virkelighet (ibid).

- 2) *Silveira, E., m.fl., 2002: Health and well-being among 70-years old migrants living in Sweden i Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology vol 37: s. 13–22*

Det fins mange studier om hva slags virkning sosiale og økonomiske faktorer har på helse, men knapt noen hvor etnisitet inngår, hevder Silveira m.fl. Det fins også studier som viser økt psykisk sykdom blant unge med innvandrerbakgrunn, men få – om noen – har undersøkt dette fenomenet blant de over 65 år. Dette ønsker Silveira m.fl å bøte på.

Datamaterialet består av en sammenligning av et utvalg svensk-fødte (406 personer) og et utvalg ikke-svensk fødte eldre (84 personer) (i alderen 70 år og over) i Göteborg. Innvanderne kommer fra en rekke ulike land, de fleste fra Nord-Europa og de baltiske statene. I tillegg brukes data fra offentlige registre.

Silveira m.fl. tar utgangspunktet i at god fysisk helse og opplevelse av sosial støtte fungerer beskyttende i forhold til depresjon. Han undersøker sammenhengen mellom sosiale faktorer, fysisk helse, stemningsleie (engelsk: mood) og livstilfredshet i de ulike gruppene. Utvalget som ikke er født i Sverige, rapporterer dårligere subjektiv helse og lavere grad av livstilfredshet enn majoritetsbefolkningen. Aller dårligst kommer kvinnene med innvandrerbakgrunn ut.

3) *Albertsson, Marie, m.fl. 2004: «Consuming Care and Social Services: Comparisons between Swedish-born Older People and Older People borne outside Sweden» i British Assosiation of Social Workers, vol 16 (2): 99–110*

Dataene er samlet inn i Växjö, som er en by i Sør-Sverige med om lag 75 000 innbyggere. En tidel av beboerne over 65 år er utenlandsk født. Alle sosialarbeidere i kommunen fikk tilsendt et spørreskjema som de skulle fylle ut, ett for hver av de utenlandsfødte brukerne som de hadde. Disse utgjorde til sammen 59 personer, fra 17 ulike land. De to største gruppene var eks-jugoslavere og iranere. De ble sammenliknet med et kontrollutvalg bestående av 118 svenske eldre.

Albertsson finner at gruppen utenlandsfødte brukere har mindre forbruk av alle tjenester enn kontrollgruppen. Ikke minst gjelder dette i forhold til hjemmehjelp. De i den førstnevnte gruppen som mottok hjelp derimot, fikk flere timer bistand enn de svenske brukerne. Dette kan være en indikasjon på at de utenlandsfødte eldre har dårligere helse enn de svenskfødte. Men Albertsson påpeker at man vet lite eksakt om deres helse. Det er i det hele tatt ingen klar forbindelse mellom migrasjon og dårlig helse. Derfor er det vanskelig å si hvilken effekt migrasjon har for helse, hevder hun, og viser til studier som påviser sterkere sammenheng mellom sosio-økonomisk status og helse enn mellom etnisk bakgrunn og helse.

Uansett mener Albertsson at det er en viktig forskningsoppgave å finne forklaringer på forskjellen i bruk av helse- og omsorgstjenester mellom eldre med innvandrerbakgrunn og eldre fra majoritetsbefolkningen.

- 4) *Mortensen, Steen og Gitte Lee Mortensen, 2004: Borgerundersøkelse. Pleie- og omsorgsbehovet blant eldre flyktninge og innvandrere. Århus kommune. Magistratens 3. afdeling (59 sider)*

Undersøkelsen er utført i 2004 i Århus kommune, hvor det bor 1173 personer over 60 år med flyktning- eller innvandrerbakgrunn. Dette er en oppfølging av tidligere, lignende målinger i Århus (fra henholdsvis 1999 og 2002). Utgangspunktet for studien er ønsket om å følge opp målene som kommunen har satt for sin integrasjonspolitik, hvorav et av innsatsområdene er de eldre. Blant de oppsatte målene på dette feltet var at eldre flyktninger og innvandrere skulle kjenne til helse- og omsorgsyttelsene som fins i kommunen, og at brukertilfredsheten skulle være like stor i disse gruppene som for tilsvarende brukere i majoritetsbefolkningen. Utvalget besto av 785 personer. 52 prosent svarte. Spørreskjemaene ble trykket opp på seks språk, inkludert engelsk. Alle i utvalget fikk dessuten den danske utgaven.

Resultatene tyder på at utviklingen har gått i positiv retning, både i forhold til kjennskap til tjenesten og i forhold til bruk. Det er flere som sier de vet hva slags tjenester kommunen kan tilby nå enn i 1999 (41 mot 33 %), men en tredel er fremdeles ukjent med kommunens tilbud. Hvor lenge man har oppholdt seg i Danmark later til å være en viktig forklaring på hvor godt orientert man er. De som har bodd i landet lengst, vet mest om tilbudene.

Videre er det i følge Mortensen og Mortensen skjedd en vesentlig økning i «modtagelsen av hjælp», og det bare siden 2002. Om lag halvparten av informantene mente at de fikk den hjelpen de trengte, og andelen av de som synes de ikke gjorde det, var redusert betydelig (fra 40 til 25 %).

Bruken av hjemmesykepleie er for eksempel økt betydelig (fra 8 % i 2002 til 23 %). Likevel påpeker forskerne at det stadig er en stor gruppe som ikke får dekket sine behov for hjelp, og bare en firedel av disse er innforstått med at det er kommunen de må henvende seg til for å oppnå dette. Mortensen og Mortensen hever at det er en risiko for polarisering i brukergruppen, nemlig mellom de som kjenner til og de som ikke kjenner til de offentlige tilbudene.

Blant de som mottok hjelp var to tredeler tilfreds med ytelsene de fikk. Det er også en økning fra 2002 (men den er ikke spesifisert). En firedel av svargiverne kan tenke seg å bo i «en almindelig ældre-plejebolig» hvis behovet skulle oppstå. Men flere (en tredel) kan tenke seg det dersom en slik bolig gir mulighet for å være nær andre eldre med samme språkbakgrunn som de selv.

For øvrig er det generelle bilde at deltakerne i undersøkelsen stort sett (gjelder 82 %) er tilfreds med livet i Danmark.

5) *Mirdal, Getty M., 2005: «Tyrkiske kvinders somatiske klager: Tyve år etter» i Indvandrermedicin, 83 årg: 877–893*

I 1984 gjorde Mirdal en studie av 75 tyrkiske kvinner, alle bosatt i Danmark. Undersøkelsens siktemål var å kartlegge kvinnenes fysiske, psykiske og sosiale situasjon. Ni av ti led av en eller annen form for somatiske plager og følte seg syke.

I denne studien følger hun de samme kvinnene i en ny undersøkelse 20 år senere. 46 av kvinnene lot seg oppspore og intervjuet (tilsvarer 61 %). Mirdal utelukker ikke at de som har falt fra underveis i undersøkelsen, utgjør en mer belastet gruppe helsemessig enn dem som ble intervjuet.

Den første gangen kvinnene ble undersøkt var det somatiske sykdommer som i første rekke skapte helseproblemer. I den siste studien derimot, er bildet i stor grad dominert av psyko-sosiale helseproblemer, som har med sorg og depresjon å gjøre. En grunn til dette mener Mirdal er at kvinnene lever under bedre sosio-økonomiske forhold enn forrige gang hun møtte dem. Blant annet har de større tilgang til medisin og legehjelp og bedre boligstandard. Dels kan dette ha bidratt til å avhjelpe fysiske lidelser. Dels kan det ha gitt rom for andre typer helsemessige reaksjoner enn de fysiske. Mirdal beskriver det som en endring fra aktivt stress til passivt stress, hvor sykdom er den eneste reaksjonsmuligheten. For øvrig finner Mirdal at kvinnene generelt er godt tilfreds med det danske helsevesenet.

6) *Ahlin, Bjørn og Marie Albertsson, m.fl. 2005: «Health and consumption of health care and social service among old migrants in Sweden» i Primary Health Care and Development 6: s 37–45*

Artikkelen tar utgangspunkt i at migrasjon kan påvirke helse og dermed også konsum av helse- og sosialtjenester. Fokus for studien er eldre innvandrere. Forfatterne baserer seg dels på gjennomgang av litteratur, dels beskriver de forbruksmønsteret for helseomsorg og sosialtjenester blant eldre innvandrere i Sverige og sammenligner dette med majoritetsbefolkningen.

Undersøkelser viser at selv-rapportert helse er dårligere blant eldre innvandrere enn for tilsvarende aldersgruppe i majoritetsbefolkningen. For øvrig konkluderer forfatterne med at det ikke fins offentlig statistikk om forbruk av helse- og sosialtjenester som gir mulighet for å besvare problemstillingen.

De hevder også at undersøkelsene som er gjort på dette området er få, og at resultatene er temmelig divergerende. Noen konkluderer med at de eldre innvanderne bruker mer helsetjenester, men mindre sosialtjenester enn majoritetsbefolkningen. Andre studier kommer fram til at de bruker mindre av begge typer tjenester. Ahlin og Albertssons konklusjon er derfor at det er behov for mer forskning om dette.

Tema 2: Brukernes og de pårørendes opplevelse av omsorgstilbudet

7) *Ligenercrona, Marie-Helene m.fl., 2002: Mångkulturelle äldreomsorg i Botkyrka kommun. Tre kartläggningar kring äldreomsorgen för personer med utländsk bakgrund i Botkyrkan kommun (28 sider)*

Dette er et såkalt utviklingsprosjekt utført ved Karolinska instituttet. Botkyrka er en nabokommune til Stockholm, og er blant de kommunene i Sverige med høyest andel eldre personer med innvandrerbakgrunn.

Kartleggingen besto av tre delstudier, som hadde som mål å: 1) Finne ut hvor stort antall personer det dreide seg om, hvilke språk og kulturer de representerte, og undersøke om de får sitt behov for eldreomsorg tilgodesett. 2) Kartlegge hvilke ressurser for kulturelt tilpasset eldreomsorg som personalet i Botkyrka representerer, det vil si finne ut hvilket land, språk og kulturbakgrunn de ansatte hadde. 3) Vise eksempler på hva som gjøres for eldre med innvandrerbakgrunn i andre kommuner. Slik ønsket man at studien skulle gi grunnlag for planlegging og iverksetting av en eldreomsorg som kan ivareta «aldre med utländsk bakgrund i Botkyrka». Så langt hadde det ikke vært gjort noen særskilt foranstaltning for disse gruppene.

Resultatet av kartleggingen viste at 1/3 av innbyggerne over 55 år i Botkyrka har utenlandsk bakgrunn (fra 90 ulike land). Av de som mottok en eller annen type omsorgstjeneste (1095 personer) hadde en knapp tredel innvandrerbakgrunn. Halvparten av disse behersket ikke svensk. Personer med henholdsvis finsk og tyrkisk opprinnelse utgjorde de to største gruppene. Ligenercrona m.fl. bemerker for øvrig at fødeland ikke gir noen direkte kunnskap om brukernes kulturelle eller religiøse bakgrunn.

Vel halvparten av de som jobbet i eldreomsorgen i kommunen var fra andre land. Av disse utgjorde ansatte med finsk bakgrunn den største gruppen. Resultatene viste at de nyansatte ofte ikke hadde kunnskap om de eldres språkbakgrunn og religionstilhørighet. Det later i følge Ligenercrona m.fl., til å være spørsmål som ikke stilles. Følgelig fins det heller ikke noe

system hvor disse opplysningene nedfelles. Dette er nødvendig kunnskap for å gi god oppfølging, mener Ligenercrona m.fl. Å kartlegge språkbakgrunn og eventuelle tolkebehov og religiøs tilhørighet, er av stor betydning, både for omsorgsmottakeren og den pårørende. I møte med sykdom og død blir ofte religion og livssynsspørsmål grunnleggende for den personlige integriteten.

Fire andre kommuner med høy andel innvandrere ble kontaktet, og resultatene presenteres til slutt i rapporten. Gøteborg kommune skiller seg ut som den kommunen som har kommet lengst i å legge til rette særskilte tiltak for gruppen eldre innvandrere. Her fins en rekke virksomheter som er vinklet mot spesielle grupper eldre med utenlandsk bakgrunn. Det fins angivelig også en hjemmehjelpsgruppe i privat regi der personalet behersker flere språk. Gøteborg kommune var også den eneste som hadde en kommunalplan (policyplan) i forhold til gruppen eldre innvandrere. I følge denne skal alle som mottar eldreomsorg «möta någon som talar deras språk».

8) *Grbic, Alexandra, 2002: Kulturmöten i hemtjänst. En intervjuundersökning med förslag till handlingsplan. Åldersforskning NordVäst FOU-rapport nr. 2 (99 sider)*

Prosjektet dreier seg om eldre innvandreres møte med hjemmetjenestens personale i en svensk kommune (Uppland Väsby). Målet med studien var å finne ut om det forekommer «kulturkrokar mellom äldre invandrarar och hemtjänstpersonal». Studien omfatter intervju med åtte eldre (fra 71–89 år) med bakgrunn fra ulike Østeuropeiske land (hvor Grbic selv kommer fra). Alle åtte mottok hjemmehjelpstjenester. Grbic ønsket å finne ut hva «brukaren tänker och känner i mötet med hemtjänstpersonalen» (s. 52).

Svarene var angivelig i alminnelighet «svært positive», og det var få tegn på at de eldre innvandrerne blir dårlig behandlet innenfor eldreomsorgen. Antagelsen om at Grbic ville finne store «kulturkrokar», stemte ikke. De kulturelle ulikhetene «suddats ut». Dette mener Grbic skyldtes «forsvenskningen» fordi mange av dem hadde bodd i Sverige i mange år. De «kulturkrocarna» som viste seg å eksistere, tolket de eldre som utslag av misforståelse eller mangel på tid, snarere enn som negative holdninger eller diskriminering.

Språk var det vanligste problemet i kontakten mellom hjemmehjelpstjenesten og de eldre. Samtlige informanter ønsket seg to-språklig personale.

- 9) *Johansson, Irène, 2003: Etnisitet och åldrande är mer än äldre invandrare. FOU-centrum för vård och omsorg, Linköping (bl.a.), FOU-rapport nr. 15 (38 sider)*

Rammen for studien er hjemmetjenesten i Linköping kommune. Målet var å få bedre kjennskap til de eldres egne ønsker og oppfatning av hva slags omsorgstilbud de vil ha.

Datamaterialet består av intervju med 15 mottakere, fordelt på flyktinger fra det tidligere Jugoslavia, Italia og svenske pensjonister bosatt i Spania.

Resultatet viser i følge Johansson at mennesker som flytter ufrivillig til et annet land, har vanskeligere for å tenke seg å bo på servicehjem eller i omsorgsinstitusjoner enn andre. Samtlige jugoslaver ønsker å bli hjemme, ingen på institusjon, mens italienerne forventer at deres barn stiller opp (s. 24). I så måte har derfor myndighetene angivelig «mislyktes med å selge servicehus til innvandrere».

Johansson hevder for øvrig at hennes tanker om gruppetilhørighet og identitet var feilaktig. Hun betraktet gruppene som atskilte og segregerte, og regnet med at religion og etnisk/nasjonal tilhørighet ville ha stor betydning i forhold til ønsker om «vård och omsorg». Men i følge Johansson er det ikke noe i hennes materiale som tyder på at det er slik. Ingen i hennes studie uttrykker ønske om å få bo sammen med sine egne for på den måten å oppnå følelsen av trygghet og gjenkjenning (s. 34).

Blant de utvandrede svenskene var det en klar majoritet som – når tiden kommer – sier at de ønsket omsorgstilbud på deres eget språk. Enkelte er innstilt på å reise hjem til Sverige, dersom de skulle få behov for pleie- og omsorgstjenester, men de fleste planlegger å bli værende. For de som ikke behersket spansk, opplevdes det utrygt å ikke kunne kommunisere med personalet som skulle ta seg av dem.

- 10) *Linne, Susanne, 2005: «Jag förstår inte hva dom säger». Äldre invandrare i Malmö berättar om vård och omsorg. Malmö stad, Rapport nr 1 (42 sider)*

Målet var å undersøke eldre hjemmeboende innvandreres erfaringer og ønsker for omsorg, samt å få vite hvorfor gruppen bruker mindre hjemmetjenester enn tilsvarende gruppe i majoritetsbefolkningen. Studien er utført i Malmö kommune. 18 personer i alderen 66–90 år ble intervjuet. De kom fra en rekke ulike land utenom Norden, og hadde alle flyttet til Sverige i voksen alder. Samtlige bodde hjemme, 11 mottok hjemmetjenester.

Linne tar utgangspunkt i at forutsetningen for at et tilbud skal fungere, er at bruker kan kommunisere med yter. Dette er ikke nødvendigvis språkavhengig, men kan også skje på andre måter. Å ikke kunne kommunisere fører til utrygghet ved besøk av hjemmetjenesten, som ofte skjer en eller to ganger i uken og foregår over år. Det gjør det vanskelig å etablere en sosial relasjon mellom mottakere og ansatte. Linne mener problemer med kommunikasjon er en viktig grunn til at mange avstår fra å bruke hjelpen de har rett på. De som var fornøyd med hjemmetjenesten forteller at de forstår hverandre både ut fra et språklig og et sosialt aspekt.

Et fåtall (tre personer) av de intervjuede ønsker personale med samme etniske opprinnelse og språkbakgrunn som de selv. Felles for dem var at de hadde flyttet til Sverige sent i livet, ikke behersket svensk og at både fysisk og psykisk helse var dårlig. De klarte ikke å håndtere nye mennesker, ny kultur eller andre større forandringer i hverdagen.

Ingen av intervjupersonene behersket svensk særlig godt. De har likevel klart å etablere positive relasjoner til de ansatte, men dette krever velvilje og tilpasning fra begge parter. Ofte forutsetter det også hjelp av de pårørende, som bistår med å skrive lapper, ringer for å forklare ting underveis o.l. Men mangel på felles språk vil nesten alltid være et savn. Å kunne hilse velkommen, diskutere gjøremålene som utføres, snakke om viktige hendelser, gi anerkjennelse og uttrykk for frustrasjon, er viktig for begge parter og gjør det lettere å opprettholde en sosial relasjon. Noen av intervjupersonene har valgt å avslutte sin relasjon til hjemmetjenesten på grunn av kommunikasjonsproblemene.

Linne finner for øvrig at språkproblemer og dårlig økonomi er det som i første rekke bestemmer de eldres forbruk av hjemmetjenester, ikke ønske om at de pårørende skal utføre arbeidet. En annen medvirkende grunn er at kulturen innenfor svensk omsorgstjeneste skiller seg radikalt fra hvorledes mange av intervjupersonene hevder at den er utformet i eget hjemland. Derfor mener Linne at informasjon og kunnskap omkring hva slags omsorg og tjenester man kan tilby, er særdeles viktig.

Tema 3: De ansatte

11) *Jansson, Anna, 1997: «Transkulturell omvårdnad», Hälso-Högskolan i Värmland, rapport nr. 3 (81 sider)*

Rapporten består av to deler. Den første er en studie av Madeleien Leiningers teori og metode om «etnonursing». Leinger er opptatt av at sykepleierne, i møte med en stadig mer mangfold pasientgruppe, blir tvunget til å overveie de kulturelle faktorenes rolle i omsorgen. Det gjør det påkrevd å skaffe og utvikle kunnskaper om teorier som kan bidra til at de oppdager og ser de kulturelle dimensjonene som er relevante for omsorgen.

Den andre delen av rapporten er en liten pilotstudie som dreier seg om «mötet i hemsjukvården». Den går ut på å undersøke og beskrive møtet når distriktssykepleieren besøker sine pasienter i hjemmesykepleien. Det er de kulturelle dimensjonene ved dette møtet Jansson er opptatt av. Dataene består av observasjonen som Jansson gjør når hun følger tre distriktssykepleiere, hver av dem i to hele arbeidsdager, med etterfølgende intervju. På grunnlag av dette mener Jansson å kunne identifisere en rekke kulturelle dimensjoner eller det hun kaller kulturelle betingelser for møtene mellom sykepleierne og pasientene. Blant disse dimensjonene var eksempelvis «entre», om sykepleieren venter på at beboeren skal åpne eller går inn etter å ha ringt på dørklokka, «hilsningsfraser» og «tiltale» m.m. Også holdninger til «jämlikhet», «tilpasning og integritet» var blant dimensjonene som inngikk.

12) *Sang Kum Zeo, 2003: Tvärkulturelle möten i äldreomsorgen. Exempel från Botkyrka kommun (34 sider)*

Målet med studien er å belyse det såkalte tverrkulturelle møtet mellom omsorgsgivere og mottakere i Botkyrka. Slik håper man å bidra til å øke den flerkulturelle kompetansen hos ansatte i eldreomsorgen. Både personalets møte med brukerne og brukernes møte med personalet, er inkludert.

25 omsorgsgivere (organisert som såkalte fokusgrupper) og 21 mottakere (over 65 år) ble intervjuet. De siste mottok enten hjemmetjeneste eller hadde en eller annen form for kontakt med pleie- og omsorgstjenesten. Tolv av deltakerne var født i Sverige eller i et nordisk land.

De fleste pleierne var fornøyd med sitt møte med mottakerne. Men i blant opplevde de vanskeligheter med å forstå dem, uten at de helt visste om det skyldtes språket, kulturelle forskjeller eller noe annet. De fleste av mottakerne på sin side, opplevde at de ansatte møtte dem på en god måte. Det

var likevel visse ulikheter mellom de svensk-fødte og de som var innvandrere. Også innenfor den siste gruppen var det forskjeller i opplevelsen av tilfredshet. Sang Kum Zeo finner at dette varierer med hvor lenge de har bodd i Sverige. De fleste svensk-fødte mottakerne syntes de ble godt ivaretatt av personalet med utenlandsk bakgrunn, men språkvansker ble likevel hevdet å være et hinder for forståelse.

Sang Kum Zeo konkluderer med at eldreomsorgen ikke er tilpasset den flerkulturelle sammensetningen av brukergruppen.

13) Bassett, Liisa, 2003: Etniske minoritetseldre som hjemmehjelpbrukere. Den sociale Kandidatutdannelse ved Aalborg Universitet (127 sider)

Fokus her er hjemmehjelperne. De kommer i kontakt med eldre i deres egne hjem, og har fått nye utfordringer etter som det er blitt flere eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Målet med studien er å undersøke disse nye brukergruppens situasjon. Det er også et mål å få innsikt i interaksjonen mellom hjemmehjelperne og brukerne med minoritetsetnisk bakgrunn. Bassett er opptatt av hvordan strukturelle vilkår påvirker denne interaksjonen, for eksempel at hjemmehjelperne er representanter for offentlige myndigheter og er underlagt tidsrammer og regelverk. Seks eldre brukere med minoritetsetnisk bakgrunn, tre hjemmehjelpere og en kommunal visitator ble intervjuet.

Resultatene tyder på at det er en viss motsetning i hjemmehjelpernes og brukernes forventninger til hverandre. Hjemmehjelperne driver omsorgsarbeid¹⁷. Det personlige engasjementet og den personlige relasjonen utgjør kjernen i hjemmehjelpernes faglige rolleforståelse. Det foreligger således en diskrepans mellom hjemmehjelpernes rolleforventninger og de praktiske, instrumentelle gjøremålene som de må utføre. Besøk hos eldre som ikke behersker dansk gjør det vanskeligere for hjemmehjelperne å oppfylle sine egne rolleforventninger. Tidspres og problemer med kommunikasjonen gjør at de egenhendig må utføre oppgaver, som de egentlig – og ut fra faglige vurderinger og idealer – skulle utføre sammen med den eldre selv. Hjemmehjelperne forteller at deres besøk hos ikke-dansketalende eldre ofte blir kortere enn beregnet, nettopp fordi de har problemer med å snakke sammen og etablere en personlig relasjon.

¹⁷ I følge Myra Lewinter (2003:9) er det skjedd en tydelig endring i den danske hjemmehjelpstjenesten, fra prioritering av praktisk omsorg til personlig pleie. Det samme gjelder i Sverige.

Generelt gjelder det at relasjonen mellom hjelper og bruker kan være konfliktfylt, ofte fordi det er uoverensstemmelse mellom brukerens forventninger og det hjemmehjelperen kan tilby. Mangel på mulighet til å kommunisere kan føre til at konflikten akselerer. Bassett hevder at det er påfallende i forbindelse med brukerne det her gjelder, at konfliktsituasjoner sjelden oppstår som direkte følge av følelsesmessige utbrudd, men av at handlinger tolkes som uttrykk for den eldres kulturbakgrunn. Det er således ikke bare de språklige barrierene som er problematisk, også de eldres kulturelle særpreg gjør det vanskelig for hjemmehjelperne å forholde seg til sin sedvanlige rolleforståelse i møte med disse brukerne. Hjemmehjelpernes utrygghet bunner i at de ikke kjenner til de eldres kulturelle normer, verdier og vaner, og at de ikke kan spørre, sier Bassett.

14 Linda Lill, 2004¹⁸: *Mellom balans og gränsdragning. Äldreomsorgspersonal resonerar om etniska relationer. Malmö högskola, Arbetslivsinstitutet syd, Rapport nr 3 2004, (46 sider)*

Linda Lill tar utgangspunkt i at etniske relasjoner kan beskrives som *forestillinger* (hvilket indikerer at de ikke er statiske, men foranderlige) om hverandres identiteter. Målet med studien var å få personalet innenfor eldreomsorgen til å resonere omkring spørsmål som handler om etniske relasjoner og etnisk mangfold i arbeidslivet.

Datamaterialet består av samtaler med grupper bestående av seks personer (tre svenskefødte, tre med innvandrerbakgrunn) som var ansatt i ulike bydeler i Malmö, og kom sammen seks ganger (såkalte forskningssirkler). Alle deltakerne jobbet i eldreomsorgen, enten i hjemmetjenesten eller på institusjon. De ble presentert for ulike kasus som de skulle diskutere med tanke på hvordan og på hvilken måte etnisitet kunne ha betydning for måten de skulle vurderes og håndteres. Diskusjonen omkring de ulike situasjonene og kasusene kan i følge Linda Lill systematiseres i form av fem tema, nemlig likheter, balanse og grenseoppgang, språk, ansetting på ulike vilkår og institusjonell struktur.

Resonnementene som omsorgspersonalet førte omkring sin arbeidssituasjon kunne i stor grad beskrives som et forsøk på å oppnå balanse.

¹⁸ I Linda, Lill 2004: Så görs etnicitet – Äldreomsorgspersonal resonerar om etniska relationer. Arbetslivsinstitutet Syd, Malmö Högskola (98 sider), dröfter og vidareutvikler LL teoretisk temaet, basert på de samme dataene.

Denne balansen gjelder både i relasjon til kollegene og til klientene, og den skapes og opprettholdes gjennom stadig grensedragning. Også de etniske relasjonene er preget av balanse og grenseoppgang.

For øvrig understreket deltakerne at etnisitet og innvandrerskap ikke var noe de opplevde som et stort problem i arbeidet. Alle mente det var viktigere å holde fast ved at likheten mellom mennesker er større enn forskjellene (s. 26). Heller ikke hadde de seks omsorgsarbeiderne noen erfaring med at svenske eldre nektet å motta hjelp fra ansatte med innvandrerbakgrunn, men de var inneforstått med at dette kunne skje.

Tema 4: Eksempler på segregerte tilbud

15) *Owe Ronström (red), 1996: Vem skal ta hand om de gamla invandrarna? Stockholms socialtjänst forsknings- och utvecklingsbyrå*

Dette er antologi. Tre studier som inngår som en del av forskningsprogrammet «Åldrandets kultur» (som omfatter rapporter om leveforhold blant estere, finner og iranere) presenteres. Studiene ble gjort i 1993. Disse ble utført av henholdsvis Gisela Linde (GL), Lotte Lindquist (LL) og Greta Frankel (GF). Før studiene presenteres gjør redaktøren rede for utgangspunkt og teoretisk inspirasjon for studiene og for ulike teorier om eldre innvandrere. Kasusene som danner utgangspunkt for de tre studiene er følgende:

- a) Alvsjöhemmets «finska korridor». 18 av Alvsjöhemmets 100 leiligheter er satt av til personer med finsk bakgrunn. Institusjonen ble etablert i 1984 og representerer et pionerprosjekt i forhold til sær løsninger for eldre minoritetsgrupper. Ordningen kom i gang etter sterkt påtrykk fra finske interesseorganisasjoner og den finske kirken. Tross stor forhåndsinteresse ble ikke plassene fylt opp. Heller ikke de etterfølgende to tiårene har korridoren hatt fullt belegg, selv om rekrutteringsområdet består av hele Stockholm distrikt. Men den politiske beslutningen om å opprettholde tilbudet består, og i følge forskeren var de fleste av pensjonærene, fornøyd med tilværelsen på Alvsjöhemmet. Alvsjöhemmet bidrar kanskje ikke til å dyrke og oppmuntre en finsk identitet eller kulturell bevissthet, hevder GL, «men de gamla invandrarna kan åldras i sitt nye land utan at deras innvandrarskap och språkliga utanförskap dagligen tydliggörs och ställer til praktiske problem» (s. 147). «Finskheten» består mest i det

språklige. Det er ikke lenger så mange organisasjoner og foreninger som deltar i å fylle rammen med kulturelt innhold som i starten. Det har angivelig ført til at representanter for «Finländer-Sverige» er kritisk til at «finskheten» ikke lenger er tilstrekkelig ivaretatt, og ytrer ønske om å skape et nytt tilbud som er mer finsk (s. 194).

- b) Dagvirksomhet for eldre grekere i Rinkeby, ble etablert høsten 1993. Forbildet for tiltaket var hentet fra Hellas. KIPA er et senter for åpen eldreomsorg, hvor hovedansvaret for virksomheten ligger hos medlemmene selv og ikke hos de ansatte. Målet med senteret i Rinkeby var å motvirke passivitet og sosial isolasjon, og å forebygge psykiske og fysiske problem hos eldre grekere bosatt i området. Fokus er rettet mot initiativtakerne til senteret; hvem de er og hva de representerer, hvilke mål og intensjoner de har med virksomheten m.m. Et viktig spørsmål er forholdet mellom de opprinnelige intensjonene og hvordan tiltaket kom til å virke.

Ideen bak KIPA-sentrene var at virksomheten skulle skjøtte seg selv gjennom frivillig innsats og på den måten sysselsette og aktivisere medlemmene. Sentrene skulle ikke bare være et tidsfordriv, men stimulere deltakerne til å gjøre en «sosial innsats» (s. 266). Dette viste seg imidlertid vanskelig å gjennomføre. De opprinnelige planene måtte derfor endres, og resultatet ble et kompromiss i forhold til dette. Senteret har likevel fortsatt å bestå. Til tross for manglende oppslutning fra mottakergruppen og kritikken mot senteret, har initiativtakerne holdt fast ved sin oppfatning om at det er behov for et dagsenter for greske pensjonærer, hevder LL.

- c) Det jødiske sykehjemmet i Johanneshov i Stockholm ble bygget i 1945 (servicehuset) og i 1959 (sykehjemmet). Studien går ut på å undersøke hvilke faktorer som gjorde det mulig for en jødisk minoritet å mobilisere strategiske ressurser og virkeliggjøre sitt mål om et eget hjem for sin gruppe, og hvilke historiske og kulturelle faktorer som bidro til at man lyktes med å realisere prosjektet.

Servicehuset og sykehjemmet er lokalisert under samme tak og inneholder henholdsvis 22 og 30 leiligheter og enkeltrom. Atmosfæren gir lite preg av institusjon, men tvert imot av det personlige

engasjementet til mange av hjemmets velgjørere. Dette engasjementet har resultert i gaver til innredning og utsmykking, som ofte er basert på jødisk religiøs symbolikk.

Begrunnelsen for hjemmet var dels mangelen på generelle eldre-institusjonstilbud i etterkrigstidens Sverige. Det viktigste argumentet var likevel «jødenes behov for et jødisk miljø hvor de kan føle trygghet gjennom å være sammen med andre jøder» (s. 290).

De som velger å bo på hjemmet er personer som identifiserer seg som jøder, men er ikke nødvendigvis troende. Rekrutteringen til hjemmet synes aldri å ha vært noe problem, mens det har vært diskusjoner om hvordan plassene skulle fordeles, for eksempel mellom overlevende fra krigen, og i forhold til geografisk bakgrunn og bosted. Sterkt frivillig engasjement i driften gjør at alle gudstjenester og helligdager feires, likeså foreskrevne ritualer i forbindelse med dødsfall og begravelse.

16) *Olsson, Erik (red), 1999: Från gräns til gemenskap – en identitets oppkomst och möjligheter i ett multietnisk servicehus i Olsson, Erik (red): Etnisitetens gränser och mångfold (s. 194–250)*

Helseinstitusjoner, inkludert de innfor eldreomsorgen, er vanligvis lokalt forankret. Når samfunnet endres, må også institusjonene gjøre det, ellers mister de sin legitimitet, hevder Olsson. I dag møtes det globale og det lokale i disse institusjonene. Studien er en beskrivelse av hvorledes etniske relasjoner utfolder seg innenfor en institusjonell ramme. Hvordan organiserer institusjonen arbeidet sitt i forhold til de etniske variasjonene som fins, og hvordan påvirker dette det sosiale livet i institusjonen?

Dataene som ligger til grunn er en etnografisk studie av et servicehus i Stockholm, som omfatter 110 beboere. Nesten halvparten var født og oppvokst utenfor Sverige, hvorav ca. 25 fra Latin-Amerika. Studien går ut på å beskrive hvordan den spansktalende gruppen ble etablert, og «forvandlet til en gruppe med en særpreget identitet» (s. 196).

Utgangspunktet for Olsson er at det sosiale spillet som genererer etnisitet bare kan forstås ut fra en grundig beskrivelse av sammenhengen som omgir individenes interaksjon (her servicehuset), og de mest typiske situasjonene.

Resultatene viser i følge Olsson at «den institusjonelle diskursen særbehandler pasienter som er innvandrere». Hjemmetjenesten som bisto mange

av beboerne, utformet eksempelvis arbeidsmåter som var spesielt tilpasset den spansktalende gruppen. Beboerne ble klientifisert uten at man nødvendigvis gjorde en tilpasning til deres tidligere vaner og ønskemål. Suksessivt utviklet det seg ulike arbeidssett, som igjen fungerte som prediksjoner for hva man kunne forvente av kombinasjonen etisk tilhørighet og behov, hevder Olsson (204).

Språkkunnskap ble ansett som et nøkkelspørsmål i omsorgsarbeidet. Etter som mange av beboerne bare snakket spansk, ble det ansatt spansktalende personale. Beboerne fra Latin-Amerika ble gjerne tatt hånd om av disse. Alt i alt var det en rekke arbeidsoppgaver som ble forbundet med «latinamerikansk» i servicehuset. Slik ble også beboerne fra Latin-Amerika en gruppe med en særpreget identitet.

Tema 5: De pårørendes rolle

17) Forsell, Emilla, 2002: *Anhöriga till äldre invandrare med offentlig äldreomsorg. En fallstudie. Sköndalsinstitutet Arbetsrapportserie, nr 28 Ersta Sköndals Högskola (77 sider)*

Dette er en casestudie av pårørende som hjelper nærstående eldre. Samtlige kom til Sverige i løpet av 90-tallet fra land utenom Europa (Afganistan, Iran, Irak m.m.) og mottar en eller annen form for offentlig eldreomsorg. Sju pårørende som representerer elleve eldre er intervjuet. Alle har søkt om «beviljats insatser» (omsorgslønn) fra kommunen.

Spørsmålene forskeren stiller seg er hvilken rolle den offentlige eldreomsorgen spiller, og hva slags erfaringer intervjupersonene har hatt i møte med denne. I tillegg er Forsell opptatt av hvordan rollen som hjelper og pårørende påvirker deres tilpasning til sitt nye hjemland, særlig i forhold til arbeidsliv og utdanning.

Kontakten med den kommunale eldreomsorgen, likeså med andre myndigheter, var alltid initiert av de pårørende selv. De pårørende ga ulike forklaringer på hvorfor omsorg ble gitt uten innblanding fra det offentlige. Det dreide seg om mangler ved det offentlige tilbudet, dels opplevde, dels forventede. I mange tilfeller var det likevel uttrykk for positive valg, ikke sjelden formulert som «det er vår kultur å ta vare på våre gamle».

Forsell finner en sammenheng mellom intervjupersonenes hjelpeinnsats og grad av integrering i arbeidsliv og i sosialt liv utenom familien. De som yter stor hjelpeinnsats synes å være minst integrert i arbeidslivet. Om liten

grad av integrering er en årsak til at de pårørende kan påta seg slike oppgaver eller er en følge av det, er i følge Forsell vanskelig å si.

Forsell diskuterer «pårørendehjelp» som en mellomting mellom offentlig og privat omsorg. Et perspektiv på dette er at det skjer en økt bruk av uformell hjelp innenfor eldreomsorgen fordi denne blir mer polarisert; en nokså avgrenset gruppe får mange ytelser og mye omsorg, andre får ingenting. Videre mener Forsell at omsorgslønn kan betraktes som et ledd i en formalisering av en genuint «uformell ordning». Alle de eldre i studien trengte bistand, men var likevel ikke av de mest hjelpetrengende. Det gjenstår å se, sier Forsell, hvordan organiseringen av omsorgen blir når disse personene trenger mer hjelp.

Tema 6: Doktoravhandlinger

1) *Emami, Azita, 2000: «We are deaf, though we hear; we are dumb, though we walk osv» Understanding Iranien Late-in-Life Immigrant`s perception and Experience of Health. Illness and Cultural Appropriate Care»*

Avhandlingen omfatter fem artikler¹⁹ som handler om eldre immigranter fra Iran. Datamaterialet består av intervju (på intervjupersonenes morsmål) av tretti immigranter bosatt i Stockholm, og deltakende observasjon ved et dagsenter for eldre iranske immigranter i en forstad til Stockholm (over en 12-måneders periode). Beskrivelse av migrasjonsprosessen, livet informantene lever i Sverige, samt helsestatus og erfaringer med svensk helsevesen, var blant temaene som inngikk i intervjuene.

Artiklene tar for seg forholdet mellom deltakernes erfaringer med immigrasjonen og hvordan den har påvirket deres helse og sosiale liv (artikkel 1), og hvordan eldre iranerne (15 personer 55–80 år) oppfatter, opplever og forklarer sin helsetilstand. Opplevelsen av kontinuitet og balanse er tydeligvis viktig for opplevelse av helse (artikkel 3). På bakgrunn av deltakernes refleksjoner

¹⁹ 1: *Living in a Foreign Country in Old age: Life in Sweden as experienced by elderly iranien immigrants*

2: *An ethnographic Study of a Day Care Center for Iranien Immigrant Seniors*

3: *Health as continuity and balance in life*

4: *«A preliminary Sociocultural Health Model for Late-in-Life immigrants»*

5: *Late-in-Life immigration as a point of departure for elderly iranien immigrant`s explanatory models of illness*

Fullstendig referanse i litteraturlisen bakerst.

omkring helse og sykdom, utvikler Emami en sosio-kulturell forklaringsmodell. Resultatene viser hvordan sosial tilhørighet, kulturell forståelse, fellesskapsfølelse, kombinert med fasiliteter som kommunikasjon, fremmer og styrker opplevelsen av helse og opplevelsen av mening hos bruker (artikkel 4).

Emami gir også en beskrivelse av dagsenterets organisering og aktiviteter og hva slags betydning deltakerne mener at senteret har for deres helse (artikkel 2). Emami er også opptatt av hvilken betydning brå endringer av typen «sent-i livet-migrasjon» representerer, i forhold til å konfrontere den kulturelle forståelsen av sykdom (artikkel 5).

2) *Heikkilä. Kristiina, 2004: The role of ethnicity in care of elderly Finnish immigrants. Department of Neurotec, Center of Excellence in Elderly Care Research, Karolinska Institutet, Stockholm (60 sider)*

Heikkilä er utdannet sykepleier og har selv finsk bakgrunn. Avhandlingen består av fire artikler²⁰

Målet er å få en dypere forståelse av eldre finske emigranters erfaringer med helsevesen og eldreomsorg, og hva slags betydning etnisitet har for disse erfaringene. Datamaterialet består av intervju med et utvalg immigranter (39 personer 75 år eller eldre), alle med finsk morsmål. I tillegg kommer enquete-undersøkelse (860 personer 65 år eller eldre) og observasjon.

Resultatene viser at det svenske helsesystemet svarer godt til de eldre finske immigrantenes forventninger. Likevel var det å møte personale som delte den samme kulturelle og språklige bakgrunnen som de selv, betraktet som enda bedre omsorg for dem. Å oppleve en omsorgstjeneste som er familiær, representerer kontinuitet i forhold til fortiden. Trygghet og fellesskap er også ingrediensene i den eldreomsorgen som de litt yngre (over 65 år) immigrantene ønsker seg. Når de eldre ble tatt hånd om i såkalte kulturelt tilpassede institusjoner, ble omsorgen kulturelt kongruent, i betydningen at personalet og beboerne spiller samme «language and ethnicity game». Heikkiläs konklusjon er at etnisk identitet, felles morsmål og sted, spiller en viktig rolle i omsorgstilbudet for de eldre finske immigrantene. I tillegg til

²⁰ 1. *Health Care experiences and beliefs of elderly Finnish immigrants in Sweden.*

2. *Elderly Care for Ethnic Minorities- Wishes and Expectations among Elderly Finns in Sweden*

3. *Perceptions of health care among elderly Finnish immigrants*

4. *Culturally adjusted care for older people*

Fullstendig referanse i litteraturlisen bakerst.

dette, hevder Heikkilä, så opplever de finske immigrantene en hjemmefølelse når de blir tatt hånd om av medlemmer fra sin egen etniske gruppe, på et sted som de er kjent med og hvor de treffer mennesker som snakker samme språk som dem selv.

3) *Forsell, Emilia, 2006: Skyddandets förnuft. En studie om anhöriga till hjälpbehövande äldre som invandrar sent i livet. Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete*

Dette er en studie av pårørende til eldre som er innvandret til Sverige sent i livet (etter fylte 60 år). Dataene er dels de samme som ble brukt i den forannevnte studien av Forsell, men er mer omfattende. Både pårørende som ikke mottar (sju personer) og som mottar offentlige støtte (8 personer) er intervjuet. I tillegg brukes data fra en befolkningsstudie om utbredelsen av uformell omsorgsyting i Stockholm.

Utgangspunktet er at det fins ulike typer «pårørenhet», og at «pårørenhet» tar form over tid og er foranderlig. Både sosialpsykologiske og sosioøkonomiske faktorer virker inn. Også omstendigheter utenfor individenes rekkevidde, eksempelvis boligmarked og kommunal ressurstilgang, er med på å bestemme hvordan rollen som pårørende utformes.

De pårørende forteller om store endringer i innhold og fordeling av familiemedlemmenes roller etter migrasjonen, hvor familiens eldre er blitt merkbart mer hjelpeløse. Det skyldes ikke minst den nye språksituasjonen. En vanlig oppfatning blant de pårørende var at de eldre i kraft av sin alder har et moralsk krav på å bli tatt hånd om av sine egne. Alle intervjupersonene henviser til hjemlandets kultur og strever etter å bevare denne. Idealene er likevel ikke mer absolutte enn at de etterlyser eldreomsorg fra det offentlige på sitt eget språk (s. 118), og de er negative til hva de oppfatter som kalde relasjoner mellom unge og eldre i Sverige (s. 202).

Den faktiske situasjonen som de pårørende beskriver ligger likevel ofte nokså langt fra idealene og tradisjonene som de viser til (s. 202). Immigrasjonen og endrede ytre vilkår har forandret relasjonen mellom de pårørende og den hjelpetrequende. Likevel holder intervjupersonene fast ved idealene. De finner det gjensidige givende å hjelpe eksempelvis sine foreldre. Når den eldre har det bra, er de også glade. Det gjelder også om det går på bekostning av behov som de selv måtte ha. Ansvaret som de pårørende opplever skriver seg dels fra at de føler det er de som er årsaken til at de eldre befinner seg i

Sverige. Den unge generasjonens utvandring bidro til at de eldres situasjon i hjemlandet ble uutholdelig (s. 217).

Resultatene av befolkningsstudien viser at uformell omsorgsyting er noe mer vanlig blant personer med innvandrerbakgrunn enn blant den svenske majoritetsbefolkningen (47,5 versus 40 %). Likeså er det mer vanlig at de sistnevnte hjelper slekt, enn det er blant de førstnevnte (79 versus 55 %). Til tross for disse variasjonene, mener Forsell at resultatene ikke gir grunnlag for støtte til forestillingene om store forskjeller mellom innvandrere og svensker.

4) *Torres, Sandra, 2001: Understanding 'successful aging': cultural and migratory perspectives. University of Uppsala. Departemt of sociology*

Utgangspunktet for avhandlingen er begrepet suksessfull alderdom eller suksessfull aldring. Begrepet er en konstruksjon som innenfor gerontologien både refererer til ideer om hva som må til for å få en god alderdom og til hvilke strategier som er tilgjengelig for å håndtere prosessen med aldring på en tilfredsstillende måte.

Gerontologene har lenge strevd med konstruksjonen av begrepet suksessfull alderdom. Det er ikke lett å skille den suksessfulle fra den ikke – suksessfulle alderdommen når kriteriene er subjektivt definert, påpeker Torres. Som eksempel på det trekker hun fram de store forskjellene på hva kinesiske eldre og hva eldre i USA forbinder med god alderdom. Begrepet suksessfull aldring er med andre ord kulturelt – og sosialt bestemt.

Torres' mål er å empirisk undersøke hva som skjer med forståelsen av 'suksessfull aldring' når personer bytter kulturell kontekst. Utvalget hennes er en gruppe iranske informanter, til sammen 30 personer, i alderen 35 til 59 år. Informantene flyttet til Sverige i voksen alder (var mellom 25 og 48 år), det vil si når det grunnleggende verdisystemet er etablert (jf Inglehart). Det er disse som er voksne når de kommer, som opplever det største sjokket og størst utfordring når det gjelder å tilpasse seg forskjellen mellom oppfatningen av suksessfull alderdom som de hadde med seg fra hjemlandet og den de opplever at vertssamfunnet har. Utvalget er rekruttert ved sjølseleksjon. Mer enn to tredeler har universitetsutdanning, alle behersker svensk mer eller mindre flytende.

Torres tar utgangspunkt i Kluckholm og Strodtbeck (1961) og bruker deres instrument for å måle verdiorientering. Dette går ut på å presentere informantene for en rekke vignetter som skal teste hva slags verdiorientering

de har i forhold til ulike områder eller dimensjoner. Torres har tatt med fire slike dimensjoner, nemlig:

- 1) Aktivitet (hvor alternativene er 'doing or being')
- 2) Menneske natur (man-nature) (hvor alternativene er 'master, surrender or harmony')
- 3) Tid (hvor alternativene er 'past, present or future')
- 4) Relasjoner (hvor alternativene er 'collateral, individual or lineal')

Torres bruker mange av Kluckholm og Strodtbecks vignetter, men supplerer også med sine egne. Informantene intervjues (hvert av intervjuene varer ca. 2–3 timer). De forteller hvilke alternativ de foretrakk før og hvordan de tenker nå. Informantenes refleksjoner omkring eventuelle endringer før og etter migrasjonen er det sentrale i intervjuene.

I følge Torres har det skjedd en endring i informantenes verdiorientering. I forhold til den første dimensjonen, er det skjedd en dreining fra 'being' til 'doing', mens vektningen av tidsdimensjonen har flyttet seg fra 'past' til 'present'. Tilsvarende endringer har inntruffet for de andre dimensjonene. Informantenes verdiorientering har således utviklet seg i retning av verdier som stemmer mer overens med de som rår i majoritetssamfunnet.

Resultatene viser at det er en klar sammenheng mellom verdiorientering og forståelse av suksessfull alderdom. Endringer i måten som suksessfull alderdom forstås på sammenfaller med endringer i foretrukne verdiorientering (s. 202). Torres mener at mye kunne vært vunnet dersom man eksplisitt tok i betraktning de kulturelle verdiene som «have been brought about the diversity that is nowadays assumed to exist in terms of the manner in which aging-related constructs are understood» (s. 202).

- 5) *Vi viser også til Katarina Hjelm's avhandling om migrasjon, helse og diabetes (1998).*

Vi må ta forbehold om at det kan være relevante arbeider vi ikke har oversikt over.

Annet

Sosialmedisinsk tidsskrift, 1996, 73 årg, hefte 7–8: Etnisitet, åldrande och hälsa». Temahäfte (105 sider)

Heftet inneholder en rekke artikler (til sammen 12) skrevet av ulike forfattere med forskjellig fagbakgrunn. Artiklene omfatter både teoretiske drøftinger, presentasjon av ulike grupper eldre innvandrere (finlendere, iranere, latin-amerikanere), samt eksempler på praktiske tiltak – både på tilbud som fungerer i dag (dagsenter for overlevende jøder) og analyse av omsorgstilbud som har vært gitt (for eksempel et tidligere aldershjem for den samiske befolkningen i Norrbotten). Også grupper med særskilte behov (eldre innvandrere med demens) er viet oppmerksomhet i artikkelsamlingen.

Statens offentlige utredning, 1997: Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre. Rapport til utredningen om bemötande av äldre, SOU 1996: 76 (108 sider)

Utgangspunktet for utredningen er at gruppen eldre innvandrere i Sverige vokser. Det stiller særskilte krav til kvalitet og kompetanse i ulike virksomheter. Det er ikke gitt at deres opplevelse av pleie og omsorg er forskjellig fra hvordan de eldre i majoritetsbefolkningen opplever den, men likevel verdt å undersøke, går det fram av innledningen.

Eldre innvandrere er underrepresentert i hjemmetjenesten og i institusjon. Bruken varierer mye med personenes opprinnelsesland. Bare 61 av i alt 112 opprinnelsesland er representert i hjemmetjenesten (s. 15). På 1990-tallet ble det startet mange virksomheter for eldre innvandrere, bygd på religiøs tilhørighet, på etnisk og nasjonal tilhørighet (finlendere, grekere, iranere, tyrkere), eller på språkfelleskap (spansk, arabere). Men disse særskilte «boendeformene» omfatter bare 39 nasjonaliteter og land (s. 115).

Spørsmålet som danner utgangspunkt for den empiriske drøftingen er hvilken rolle kultur og «bemötande» spiller for den lave utnyttningen. For å besvare dette har SOU gjort to riksdekkende studier av eldre innvandrere:

- 1) En enquete, besvart av 141 personer fra 30 land
- 2) Kvalitative intervju med 16 personer fra ni land (gjennomført på deres morsmål).

Hovedresultat var at de eldre innvandrere var tilfredse med «bemötande de hadde fått i vård och omsorg». Personer som kommer fra land med et helt

annet helsesystem enn det svenske, hadde tilsynelatende ikke vanskelig for å akseptere det svenske systemet. Det var motsatt av hva utrederne hadde trodd på forhånd! Studier av tre virksomheter for eldre innvandrere blir også presentert. Det er de samme som Ronström (1996) gjorde rede for i sin antologi (se ovenfor).

5.3 Oppsummering

Det synes å være flere nordiske studier enn norske, og særlig mange svenske. Det kan dels skyldes at Sverige står i en særstilling i forhold til de andre nordiske landene når det gjelder innvandring, fordi de har en så stor finsk minoritetsgruppe.

Men selv om interessen for eldre innvandrere startet tidligere i Sverige enn i Norge, og interessen for å forske på temaet kanskje har vært større der enn her, er tilfanget av studier likefullt beskjedent. Av presentasjonen går det fram at også de nordiske studiene er dominert av kvalitative undersøkelser og av små utvalg, ofte avgrenset til en bestemt etnisk gruppe. Store og representative undersøkelser er mangelfulle, og resultatene er ofte motsetningsfylte. For eksempel finner noen at brukerne ikke er så opptatt av at personalet behersker dere morsmål, mens andre konkluderer med at brukerne betrakter dette som et stort fortrinn. Tilsvarende synes noen å foretrekke segregerte tilbud, basert på felles språklig/etnisk bakgrunn, mens andre ikke gjør det.

Til tross for mangelfull kunnskap, hevder Torres (2006: 1343) at det i Sverige likevel refereres til kategorien «eldre innvandrere» som om det var en ensartet gruppe og som om det fantes eksakte data om gruppen. Det fører til at det dannes myter og forestillinger om en sosial kategori som det etter hennes oppfatning er høyst tvilsomt om eksisterer.

En del av studiene har sin opprinnelse i praksisfeltet og er utført av praktikere som har egen erfaring med brukerne. Prosjektene er ofte initiert og gjennomført i tilknytning til et av forsknings- og utviklingssentraene, som det fins mange av i Sverige (jf. kap. 3). Torres mener for øvrig at praktikernes sentrale rolle på feltet er en viktig årsak til at den sosiale kategorien «eldre innvandrere» er oppstått, og ikke minst at den alltid assosieres med en gruppe med «spesielle behov».

Feltet er likevel ikke bare overlatt til praktikere. Det er flere eksempler, ikke minst for Sveriges vedkommende, at også andre fagfolk, som sosiologer, antropologer og etnografer, har engasjert seg i feltet. Det har også vært gjen-

nomført mer omfattende forskningsprogrammer hvor «etnicitet och åldring» har vært temaet.

Alt i alt er det grunn til å betrakte de nordiske studiene som et viktig supplement til de norske. De omfatter mange av de samme problemstillingene, men også noen som har vært mindre påaktet i Norge, for eksempel om den kulturelle forståelsen av sykdom. De omfatter til dels andre grupper enn de som har fått oppmerksomhet i Norge, ikke bare finlendere, men også andre ikke-vestlige immigrantgrupper (særlig iranere). Likeartet kontekst gjør at resultatene av de nordiske studiene er høyst relevant og kan ha stor overføringsverdi til norske forhold.

6 Praksis som inspirasjonskilde

6.1 Innledning

Den forskningslitteraturen som er beskrevet tidligere i rapporten har i stor grad forankring i ulike former for tiltak for eldre fra etniske minoriteter, uten at de praktiske sidene ved tilrettelegging av tiltakene er beskrevet i detalj. Mye av den internasjonale litteraturen er fra USA som har lange tradisjoner med multietnisitet. Hele velferdssystemet og hjelpeapparatet er imidlertid annerledes organisert enn i Norge. I dette kapittelet vil vi gi noen praktiske eksempler på tiltak og erfaringer fra Europa og Norden. Til tross for store forskjeller også mellom disse landene og mellom ulike grupper av innvandrere, kan erfaringer og eksempler fra andre land tjene som inspirasjon, gi ideer og grunnlag for diskusjon både om praktisk tilrettelegging av tiltak for eldre innvandrere og mer prinsipielle spørsmål.

6.2 Impulser fra den europeiske arena

I EU-sammenheng har spørsmålet om en økende befolkning av eldre innvandrere fått mye oppmerksomhet de senere år. Age+ prosjektet er en del av det europeiske handlingsprogram for å bekjempe fattigdom og sosial ekskludering, finansiert av European Commission. I publikasjonen «Older Migrant Women» (2005) rettes søkelyset spesielt mot eldre kvinners situasjon i fem EU-land. Risikoen for fattigdom og sosial ekskludering er et hovedtema. I land med store sosiale ulikheter er det viktig å rette søkelyset mot utsatte grupper for å bedre deres situasjon. Samtidig bør ikke dette, som tidligere nevnt, føre til at en taper nyanser og mangfold av syne når det gjelder eldre innvandrere.

PRAIE (Policy Research Institute on Aging and Ethnicity, United Kingdom) (<http://www.praie.org/aboutus.htm>) har flere publikasjoner om aldring og etnisitet.

PRAIE har utgitt en konferanserapport om «Delivering Quality Minority Ethnic Elders' Health and Social Care in Europe (2005). I rapporten understrekes at ikke alle hadde en god eldreomsorg. I påvente av at de offentlige tjenester blir utbygget, anbefales å bygge opp kapasiteten til å gi

støtte til frivillige organisasjoner. I land som Storbritannia spiller frivillige organisasjoner en viktig rolle når det gjelder tjenester til etniske minoriteter. Likevel advares det mot at det offentlige gir fra seg hovedansvaret for å gi omsorg til eldre fra etniske minoriteter. Det er et offentlig ansvar å kartlegge folks behov og formidle eller kjøpe inn tjenester for å møte behovene (s. 5).

Anbefalinger

De anbefalinger PRAIE gir om tjenester til eldre fra etniske minoriteter gjelder:

- Opplæring
- Rekruttering av personell fra minoritetsgrupper
- Fjerne stereotyper og utvikle evidens-baserte tilnærminger.
- Tjenestene må bli organisert slik at de reflekterer mangfoldet i populasjonen, ikke bare en gjennomsnittsbefolkning.
- Da må en ta for seg både menn og kvinner,
- være opptatt av helse og helsemessige ulikheter mellom befolkningsgrupper
- Sørge for at innvandreres egne synspunkter og erfaringer er representert
- Gi felles tilbud og styrke myndiggjøring. (s. 7)

Eksempler på tiltak

I heftet *SEEM II «A guide to good Practice in the EU»* fra PRAIE, er det beskrevet ulike eksempler på service for eldre fra etniske minoriteter. I innledningen slås det fast at eldre fra etniske minoriteter ofte er i en sårbar posisjon og at språk- og kulturbarrierer kan hindre dem i å nyttiggjøre seg de ordinære tjenester som tilbys. Et utgangspunkt for økt satsing er den raske veksten i eldre innvandrere og at de løper en tredobbel risiko for sosial ekskludering på grunn av alder, rasisme og fattigdom. Det vises imidlertid til variasjon både blant de etniske minoriteters behov og når det gjelder tjenesteapparatet i de ulike land. I heftet beskrives eksempler på tilrettelagte tjenester for å motvirke sosial ekskludering og også arbeidsmåter for å myndiggjøre eldre selv og bidra til at de blir hørt.

SEEM prosjektet (Services for Elders from Ethnic Minorities) er et EU-prosjekt med deltakere fra en rekke europeiske land. Prosjektet fokuserer på eldreomsorg og eldre innvandreres situasjon. SEEM har som mål å utveksle

og spre gode eksempler og å støtte sosial inkludering av eldre innvandrere i europeiske land ([/www.leeds.gov.uk/seem/](http://www.leeds.gov.uk/seem/)).

SEEM-II prosjektet har blitt ledet fra Leeds med partnere i Frankrike, Storbritannia, Tyskland, Sverige, Belgia og Romania. Det er utarbeidet et hefte med en rekke eksempler. En må naturligvis ta utgangspunkt i lokale forhold, men i rapporten understrekes sterkt betydningen av nasjonale retningslinjer (policy framework) for utvikling av tjenester til minoritets-etniske eldre. For å videreutvikle feltet anbefales brukerundersøkelser og nettverksbygging mellom de som arbeider med eldre fra etniske minoriteter og de respektive organisasjonene.

Informasjon om og tilgjengelighet av tjenester er et hovedtema. For å sikre informasjon om tjenester legges det vekt på at alle må få føle at de er velkomne til å motta aktuelle tilbud og tjenester. Da trengs personell som er trent for oppgaven, inkludert personell fra de minoritetsetniske gruppene. Brosjyrer og informasjonsmateriell må være på de aktuelle språk. Dessuten understrekes god kontakt med lokalmiljøet slik at informasjon spres ved hjelp av uformelle kanaler. (SEEMS II s. 4).

Når det gjelder formidling av tjenester (Service delivery) poengteres det at det kan være behov for en mer personsentrert tilnærming, løpende informasjon på eget språk, bruk av tolk og opplæring av fagfolk når det gjelder kulturelt mangfold.

De eksempler på tiltak som gis fra EU-land har ulike målsettinger og virkefelt. Det dreier seg om å formidle tjenester, etablere møtesteder for og med eldre med etnisk minoritetsbakgrunn, bygge nettverk og gi mulighet til innflytelse mellom eldre innvandrere og myndigheter/tjenesteapparat.

Møtestedene gir en ramme for å treffe andre, utveksle erfaringer, gi gjensidig støtte og utvikle selvhjelp. Dette er ofte kombinert med kurs, språk-opplæring, formidling av informasjon om tjenester og sosiale arrangementer. Et eksempel på et slikt tiltak er en multikulturell arbeidsgruppe og dagsenteret for eldre i Dortmund i Tyskland der mellom 20 og 40 eldre fra Chile, Spania, Iran, Irak, Ukraina, Marokko, Russland, Tyrkia og Tyskland møtes to dager i uken. Hovedstikkord er informasjon og kommunikasjon. Dette ble startet som et prosjekt med midler fra EU og den tyske stat med lønnede ansatte. Ved hjelp av frivillig innsats og begrensede midler har det vært mulig å drive videre etter at prosjektfinansieringen opphørte. Et hovedbudskap fra senteret er: «Det er mulig å arbeide med begrensede økonomiske

ressurser, men det må være samarbeid mellom organisasjoner og myndigheter for å nå store grupper av migranter» (s. 9).

Det er flere eksempler fra Leeds når det gjelder nettverksarbeid og tilbud til utvalgte grupper. Blant annet har Leeds Black Elders Association (LBEA) demenscafé med dertil egnede aktiviteter, musikk og mat som stimulerer sanser og hukommelse. Det er utviklet et prosjekt spesielt for «reisende» (Leeds Gypsy and Travellers Exchange) med vekt på nettverksbygging og helsefremmende tiltak. Leeds Older People's Forum (LOPF) har medlemmer fra 110 frivillige organisasjoner som arbeider for eldre. Målet er å styrke de eldres selvfølelse og innflytelse generelt (empowerment), men spesielt nå eldre fra etniske minoriteter. Det er ansatt en egen kontaktperson/støttespiller og etablert fokusgrupper slik at de kan etablere og videreutvikle nettverk av etniske minoritetsgruppers frivillige organisasjoner. De bidrar til at eldres stemme blir hørt. Fokusgruppene har ført til økt kontakt mellom eldre innvandrere, deres organisasjoner og helse- og sosialtjenestene og myndighetene for øvrig (s. 10–11).

Olivenprosjektet i Gunnared i Sverige er med i Seem II. Oliven er en frivillig organisasjon som etablerte møteplasser for at eldre innvandrere skulle føle seg mer hjemme og lære seg det svenske språket bedre. Behovet ble begrunnet med at det var vanskelig for minoritetsetniske eldre å finne ut av hva de hadde rett på av tjenester. Nettverksbygging for de eldre og deres familier er også et mål. Prosjektet vurderes som vellykket i det det foregår ulike former for fritidsaktiviteter, og at noen av de eldre selv har tatt ansvar for å tilby tjenester. Et motto er: «Hvis du ikke vil ekskludere folk, må du åpne dørene for å utvikle fellesskap, samhold og forskjellighet» (Seem II s 19). Gunnared har også eldreboliger for eldre fra tidligere Jugoslavia og for spansk-talende og finsktalende. På SEEMs nettsted kan man lese om utvekslingsbesøk mellom deltakerne i prosjektet og blant annet få en nærmere beskrivelse av Olivenprosjektet (<http://www.leeds.gov.uk/seem/docs/>).

Disse eksemplene som er nevnt fra EU-land har mange innbyrdes paralleller. De har til dels blitt inspirert av hverandre gjennom diskusjoner og besøk. Vi kjenner også mye igjen fra norske erfaringer. Hovedutfordringer er informasjon og det å gjøre tjenestene tilgjengelige, samt å skape møteplasser og fora for diskusjon og innflytelse. På samme måte som her i landet har mange av de tilbud og tjenester som har blitt utviklet kommet i stand som forsøksordninger og prosjekter. En viktig erfaring er at nye tjenester som utvikles trenger økonomiske ressurser og støtte for å sikre tjenestene over tid.

Samtidig understrekes betydningen av løpende vurdering av om tjenestene møter brukernes behov og bidra til å sikre tilpassede tjenester.

Praksisguide

Seem II har utviklet en sjekklister som guide for god praksis. Den er ment for instanser med ansvar for utvikling av tjenester. Nedenfor nevnes hovedpunktene med noen av spørsmålene det er nyttig å stille seg.

1. *Forståelse for behovene til eldre med etnisk minoritetsbakgrunn* (Har du sjekket aktuelle demografiske opplysninger og aktuell litteratur, undersøkt forventninger og behov i de gruppene det gjelder?).
2. *Rådgøring med og involvering av de minoritetsetniske eldre og deres organisasjoner.* (Er du aktiv i å oppmuntre de aktuelle eldre til å komme med synspunkter? Tar du dem med i planleggingen. Har du etablert regelmessig kontakt med minoritetsetniske eldre og deres organisasjoner (også aktuelle paraplyorganisasjoner)? Har du laget handlingsplaner? Har du sørget for regelmessig informasjon og tilbakemelding til alle involverte?).
3. *Kommunikasjon og informasjon.* (Vet de minoritetsetniske eldre hvordan de skal få tilgang på informasjon om tjenester? Arbeider du sammen med tolk slik at de minoritetsetniske eldre kan bruke sitt morsmål? Har du identifisert ledere som kan bidra til å videreformidle informasjon? Bruker du formelle og uformelle nettverk for å spre informasjon og oppmuntre til deltakelse? Prøver du aktivt å komme i personlig kontakt med eldre fra etniske minoriteter?)
4. *Tjenestetilbud.* (Er det opplæring om minoritetenes kultur og forventninger til personell? Er det ansatt minoritetsetnisk personell og støttes de i sin karriereutvikling? Er det adekvate tilbud for minoritetsetniske eldre innen hjemmetjenestene, dagtilbud, avlastningsopphold, sykehjem?)
5. *Inkludering av de minoritetsetniske eldres behov i planlegging og strategikutvikling.* (Hva gjøres for å bedre tjenestene for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn? Hva gjøres for å hindre at det ikke blir et misforhold mellom behov og bruk av tjenester? Er det utarbeidet handlingsplaner med tanke på minoritetsetniske eldre? Er det representanter for minoritetene med i besluttede organer?)
6. *Evaluerer.* (Evaluerer du tjenestene? Tar du i betraktning at eldre fra etniske minoriteter kanskje ikke er vant til å bli spurt om sitt syn på

tjenestene? Setter din organisasjon standarder for å sikre at tjenestene er sensitive overfor rase, kjønn og religion? Er det klare klageprosedyrer?)

7. *Varighet/Utholdenhet* (Er du klar over at det å utvikle tjenester for eldre fra etniske minoriteter er en langsiktig oppgave som krever varig og aktiv støtte fra alle involverte. Er du klar over at det kreves ekstra ressurser å utvikle gode tjenester for minoritetsetniske eldre?)
8. *Forbindelse med andre tjenester og planer.* (Deler du gode erfaringer med andre i lokalmiljøet? Prøver du å påvirke politiske instanser for å inkludere minoritetsetniske eldre i alle aspekter av samfunnslivet?)

Det er et viktig prinsipp at alle eldre skal få tjenester som viser respekt for brukerens kulturelle identitet. Likevel blir de generelle offentlige tjenester formidlet på måter som ikke oppleves respektfulle. Målet er mer individorienterte tjenester. Det blir et viktig spørsmål hva kulturelt tilpassede tjenester innebærer i praksis og hvem som definerer rammene – brukeren eller tjenesteyter. Minimumskrav til tjenestene er knyttet til tolketjeneste og til mat minoritetene er kjent med og liker. I tillegg er det imidlertid en rekke spørsmål om hvordan en kan anvende kulturell sensitivitet overfor brukerne i forhold til kroppslig stilling og atskillelse av menn og kvinner, og på områder som brukerne kan betrakte som viktige selv om ikke omsorgsgiverne oppfatter det slik.

Europeisk nettverk

European Network on Elderly Care (ENIEC) er et nyetablert nettverk med tanke på omsorgstjenester for eldre innvandrere. Målet er å skape en plattform der fagfolk som er opptatt av «intercultural elderly care» kan utveksle erfaringer, etablere samarbeidsprosjekter og bidra til debatt. Det blir etablert et eget nettsted for nettverket og dette vurderes som et viktig bidrag i den europeiske utveksling på feltet.

På et nettverksmøte i København (mars 2007) var det representanter fra en rekke europeiske land og eksempler på både multikulturelle og etnisk spesifikke tiltak for eldre innvandrere. To eksempler tas med nedenfor.

Et eksempel på utvikling av spesielle enheter gjelder sykehjemmet Victor Gallarcz-Hause i Frankfurt. Her er det etablert en egen enhet for tyrkiske innvandrere med tyrkisktalende personell og ivaretagelse av mattradisjoner og

religiøse og kulturelle normer. Enheten er i et større sykehjem og det legges vekt på felles møtepunkter og feiring av høytider med beboere og pårørende ved andre avdelinger. Det interkulturelle blir understreket ved at det er samarbeid mellom enheter under samme tak (Bychowski 2007).

Et annet eksempel hentet fra Nederland, har lang erfaring med en sammensatt gruppe innvandrere fra tidligere kolonier og andre land. I Amsterdam er 150 nasjonaliteter representert. En startet med å utvikle tilbud til de store gruppene av innvandrere. Etter hvert som antall eldre innvandrere og mangfoldet i innvandrerbefolkningen har økt, har det blitt vanskelig å lage egne tilbud og boenheter for hver gruppe. (Mertens 2007). Sykehjemmet De Schildershoek er et multikulturelt sykehjem med brukere og ansatte fra hele verden. En video fra sykehjemmet viser mangfoldet i brukergruppen og arbeidsmåter (<http://www.schildershoek.nl/>). Jan Booij som var leder for sykehjemmet, vektlegger mangfold og forskjellighet og valg av tilnærminger ut fra det enkelte individ heller enn kultur. Han diskuterer «interculturalization» som en prosess for å gjøre organisasjoner mer kultursensitive. Dette innebærer å være oppmerksom på og anerkjenne både kulturelle forskjeller og individuell identitet (Booij 2006). I multikulturelle sammenhenger innebærer kultursensitiv omsorg at man lytter til den enkelte og anerkjenner den enkeltes individualitet og samarbeider med familien for å finne fram til gode løsninger. Medbestemmelse og deltakelse blir viktige forutsetninger. En viktig forutsetning for dette er at personalet speiler den sammensetningen som er blant beboerne.

Også med tanke på planlegging i Norge er det interessant å merke seg disse to typer praksis for eldre innvandrere. Det kan trekkes paralleller til eldresentre og møtesteder som enten kan være konsentrert om én etnisk gruppe (etnospesikk) eller være multikulturelle med flere etniske grupper representert.

6.3 Inspirasjonskilder fra Norden

Samarbeid mellom kommuner

En inspirasjonskilde til å tenke ut fra samarbeid i forhold til organisasjoner og interkommunal virksomhet, ligger i et dansk materiale fra KL (kommunenes landsforening, <http://www.kl.dk>).

Det skrives og snakkes mest om de store kommuner som har mange eldre innvandrere. Samtidig kan utfordringene gjelde også for kommuner som har få eldre innvandrere. Målet for KL er å samarbeide om løsninger som kan minske språklige og kulturelle barrierer og der innsatsen i forhold til relativt små grupper av eldre i hver enkelt kommune, kan samles for å få en mer konsentrert faglig og sosial innsats.

For alle kommuner blir det sentralt å klargjøre grunnlaget for den innsats som kreves. Sentrale spørsmål for den enkelte kommune blir i Norge som i Danmark:

- Hvilke behov gjør seg gjeldende?
- Kan kommunen selv tilrettelegge de relevante tilbud?
- Er kommunen selv i stand til å levere de relevante tilbud?
- Hvordan skal kommunen organisere innsatsen?

Det danske materialet gir innspill til å diskutere fordeler og ulemper innenfor kommunalt samarbeid for kommuner som har relativt få eldre innvandrere. Fordeler kan blant annet være knyttet til ressursutnyttelse og bedre muligheter til kompetanseutvikling og spesialisering. Ulemper kan oppstå i forbindelse med administrative spørsmål og økte geografiske avstander for brukerne. I alle tilfelle blir det sentralt å klargjøre den samlede kompetansen som finnes og ansvarfordeling. Samarbeidsoppgavene kan være forskjellig, men særlig aktuelt kan være kartlegging av de aktuelle brukernes behov og ønsker, klargjøre eventuelle språklige og kulturelle barrierer for å komme i kontakt og bestemme hvordan en skal arbeide, f.eks. gjennom oppsøkende virksomhet. Å bryte ensomhet og isolasjon kan være et av de viktigste mål, og nettverksskapende aktiviteter et middel. Dette kan være sentrale mål og midler også i samarbeidet mellom det offentlige og organisasjoner. Tospråklige medarbeidere være en viktig ressurs og eventuelt være katalysatorer i forhold til kontakten med f.eks. eldrecentre, klubber og andre møtesteder. For mindre kommuner kan det også være et alternativ å samarbeide om rekruttering av tospråklig personell til omsorgstjenestene.

Det gis konkrete eksempler fra kommuner i Danmark der samarbeid med organisasjoner og lavterskeltilbud for kontakt og samvær, bidrar til å gi eldre fra etniske minoriteter et bedre utgangspunkt for å nyttiggjøre seg den service kommunene yter og at det skapes økt gjensidig forståelse. Det trengs

oppsøkende arbeid og det er nyttig å se seg vidt omkring i lokalmiljøet i sin søken etter samarbeidspartnere. Med tanke på norske forhold vil frivillighetssentraler og ulike organisasjoner være aktuelle samarbeidspartnere.

KL har en egen database over eldre etniske minoriteter, der kommunene selv kan gå inn og søke på enkeltkommuner, amt og flere nasjonaliteter og velge aldersinndelinger fra 50+ og oppover til 80+ (<http://www.kl.dk/359929/>). Dette vurderes som et nyttig verktøy. I Norge kan kommunene kontakte SSB for å bestille tilsvarende informasjon.

I Norge har Bente Thyli gjennomført en studie i en middels stor norsk bykommune hvor innvandrerbefolkningen med ikke-vestlig bakgrunn utgjorde under seks prosent av befolkningen totalt. Informanter i undersøkelsen var sykepleiere som beskrev sykepleie til eldre pasienter med denne bakgrunnen som en svært krevende oppgave i en stressfylt og vanskelig arbeidssituasjon. De beskrev utfordringer i forbindelse med språkproblemer og uløste oppgaver knyttet til tolketjeneste, vansker knyttet til samarbeid og samordning mellom familiebasert omsorg og sykepleietjenesten og brist i egen kulturell kunnskap og kompetanse. En av konklusjonene er at informantene etterlyser faglig utvikling innen feltet transkulturell sykepleie, handling på kommunalt nivå og lokal ansvarstaging (Thyli et al. 2007).

For kommuner med et relativt lavt antall innvandrere kan det være verdt å vurdere om interkommunalt samarbeid kan bidra til å gjøre situasjonen lettere.

Samarbeid mellom familie og offentlige omsorgstjenester

Erfaringer fra Århus kan fungere som inspirasjonskilder på flere områder. Her legges særlig vekt på erfaringer med samarbeid mellom formell og uformell omsorg. Brukerundersøkelsene som er foretatt kan også være nyttige å studere nærmere. Som nevnt i kapittel 5 viser brukerundersøkelser i Århus at det er relativt høy grad av tilfredshet med livet i Danmark blant de fleste eldre flyktninger og innvandrere (82 % tilfredse eller meget tilfredse) (Mortensen & Mortensen 2004).

Et bidrag til trivsel er den såkalte kombinerte omsorg, der eldre flyktninger og innvandrere hjelpes både av familie og offentlig omsorg. Undersøkelsen viser også at over tid har eldre flyktninger og innvandrere fått økt kjennskap til de lokale sentrene for kontakt og tjenester. Dette viser betydningen av at offentlig eldreomsorg arbeider aktivt for samarbeid med pårørende.

Mortensen & Mortensen understreker at det ikke er mulig å stille opp «kulturelle guidelines» for samarbeidet mellom de offentlige tjenestene og pårørende på forhånd. Det viktigste er å skape trygghet i hverdagen for alle eldre uansett kjønn, religion og kulturell og språklig tilhørighet. «Den gode omsorg tar derfor alltid utgangspunkt i individet – den enkelte borger og dennes behov». Det advares mot kulturalistiske overfortolkninger, der forskjeller udiskriminerende forklares ut fra kultur heller enn f.eks. kjønn, oppholdstid i landet, sosioøkonomisk status osv. Betydningen av at eldre innvandreres atferd må forstås ut fra kontekst og hvordan de blir møtt, blir understreket.

Grundig informasjon og/eller spesielle tiltak

Den modell som diskuteres for eldre innvandrere i helse- og omsorgsapparatet i Århus er av stor interesse også for debatten i Norge. Felles for begge land er understrekingen av rettigheter når det gjelder behandling og ytelser, men at innvandrere i praksis kan ha vansker med å kontakte hjelpeapparatet. Ytterpunktene i debatten, slik vi også kjenner den i Norge, er på den ene siden å ikke gjøre noe spesielt i forhold til eldre innvandrere, og på den annen side etterlyse kulturspesifikke løsninger som egne tilbud og institusjoner. Praksis vil ofte ligge et sted mellom disse polene og ikke minst avhengig av kommunestørrelse, demografisk sammensetning og allerede eksisterende nettverk gjennom foreninger og organisasjoner. Mortensen & Mortensen (2004, 2005) slår et slag for å skille mellom selve tilbudene og informasjon og kommunikasjon om tilbudene. Da kan en satse på å gjøre en spesiell innsats når det gjelder informasjon på ulike språk og ulike formidlingsmåter, mens ytelsene foregår på like fot. Et diskusjonstema som også er relevant for norske forhold er hvordan selve informasjonsformidlingen kan ta hensyn til mottakerens omsorgskultur. Det blir snakk om «kulturdifferentiert informasjon» (Mortensen & Mortensen 2004, s. 53)

Fra norsk hold vises det særlig til Sverige når det gjelder *spesielle* tiltak for eldre innvandrere. Dette gjelder både bo- og dagtilbud. I Sverige ble det tidlig etablert aldershjem for katolikker og aldershjem og servicehus for jøder. På 1980-tallet ble det utviklet tilbud for finner, estlendere og spansktalende og iranere. I 1990-årene ble det etablert tilbud for assyrere, grekere, tyrkere og iranere. De fleste av disse er dagtilbud, men det finnes også servicehus. Det er eksempler på dagsentervirksomhet for personer med demens fra

Tyrkia og Estland. Emami et al. (2000) beskriver dagtilbud for eldre iranere. Olivenprosjektet i Gunnarred er allerede nevnt. Det har vært litt ulik planlegging og organisering av tilbudene. Noen tilbud er utviklet spontant, mens det for andre har vært både innvandrerforeninger og myndighetene involvert, enten i samarbeid eller hver for seg (Ronström 1996). Mange drar fra Norge til disse enhetene i Sverige for å hente inspirasjon til egne tilbud og forslag. Magnussen og Johannesson (2005) viser til positive erfaringer fra Rinkeby når de foreslår forsøk med egne botilbud og språkkorridorer for eldre innvandrere i institusjon.

Når det gjelder *informasjon* om tilbud og tjenester er det inspirasjon å hente bare ved å slå opp på nettsidene til byer som Stockholm og Gøteborg. Det finnes informasjon om tjenester på en rekke språk. I Stockholm er det nettinformasjon og brosjyremateriell på engelsk, arabisk, finsk, persisk, serbo-kroatisk, spansk, tyrkisk og tysk.

I den norske debatten om omsorgstjenester og privatisering har Sverige vært en «inspirasjonskilde» når det gjelder *bruker-utfører*-modellen for omsorgstjenester. Denne modellen diskuteres under punktet om brukervalg og preferanser i kapittel 8.

6.4 Oppsummering

Erfaringer fra PRAIE og SEEM-prosjekter er nyttige fordi de gir konkrete eksempler på tiltak og spørsmål det er nyttig å stille seg ved planlegging og underveis i utvikling av tiltak. Konklusjonen er at det å gi omsorg som respekterer folks preferanser og kultur, uansett alder og etnisitet, er – eller burde i hvert fall være – et hovedanliggende når det gjelder kvalitet i tjenestene. Det er interessant at det nå utvikles nye europeiske nettverk med basis i felles problemstillinger på tvers av ulike velferdsordninger. I tillegg til det nordiske og internasjonale samarbeid er det her pekt på muligheter for interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom familie og offentlige tjenester. Når det gjelder diskusjonen om informasjon og etnospesifikke eller multi-kulturelle tilbud, er det viktige inspirasjonskilder både i Norden og på den større europeiske arena.

7 Omsorgstjenester – erfaringskartlegging

7.1 Innledning

I 2004 var det i 17 kommuner og bydeler som hadde mer enn 200 ikke-vestlige innvandrere over 60 år. Dette gjelder Drammen, Kristiansand, Bærum, Trondheim, Bergen, Stavanger, Fredrikstad og ti bydeler i Oslo: Alna, Gamle Oslo, Søndre Nordstrand, Grünerløkka, Stovner, Østensjø, Sagene, Grorud, Frogner og Bjerke.

Det ble foretatt en spørreundersøkelse av ansatte i disse kommunene og bydelene. (Ingebretsen og Romøren 2005). Undersøkelsen konsentrerte seg særlig om hjemmetjenestene. Resultatene pekte på sentrale spørsmål når det gjaldt 1) Informasjon, språk og kommunikasjon, 2) Spørsmål om forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester og 3) Opplæring, samarbeidsforhold og veiledning av personell. Her har vi ønsket å utdype noen av disse spørsmålene, basert på den kontakten som ble etablert med kommunene og bydelene i 2004. Det er gjennomført telefonintervjuer og et gruppeintervju med ulike deler av omsorgstjenesten i en bydel med en høy andel eldre innvandrere. Samtidig har vi ønsket mer informasjon om forebyggende arbeid og institusjonsomsorg. For å få eksempler som kan illustrere arbeidsmåter og sentrale spørsmål på disse områdene, er det foretatt intervjuer med en representant for forebyggende arbeid og en representant for institusjonsomsorgen i Oslo.

Når vi beskriver erfaringer med eldre innvandrere kan det lett bli en gjentakelse av velbrukte eksempler. Det er likevel noen det er vanskelig å komme utenom. Oslo er den norske kommunen som har størst antall og andel av eldre innvandrere. Bydelene Gamle Oslo og Grünerløkka var tidlig ute med å rette søkelyset mot eldre innvandrere. Det siste året har Helse- og velferdsetaten i Oslo satset spesielt på å kartlegge situasjonen og å planlegge tiltak for eldre innvandrere. Siden disse erfaringene er relevante for tjenester og tilbud andre steder i landet vil vi peke på noen erfaringer fra dette arbeidet.

Nedenfor beskrives: 1) Erfaringskartlegging med intervjuer av ansatte i de kommunale omsorgstjenester, 2) møtesteder og forebyggende tiltak med basis i tidligere erfaring, en undersøkelse som er gjennomført av Oslo kommune og egne intervju med seniorveileder, og 3) spørsmål om bruk av

aldersinstitusjoner med data fra registrering i Oslo kommune, supplert med eget intervju med en avdelingsleder. Intervjuene under 2) og 3) er presentert i en «muntlig» form. Da informantene selv ofte presenterer sitt arbeid offentlig har det ikke vært gjort forsøk på anonymisering. Det vises til intervjupersonenes arbeider i teksten. Når det gjelder beskrivelser og sitater fra omsorgstjenestene er de hentet fra en rekke kommuner/bydeler, og dette materialet er behandlet konfidensielt. Det vises til kommune/bydel i noen tilfelle når det dreier seg om faktiske opplysninger, men ikke når det gjelder ansattes vurderinger.

7.2 Intervjuer med ansatte i omsorgstjenesten

I den undersøkelsen som beskrives her tok vi som nevnt kontakt med sentrale kontaktpersoner som svarte på spørreskjema i 2004. Utgangspunktet var å bringe på det rene om det var skjedd endringer i de to årene som var gått siden forrige undersøkelse og i tillegg gå mer detaljert inn på noen spørsmål. Dette medførte at vi også ble ledet videre til andre informanter i samme kommune/ bydel. I en bydel er det gjennomført gruppeintervju med tre personer; en representant fra bestillerenheten, hjemmetjenestene og institusjonsomsorgen, ellers har det mest vært telefonintervjuer med viderehenvisninger med telefonsamtaler og e-post-kontakt også med andre representanter for hjelpeapparatet. Det er en sammensatt gruppe med representanter fra bestillerenhet (der dette er delt) og ulike deler av hjelpeapparatet, inkludert enhetsledere og utøvere innen oppsøkende virksomhet, hjemmetjenester og institusjonsomsorg.

Personlige intervjuer og gruppeintervjuer ble tatt opp på bånd og senere nedskrevet. Det ble tatt notater fra telefonsamtaler. Disse ble deretter skrevet og lagt inn på data. Sammen med skriftlige svar på e-post utgjør dette datagrunnlaget.

Det ble ikke gitt noen oversikt over hvor mange eldre ikke-vestlige innvandrere som er brukere av de ulike omsorgstjenestene siden minoritetsbakgrunn ikke registreres spesielt og brukere med innvandrerbakgrunn derfor må telles opp innenfor de ulike enhetene.

For å fange opp sentrale temaer fra praksisfeltets erfaringer med eldre innvandrere som brukere av omsorgstjenestene, ble det benyttet en forenklet intervjuguide.

Hovedtemaet var:

Hva er utfordringer og hva skaper gode betingelser for å møte behovene til nye brukergrupper?

Det ble videre stilt spørsmål om:

- Informasjon
- Språk – kommunikasjon
- Forventninger og eventuell ulike bruk av tjenestetilbudet (omsorgslønn, institusjonsomsorg, kombinasjoner familie/offentlige tjenester)
- Tilrettelegging av omsorgstilbudet
- Kulturtilpasning
- Flerspråklig personell
- Opplæring, veiledning

Informantene ble oppfordret til å fortelle om sine erfaringer, eventuelle dilemmaer de opplevde, sin «ønskeliste» for tjenestene og råd og forslag på feltet.

Nedenfor beskrives erfaringer ut fra de temaer som stod fram etter bearbeiding av materialet. Disse temaene er: utfordringer, bruk av tjenestetilbudet, tilrettelegging og dilemmaer. I forhold til informantene var det interessant å få konkretisert hvordan de forholdt seg, hva som bygget bro og hva som skapte barrierer mellom hjelpeapparatet og brukere, og hvordan de vurderte konsekvenser dette hadde for informasjonsformidling, kommunikasjon og tilrettelegging av tjenester. I teksten nedenfor er benyttet både resymer av uttalelser og sitater fra informanter. Disse erfaringene er å betrakte som innspill til videre debatt.

Utfordringer

Spørsmålet om utfordringer utløste to hovedtyper av svar fra informantene. På den ene siden var det noen som nedtonet utfordringens størrelse ved å understreke det alminnelige mer enn det spesielle. «I vår bydel er vi så vant til å jobbe med fremmedkulturelle, det er en del av hverdagen, så vi ser ikke det som så utfordrende». Flere var inne på at det har foregått en modning når det gjelder syn på «forskjellighet», uten at dermed alle problemer er løst.

På den andre siden var det noen som listet opp utfordringer særlig i forbindelse med språk og kulturforståelse. Svar fra en ansatt i hjemmetjenesten (praktisk bistand) kan illustrere dette:

De største utfordringen gjelder språk og forventninger knyttet til kjønn – at noen ikke vil bli stelt av menn. Vi prøver å få det til, men har vi ingen kvinner å sende, så blir det familien som må ta seg av det. Noen ganger kan det bli kulturkollisjoner ved at vi ikke synes menn er flinke til å hjelpe til.

Utfordringer er knyttet til 1) språk, kommunikasjon og informasjon, 2) nye forventninger og ulike kulturer og 3) ansattes arbeidssituasjon som blir beskrevet nedenfor.

Språk, kommunikasjon og informasjon

Mange av informantene er inne på at språk er den største utfordringen. De viser til at det er store variasjoner i norskkunnskapene blant minoritetsetniske brukere. Generelt vises det til store språkproblemer og at norsk ofte praktiseres lite, særlig blant eldre kvinner. Eldre som har kommet til landet gjennom familieforening er en utsatt gruppe også med hensyn til språk.

Med ulik språkbakgrunn og mangelfulle norskkunnskaper blir det ofte et problem med informasjon og kommunikasjon begge veier. For hjelpeapparatet er det et hovedanliggende å få informasjon om tilbud ut til aktuelle brukergrupper. «Hjelpeapparatet må bli flinkere til å informere om hva de kan tilby.»

Det er viktig å merke seg at språkproblemer kan gjøre det vanskelig for saksbehandlere å ivareta *brukermedvirkning*. Som en representant fra en bestillerenhet sier:

Vi kan bruke tolk, men noen ganger kan de ha problemer med å uttrykke seg på eget språk også. På vanlige familiebesøk er det ofte familien som oversetter. Da er det ikke alltid så godt å vite hva familien selv vil. Det kan bli et problem, men vi kan ikke ha med tolk i det daglige.

Flere informanter er inne på at bruk av tolk er viktig ved førstegangsbesøk og ved søknader om f. eks. omsorgslønn der familien er sterkt involvert. Det er et problem at brukerne kan ha problemer med å forstå vedtak om de tjenester som er innvilget. Vedtakene blir ikke systematisk oversatt. Fra

hjelpeapparatet uttrykkes et klart ønske om mer oversatt skriftlig informasjon og vedtak. I Oslo er orientering om fritt brukervalg når det gjelder hjemmetjenester foreløpig ikke oversatt.

Den enkelte kommune og bydel viser stort sett til vanlige kanaler for informasjon og henvisning av eldre med etnisk minoritetsbakgrunn.

Språk og mangelfull informasjon er den største utfordringen. De får informasjon om hjemmetjenestene etter sykehusopphold og noe fra leger.

Sentrale punkter gjelder informasjonsformidling på ulike språk og muntlig formidling til eldre gjennom familie, organisasjoner og øvrig nettverk. Det synes ikke å være store forandringer siden den undersøkelsen som ble foretatt to år tidligere (Ingebretsen & Romøren 2005), men det har skjedd en utvikling når det gjelder nettbasert informasjonsformidling på ulike språk.

I Oslo kommune blir informasjon om eldresentrene lagt ut på nett på arabisk, engelsk, somali, tamil, urdu, persisk, vietnamesisk. For somali og urdu er teksten også på lydfil ([//www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no](http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no)). I Bergen er det også planlagt informasjon på ulike språk. Det er startet nye tilbud som kombinerer informasjon og møtesteder. Erfaringer med service-torg, seniorveileder og oppsøkende virksomhet, er andre eksempler på å nå ut til brukergruppen, og det er positive erfaringer med informasjonsmøter for ulike grupper av innvandrere.

Når det gjelder formidling av informasjon via innvandreres organisasjoner og nettverk, er det varierende erfaringer. Noen peker på rask informasjonsspredning om muligheter og tilbud, men andre konkluderer med at nettverket ikke alltid er så godt orientert om omsorgstjenestene.

Kommunikasjon og personalkompetanse

I den praktiske samhandling med brukerne understrekes det at ansatte har erfaring med å forholde seg til mennesker med ulike problemer i kommunikasjon, og at disse kunnskapene kommer til nytte i samhandling med et mangfold av brukere. Når innvandrere først sier ja til tilbud fra hjemmetjenesten, går det som regel bra.

Flere slår fast at «Det går seg til når en blir kjent». Samtidig er det viktig å ta høyde for at det er et komplekst kommunikasjonsbilde. «Man jobber hele tiden med å forstå hverandre, det blir misforståelser, det hender nok at det er pasienten som taper, noen av nyansene forsvinner.» Dette kan gjelde

brukere med ulik etnisk bakgrunn – også norske, siden det er språklig og kulturelt mangfold både blant brukere og ansatte.

Kommunikasjon og flerspråklig personale

Personalgruppen i hjelpeapparatet er sammensatt. Dette gir både muligheter og utfordringer. Noen understreker at de prøver å matche helsepersonell fra de ulike land med brukere med samme språk. Samtidig er det refleksjoner om at dette ikke alltid er enkelt eller at språk er det eneste kriteriet som teller.

Mange informanter mener at den største utfordringen med hensyn til språkforståelse ikke gjelder brukere, men ansatte.

Den største utfordringen i hverdagen gjelder den sammensatte personalgruppen. Mange har gått på norsk skole og er flinke i norsk, men noen har levd tett på egen familie og det er mange som ikke har språket helt på plass, som ikke kan lese så godt det tause språket, kjenner tradisjoner, vaner etc.

Det blir noen situasjoner der vi skjønner at (minoritetsetniske) ansatte misforstår, eller vi lurer på hvorfor de gjorde sånn eller slik. Da må vi ta opp vaner og hva som er skikk og bruk her.

Slike erfaringer kan i seg selv være brobygging i forhold til en flerkulturell tilnærming. En ansatt sier det slik:

Kanskje kan det sees sånn at ansatte fra andre kulturer går i bresjen for brukere, ved at personalet blir vant til kulturforskjeller, å være fleksible og å trene seg i forståelse.

Nye forventninger – et spørsmål om kulturforståelse

Det kan være en utfordring for ansatte at brukerne har nye og uvante forventninger til dem og hjelpeapparatet.

Dette kan gjelde *personlig stell*. «Noen har ritualer som kan bli litt problematiske», eller mer konkret: «Noen skal skrubbes og vaskes tre ganger. Det kan være barbering både her og der – Det kan være muslimske ritualer som pleierne syntes var litt vanskelig å takle.» Likevel er inntrykket at det stort sett går seg til når de ansatte får en forståelse av den religiøse eller kulturelle betydning for brukeren.

De *ritualer og normer* som det oftest vises til når det gjelder behovet for kulturtilpasninger dreier seg om å vise respekt når kvinner blant muslimer ikke godtar personlig stell av mannlige pleiere. Så langt mulig etterkommes

disse ønskene, eventuelt ved å trekke inn personell fra andre enheter. Som nevnt foran kan det noen ganger være slik at familien blir orientert og overtart stellet dersom det ikke er mulig å sende en kvinne på et vaktskift. Det er også eksempel på at en bruker har sittet oppe om natten heller enn å bli hjulpet til sengs av en mannlig pleier. De enkelte brukere kan ha noe ulike syn på hvor viktig det er for dem å følge slike normer. Det er derfor noen ganger hjelpere er mer «ortodokse» enn brukerne i sin vilje til tilpasning.

Dette er et område ansatte stadig viser til når det gjelder *respekt for den enkeltes religion og kultur*. «Vi sier til nyansatte at de må være varsomme når de kommer inn i hjemmet til andre, det gjelder alle brukere. Ansatte må bruke øynene, vise god takt og tone og respekt for den enkeltes kultur».

Respekt for *mattradisjoner* er et annet område som ofte nevnes. Det kan imidlertid bli mer understreket hva noen grupper *ikke* skal ha, f.eks. ikke svinekjøtt til muslimer, heller enn å gi varierte alternative tilbud. Dette kan sees som uttrykk for at man bestreber seg på å unngå å gjøre noe positivt galt (bryte med religiøse absolutter). Samtidig kan det være mer krevende å sette seg inn i hva som er positivt godt for den enkelte bruker. Noen er imidlertid inne på dette gjennom å bygge opp kontakt slik at en kan komme i dialog og tilrettelegge for den enkelte og vurdere «kjøkkenrutiner».

I anekdoter om innvandrere er det gjerne eksempler på kulturkollisjoner som viser det «spesielle» og *brudd på «vanlige» normer*. Typiske eksempler er storfamilier på besøk i institusjoner. Det kan bli både trangt og høylytt.

Det interessante er ikke bare eksemplene i seg selv, men hvordan de brukes og diskuteres. Inntrykket fra kontakten med ansatte i de kommunale omsorgstjenestene er at de i stor grad stiller seg åpne for å forstå og finne praktiske ordninger.

I et gruppeintervju fortalte en representant en hendelse fra et sykehjem, der familien kom for å hente den gamle faren hjem på besøk kl. to om natten. Dette er uvanlig ved norske sykehjem. Nattevakten ble usikker på hva hun skulle gjøre. Leder for institusjonen hadde en dialog med familien om dette.

Da dette eksemplet ble referert i gruppeintervjuet, var det ikke noen generell hoderysting over dette brudd på vanlige sykehjemsrutiner. En av de andre ansatte foreslo at sønnen kanskje var drosjesjåfør og ville treffe faren etter vaktslutt. Det ble diskusjon om vaner og døgnrytme i familien og for den gamle på institusjon. Eksemplet viser at når en går videre fra å slå fast at «slikt går ikke an», kan en forstå situasjonen på måter som også åpner for

praktiske løsninger. Da er det en selvfølge at en også tar utgangspunkt i den eldre situasjon, vedkommendes krefter og søvnrytme. Kanskje lå den gamle søvnløs på det tidspunkt sønnen kom? Kanskje måtte man avtale på forhånd og ikke gi sovemidler når det var aktuelt med nattlige besøk. Hovedsaken er at heller ikke institusjonsrutiner blir noe absolutt. Når det er nattåpne barnehager, er det kanskje heller ikke noen selvfølge med nattlukkede sykehjem?

Arbeidsmiljøet for ansatte

Flere ansatte nevner eksempler på at det kan være vanskelig å lage avtaler med noen av de minoritetsetniske brukerne. Dette kan gjelde både tid for besøk og tjenestens innhold.

Det er ergerlig hvis en stiller opp på avtalt tidspunkt for å gjøre en innsats og så passer det ikke likevel.

Vi er vant til å jobbe etter avtaler. Det kan ha å gjøre med språk at det blir misforståelser om tidspunkter, men kan også være ulike vaner i forhold til slike ting. Vi har fått banket inn at vi skal jobbe etter det som står i vedtaket. Når språkproblemene er store, kan det være vanskelig å gjøre seg forstått og formidle hva vår bistand består i – hva som er vårt virksomhetsfelt. Slike spørsmål tas opp i ansvargrupper av ansatte og blir spørsmål om skjønn. Der det blir uavklart, kan bestil-lerenheten bringes inn i bildet.

I hjemmetjenesten kan det være en utfordring for ansatte at det er trangt og liten plass til spesialseng og utstyr. Hensynet til andre familiemedlemmer kommer også inn i bildet.

Det kravet vi kan ha til *tilrettelagte arbeidsplasser* kan være vanskelig å gjennomføre. Det kan være tungt å jobbe stua. Noen synes utstyr ødelegger hjemmet, men det kan andre (etnisk norske) også mene.

Det kan være praktiske problemer for ansatte med å legge til rette med håndklær og utstyr på badet.

Når det kanskje er mange ungdommer og andre i familien som bruker badet, bruker de jo det som er der. Når vi kom, var det kanskje ikke ledig på badet heller – kanskje ringte brukeren etter et par timer, men da var jo alle ansatte opptatt.

Utfordrende holdninger kan være et problem på flere måter

En enhetsleder forteller:

Vi får noen ganger klager fra ansatte, om at pleierne opplever at enkelte innvandrere med høyere status, oppfører seg nedlatende, betrakter dem som tjenere og ikke viser respekt for vedtak. Dette er likevel ikke så spesielt, siden tilsvarende holdninger kan gjelde blant etnisk norske brukere.

I et flerkulturelt arbeidsmiljø kan hjelpere fra etniske minoriteter bli utsatt for negative holdninger fra majoritetsbefolkningen.

Når det gjelder kulturkollisjoner, skjer dette mest ved at norske brukere ikke vil ha utenlandske hjelpere på grunn av språk. Noen kan f.eks. spørre innvandrere om de som kommer fra Afrika med stråhytter kan vaske vinduer.

Kvinner ansatt i hjemmetjenesten har erfart mangel på respekt fra mannlige brukere. Derfor er de opptatt av forskjeller i kvinnesyn og kleskodeks. «Vi bruker privat tøy. Noen ser kanskje litt nedlatende på kvinner som kler seg lett.» Det kan være et tema for diskusjon hva en skal ha på seg. «Klærne kan bidra til å signalisere respekt. Det er et stort sprang mellom kvinner som dekker seg til og norske damer som kommer utringet og i korte skjørt». På denne måten prøver noen ansatte å se seg selv utenfra og vurdere hvordan de signaliserer respekt. Samtidig er det eksempler på at det blir tydelig markert når det har vært overtramp på respekt for ansatte. Ved et sykehjem var det et eksempel med en besøkende som ikke viste respekt og utsatte ansatte for seksuell trakassering. Det ble da reagert strengt fra ledelsen, og han fikk beskjed om at han ikke fikk komme på besøk hvis han ikke skjerpet seg. I slike situasjoner understrekes det gjerne at reaksjonen ville ha vært den samme uansett etnisk bakgrunn. «Respekt må gå begge veier. Vi kan ikke godta at hjelpere blir nedverdige og trakassert på grunn av manglede respekt fra menn».

Særlig i forbindelse med vedtak er det eksempler på at noen brukere og pårørende blir sinte og usaklige. Da kan det komme beskyldninger om rasisme. Det varierer hvordan ansatte oppfatter og takler slike uttalelser, men det kan bli ubehaglig.

Når rasismebegreper kommer kjapt på bordet, reager jeg sterkt. Da har de forlatt et saklighetsnivå – det blir parallelt til at noen nordmenn

kan klage på at de ikke får nok hjelp fordi alt går til 'disse som kommer utenfra'. Vi må bare prøve å informere, forsøke å bidra etter loven og opplyse om klagemuligheten. Vi fordeler lovpålagte goder og noen knapphetsgoder ut fra tanker om rettferdig fordeling.

En annen kommunalt ansatt, sier:

Jeg har noen ganger blitt beskyldt for å være rasist, men jeg oppfatter det mer som et bannord som kan sitte ganske løst, har ikke tatt det innover meg, føler meg ikke truffet.

Ulik bruk av tjenestetilbudet

Selv om de har fått erfaring med en del brukere fra etniske minoriteter etter hvert, er flere av informantene i hjelpeapparatet inne på at det er nok flere som kunne ha nyttiggjort seg tilbudene.

Omsorgslønn er blant de tjenester som etterspørres mest. «En stor andel av de som får omsorgslønn er innvandrere.» Noen spør seg om alternative tilbud er tilstrekkelig godt kjent. «Det er en utfordring å se hvordan man kan oppfordre til å ta imot tradisjonelle tjenester, gi familiene avlastning, slik at de kan delta i arbeidslivet. Det kan trenge å avdramatisere hjelp fra det offentlige.» En slik «avdramatisering» kan gå på holdninger som understreker den eldres verdighet og samarbeid mellom familie og hjelpeapparatet heller enn total omsorgsoverdragelse. Andre begrunnelser for omsorgslønn knyttet til økonomi og eventuelt skjerming for innsyn i familien må også tas i betraktning.

Når det gjelder andre typer tjenester, formidles inntrykket av at det er lav etterspørsel etter langtidsopphold i sykehjem. Dette er i overensstemmelse med de registreringer som har vært foretatt i Oslo kommune.

Informantene gir eksempler på kombinasjon av offentlig omsorg og familieomsorg ved at de får henvendelser om praktisk bistand og hjemmesykepleie som et supplement til familieomsorg. En hjemmesykepleier understreker at dette kan være på områder der familiene føler seg usikre på å takle helseproblemer.

Dette kan også gjelde yngre med alvorlige diagnoser. Det blir på linje med nordmenn. Mange ulike problemstillinger kan komme opp, oppfølging av blodsukker er vanlig. Noen ganger lærer pasienten eller familien seg om insulinbehandling, sårstell osv. Mange er interesserte i

å lære, men det varierer, noen trenger grundig og langvarig oppfølging.

Når hjemmesykepleien er inne i bildet, understrekes det ofte at det er sammensatte problemer og at det kan være psykiske og sosiale problemer. Det er viktig å være våken for disse problemene, da det kan være behov for kombinerte tjenester og tilbud. Samtidig understrekes det at dette ikke må brukes til å generalisere til alle innvandrere.

Det kan være noen som lever i storfamilier i kommunale boliger som sliter og har lite ressurser, men vi er jo vant til litt av hvert blant nordmenn også. Det er variasjon og ikke noen grunn til å gjøre det til noe så spesielt.

Omsorgslønn og familieomsorg

Ansatte nevnte flere eksempler på at innvandrere skiller seg positivt ut i forhold til etnisk norske fordi de påtar seg til dels tunge omsorgsoppgaver i hjemmet. Et eksempel illustrerer dette. Det gjelder en eldre kvinne med slag. Hun ble tatt hjem fra sykehjem fordi hun gråt og ikke trivdes. Pårørende tolket det slik at hun ville ha bedre av å være hjemme. Der var det en bratt trapp og ikke heis. Ved vurderingsbesøk i hjemmet lurte den ansatte på hvordan de greide å få henne opp og ned. Da fikk hun tilbud om demonstrasjon av hvordan de pleide å sette den slagrammede på en stol og bære henne.

Mange strekker seg langt, av og til i lengste laget, de blir så bundet. Selv om en sønn bestemmer, er det ikke gitt at det er han som steller, men svigerdatter og kvinner i familien. Men for all del, mennene er også ofte flinke til å stelle og bære.

Noen ganger kan det oppstå faglige dilemmaer og spørsmål om hva som er faglig forsvarlig og best for familiemedlemmene.

Ære være familiene for at de påtar seg slike oppdrag, men noen ganger kan det reises tvil om hva som er det beste for den det gjelder.

Det kan være at pårørende selv ønsker å stelle sin mor eller far eller ektefelle og at vi ikke alltid synes at stellet er forskriftsmessig bra nok – det var f.eks. en slagpasient som ektefellen ville stelle selv. Hun foretrakk at vedkommende mest var sengeliggende – det syntes ikke vi var riktig. Vi tenkte på komplikasjoner ved sengeleie.

Ansatte forteller at de prøver å snakke med pårørende i slike situasjoner, men det kan bli konflikt mellom familien og hjemmetjenesten i synet på hva som er best.

Når familien søker om å få overta omsorgen og få omsorgslønn er det duket for et dilemma.

Det hender vi lurer på hvordan dette går. Vi har et ansvar for å sjekke det og gå på hjemmebesøk, men hva er alternativet? Har en ikke gode alternativer, ligger det tross alt nærmest å imøtekomme familiens ønsker.

Det blir understreket at når omsorgslønn erstatter kommunale løsninger, skal den praktiseres etter hensikten, som beste løsning for den det gjelder. I mange tilfeller vurderes omsorgslønn som en utmerket ordning ut fra hensyn til kommunikasjon, kulturforståelse og vaner. En av informantene sier:

For kommunene er det en bedre løsning enn å gi en dårlig tjeneste, som det kan bli hvis partene ikke forstår hverandre. Noen ganger innvilges omsorgslønn der det er veldig sammensatte behov. I noen slike tilfeller kan en være usikker på om den enkelte får nok hjelp. Hensynet til pasienten kan bli skjøvet til side. Det kan være vanskelig å vurdere om det er faglig forsvarlig. Pasienten vil ikke selv sende søknad om annen hjelp.

Det synes å være litt varierende praksis både når det gjelder innvilgelse og oppfølging av omsorgslønn i ulike kommuner og bydeler. Hvis en som hjelper ikke er ønsket i hjemmet, kan det noen steder gå lang tid uten kontakt med hjelpeapparatet. I prinsippet er den kommunale tjenesten ansvarlig også for kvaliteten på de tjenester som gis ved omsorgslønn. En ordning som praktiseres for å følge opp omsorgslønn, er å gi vedtak på ett år og vurdere situasjonen på nytt, om det kan være behov for mer faglig bistand.

Mange innvandrere søker omsorgslønn og personlig assistent. Kanskje bestiller de det for å slippe å få oss inn i huset. Hvis vi trenger å vurdere hva som er best for pasienten, kan vi tilby praktisk bistand eller hjemmesykepleie. Familien vil ofte helst ha penger, men vi må følge faglige kriterier, f.eks. følge med virkninger av medikamenter (ved depresjon etc.). Ved sårbehandling kan det være behov for faglig oppfølging.

Ansatte legger ofte vekt på at det er økonomiske begrunnelser for å søke omsorgslønn. Dette kan komme i konflikt med andre familiehensyn.

En kan jo ikke leve av omsorgslønn. På den annen side er omsorgslønn en påskjønnelse for særdeles viktig og krevende omsorgsarbeid i hjemmet. Denne påskjønnelsen er velfortjent. Samtidig tjener bydelen i øyeblikket, men på sikt kan det kanskje bli tap.

Her kommer hensynet til andre familiemedlemmers helse, utdannings- og yrkesmuligheter inn i bildet.

En ansatt nevner en ektefelle som var svært sliten, men som likevel ville gi omsorg i hjemmet fordi hun trengte omsorgslønnen. Bekymring for familiemedlemmer kan gå på om de har de gode nok arbeidsteknikker, at pårørende kan bli overanstrengt og skadet av tunge løft. Det uttrykkes også bekymring over at omsorgslønn kan fungere som et bidrag til familiens økonomi, uten at de (kvinner) som utøver det meste av omsorgen alltid kommer til orde med sin vurdering.

Det er et problem at kvinner blir gående hjemme med omsorgsoppgaver; de kommer seg ikke ut i arbeid og lærer ikke språket. Ved møter blir det ofte mennene som tar avgjørelsene – det er ikke positivt med tanke på integrasjon.

Det kan oppleves som et dilemma for ansatte at unge blir bundet opp i omsorgsoppgaver. «Skal man betale friske ungdommer for omsorg for sine foreldre, hvis det går ut over deres utdanning?» Flere ansatte er inne på at de skal ta utgangspunkt i brukernes beste og ikke politiske vurderinger. Likevel var det eksempler som hadde gjort inntrykk på dem og stimulerte til debatt. «Jeg synes vi skal diskutere, spørre oss hva vi signaliserer ved slike ordninger.» På den ene siden er det uttalt respekt for tradisjoner for familieomsorg. På den annen side er det situasjoner der ansatte spør seg om omsorgslønnen mest er for å hjelpe den eldre eller om det er de økonomiske motivene som er viktigst. Samtidig kan man ikke leve av omsorgslønn, så familiemedlemmer forblir økonomisk avhengige. Det er særlig kvinners og ungdommers situasjon som problematiseres.

«Det er dilemmaer med omsorgslønn, men vi er obs på å ikke være moralistiske heller.» Informanten nevner et eksempel der det ble søkt om omsorgslønn til en 16-årig skoleelev som skulle ta seg av bestemor. Den ble avslått og det ble gitt tilbud om hjemmetjenester.

En annen ansatt nevner et eksempel med en ung sønn som søkte omsorgslønn for å stelle sin syke mor. Han ville gi opp sin egen utdanning. Søknaden ble ikke innvilget. Han flyttet til en annen kommune, der han fikk innvilget omsorgslønn og sluttet med utdanningen.

Slikt kan være vanskelig å være vitne til, men samtidig må vi prøve å holde oss til vanlige kriterier. Det kan være vanskelige avgjørelser, men ikke vanskeligere enn for nordmenn generelt. Det er skjønnsmessig, men vi har fått en del erfaring med det. Det blir en del avslag. Vi har fått noen klagesaker som er prøvet hos fylkesmannen. Ofte har vi fått medhold, men det er bruk av skjønn, så i noen tilfelle har vi fått vite at vi er for strenge. Da er jo det greit. Det er loven som teller.

Tilrettelegging

Det er typisk for svarene fra ansatte i hjelpeapparatet at de sammen med eventuelle utfordringer ofte nevner hva de kan gjøre for å tilrettelegge tilbudet. De stopper ikke med å fastslå at det er problemer. Mange gir uttrykk for at de synes arbeidet er spennende.

Vi jobber med å se det individuelle. Vi må prøve å trykke på de knapper som gjør at folk kan hjelpe seg selv, ta ansvar for egen helse. Innvandrere ønsker å bli respektert på samme måte som nordmenn. Det er mange likheter, kanskje ikke lurt å fokusere så mye på ulikhetene, men se det positive. De som ikke har et nettverk er sårbare. Det gjelder nordmenn også. Nettverk er viktig. Det er beklagelig at det ikke tenkes mer på nettverk, sosiale arenaer og forebyggende arbeid. Med tanke på forebyggende arbeid er det viktig å nå yngre grupper. Hjemmesykepleien har kontakt med mange som trenger mye hjelp fra 60-årene av. De er opptatt av å få et godt liv. Vår oppgave er å hjelpe dem med det.

Respekt blir ofte understreket. Samtidig må ansatte ta utgangspunkt i retningslinjer og vedtak. Noen understreker at de ikke tar så spesielle hensyn. «Vi må tillate oss å presentere tilbudene slik de er og å sette noen grenser. Erfaringer gjennom mange år er at vi har profitert på å ikke gjøre dette så spesielt.» Samtidig understrekes ofte lydhørhet og en individorientert tilnærming.

Vi strekker oss så langt vi kan for brukers del, må tenke individuelt, men det kan være utfordringer. Vi prøver å møte behov så lenge det er innenfor vedtaket. Bestillerkontoret avgjør ved tvil.

Bruk av tolk nevnes eksplisitt for å skape gode betingelser for tilrettelegging. På personalsiden understrekes opplæring, personalets kompetanse og betydningen av å nyttiggjøre seg ressursene i en sammensatt og multikulturell personalgruppe.

Samtaler med ansatte viser noen av de diskusjonstemaer som kan oppstå når kulturer møtes. Dilemmaer i forbindelse med kriterier for «forsvarlig omsorg» ved bruk av omsorgslønn, er allerede nevnt. Andre spørsmål gjelder hvilke kriterier man skal benytte for verdighet og for vurdering av om noen har det bra. Et spørsmål som kan opptre på ulike områder er: Hvor langt skal vi godta brukernes premisser og hvordan skal vi presentere hjelpeapparatets forventninger? Dette kan f.eks. gjelder forventninger til familiemedlemmer og syn på kjønnsroller. Det kan gjelde hvor mye en kan forvente av egeninnsats og rehabilitering. Her er det ikke mulig å diskutere spørsmålene grundig, men vi vil peke på noen momenter med utgangspunkt i uttalelser fra ansatte.

Verdighet

Flere ansatte kommer inn på spørsmål om hvordan egne standarder og mål virker inn på vurdering av verdighet. «Vi kan diskutere hva som er et verdig liv. Vi må se det i forhold til hva de er vant med». Et eksempel gjaldt en eldre dame som bodde hos familien under svært enkle kår uten eget soverom og med lite klær. «Det er ulike vaner og standarder for soverom etc. Vi trenger mer kunnskap og skoloring for å få respekt og forståelse for andre kulturer». Samtidig er ansatte opptatt av faglig standard. Det kan noen ganger være vanskelig å klargjøre hva «respekt» skal innebære, slik at den ivaretar den enkeltes verdighet og ikke signaliserer likegyldighet eller at en slår seg til ro med at det ikke får være så farlig.

Forventning til egeninnsats

Ansatte nevner eksempler på eldre som har opplevd mange vanskelige situasjoner i hjemlandet og som virker nærmest apatiske og ikke signaliserer noe ønske om å kommunisere. «Jeg kom til en kvinne som satt i fosterstilling, uten å si noe, uten å se opp. Noen ser ut som de er 90 år heller enn 60.» Slike situasjoner kan gjøre ansatte rådvile.

Vi har jo gjerne den holdningen at eldre skal *trene* mest mulig, men mange med en slik bakgrunn er ikke interesserte. De er kanskje deprimerte og har mistet gløden. Noen får kanskje mer hjelp av den grunn. En kan forstå det når en hører hva de har opplevd.

Når hjelpeapparatet støter på en slik resignert tilbaketrekning, kan det virke feil å kommunisere forventninger om egeninnsats. «Vi skal jo ha *tiltaksplaner* i forhold til hver enkelt bruker og se hva slags ressurser de har.» Det er ikke så lett i slike tilfeller.

Det er også eksempler på dilemmaer i forbindelse med egenomsorg og rehabilitering f.eks. ved diabetes. «Vi har for eksempel en dame i 50-årene som ikke er interessert i å lære å sette sprøyte selv. Skal vi da gå der i 20 år, hver dag to ganger om dagen og sette sprøyte?» Flere har erfaring med at noen innvandrere kan virke passive i forhold til sin egen sykdom.

Det virker som de tar avstand f.eks. fra diabetes. Vi må forklare mye, hjelpe med å sette sprøyter daglig til de klarer det selv, eventuelt hele veien. Noen går og lærer det. Det er litt ulike holdninger og ressurser når det gjelder å lære. Noen ganger må vi følge opp på samme måte som en må gjøre med personer med demens.

Ansatte i hjelpeapparatet formidler mye omtanke for å legge til rette og justere ned forventningene der de møter eldre innvandrere som er ekstra sårbare. En som har arbeidet i en årrekke med eldre flyktninger sa det slik:

Jeg har lært mye. Når jeg hører samfunnsdebatten, tenker jeg at noen av de eldre må få slippe forventninger om å lære norsk. Det er mye psykisk helsearbeid. De som har posttraumatisk stressyndrom er sårbare – også innad i familien. Noen har hatt så vanskelige erfaringer at en kan være imponert over at de orker å leve. Det er mange tunge skjebner. Målet er å legge til rette for at de skal få noe hjelp, slik at de kan klare seg best mulig. Vi leter i ulike retninger også etter avlastning for pårørende og bruk av nabo hjelp.

Det nevnes et eksempel der en eldre kvinne får nabo hjelp fra en fra samme land. Hun får dette heller enn vanlig hjemmehjelp, slik at hun får snakke sitt eget språk og får den maten hun er vant til. Den ansatte er inne på at dette er en form for tilretteleggelse med utgangspunkt i hva som er det beste tilbudet for kvinnen. En ville kanskje ikke gitt det samme tilbudet til en norsk kvinne siden hun kunne forventes å nyttiggjøre seg den vanlige hjemmehjelpsordningen.

På disse områdene er det ekstra utfordringer å finne velegnede måter å komme i kontakt og danne et grunnlag for å gi støtte, veiledning, helseopplysning og hjelp med psykiske problemer.

Også når det gjelder kjønnsroller kan det bli spørsmål om å vurdere «rimelige forventninger» ut fra den enkeltes kulturbakgrunn i forhold til egne standarder og mål.

Når det gjelder hjemmehjelp, *forventer jo vi at også menn* gjør en innsats. I noen kulturer ligger dette under deres verdighet. Jeg var hos en dame som trengte mye hjelp. Mannen ble sint da jeg spurte hva han kunne gjøre, for han gjorde da ikke husarbeid. Jeg signaliserte kanskje mangel på respekt i hans øyne? Det er slike ting også vi må ta hensyn til.

En annen sier: «Vi må rett og slett behandle folk forskjellig. Det er jo stor forskjell på innvandrere også.»

Personalkunnskap og opplæringsbehov

Som nevnt foran, understrekes betydningen av personalets kompetanse når det gjelder kommunikasjon med ulike brukergrupper. Samtidig er språket ofte en utfordring både i forhold til brukere og et multietnisk personale. Det er interessant å merke seg at samarbeid innad i en multikulturell personalgruppe vurderes som nyttig med tanke på økt kulturforståelse. Dette kan i sin tur komme brukerne til gode. Samtidig ble det uttrykt ønsker om mer opplæring og diskusjon på dette området.

«Vi kunne gjerne hatt noen runder med personalet om de ulike kulturer folk kommer fra. Det kan være ulike holdninger til behandling og syn på behandling av eldre.» Kommunikasjon og «skikk og bruk» i forhold til ulike kulturer står på ønskelisten.

Det er behov for økt kompetanse og kulturforståelse. Vi arbeider med prosedyrer ut fra hva respekt for brukere innebærer; det forutsetter kunnskap om andre normer og kulturforståelse og et holdningsarbeid. Respekt bør gjelde både for brukere og ansatte.

Vil jo gjerne være til stede for alle grupper. Det er behov for opplæring. Forståelse for forskjellighet kan bli litt liten, vi ønsker kursing om respekt og toleranse. Det er viktig når en jobber med mennesker. Det kan nok bli litt intoleranse. Hvis noen får et tilbud som ikke fungerer, kan en kanskje tenke: da får det heller være. Personell fra andre kulturer møter heller ikke alltid så stor forståelse.

7.3 Møtesteder og forebyggende tiltak

Innledning

Eldresentrene har en lang historie med forebyggende arbeid blant eldre. Av tidlige arbeider og forpostfektninger når det gjelder eldre innvandrere, kan vi nevne det utviklingsarbeid ved eldresentrene som Sosialdepartementet tok initiativ til i 1989 og som ble organisert fra Norsk gerontologisk institutt. Et hovedinnsatsområde var tiltak i forhold til brukergrupper med spesielle behov og ett tema var eldre flyktninger og innvandrere. Det ble høstet erfaringer med kontaktetablering mellom en gruppe vietnamesiske flyktninger og etnisk norske i Moss kommune. Ved Legatgården i Holmestrand ble det gjennomført et forprosjekt med spørsmål om hvordan eldre flyktninger og innvandrere kan integreres i eldresenterets virksomhet. (Ingebretsen og Guntvedt 1993) Det ble i dette programmet også etablert samarbeid med Bydel Gamle Oslo om prosjektet «Eldre innvandrere i gamle Oslo» (Moen 1993). En konklusjon i utviklingsarbeidet var at eldresentrene har en nøkkelposisjon i det forebyggende arbeid i kommunene, at en må ha orientering om tilbud på et språk alle kan forstå, at en må arbeide med kontaktetablering, foreta tilrettelegginger og skape «flerkulturell takhøyde og romslighet for å ivareta ulike brukergruppers behov» (Ingebretsen & Guntvedt 1993, s. 60). Det er siden høstet viktige erfaringer både ved et flerkulturelt eldresenter (Thoner 1997) og gjennom flerkulturelle møter i et annet eldresenter (Moen 2002). Moen retter søkelyset mot rekruttering. Terskelen må gjøres så lav som mulig for nye brukergrupper ved eldresentrene. For å få dette til blir informasjon til alle ansatte og brukere viktig. Det kan være behov for mye holdningsskapende arbeid og samtaler om organisering av tilbudet.

I rapporten «Eldresenteret nå og i framtiden» slås det fast at eldresentrene på landsbasis har bortimot 10 000 frivillige, og at eldresentrene dermed kan fungere som et verksted for aktiv medvirkning, der eldres innsats og deltakelse er etterspurt. Det presiseres at forholdene må legges til rette for at eldre med innvandrerbakgrunn får den samme reelle tilgang til eldresentrene som norske (Daatland et al. 2000). Dette kan eventuelt skje gjennom parallelle tiltak og såkalt myk integrering der «man prøver og feiler i forhold til hvordan dette flerkulturelle eksperimentet kan utvikles» (Moen 2000, s. 101). Når det gjelder kontakt mellom etnisk norske brukere og eldre fra minoriteter er noen av Moens konklusjoner (2000, 2002) at en kanskje

må legge mer vekt på å *samhandle* enn å *samtale*, at man må ha mulighet for ulike typer møter og at en også må forholde seg til «tålegrenser» og «likebehandling» også ut fra de norske brukernes synspunkt. En viktig erfaring er at etnisk segregerte tiltak under samme tak kan bidra til at folk kommer til senteret, møtes og trives.

I 2006 foretok Oslo kommune (2006) en brukerundersøkelse og kartlegging av eldresentrene i kommunen. Som bakgrunn for undersøkelsen understrekes eldresentres viktige rolle som et aktivitets- og servicetilbud for alle eldre. I Oslo byråd (Byrådssak 232/2002) ble det lagt vekt på at hovedformålene med sentrene er å bedre livskvalitet og medvirke til inkluderende, gode og trygge sosiale nettverk. Dette innebærer at tilbudet bør utvikles for å møte nye brukergrupper, heriblant eldre fra etniske minoriteter.

Kartleggingen omfatter 41 av 42 eldresentre i Oslo. Eldresentrene har over 34000 brukere, noe som tilsvarer 54 prosent av alle eldre over 65 år når eldre i institusjon er fraregnet. Dette viser at eldresentrene har et stort potensiale som møtested og arena for forebyggende arbeid. Det frivillige arbeidet står sterkt på sentrene med 210 årsverk (61 %) mot 163 årsverk blant fast ansatte. Brukerundersøkelsen som omfatter 2764 brukere viser at nesten alle (97 %) mener at eldresenteret er viktig for dem. Betydningen øker med alder og langvarig bruk. Når fysisk tilgjengelighet og et variert tilbud om aktiviteter og tjenester er viktig.

To av eldresentrene har i lang tid vært møtested for eldre fra etniske minoritetsgrupper. I tillegg er det nylig etablert to nye møtesteder ved etablerte sentre. Flere av disse brukerne er i 50-årene, fordi det er tatt hensyn til deres egen oppfatning av når de regner seg som eldre. Det understreker at lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter vil få økt betydning, og at det er planlagt en undersøkelse av eldre som ikke bruker eldresenteret for å kartlegge behov og hva som hindrer bruk.

Det foreligger også en rapport fra Oslo kommune som formidler erfaringer fra nyetablering av møtesteder for eldre innvandrere knyttet til Furuset Seniorsenter i bydel Alna og Stovner seniorsenter i bydel Stovner. Etablering av nye møtesteder for etniske minoriteter sees som et bidrag til et likeverdig forebyggende tilbud for alle eldre. Når en benytter eksisterende eldresentre, kan dette i sin tur bidra til differensierte tilbud og kontakt og mulighet til integrering mellom eldre fra ulike kulturer.

Viktige mål ved de nye tilbudene er å formidle helseopplysning, informasjon om tilbud og tjenester, legge opp til etablering av sosiale nettverk og utveksling mellom eldre fra Norge og eldre fra andre kulturer (Hurtig, 2007 s.7).

Et viktig spørsmål som har gått igjen ved nyetablering av tilbud til innvandrere, gjelder andre brukeres reaksjoner (Ingebretsen & Guntvedt 1993, Moen 2000 og 2002). Historien til Grünerløkka eldresenter er interessant i den sammenheng. Ved starten av en kvinnegruppe for innvandrere i 1998 var det til dels negative reaksjoner fra de andre brukerne. Etter hvert har det blitt etablert flere nye innvandrergupper ved senteret uten at det har kommet mange reaksjoner fra norske brukere. Dette kan ha sammenheng med positive erfaringer med personell med ulik etnisk bakgrunn (Larsen 2006, s. 9). Samtidig er det flere med innvandrerbakgrunn som engasjerer seg som frivillige i eldresenterets øvrige virksomhet. Deltakelse i felles tilbud er fortsatt ikke vanlig. Felles møtesteder og felles turer og arrangementer skaper imidlertid kontaktmuligheter.

At Grünerløkka eldresenter har hatt betydning for eldre innvandrere, har blitt tydelig gjennom etterspørsel. Det er utviklet seks ulike gruppetilbud for eldre innvandrere ved senteret. Dette gjelder tilbud både for kvinner og menn, det er grupper for deltakere med samme etniske bakgrunn (pakistanere) og også en tverrnasjonal gruppe der norsk er hovedspråk. Det er etablert en egen flerkulturell interesseforening. Gruppene har noe ulike mål og innhold knyttet til informasjon, helseopplysning, trim, sosial kontakt, turer, dataundervisning, praktisering av norsk og diskusjon av integrering og aktuelle nyheter. Det er interessant å merke seg at mens det til å begynne med måtte arbeides mye med å rekruttere eldre innvandrere som brukere, skjer rekrutteringen nå gjennom at brukerne selv inviterer med seg familie, venner og bekjente (Larsen 2007).

Erfaringer fra etablering av nye møteplasser for innvandrere ved eldresentrene, dokumenterer at det er behov for slike tilbud i lokalmiljøene (Rudic 2007, Eide 2007). Tilbudene må planlegges i nær kontakt med brukerne for å dekke deres behov. Tilgjengelig kontaktperson for nye brukere er avgjørende for å lykkes. Samtidig er løpende informasjon om de nye tilbudene viktig for at etablerte brukere skal kunne forstå og godta nye brukere. Seniorveiledere og minoritetsrådgivere kan være viktige medarbeidere ved etablering av slike tilbud.

Seniorveileder

I Oslo er det vedtatt henstilling om å opprette stillingen seniorveileder med oppsøkende virksomhet i alle bydeler. 'Seniorveileder' er en forholdsvis ny stillingsbetegnelse i det kommunale hjelpeapparat. Et av målene med stillingen er i samarbeid med eldresentrene å fange opp nye brukergrupper. Hensikten er forebyggende arbeid for å fremme helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold blant hjemmeboende eldre. Undersøkelsen av eldresentre i 2006 viste at så langt har knapt halvparten (19) av eldresentrene tilgang til seniorveiledere. Tilbudet kan være organisert på ulike måter.

Den faglige profil kan være forskjellig. På den ene siden kan rollen innehas av sosionom og være forankret i oppsøkende og oppfølgende sosialfaglig arbeid slik det har vært drevet ved eldresentre. På den annen side har rollen blitt utviklet på bakgrunn av modeller fra helsestasjonsarbeid for eldre, gjerne med sykepleier i stillingen. Andre stillingsgrupper er også aktuelle. Nedenfor gis to eksempler på utforming av stillingen fra Engelsborg Senior-senter, Grünerløkka og Gamle Oslo.

Ved *Engelsborg eldresenter* er det ansatt flere sosionomer til sosialfaglig virksomhet og ledelse av det frivillige arbeidet. Bydelen har overført flere kommunale tjenester for eldrebefolkningen over 65 år til eldresenteret. Sosionomene ved senteret foretar oppsøkende og oppfølgende virksomhet, behovsvurdering ved søknad om trygghetsalarm, boligvurderinger ved søknad til trygdebolig, deltar i inntaksteam for trygde- og omsorgsboliger og i team 'vern for eldre'.

På den måten representerer senteret et lavterskeltilbud og en bred kontaktflate utad samtidig med at de kan følge opp sakene. Senteret understreker betydningen av det sterke fagmiljøet som er utviklet, og betydningen av samarbeid med blant annet de kommunale hjemmetjenestene. Helse-service er et eget satsningsområde. Tjenestene er tilgjengelig for alle bydelens beboere over 65 år. I senterets årsmelding for 2005 vises det til at 130 av de som bruker sosionomtjenestene har en annen etnisk bakgrunn og i alt 26 ulike land er representert blant brukerne. Dette kan være tidkrevende og forutsette bruk av tolketjeneste. Dessuten er det ansatte (blant annet gjennom sysselsettingstiltak) og frivillige fra en rekke land, slik at senteret formidler et inntrykk av mangfold uten at det ved dette senteret er satset på spesielle grupper og tiltak for eldre innvandrere. En sosionom ved senteret er ved et annet eldresenter i bydelen (Grünerløkka eldresenter) en gang i uken for å

yte sosialtjeneste til pakistanske kvinner. Engelsborg eldresenter representerer en spesiell modell for eldresenterdrift som anbefales av Oslo kommune. I senterets brosjyre står det at «Storby-modellen» med samordning av tjenester er et helhetlig konsept med forebyggende profil for hjemmeboende eldre. Senteret annonseres som et treffsted for godt voksne med en rekke tjenester, aktiviteter, helsetilbud og frivillig arbeid. I tillegg kommer sosialkontorfunksjonen og satsing på systematisk oppsøkende og oppfølgende virksomhet, samt et bredt samarbeid med det øvrige hjelpeapparat i bydelen. Stillingen som seniorveileder inngår som en integrert del av dette tilbudet.

I konseptet – Engelsborg storbymodell – legges det vekt på at seniorveilederen er sosionomutdannet. Ansatte understreker at grundig kjennskap til lovverk er viktig og at evnen til å tenke helhetlig, ha fantasi og kunne nyttiggjøre den enkeltes ressurs, er avgjørende. Etter tap av familie og venner, blir motiveringsarbeidet for å bygge nye nettverk av stor betydning. Det blir ekstra viktig å se, ta vare på og stimulere til å bruke alt det friske som fortsatt er i behold hos den enkelte. Et motto ved senteret er: «Mennesket er mer enn det du ser.»

Seniorveilederen kan i flere tilfeller være koordinator i tjenesteapparatet. Eldresenteret med denne fagkompetansen, er et viktig forebyggende ledd i tiltakskjeden. Ikke minst for eldre fra etniske minoriteter vil et slik lavterskeltilbud med et tett tverrfaglig kontaktnett til andre instanser i bydelen, være viktig. I jubileumsmagasinet som ble utgitt da senteret fylte 50 år understrekes nettopp betydningen av at alt finnes på et sted. Et slikt senter representerer både et sikkerhetsnett og en mulighet til å oppleve et inkluderende kulturfellesskap (Appa 2004, Jensen 2004, Mølland 2004).

Intervju med Seniorveileder i Bydel Gamle Oslo

For å formidle et inntrykk av en annen utforming av rollen som seniorveileder vil vi nedenfor presentere et intervju med seniorveileder i Bydel Gamle Oslo. Denne stillingen ble etablert etter å ha startet som et prosjekt i 2001. Denne stillingen bygget i utgangspunktet på et konsept om helsestasjon for eldre. Stillingen er knyttet til kulturenheten i bydelen. Utgangspunktet for stillingen var behovene i bydelen, ikke bare eldre innvandrere. Siden det var store behov blant innvandrere, både blant kvinner og menn, ble det avgjørende for stillingsutformingen. Ved intervjutidspunktet i 2006 ble ½ stilling som seniorveileder kombinert med en halv stilling i diabetes-

forbundet. Norges Diabetesforbund ønsket å utvikle et informasjonsmaterieil tilpasset fire ulike språkgrupper finansiert av Helse og rehabilitering, og engasjerte Nina Lilly Ek som prosjektleder. Dette blir en kombinasjon av oppsøkende virksomhet og helseopplysning som virker fruktbar, siden diabetes er et stort helseproblem for brukergrupper i området. Et viktig idégrunnlag både for seniorveileder og for prosjektarbeidet er myndiggjøring (empowerment) med vekt på å bygge opp tillit gjennom samarbeid med den enkelte.

I seniorveileders metode er det nedfelt mål om å

- fremme helse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold for eldre, 75 år pluss/minus, i bydelen.
- Gjennom samarbeid med bydelens hjelpetilbud å samordne tiltak og skape synergieffekt/økte resultater av den samlede ressursinnsats overfor målgruppen.
- Sette i system en strategi som kan bidra til å fange opp helsetruende tilstander i forkant i samarbeid med lege, sosionom, hjemmetjeneste m.fl.

Temaer for samtalen med seniorveileder er hvilke muligheter rollen gir, arbeidsmåter og hennes vurdering av hva som er utfordringer og hva som skaper gode betingelser for å møte behovene til nye brukergrupper.

Seniorveilederen i gamle Oslo ivrer for den mulighet en slik rolle gir:

Jeg har jo sett at med en slik stilling ligger forholdene godt til rette for å formidle kunnskap på en slik måte at det blir forstått og at den enkelte kan handle ut fra det. Når en bygger på nærhet og tillit, kan en formidle kunnskap om livsstil og styrke den enkeltes mestring.

Når vi ber om nærmere konkretisering får vi vite at seniorveileder har utarbeidet en serie gruppesamlinger og en brosjyre som er oversatt til fire språk som utgjør det tidligere nevnte informasjonsmaterieil i regi av Diabetesforbundet, med helseopplysning og kostholdsveiledning med vekt på aktiv deltagelse, empowerment, fysisk bevegelse med musikk og matlaging.

Det er en hovedsatsing på helse og aktivitet. Så bruker jeg det for å gi den enkelte opplevelse av å bli sett, lære gjennom opplevelse av mestring og komme seg videre mot en endret livsstil til bedret helse.

– Helseveiledning som bygger tillit er en måte å komme i kontakt på som muliggjør åpenhet slik at den enkelte kan fortelle sin historie.

Tilbudet om måling av blodtrykk, blodsukker etc., er litt 'ufarlig' utgangspunkt, og muligheten for å kunne ta opp andre temaer åpner seg etter hvert.

Vi vil gjerne vite hvordan seniorveileder kommer i kontakt med folk, og får et bilde av et mangfoldig rekrutteringsgrunnlag og ulike tilnæringsmåter:

Jeg brukte mye tid ute i starten, traff folk med alle mulige bakgrunner. Jeg har lært av brukerne hvordan informasjonsmaterieil bør utformes, f.eks. at det var viktig med visuell informasjon. Det er avgjørende å dra rundt å snakke med folk, danne mindre grupper med dem og deres venner. Det som er hele arbeidsverktøyet er å gå ut, ikke sitte og vente på at noen kommer eller og annonsere et møte kun med oppslag. Det trengs personlig kontakt.

En slik personlig kontakt har også foregått gjennom språkopplæring, og ikke begrenset til eldre kvinner. I tillegg kommer hjemmebesøk. Seniorveileder har kontor i tilknytning til Grønland flerkulturelle eldresenter og det virket lett å banke på døra der. Tilgjengeligheten synes derfor i orden.

Når vi spør om hvordan en seniorveileders arbeidsdag ser ut, blir vi møtt med latter. Arbeidsdagene er så forskjellige, men vi skjønner at det kan være samtaler, blodtrykksmåling eller blodsukkerprøve som en motivasjon i forhold til kosthold og fysisk aktivitet og en pekepinn om videre råd om å kontakte lege. Seniorveileder legger stor vekt på å la kontakten utvikle seg over tid og gi de enkelte muligheten for å fortelle hvordan de har det. Tid og ro er viktige stikkord i stillingen. Hun har erfart at det er avgjørende for den enkelte å få denne muligheten for å kunne se sine muligheter og øke sin egen handlingsberedskap også i møtet med det øvrige hjelpeapparatet. Hun er opptatt av å gi informasjon på en måte som bygger opp under handlingsberedskap heller enn passivitet.

En hovedtilnærming er arbeid med grupper, der deltakerne får kunnskap, blir sett og evt. oppmuntret til å komme seg videre til lege for justering av medisiner eller lignende. Kanskje avsluttes dagen med konkretisering av helseopplysning ved å organisere matlaging der det kan demonstreres, smakes og diskuteres. Slike former for helse- og kostholdsopplysning kan foregå i en somaliske kvinnegruppe, pakistanske mannsgrupper eller i mindre grupper hjemme hos folk.

Mange vet ikke hvor stor belastning det er for kroppen å bare spise et kjempemåltid sent på dagen. Da er det viktig å tilføre kunnskap og

vise det konkret gjennom matlaging. De fikk sjokk når de så at vi kunne lage mat til 11 mennesker med to skjeer olje. Dette ble en erfaring med effektiv virkning når det samtidig ble formidlet kunnskap om effekten mye olje har på helsen.

Samtidig får vi en skriftlig orientering om metoder som benyttes i arbeider (Ek 2006).

- Helse- og støttesamtale med vekt på trygghet og tillit som muliggjør åpen dialog, invitasjonsbrev, timebestilling, åpen mottakelse. (Lav terskel).
- Hjemmebesøk: sende ut brev med tilbud om hjemmebesøk. Den eldre får en dato for besøket og gis selv initiativet til å avbestille besøket.
- Helseskjema: info om viktige områder i forebyggende øyemed.
- Gruppevirksomhet med undervisning.
- Kontinuerlig veiledning og undervisningsfunksjon.
- Oppfølgningssamtaler – hjemmebesøk.
- Telefonkonsultasjon.

Samarbeidsrelasjoner blir viktig i et slikt arbeid. Seniorveileder understreker betydningen av kontakten med eldresenteret, bydelen forøvrig, og ikke minst samarbeid med Lærings- og mestringssentrene, for eksempel ved Aker Universitetssykehus og de frivillige hjelpeorganisasjonene; dessuten med de flerkulturelle sentrene som MIRA senteret, FORAS i Norsk Folkehjelp og andre.

Sammen kan vi tilby et helhetlig støttetilbud; bygge opp om den enkeltes ressurser. Eldre innvandrere har ofte ikke kunnskap om og tradisjoner på at de kan oppsøke hjelpeorganisasjoner når de får en lidelse. Så det er en utfordring. Her vil jeg henwise til et nyetablert nettverk bestående av ulike frivillige hjelpeorganisasjoner som skal arbeide med dette under navn Brunett.

Og hva står på seniorveilederens ønskeliste når det gjelder videreutvikling av arbeidet? På dette spørsmålet er det to hovedsvar. Det ene går på teamarbeid og mer samarbeid.

Jeg synes det ville være fint å bygge ut fagteam som retter seg mot målgruppene, hvor vi har mulighet til å nå inn og formidle livsviktig informasjon. Det er viktig at et slikt team blir inkorporert i bydelsens hjelpeapparat og at bydelsledelsen er seg bevisst tilbudet. Det er viktig å utvikle bevissthet på at en har seniorveileder med forebyggende

helsetiltak som oppgave. Vi vet jo at omsorgstjenestene er belastet. Ved at en arbeider i team, kan de hente inn veileder ved spesielle behov. Seniorveileder kan også være formidler der det er behov for lege og omsorgstjenester.

Den andre delen av svaret gjelder økt vekt på likemannsarbeid.

Likemenn kan også være gruppeledere for opplæringsprogram når de får kurs i gruppeledelse. Vi må benytte oss av lokale ressurspersoner som formidlere. Det åpner opp for flere muligheter når en ikke bare tenker at vi er eksperter og vi har ansvaret – at kun vi skal gi og de skal motta. Ansvaret kan fordeles og vi kan gjøre ting sammen. Mange er engasjerte, vil bruke seg selv. Da må de bli sett og tatt i bruk. Vi må lete opp – ikke bare eldre, men yngre, bygge på tilknytning i familien, begrunne søken etter løsninger og endring av livsstil også av hensyn til familien. At de er modeller, at barn og barnebarn ikke gjør som de sier, men som de ser de eldre gjør, virker motiverende.

Etter denne leksjon i kulturforståelse i praksis, der det å lære og ikke bare lære bort, står sentralt, blir intervjuet avrundet på den helseforebyggende plattform:

Hvis vi satser litt ressurser på å komme litt før inn i bildet og kan bygge på den enkeltes styrke, så vil det lønne seg. Det nytter ikke bare å be folk lese noe og tro at da blir det sånn.

Siden forebyggende arbeid i forhold til eldre med etnisk minoritetsbakgrunn er et så sentralt område, er det ovenfor beskrevet erfaringer fra eldresentre og rollen som seniorveileder. Erfaringer fra det forebyggende arbeid viser at tid til relasjonsbygging og oppfølging er sentrale elementer. For at ikke arbeidet skal bli bruddstykkepreget blir det viktig å koordinere det arbeidet som gjøres gjennom teamarbeid og individuell plan.

7.4 Aldersinstitusjoner

Tidligere har det ikke vært oversikter over hvor mange eldre fra etniske minoriteter som er i norske aldersinstitusjoner. Det har kun vært nevnt eksempler og at det gjelder svært få.

Nå foreligger en kartlegging av beboere med utenlandsk opprinnelse i sykehjem pr. 1/10 2006 i Oslo kommune (Hurtig 2006). Denne kartleggingen viser at det i alt har vært beboere fra 47 land på kort- eller

langtidsplass ved sykehjem i Oslo i løpet av de siste fem år. Da kartleggingen ble foretatt var det i alt 39 brukere med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som hadde langtidsplass. Av disse er fem fra Afrika, 23 fra Asia, én fra Latin-Amerika og 10 fra Øst-Europa. Den største gruppen kommer fra Pakistan (8 personer). Det er få personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som benytter korttidsplasser (4 personer). Av eldre med vestlig innvandrerbakgrunn i sykehjem, er det åtte på langtids- og ingen på korttidsplass i sykehjem. For å få en bredere oversikt ble sykehjemmene også spurt om bruk av plasser de siste 5 år (2001–2006). Denne oversikten viser at det for langtids-plasser dreier seg om i alt 69 beboere med utenlandsk bakgrunn på langtids-plasser og 128 på korttidsplasser i denne perioden. Landbakgrunn er ikke spesifisert for alle, men det er en overvekt av ikke-vestlige innvandrere og flest fra Pakistan. Det er 54 sykehjem eller bo- og servicesentre i Oslo med til sammen 4367 plasser (Hurtig 2006). Dette er små tall (under én prosent). Det er variasjon mellom institusjonene ved at noen ikke har hatt erfaring med minoritetsetniske brukere i det hele tatt, mens andre har flere og har samlet erfaringer gjennom de siste årene. Grünerløkka sykehjem er den institusjonen som totalt sett har hatt mest erfaring både med langtids- og kort-tidsopphold gjennom de siste fem år.

Nedenfor presenteres et intervju med en avdelingsleder ved sykehjemmet. Hun har også selv presentert erfaringer fra sykehjemmet (Johar 2005). Målet med intervjuet var å få mer innblikk i hvilke utfordringer som gjelder i institusjonsomsorgen og hvordan tilrettelegging praktiseres. For intervjuer var det interessant å få anledning til å komme til avdelingen, få et innblikk i miljøet, snakke med ansatte og ikke minst med avdelingsleder om hennes erfaringer.

Intervju med en avdelingsleder ved Grünerløkka sykehjem

Grünerløkka sykehjem er et stort sykehjem i en bydel i Oslo som gjennom flere år har hatt en relativt høy andel innvandrere, også i de eldre alders-grupper. Vi treffer avdelingsleder på en av de fire postene ved sykehjemmet. Hun er utdannet som sykepleier og jordmor i India. Hun kom til Norge i 1988 og har gjennomført omfattende videreutdanning her og i utlandet. Hun har i flere år vært engasjert i flerkulturell gruppevirksomhet ved Grünerløkka eldresenter og er nå også engasjert av Oslo kommune for å delta

i utarbeidelsen av en veileder for ansatte nettopp med tanke på deres møte med eldre innvandrere som brukere.

Hovedtema for samtalen var: Hva er utfordringer og hva skaper gode betingelser for å møte behovene til nye brukergrupper?

Avdelingslederen var ikke vanskelig å be om å utdype disse temaene, og utfordringene kommer på løpende bånd:

Den største utfordringen i forbindelse med tilrettelegging av tjenester til eldre innvandrere vil være *språk*. Når det er sagt, så vil jeg ikke at det skal være noen segregering av beboerne, men at det blir individuelt tilrettelagt. Det må gå på individuell behandling. Uansett om to personer kommer fra samme land, f.eks. fra Pakistan, må de bli behandlet som individer med de ressurser og begrensninger de har. Vi må tenke på det enkelte individ på samme måte som med etnisk norske, men språk vil være en utfordring. Da kan det være en fordel å ha *en flerspråklig personalgruppe*, at en kan kartlegge ressursene blant de ansatte og bruke dem der det er behov. Det har vi gjort og lyktes med.

Avdelingslederen understreker betydningen av at en tar hensyn til språk og kulturbakgrunn når det gjelder anamnese og metoder for kartlegging av den enkeltes ressurser, begrensninger og behov. Her kan det være behov for kontakt med andre fagfolk også. Et eksempel gjelder kontakt med logoped. To-språklig personale benyttes når en tar opp anamnese. Kartleggingsinstrumentene er ikke minst viktig ved demens. De instrumenter som benyttes er ikke nøytrale. «En innvandrer vil kanskje ikke huske eller være så interessert i hvem som er statsminister og medlem av kongefamilien.»

Kontakt med pårørende kan være en ekstra utfordring og ekstra viktig å ta på alvor. Dette gjelder både for å få nødvendige opplysninger om personen og av hensyn til kontakten med pårørende. Informanten understreker at det ofte er mange pårørende – det kan være utfordrende å finne den som er nærmest å forespørre når det gjelder ulike områder og økonomisk ansvar. Spørsmål må ofte gå gjennom flere relasjoner. For personalet er det enklere å forholde seg til én pårørende som kontaktperson. Pårørende kan være beskjedne når det gjelder å ta kontakt. Det blir derfor viktig at personalet tar initiativ til løpende kontakt og informasjon i forhold til pårørende. Noen ganger er pårørende med på møter med legen. Betydningen av kontakt med pårørende for å få kjennskap til den enkelte brukers bakgrunn, blir også understreket.

Et annet eksempel på at pårørende har en viktig rolle gjelder ved erindringsarbeid. Det er lett å finne «minneting» for personer som har bodd hele livet i Norge. I forhold til innvandrere er en mer avhengig av hjelp fra pårørende eller andre som kjenner kulturen.

I beskrivelsen av *arbeidsmåter for å legge til rette for nye brukergrupper på sykehjemmet*, blir vi slått av en rekke kreative løsninger. Et eksempel gjelder en bruker med utenlandsk bakgrunn som var rammet av afasi. Her ble det laget en plastmappe med informasjon i bilder og skrift på norsk og brukerens morsmål. Det var ord som: god dag, om å kle av og på seg og informasjon om familien. I arbeidet med å utvikle hjelpemiddelet fikk de hjelp av en ansatt som kunne brukerens språk, brukerens pårørende og en logoped. Personalet har lært seg noen setninger på hans språk. Når noen snakker hans språk, reagerer han positivt. Man merker at brukeren blir glad og dette er en ekstra spore for personalet. «Hvis man ikke kjenner til bakgrunnen blir det lett overfladisk prat om vær og vind. Det blir ikke noe liv i samtalen.»

Personalets innsats blir helt avgjørende når det gjelder individuell tilrettelegging. Når hun presses til å si hva som er aller viktigst sier avdelingslederen:

Rekruttering av personale – ikke bare med hensyn til fagbakgrunn, men at de egner seg og har et flerkulturelt perspektiv. Jeg vil understreke at man er fleksibel og opptatt av å finne kreative løsninger. Vi må improvisere og finne løsninger i dette arbeidet, kan ikke gå å vente på hjelp fra ekspertise utenfra, selv om det også er viktig. Det trengs respekt, tålmodighet – og kunnskap i personalgruppen.

Under samtalen får vi et inntrykk av hvordan kunnskapsformidling overfor personalet ivaretas gjennom intern opplæring med ulike faglige temaer, og ikke minst gjennom en «kultur-kafé» der personell fra tjenestesteder og administrasjon møtes en gang i måneden. Gjennom faglige innlegg og kulturelle innslag får de kjennskap til ulike kulturer og tradisjoner. På programmet står f.eks. en indisk, en nigeriansk og en norsk aften. Det serveres samtidig tradisjonell mat fra de ulike områdene og disse kulturkveldene er både til hygge og nytte. Dette er en viktig uformell måte å formidle kulturforståelse på – også med tanke på at ikke bare brukerne, men personalet, representerer ulike kulturer.

Vi får informasjon om at det i regi av kommuneadministrasjonen har vært nyttige møter med representanter fra ulike religiøse trossamfunn. Kunnskap om ulike religioner er med på å bygge ned barrierer og bidra til

forståelse for ulik religiøs praksis, og eventuelt besøk på institusjonen fra ulike religiøse ledere som prester, munkar og imamer.

I tillegg blir det helt sentralt at selve avdelingsmiljøet er åpent med tanke på spørsmål og drøfting av situasjonar som oppstår. Her blir oppklaring av spørsmål knyttet til kommunikasjon og språk ofte sentrale temaer. I dette arbeidet kan det være behov for tolk og annen ekspertise, men betydningen av å utvikle hjelpemidler og benytte tilgjengelige ressurser blir like sterkt understreket. Både i forhold til etnisk norske brukere og brukere og pårørende med annen bakgrunn, blir betydningen av personalets norskkunnskaper understreket. Det er et satsingsområde på avdelingen å bidra til å styrke dette feltet.

Det er viktig at vi har gode norsk-kunnskaper – pårørende vil alltid kunne lure på om en pleier forstår 'mor'. Det kan lett bli misforståelser når man må kommunisere med både brukere og hjelpere som er fra ulike land. Hvis pleierne ikke kan godt nok norsk, er det vanskelig å forklare. Hvis pårørende ikke forstår når jeg forklarer om sykdommen og behandling, må jeg finne enklere ord. Hvis en ikke har godt nok ordforråd, kan en ikke forklare. Da blir det lett gjetninger og mistolkninger.

Institusjonen har en egen pris som deles ut hver måned til en ansatt eller en avdeling som har gjort en ekstra innsats. Dette er en måte å tydeliggjøre at innsatsen blir sett og anerkjent. Neste gang skal prisen gå til en ansatt som har stått på for å utvikle sine språkferdigheter og fullført en videreutdanning.

Når det gjelder spørsmål om *tilretteleggelse* er vi også opptatt av det fysiske miljøet på sykehjem. Passer det for alle beboere?

En må se på den fysiske tilretteleggingen av sykehjem. I denne gruppen er det ofte mange som kommer på besøk. Da har vi ikke noe sted hvor de kan sitte sammen utenom de vanlige oppholdsrommene. Dette er spesielt viktig når noen er døende. Det trengs større samlingsrom både for sorg og glede – det er kanskje flere som vil overnatte hos den døende eller ha et sted å sitte sammen.

(Hvor mange bør det være plass til?) I hvert fall minst ti. Vi hadde dårlige erfaringer med at vi måtte lukke en hel fløy, ha de øvrige beboerne der et annet sted i en periode, for det var så høyløyt. De har en annen måte å gi uttrykk for sorgen på. Det måtte skjerming til.

Av andre former for fysisk tilrettelegging understrekes at seremonien etter dødsfall kan kreve spesiell tilretteleggelse. Som på de fleste sykehjem i dag er det et kapell, som ikke er tilrettelagt for andre religioner. Avdelingsleder understreker at det må være et nøytralt sted som kan endre form og bli brukt av andre religioner også. Dette kan ordnes ved å bruke ulike religiøse bilder og symboler, og med gardiner som trekkes for etter behov. En del av det seremonielle ved dødsfall gjelder også å legge til rette for stell av den døde. Dette krever tilrettelegging av stellerom (før kjølerom). En del seremonier krever rennende vann og avløp både blant buddhister, hinduer og muslimer brukes dusj med rennende vann og da må det være avløp, en benk og plass til flere mennesker som kan delta i stellet. Det er også viktig å kjenne til bruk av religiøse symboler, betydningen av plassering av den døde og mange detaljer som er betydningsfulle ut fra den enkelte religion.

Ved dødsfall gjelder det også at begravellesbiler har kors. Enten kan alle symboler fjernes eller en kan bruke ulike, magnetiske symboler som kan settes på bilene. Det må jo la seg gjøre. Når vi er blitt så flerkulturelle som vi har blitt, må vi kunne ta med slike detaljer også.

Tilrettelegging dreier seg om store spørsmål, men den erfarne avdelingslederen understreker igjen at for å få det til, må mange små detaljer være på plass. Hun ønsker seg også et rom for meditasjon og bønn, et rom som kan bli brukt som bibliotek med mulighet til å lese fra ulike religiøse bøker. Et slikt rom kan også fungere som en uformell møteplass, der eldre kan sitte sammen uten at de blir tvunget til å snakke. Grünerløkka sykehjem er i ferd med å bygge opp et slikt rom på huset, der planen og ønsket er at det skal være bøker på ulike språk. I den sammenheng er det viktig at sykehjem samarbeider med bibliotek om litteratur på ulike språk.

Eksemplene konkretiserer spørsmål om *respekt*. Det dreier seg ikke kun om ord eller holdninger. Respekt er sentralt i relasjoner, men kan også være knyttet til rent fysiske betingelser og signaler. På vei ut får intervjueren hilse på teamet som skal ha møte med avdelingsleder. Det var fire ansatte fra fire ulike land (Norge inkludert). Det styrket inntrykket av at her er kultursensitivitet mer enn ord. Det er en nødvendig praksis og en praksis som kan bidra til at det kanskje blir som en av de ansatte sa:

Når en lærer den enkelte å kjenne, tenker en ikke så mye på hvor de kommer fra. Utfordringen er å være åpen, bli kjent med personen og lære og reflektere over løsninger ut fra det.

7.5 Oppsummering og diskusjon

For hjemmetjenestene er det ikke foretatt nøyaktige registreringer av antall brukere med innvandrerbakgrunn. Intervjuerfaringer som er beskrevet her peker på en rekke sentrale områder når det gjelder informasjon, ulik bruk av tjenestetilbudet og utfordringer personalet kan oppleve. Personalet i kommuner som har høstet erfaringer med tjenester for eldre innvandrere, legger ofte vekt på positive erfaringer og at det er spennende å finne løsninger og tilrettelegge for den enkelte.

Sentrale momenter i samtaler med ansatte gjelder informasjon. Formidling av informasjon på en måte og på et språk den enkelte forstår, er avgjørende for tjenestenes tilgjengelighet. I samtale med ansatte blir det også illustrert hvor viktig dette er når det gjelder å ivareta de rettigheter og intensjoner som ligger nedfelt i forhold til brukermedvirkning og brukervalg. Et minimumskriterium for brukermedvirkning er at brukeren forstår hva tilbudet går ut på og hva de kan velge mellom.

Informasjonsmateriell og sentrale dokumenter som *vedtak* om ytelser og orientering om brukervalg må formidles på et språk og på en måte som den enkelte bruker forstår.

Tolketjenesten benyttes ikke systematisk, selv om det er vanlig ved førstegangsbesøk. Det anbefales bruk av tolk heller enn å bruke pårørende som oversettere, men i noen tilfelle blir en også avhengig av familiemedlemmers vurdering av den eldre situasjon og hjelpebehov. Det kan kreves en mer bevisst bruk av tolketjenesten, slik at man ikke bare «tar det man har». (Jareg & Pettersen 2006, Kale 2006)

I kontakten med eldre brukere opplever hjelpeapparatet at de blir mer avhengige av pårørende for å forstå situasjonen. Ved hjemmebesøk er det ofte den yngre generasjon som fører ordet. Dette kan avspeile rollefordeling og familiestruktur, men det kan også være uttrykk for at den eldre selv ikke føler seg i stand til å gå inn i en aktiv rolle som hjelpsøkende og sette ord på egne ønsker og behov (selv der de kan bruke morsmålet). Dette blir da ikke utelukkende et spørsmål om bruk av tolk. Også blant etnisk norske eldre er det mange som ikke har talespråk (f.eks. etter slag) eller som på grunn av demens eller psykiske problemer ikke er fullt ut i stand til å ivareta egne interesser. I tillegg er det vanlig også blant etnisk norske at eldre får hjelp fra sine barn ved søknader og i kontakt med hjelpeapparatet. Ulike familiedlemmer kan ha ulike definisjoner av ønsker og behov og ulike vurdering

av hva som er det beste tilbudet. Det er velkjent at voksne barn ofte øver påtrykk overfor hjelpeapparatet når det gjelder institusjonsplasser og annen hjelp til eldre foreldre. Dette er begrunnet ut fra hensynet til den eldres beste, men pårørende tar også gjerne egen belastning og utrygghet med i betraktning i sin vurdering av hva som er det beste alternativet. Selv om fokus er på den enkelte hjelpesøkende, blir alternative kilder til omsorg og familiens situasjon tatt med i betraktning. Dette er vanlig praksis i dagens Norge.

Når det gjelder eldre innvandrere, kan familieperspektivet ytterligere problematiseres ved at den eldste generasjonen ofte behersker norsk dårligere enn de yngre. Når de yngre i familien fører ordet og fungerer som talerør, blir det derfor ekstra grobunn for usikkerhet om hva den eldre selv mener. I noen grad kan en tolk bøte på dette, slik at det den eldre selv sier kommer tydelig fram. Samtidig vil ikke dette sikre at de alltid forstår hva et tilbud innebærer eller at de kan eller vil gi uttrykk for sine innerste ønsker. Som i alle andre familier må en ta i betraktning familiedynamikken, makt og ansvarsforhold, tilknytningsmønstre og kommunikasjon. Det vil være paradoksalt å ikke regne med slike forhold når det er snakk om familieorienterte kulturer som setter fellesskapets interesser foran individuelle.

Dette er ikke for å undervurdere betydningen av bruk av tolk for å få frem de enkelte individers synspunkter, men samtidig minne om at det også er andre betingelser som blir avgjørende for hvordan den enkelte klarer og velger å forholde seg til spørsmål og tilbud fra hjelpeapparatet og hvordan familieinteresser spiller inn.

Hovedinntrykket fra omsorgstjenestene i disse kommunene og bydelene er at de legger vekt på positive erfaringer. Forskjellighet blir tatt på alvor når det gjelder språk og kulturelle verdier. Ansatte kan oppleve utfordringer og nye forventninger. Et dilemma kan være knyttet til spørsmålet om naturlige grensene for tilpasning. Hva er nødvendig ut fra respekt for kulturen og hva blir forfordeling i den ene eller andre retningen. Samtidig nevner flere at det begynner å bli alminnelig med eldre innvandrere som brukere, og at en multikulturell personalgruppe har bidratt til å bane vei for et mangfold av brukere. Ved vurdering av de erfaringene som har kommet fram her må en ta i betraktning at kommunene og bydelene er valgt ut på bakgrunn av erfaring med feltet. Ved kontakt og viderehenvisninger innad i hjelpeapparatet må en også regne med at en viss «ildsjel-problematikk» har gjort seg gjeldende. Uttalelsene kan derfor ikke betraktes som representative for alle ansatte i disse

kommunene – og slett ikke for kommuner med mindre erfaring på området. Det er derfor verdt å merke seg at det uttrykkes klare behov for mer opplæring og veiledning. Dette er i overensstemmelse med tidligere erfaringer (Ingebretsen & Romøren 2005). utfordringer med tanke på videre opplæring, kurs og veiledning for personale, gjelder fortsatt og vil bli mer og mer aktuelt etter som trykket på omsorgstjenestene vil øke i flere kommuner.

Erfaringer fra Oslo viser at det er økende etterspørsel etter møteplasser for eldre innvandrere. Det er en utbygging på gang, og det blir interessant å følge utviklingen av rollen som seniorveileder og hvordan utformingen av forebyggende tiltak blir på landsbasis. Også i andre kommuner etterlyser ansatte i omsorgstjenestene møteplasser. Hovedstikkord er lavterskeltilbud og aktiv rekruttering. Både norske og internasjonale erfaringer viser betydningen av at det satses spesielt på å informere eldre innvandrere om tilbud og tjenester. Her er gruppetilbud virksomme virkemidler. Samtidig vurderes det som viktig at tilbudene ikke blir avsondret fra generelle tilbud. Alternative tilbud under samme tak kan være en vei å gå. På dette området kan en trekke paralleller til personalsiden. Personalet som har eldre innvandrere som målgruppe må «integreres» i team og samarbeidsrelasjoner.

Foreløpig er det begrenset etterspørsel etter sykehjemsplasser blant eldre innvandrere, men behovet vil ventelig øke i mange av landets kommuner. Intervjuet med en erfaren avdelingsleder kan gi viktige tips både når det gjelder kommunikasjon med beboere og pårørende, personalkompetanse og fysisk utforming i et multikulturelt institusjonsmiljø.

8 Drøfting av sentrale problemstillinger

8.1 Innledning

Spørsmålet om tilrettelegging av omsorgstjenester for eldre innvandrere er et omfattende tema som berører sentrale politiske og ideologiske spørsmål og den konkrete omsorgshverdagen. I denne rapporten har målet vært å få et bilde av erfaringer gjennom litteraturen og noen dykk i praksisfeltet. I dette kapittelet blir hovedtemaer fra begge disse kilder diskutert.

Gjennomgangen av de norske og nordiske studiene om eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester, viser at mange av de samme problemstillingene går igjen. En forklaring på det er at utviklingen mot et flerkulturelt samfunn har foregått nokså parallelt i de skandinaviske landene. En annen forklaring er at det er stor likhet i levestandard og rettigheter. Mange av de felles problemstillingene skyldes at de respektive landene er underveis i prosessen med å tenke på nye brukergrupper i utviklingen av tjenestetilbudet.

I mange diskusjoner som omhandler eldre innvandrere, viser myndigheter og fagfolk til at tallet øker og at man må være forberedt på de utfordringene dette representerer. Samtidig går det fram at man så langt har lite erfaring med denne gruppen brukere. Det gjelder både som mottakere av hjemmetjenester, som brukere av institusjonstjenester og som deltakere på eldresentre. Fremdeles har et mindretall av norske kommuner mer enn 200 eldre innvandrere. I 2004 gjaldt det 17 bydeler og kommuner. På den andre siden har flere av de store bykommunene forholdsvis store grupper eldre innvandrere, og mye tyder på at disse vil komme til å øke betydelig i antall.

Med utgangspunkt i litteraturgjennomgangen og erfaringer fra praksis tar vi nedenfor opp det som vi oppfatter som de mest sentrale temaene og problemstillingene i forhold til eldre innvandreres behov for og bruk av omsorgstjenester. I diskusjonen er også erfaringer fra internasjonale undersøkelser trukket inn. Noen områder som ikke er så utdypende, behandlet foran i rapporten, diskuteres mer grundig her. Dette gjelder særlig «Psykisk helse og demens» og «Brukervalg og preferanser».

De aktuelle områdene som diskuteres er:

- a) Tilgang til og forbruk av omsorgstjenester
- b) Helse og aldring
- c) Psykisk helse og demens
- d) Familieomsorg og/eller offentlige tjenester
- e) Brukervalg og preferanser
- f) Generelle eller spesielle tilbud
- g) Kulturmøter og kvalifisering av personalet

8.2 Tilgang til og forbruk av omsorgstjenester

Det er et mål at alle skal ha et likeverdig tilbud av helse- og sosialtjenester. Når det gjelder tilgjengelig og rettferdig fordeling av tjenester understrekes det i St.meld. nr. 25, 2005–06) at: «Tjenestene må være tilgjengelig og innrettet etter brukernes ulike behov. Dette innebærer blant annet fysisk tilgjengelighet og kulturell og språklig forståelse» (s. 25). Det presiseres at det kan være behov for en aktiv og utadrettet innsats for å nå enkelte brukere. Dette er spesielt viktig å merke seg når det gjelder eldre innvandrere, der mangel på informasjon og kjennskap til tiltak har vært et ankepunkt. Som det også understrekes i Strategidokumentet «... og bedre skal det bli» har en velinformert og deltakende bruker større forutsetninger for å oppnå et godt resultat i møte med sosial og helsetjenesten (Helse- og sosialdirektoratet, 2005: 45).

Det går igjen i mange studier at eldre innvandrere er dårlig informert om de tilbud og tjenester som finnes. Moen (1993) og Thoner (1997) knytter underforbruk til manglende informasjon om rettigheter og muligheter. De som kan lite norsk etterspør tjenester i mindre grad enn de som behersker språket bedre (Ingebretsen & Romøren 2005). Så lenge det er mangel på oversatt informasjonsmateriell, vil norskkunnskaper hos den enkelte eller i nettverket være avgjørende for å tilegne seg informasjon om tilbud. Kommunikasjon med hjelpeapparatet vil også virke inn på hvor attraktive tilbudene virker. Et tilbuds attraktivitet må også sees i forhold til tradisjoner og normer. Kannick (1997) konkluderer med at underforbruk av tjenester ikke skyldtes mangel på informasjon, men mangel på akseptable tilbud. Familien ser offentlig omsorg som et brudd med tradisjoner og at de er opptatt av praktiske problemer knyttet til f.eks. mat og språk. I Kannicks studie kjente intervjupersonene til de vanligste bo- og servicetilbud for eldre.

I forhold til eldre innvandrere er det likevel viktig å være oppmerksom på at mange nyanser kan bli borte og hindre oppdatert informasjon. Også i majoritetsbefolkningen kan det være et problem at mange eldre og pårørende ikke helt vet hvordan moderne eldreomsorg og aldersinstitusjoner fungerer. De har nytte av å besøke institusjoner og drøfte sine spørsmål. For familier med innvandrerbakgrunn er det derfor ikke nok å få vite om at det finnes sykehjem. De trenger mer konkret informasjon om hvordan tilbudet kan legges til rette for den enkelte og hvordan familien og ansatte kan samarbeide.

Det blir viktig å lytte til minoriteters egen definisjon av behov og preferanser. Eldre innvandrere er ikke vant med å presentere sine forventninger overfor hjelpeapparatet. Erfaringer fra hjelpeapparatet viser at det ofte er familien som tar kontakt og at den eldre selv er lite aktiv i å presentere seg og sine behov. Dette kan ha bakgrunn i at situasjonen virker fremmed og overveldende, eller at de ikke orker å ta initiativ. Dette stiller store krav til hvordan familien og ansatte kan bidra til å gi et tilbud som er akseptabelt og nyttig også for personer som ikke kan uttrykke sine egne ønsker i klartekst.

I tillegg til familier vises det ofte til *nettverket* innvandrere imellom når det gjelder spredning av informasjon. Erfaringer formidlet fra pleie- og omsorgstjenestene tyder på at ulike grupper av etniske minoriteter kan ha noe ulik profil både når det gjelder å nyttiggjøre seg tilgjengelige tilbud og når det gjelder å spre informasjon til aktuelle brukere.

En konklusjon på bakgrunn av forventet behov og antatt helsetilstand er at forbruket av omsorgstjenester rapporteres å være lavere enn i tilsvarende aldersgrupper i majoritetsbefolkningen. Dette må sees i forhold til informasjon, kommunikasjon (dialog med brukere og deres familier), brukerforventninger og tilbudenes attraktivitet.

Det er umulig å fastslå hvor stort et eventuelt underforbruk er når det ikke foreligger klare tall for hvor mange personer som omfattes av betegnelsen «eldre innvandrere» eller «ikke-vestlige eldre innvandrere», og når det ikke er foretatt systematiske undersøkelser av bruk av tjenestene ut fra etnisitet. Inntrykk som formidles fra hjelpeapparatet i Norge er stort sett at det er færre enn forventet som benytter pleie- og omsorgstjenestene, men at det er variasjoner mellom geografiske områder og mellom ulike etniske grupper. Etterspørsel må sees i forhold til hvilke typer tjenester det er snakk om. Mens det f.eks. ser ut til å være stor etterspørsel etter omsorgslønn, er det liten etterspørsel når det gjelder sykehjem. Det er underforbruk av

institusjonsomsorg også i andre nordiske landene. For hjemmetjenester er situasjonen mindre entydig (Johansson 2006b)

Internasjonale studier

I sin litteraturgjennomgang redegjør Min (2005) for en rekke studier fra USA som viser underforbruk av omsorgstjenester og bruk av sykehjem blant eldre fra minoritetsgrupper. Dette gjelder også når det er kontrollert for helsetilstand. Det er mindre bruk av langtidsopphold i institusjon blant afro-amerikanere enn blant hvite (Sasson 2001). Underforbruket forklares med kulturelle normer, sterke familietradisjoner og sosiale nettverk, diskriminering og barrierer knyttet til språk og sosioøkonomiske forhold. Aroian et al. (2005) viser at det også er underbruk av helse- og omsorgstjenester blant eldre kinesiske innvandrere i USA. Her nevnes noen av de samme kulturelle barrierene, og at det er ulike tradisjoner når det gjelder å stole på selvhjelp og råd fra sine egne heller enn å satse på vestlig orientert medisin.

Forbruk av tjenester avhenger av familiesituasjonen Trumf (2001). Sudha & Mutran (1999) studerer samspillet mellom preferanse for familieomsorg og syn på omsorg i sykehjem. Preferanse for familieomsorg har stor betydning, men dette synet blir styrket av at aldersinstitusjoner ikke har blitt tolket som noe akseptabelt alternativ. Det er derfor mange sammensatte årsaker som ligger til grunn for et underforbruk av tjenester. Sudha & Mutran (1999) konkluderer med at heller enn å sette kulturelle (preferanse for familieomsorg) og strukturelle faktorer opp mot hverandre, må en se på hvordan de samvarierer. Med strukturelle faktorer menes her forhold som økonomi, diskriminering, barrierer når det gjelder tilgang på tjenester og at en er lite kjent med systemet. Samspill mellom disse faktorene forklarer mer av den etniske variasjonen enn enkeltfaktorene. De viktigste strukturelle faktorer er simpelthen tilgang på og kvalitet av tjenester. Med økende tilgang og standard på tjenestene vil desto flere velge dem. (Jackson et al. 2005, Daatland 1997).

Når det er snakk om preferanser for familieomsorg, må en ta i betraktning at det er store variasjoner i familiesituasjonen. Ikke alle eldre innvandrere har familie. Alle familier er heller ikke i stand til eller har mulighet til å gi omfattende omsorg. Som det har blitt påpekt de siste årene, må en regne med at familiemønstre kan endres også i innvandrerbefolkningen.

Ulikheter i politikk og rettigheter gjør at det kan være vanskelig å sammenligne resultater over landegrensener. Både i internasjonal og nordisk litteratur har imidlertid underforbruk av tjenester blitt slått fast. Fra Skottland konkluderer Bowes & Dar (2000) med at det er lavt forbruk av sosialtjenester blant pakistanere og andre grupper fra Asia. Selv om myndighetene satset på en brukervennlig profil, fortsatte det å være et problem at eldre pakistaneres behov ikke ble møtt. Det ble rettet søkelys mot hvordan tjenestene ble organisert og bemannet. Konklusjonen var at servicebehovene kunne være annerledes enn i majoritetsbefolkningen, at det var en risiko for at tjenester til minoritetene blir marginalisert med dårlig bemanningen. Forskerne peker på de potensialer som ligger i å utvikle tjenester basert på brukeres behov og brukerperspektiv. På bakgrunn av erfaringer fra Wales påpeker Blakemore (2000) at det er store innbyrdes forskjeller mellom minoritetsgrupper. Noen grupper er i en bedre posisjon enn andre til å møte eldres omsorgsbehov.

Nordiske erfaringer

Også i svensk litteratur påpekes det at det er færre fra minoritets- enn majoritetsbefolkningen som mottar formell omsorg (SOU, 1997: s. 25). Det er også flere innvandrere enn etniske svensker som mener de har et dårlig helsetilbud (SCB-rapport, jf. Hälsoinsittutt 1998: s. 6).

Dårlig økonomi og språkproblemer fungerer som hindre for å benytte hjemmetjenestene (Linné 2005, Ligenercrona et al. 2002). Likevel viser en kartlegging i Botkyrka at en tredjedel av innbyggerne over 55 år var av utenlandsk opprinnelse. Disse brukte ulike former for sosial- og omsorgstjenester i omtrent samme grad som majoritetsbefolkningen til tross for språkbarrierer. For å kunne gi god hjelp og oppfølging ble det lagt vekt på at tjenestene foretok en systematisk kartlegging av språkbakgrunn og behov for tolketjeneste (Ligenercrona et al. 2002). Selv om kommunikasjonsproblemer kan hindre mange innvandrere i å benytte seg av hjemmetjenestene, er det likevel gode eksempler på positive erfaringer og relasjonsbygging mellom mange brukere og ansatte (Grbic 2002 og Linne 2005).

Mortensen & Mortensen (2005) påpeker på bakgrunn av undersøkelser i Århus at eldre fra etniske minoriteter er sårbare fordi de ikke kjenner de offentlige tilbud. Etter hvert som en har satset på informasjonsspredning fra kommunens side, har flere benyttet og vist interesse for tilbudene.

Sentrale spørsmål på dette området dreier seg om hvor og hvordan man kan informere om tjenester. Det er ikke nok å understreke betydningen av informasjon. Måten informasjonene gis på blir viktig. En god måte kan være å vise at en tar den enkelte på alvor gjennom å skape kontakt og møtestedet.

8.3 Helse og aldring

Når en skal diskutere bruk av pleie- og omsorgstjenester, er spørsmål om helse av avgjørende betydning. Derfor er dette viet et eget kapittel (kapittel 2) i rapporten. Noen hovedfunn diskuteres nedenfor.

Når det gjelder migrasjon og helse er det to ulike posisjoner som blir diskutert i litteraturen. På den ene siden kan det være snakk om en positiv selektering og store personlige ressurser hos de som er pionerer blant flyktninger og innvandrere. Økt mobilitet har også medført mer reising og «bekvemmelighetsflytting» blant ressurssterke grupper av eldre (White 2006). På den annen side vil mange som innvandrer til Vesten komme fra land med mer fattigdom, høyere sykkelighet og lavere gjennomsnittlig levealder. Selve omstillingen ved migrasjon kan innebære en påkjenning og helserisiko. Samtidig vil språk- og kulturforskjeller, som nevnt, kunne fungere som hindre for at innvandrere får et likeverdig helsetilbud i sitt nye hjemland. Det er den utsatte posisjonen til eldre innvandrere som har vært mest i fokus og som taler for å rette ekstra oppmerksomhet mot eldre innvandreres helsesituasjon og konsekvenser for behov for pleie- og omsorgstjenester.

Internasjonale studier fra Europa og USA viser at ikke-vestlige innvandrere ofte har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen (Carmel 2001, Sohn 2004). I Norge viser levekårsundersøkelsen blant ikke-vestlige innvandrere fra 1996 at sykkeligheten tiltar mer med alderen enn tilfellet er for etniske nordmenn (Blom 1998). Mens yngre ikke-vestlige innvandrere rapporterer om mindre grad av langvarige sykdommer enn i majoritetsbefolkningen, er dette omvendt for aldersgruppene over 45 år. Kjønnforskjellene er enda større enn i majoritetsbefolkningen i retning av større sykkelighet blant kvinner. Ålandslid (2005) konkluderer at ikke-vestlige innvandrere er sykere, men at de ikke har «for farlige» sykdommer. Samtidig er det et spørsmål om innvandrere «eldes» fortere enn nordmenn eller om innvandrere definerer sykdom og alderdom annerledes. Alder ved ankomst har vist seg viktig for sykkelighet idet høyere alder ved ankomst er forbundet med høyere sykkelighet.

I følge den norske HUBRO-undersøkelsen (Syed & Vangen 2003) har immigranter (i aldersgruppen: 30–60 år) dårligere selvrapportert helse sammenliknet med etniske nordmenn. Det er klar forskjell i fysisk og mental helsestatus mellom immigranter og etniske nordmenn. Det pekes særlig på muskel- og skjelettlidelser, diabetes type 2, kardiovaskulære sykdommer og psykiske lidelser. Forskerne slår fast at sosioøkonomiske faktorer som inntekt, yrkesstatus og utdanning er viktige når det gjelder immigranternes helsestatus.

Norske utvalgsundersøkelser peker på at ikke-vestlige eldre innvandrere ofte beskriver sin helse som dårlig, og at de beskriver seg som eldre tidligere enn det som er vanlig blant etnisk norske. (Moen 2003, Thoner 1997) Definisjon av når en er eldre vil være avhengig av blant annet sosiale roller som å være besteforeldre, men det synes også å ha sammenheng med opplevelse av helse og hva en kan bidra med.

Helsetilstand må sees i sammenheng med livssituasjonen og levekårene ellers. På bakgrunn av erfaringer med diabetespasienter fra ulike opprinnelsesland, diskuterer Hjelm (1998) hvordan helse må sees som resultat av et samspill mellom de forskjellige aspekter av livet i den sosiale virkelighet en lever. Det inkluderer relasjoner til andre, sosiale nettverk, livsstil, levekår og omgivelser. Også Songür (1999) mener at eldre innvandreres helse i stor grad handler om de sosiale vilkår i det nye landet. Hans undersøkelse viser stor grad av helsesvekkelse og medisinforgbruk i en gruppe av tyrkiske, kurdiske og syriske innvandrere over 55 år i Sverige. Han knytter dette til savn av oppvekstmiljø og til belastninger ved å skifte miljø. Undersøkelsen viser at de benyttet helsevesenet, men ikke hvor godt dette fungerte. Songür beskriver hvordan dårligere helse blir en del av hverdagen i eldre år og at dette blir særlig merkbart for individer og grupper som eldes i et fremmed land. Han påpeker også at det ikke er lett å skille ut aldringseffekter fra andre sider ved livet til eldre innvandrere. Det blir viktig å være oppmerksom på at oppfatninger om helse er kulturelt bestemt og lært gjennom sosialisering. Tro og oppfatninger får konsekvenser for helse, egenomsorg, hvordan en søker hjelp, hvordan en følger helseråd og hva slags hjelp en får.

Dårlige levekår og manglende ressurser for å orientere seg i samfunnet, vil ha konsekvenser både for helse og behov for omsorgstjenester. Levekårene blant ikke-vestlige innvandrere er generelt dårligere enn for majoritetsbefolkningen. Ikke-vestlige innvandrere er overrepresentert når det gjelder arbeidsledighet, uførepensjonering, i yrker med lav status og dårlig lønn, og i

lavinntektshushold med dårlig boligstandard (Lie, 2002). En må imidlertid være oppmerksom på betydelige forskjeller mellom og innenfor ulike grupper.

I sin forstudie til en planlagt levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere peker Daugstad & Lie (2004) på at det å undersøke innvandreres levekår byr på mange utfordringer, ettersom det er snakk om en veldig sammensatt gruppe. De kan ha svært forskjellige oppfatninger av hva som er viktig for å ha et godt liv i Norge. Det er viktig å kjenne til mangfoldet for å stille relevante spørsmål, slik at en ikke uten videre bare baserer seg på de tradisjonelle skandinaviske mål for levekår.

Når en skal utvikle forskningen på området, er det også viktig å ta opp ulike syn på alder, aldringsprosessen og når en regner seg som gammel. Dette vil fange opp sider ved det som er kalt prematur aldring. Definerer en seg f.eks. som gammel når en er skrøpelig, ut fra en gitt rolleposisjon som besteforeldre eller er det også snakk om å velge seg en avhengig-rolle?

8.4 Psykisk helse og demens

I Norge i dag utgjør personer med demens hovedtyngden av beboere på sykehjem. Det er også store omsorgsoppgaver knyttet til demens blant hjemmeboende eldre. Det gjelder både for det formelle hjelpeapparat og for familien. Depresjon, angst og andre former for psykiske problemer vil være avgjørende for selvhjelpenhet og hjelpebehov. Når det gjelder eldres behov for helse-, pleie- og omsorgstjenester, legges det ofte vekt på at de har sammensatte problemer som krever en tverrfaglig tilnærming. Dette blir minst like viktig når det gjelder eldre innvandrere.

Psykisk helse

Dalgard (2005) viser til en overhyppighet av depresjon blant innvandrere i forhold til etniske nordmenn. Til tross for psykiske problemer, er det ikke gitt at de oppsøker psykisk helsevern (Marwaha et al., 2002) eller at de får en likeverdig behandling (Jareg 2007).

Psykiske helse må sees i sammenheng med den enkeltes kultur, livshistorie og livssituasjon.

Et sentralt spørsmål blir hvordan psykiske problemer oppleves, kommer til uttrykk og oppfattes av andre. Forbindelsen mellom fysisk og psykisk helse

er et sentralt moment. Sykdom og helsesvekkelse utgjør en risiko også for den psykiske helse. Samspillet går begge veier. Psykiske plager kan gi seg fysiske uttrykk. Holdninger og normer når det gjelder forståelse av psykisk helse vil spille en avgjørende rolle. Også blant etnisk norske må vi regne med ulike normer og kulturer for åpenhet og uttrykksmåter når det gjelder psykiske problemer. Eldre nordmenn har vært mindre vant til å snakke om sine psykiske problemer og mindre psykologisk orientert både når det gjelder måten de uttrykker sine problemer på og i sin hjelpsøking enn yngre. På den måten kan en snakke om kulturforskjeller mellom generasjonene. Ansatte i hjelpeapparatet oppfordres til å være lydhøre for denne variasjon i uttrykksmåter og være aktive på tilbudssiden for ikke å forsterke resignasjon og tilbaketrekning (Ingebretsen 1977, Nordhus & Nielsen 1998, Ingebretsen 1998). Dette er en form for kultursensitivitet som blir desto mer sentrale når vi har å gjøre med mennesker fra en rekke land og kulturer.

I mange kulturer vil det være sterkere normer mot å gi uttrykk for psykiske problemer enn i dagens Norge. Som det også påpekes i rapporten «Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» (Jareg 2007), har det tatt lang tid å skape den grad av åpenhet og aksept for psykiske lidelser vi har i den vestlige verden. Dette arbeidet er bare så vidt begynt når det gjelder minoritetsbefolkningene i Norge. Det understrekes at dette arbeidet må støttes, og at helsevesenet må gå aktivt ut og samarbeide med innvandrersorganisasjoner når det gjelder informasjon om psykiske lidelser og helsetilbud. Det kan være sterk stigmatisering av mennesker med psykiske problemer, og de kan risikere å stemple familien og dermed familiens ære og attraktivitet. Psykiske plager kan derfor være et tabuområde. Det kan være lettere å sette ord på kroppslige plager eller sosiale problemer, hjemlengsel og bekymringer for familie.

Moen (2003) viser som nevnt, at eldre innvandrere hun har intervjuet ofte gir uttrykk for helseplager som de går til lege for, men at de i liten grad nevner psykiske plager. Samtidig kan mange gi uttrykk for at de føler seg deprimerte og triste. Det er nærliggende å lure på om en del fysiske plager kan ha psykiske årsaker. Dette retter søkelyset både mot varhet for varierte uttrykksformer for psykiske plager, «oversettelse» av uttrykk og utvikling av velegnede metoder for kartlegging og behandling. Krysskulturelle undersøkelser peker på at den kulturelle bakgrunnen må tas i betraktning når det gjelder å kunne forstå og tolke uttrykksmåter for plager og problemer (Desjarlais et al. 1996, Kleinman & Good 1996). En må ta kulturbakgrunn i

betraktning når det gjelder opplevelse av og reaksjoner på smerte (Amris & Prip 2000), vurderingen av medikamentell behandling (Jakobsen og Solberg 2002) og bygging av terapeutiske relasjoner (Østby 2001). Dette er relevant for alle deler av offentlige tjenester.

Det er rimelig å være spesielt oppmerksom på flyktninger som har hatt traumatiske erfaringer fra sitt hjemland, Dahl et al. (2006) poengterer at sterke kroniske smerter ofte ledsager posttraumatiske stressforstyrrelser hos flyktninger, og at det er viktig å ta hensyn til både smertene og de traumatiske erfaringene i undersøkelse og behandling. Lavik et al. (1997) diskuterer forklaringer på at mange flyktninger ofte presenterer somatiske plager. De kan ha vært utsatt for direkte påføring av smerte og lidelser som har gitt langsiktige skadevirkninger. Dessuten fungerer kroppslige plager som en universell «inngangsbillett» til legens konsultasjonsrom i de fleste kulturer. Helsepersonell møter ofte tristhet, angst og søvnproblemer som er knyttet til traumatiske opplevelser i fortiden, men også savn på grunn av tap av nærstående personer og bekymring og usikkerhet omkring fremtiden.

Et viktig spørsmål er hvordan det apparatet som møter flyktninger som kommer til Norge tilrettelegger for å forebygge problemer (Borchgrevink 2001). Ikke minst kan flyktninger som har vært utsatt for påkjenninger i form av stress og krenkelser føle seg utrygge. Dette vil også kunne gjøre seg gjeldende i forhold til hjelpeapparatet. En del flyktninger har opplevd problemer i kontakt med norske hjelpeinstanser og annen offentlig myndighet (Lavik, Solberg og Varvin 1997). Slike spørsmål vil også gjelde andre med innvandrerbakgrunn. Den kunnskap og forståelse en benytter i mellommenneskelige relasjoner blir utfordret i møte med mennesker som representerer en annen kultur. Ikke minst når en forholder seg til kollektivistisk orienterte kulturer er det viktig å ivareta et familieperspektiv og forstå de sosiale relasjoners betydning for selvoppfatning (Ingebretsen 2005).

Det har vært diskutert hvordan mennesker i eksil har en stor utfordring i å gjenopprette tilknytning og bygge opp en ny sosial plattform (Hauff 1999), skape trygghet (Varvin 1999) og mening (Ahlberg 1991, 2000). For eldre som har levd mesteparten av livet i et annet land, kan denne omstillingen være ekstra stor.

Som det også understrekes i en rapport fra Rådet for psykisk helse (Jareg 2007) er det viktig å ta utgangspunkt i livssituasjonen i Norge og vurdere om de får den beskyttelse mot psykiske problemer som ligger i meningsfull

aktivitet og sosial støtte. Det må ikke bli slik at en traumatisk bakgrunn brukes som den eneste forklaringen på plagene. Ensomhet og mangel på sosial støtte gir også økt risiko for psykiske problemer. Det kan oppstå en avmaktssituasjon knyttet til levekår, usikker fremtid og manglende lydhørhet i hjelpeapparatet. Samtidig viser erfaring fra vår kontakt med hjemmetjenestene at det kan være vanskelig å nå fram til den enkelte bruker. Noen virker så resignerte at det vil kreve store ressurser å bygge opp kontakt og motivasjon. Det kan også være uttrykk for lydhørhet og omsorg når ansatte er forsiktige med å stille forventninger. I noen situasjoner virker det rimelig å arbeide for å legge situasjonen mest mulig til rette via familie og lokale støttespillere, uten å forvente at den eldre skal «stå på» for å lære norsk eller komme seg ut. Det blir snakk om en balansegang der det er viktig å ikke resignere på forhånd ut fra alder og bakgrunn. Samtidig må en være lydhør for den enkelte og godta at målet noen ganger kan være hjelp til å holde ut i en skjermet tilværelse, heller enn å få til gjennomgripende endringer.

Også for de som ikke har opplevd store traumer er det ofte snakk om brudd på kontinuitet i livet. Mangel på kontinuitet kan bidra til å forklare dårlig helse. Både opplevelsen av å eldes i et annet land og den aktuelle livssituasjon, blir av betydning for fysisk og psykisk helse. Det går igjen i litteraturen at eldre innvandrere stort sett må møte aldringens utfordringer med færre ressurser enn majoritetsbefolkningen (Jackson et al. 2005 i Johnson 2006). Mange kan ha hatt en drøm om å eldes i hjemlandet – en drøm som ofte ikke lar seg oppfylle. Samtidig endres familiestrukturen, slik at forventninger om familieomsorg ikke alltid blir innfridd. Dette kan gi en opplevelse av depresjon og ensomhet. Det blir spørsmål både om hvordan de kan binde sammen trådene i livet og hvilke bånd og relasjoner de har i sitt liv i dag.

Isolasjon har særlig vært poengtert som et problem for kvinner ved at de både har mindre tette nettverk innad i minoritetsgruppene enn de har vært vant med, og at de kan føle seg språklig og kulturelt isolert i forhold til det norske samfunnet. Egeblad (2005) diskuterer hvordan mange kvinner som har daglig kontakt med barn og familie, klager over ensomhet, at de er isolert i hverdagen. Egeblad knytter dette til at deres rolle og funksjon i familien har endret seg. Ensomhet oppstår ikke nødvendigvis fordi man er fysisk alene eller har få sosiale kontakter, men først og fremst fordi det ikke er mulig å samordne sine sosiale erfaringer i felles forståelse og meningsfylte fellesskap (Egeblad, 2005).

Den kulturelle konteksten som familien og det sosiale nettverket representerer, kan bidra til å forsterke eller redusere konsekvensene av de psykiske problemer de eldre kan ha. I tillegg til opplevd belastning vil holdninger til psykiske problemer være av betydning for hvordan de setter ord på problemer og søker hjelp. Det trengs kulturelt tilpassede metoder for å fange opp problemene. Behandlingsmessig blir det viktig å involvere familien på en adekvat måte (Tseng 2003).

Demens

Det er økende interesse for hvordan sosiokulturelle faktorer er av betydning for opplevelsen av og reaksjon på demens (Ekman 1993, Holstein 1998, Downs 2000). Tospråklige eldre kan risikere å miste andrespråket ved aldersdemens, det samme kan skje med slagpasienter. Dersom de kan andrespråket godt, kan de få problemer med å skille mellom de to språkene eller å benytte et adekvat språk i forhold til andre mennesker. Derfor har tokulturelle pasienter spesielle behov når det gjelder omsorgspersonell. Ekman (1993) konkluderer med at kommunikasjon på pasienters eget språk er viktig i bestrebelsene på å opprettholde best mulig funksjonsnivå og integritet.

Det kan være vanskelig å finne ut om en pasient med annen kultur eller språkbakgrunn har en demenstilstand (Valen-Sendstad 2005). Hun viser til at pasienten selv kan gi uttrykk for bekymring over hukommelsesproblemer, men at det som regel er et medlem av familien som forteller om den endring som har skjedd og ber om hjelp. Komparentopplysninger blir derfor viktige. Valen-Sendstad understreker at både lege, pasient og pårørende kan ha kommunikasjonsproblemer selv med tolk til stede. Dette viser også erfaringer fra sykehjem. De språklige og kulturelle barrierene kan være av både verbal og ikke-verbal karakter (Lovisenberg Diakonale Sykehus 2002). Som ved annen kartlegging av demens bør en bygge på en grundig anamnese, kliniske og relevante laboratorieundersøkelser og kognitive tester. Det er et problem at mange av testene som benyttes er kulturspesifikke.

Valen-Sendstad viser til at både norske og danske studier tyder på at eldre innvandrere med demensproblemer sjelden blir registrert i primærhelsetjenesten. En vet ikke om dette kun skyldes at gruppen er liten eller om de får mindre hjelp enn det er behov for. På bakgrunn av en undersøkelse i Danmark, Frankrike og Storbritannia peker Lindblad et al. (1998) på store kunnskapsmangler og anbefaler forskning og utvikling av diagnostiske

metoder som kan brukes i forhold til forskjellige etniske minoriteter. De anbefaler også informasjonsmaterieell og profesjonell omsorg og avlastning for familien. I tillegg til kommunikasjonsproblemer kan det også være en form for begrepsbarrierer, der familien ikke ser på demens som en sykdom, men som en straff fra Gud eller som uttrykk for normal aldring (s. 22). Alle kan bli rammet av demens. Forfatterne sier det slik at demens er «farveblind», men at noen etniske minoriteter kan være «demensblinde». For å kunne være til hjelp må man forsøke å forstå det syn som hersker hos de man møter.

Når en ikke har nyanserte kunnskaper om de ulike kulturer, kan «avvik fra det normale» være ekstra vanskelig å oppfatte. Ved all diagnostisering må en være oppmerksom på at ulike psykiske lidelser kan manifestere seg på forskjellige måter og at andre medisinske tilstander som kan gi kognitiv svikt bør utelukkes før en demensdiagnose kan stilles. En må også regne med at flere lidelser kan opptre samtidig.

I demensomsorg og ved demens med tilleggssymptomer er det viktig å ivareta et samspill mellom det offentlige hjelpeapparat og familien. Det er viktig å ha et par- og familieperspektiv på demens (Ingebretsen og Solem 2002, Ingebretsen 2003). For eldre fra andre kulturer ligger det ekstra store utfordringer med tanke på å skape muligheter for opplevelse av helhet, integritet og mening. En må regne med at etniske forskjeller vil gjenspeile seg også i pårørendes opplevelser og måte å søke hjelp og støtte på (Valle et al. 2004, Forsell 2004).

Det nordiske prosjektet «Demensomsorg i Norden» (Anfinnsen 2006) konkluderer med at det finnes få studier som belyser situasjonen for minoritetsetniske eldre som rammes av demens og deres pårørende, og at det er behov for mer forskning på dette området. Det vises til en vurdering av publikasjoner om temaet foretatt av Ekman og Heikkilä (2006). Det er få studier som belyser etniske gruppers spesifikke behov. Samtidig påpekes det at etnisitet er en vesentlig faktor når det gjelder omsorg (Heikkilä & Ekman 2000). En kan anta at betydningen av en felles kulturell og språklig plattform vil være ekstra viktig for forståelse og trygghet ved demensomsorg. Sentrale spørsmål er: Hvordan få kontakt, hvordan diagnostisere og hvordan hjelpe den enkelte og familien?

I den norske delrapporten til «Demensomsorg i Norden» understreker Valen-Sendstad & Moen (2006) at en må ta ulike kultursyn i betraktning når det gjelder holdninger til demens. Ordet demens eksisterer ikke i alle

språk og kan i seg selv oppfattes som en skam og en fornærmelse. Det øker risikoen for at syke eldre ikke får nødvendig helsehjelp. Det gjør det også ekstra vanskelig ved diagnostisering og risiko for mistolkning. Dette er spørsmål som må tas på alvor i norsk eldreomsorg. Dette markeres også ved at det i helhetlig plan for demensomsorg som er under utarbeidelse i Sosial- og helsedirektoratet, er «personer med demens med minoritetsetnisk bakgrunn» og «samisktalende personer med demens» egne temaområder.

Psykisk helse blant eldre innvandrere er et område som bør vies økt oppmerksomhet i omsorgstjenestene. Når det gjelder eldre med bakgrunn som flyktninger og innvandrere, må kulturelle ulikheter tas i betraktning når det gjelder hvordan de definerer og uttrykker problemer. Dette gjelder både fysiske og psykiske helseproblemer. Demens utgjør en ekstra utfordring. I tillegg vil språk og kommunikasjon være avgjørende for problemdefinering, diagnostisering og behandling.

Eldre med bakgrunn som innvandrere og flyktninger må forventes å bli henvist til alderspsykiatriske poliklinikker og andre deler av psykisk helsevern. Samtidig vil de kommunale hjemmetjenestene og aldersinstitusjoner møte eldre innvandrere med demens og psykiske problemer og være forberedt på å møte sammensatte problemer hos den enkelte og i familien. I slike tilfelle er det stort behov for, men ofte mangel på, psykososiale tjenester. Det er problemer med kapasitet og bemanning, men det kan også være tilbakeholdenhet fra hjelpeapparatet når det gjelder å gi psykologisk behandling i slike situasjoner.

8.5 Familieomsorg og/eller offentlige tjenester

Både i litteraturen og i samtaler med representanter fra hjelpeapparatet vises det ofte til familien som den viktigste ressurs for hjelp og omsorg til eldre innvandrere. Det poengteres gjerne at ikke-vestlige innvandrere kommer fra mer kollektivistiske og familieorienterte kulturer. Omsorg for den eldre generasjon sees som uttrykk for en familieforpliktelse. Familiebåndene kan bli ytterligere forsterket ved immigrasjon, særlig ved familiegjennforening, der eldre flytter til sine barn. Erfaringer fra Sverige viser at de fleste eldre innvandrere som kom gjennom familiegjennforening, bodde sammen med barna, i alle fall de første årene av oppholdet (Emami et al. 2002). Også der den eldste generasjon har bodd lenge i Norge, vil barn og barnebarn ofte ha hatt bedre muligheter til å lære seg det norske språket og bli kjent med

samfunnets institusjoner og tjenester. Dette innebærer at mange eldre innvandrere vil være mer avhengige av sine barns kjennskap til og kompetanse i det norske samfunnet enn jevnaldrende i majoritetsbefolkningen.

Et direkte mål på familietilknytning er bofellesskap. Andre mål er geografisk nærhet og grad av kontakt og utveksling av tjenester. Det er vanligere å bo i flergenerasjonshushold blant ikke-vestlige innvandrere enn blant etniske nordmenn (Aalandslid 2005). Likevel gjelder dette for en forholdsvis liten andel, og det er store forskjeller mellom ulike nasjonalgrupper. For etniske nordmenn er tallet 5 prosent, mens det for personer fra Pakistan og India er 15 prosent (Aalandslid, 2005: 146). Det er ikke slik at de fleste eldre innvandrere bor i stor-familier. Av alle ikke-vestlige innvandrere, er det knapt en firedel av de over 64 år som bor i hushold med mer enn tre personer. Det er verdt å merke seg at andelen én-personshushold blant innvandrere i denne aldersgruppen, er like stor som i den norske befolkningen (25 prosent).

Som vi også finner blant etnisk norske, kan det være mye kontakt og utveksling av hjelp og tjenester uten at man bor i samme hushold, bare avstanden ikke er for stor. Som vist i levekårsundersøkelsen gir ikke-vestlige innvandrere i høyere grad enn majoritetsbefolkningen uttrykk for at det er viktig å bo i nærheten av slekt og venner (henholdsvis halvparten og en tredel). (Blom, 1998, s. 31). En slik geografisk nærhet innebærer et potensiale for kontakt og hjelp for eldre. Samtidig vil mange andre faktorer være avgjørende for utveksling av hjelp. Songur (1999) diskuterer hvordan det å bo så nær familien som mulig blir et hovedanliggende for mange eldre innvandrere. Familien blir en viktig enhet for fellesskap og solidaritet. Hvis forventningene ikke blir innfridd, kan dette skape en følelse av resignasjon og maktesløshet som også vil kunne hemme den enkelte i aktiv hjelpsøking.

Med utgangspunkt i pakistanske familier diskuterer Moen (2005) hvordan omsorg for eldre understøttes av religiøse påbud. Siden eldre har en sterk posisjon i islam og forventninger til familieomsorg er solid forankret, forbindes det med skam å ikke påta seg dette ansvaret. Når familiens ære trues av manglende mulighet til å klare alle omsorgsoppgavene, blir dette følelsemessig vanskelig. Samtidig begynner noen å stille spørsmål ved hvor langt omsorgen for den eldre generasjon strekker seg.

Moen (2005) konkluderer med at hjemmebaserte tjenester kan være et godt hjelpetiltak for eldre med minoritetsbakgrunn. Hjelpen vil gi mulighet

til å opprettholde kulturell og religiøs kontinuitet og en pakistansk livsstil. Hjemmebaserte tjenester blir en avlastning for familien selv om det forutsettes at de påtar seg en del omsorgsoppgaver selv. Mange arbeidsoppgaver kan falle på yngre i familien. Hjemmearbeidende kvinner kan risikere å få omsorgsansvar både for barn og eldre. Hjelp og avlastning i form av offentlige tjenester kan da være en løsning for å klare dette.

Moen diskuterer omsorgslønn som et alternativ til hjemmehjelpstjenester. Omsorgslønn vil være et godt bidrag til familiens økonomi når kvinner likevel er hjemmearbeidende. Samtidig påpeker Moen hvordan kvinner kan risikere at familiemedlemmer legger press på henne for at hun skal motta omsorgslønn, selv om oppgavene er en belastning. En annen konsekvens kan være at eldre ikke får den profesjonelle oppfølgingen de har behov for. Det kan være en utfordring å finne fram til en gunstig kombinasjon av offentlige tiltak (formell) og hjelp fra familie og nettverk (uformell omsorg) for eldre innvandrere.

Litteraturen viser klare forskjeller mellom ulike land i når det gjelder formell og uformell omsorg og tjenesteyting overfor eldre Europa (Lowenstein & Ogg 2003, Daatland 1990). I Norge er det generelt mindre familiehjelp enn i mer familieorienterte land som Spania. Likevel yter barn, også blant etnisk norske, relativt mye omsorg. Dette kan være både direkte hjelp og indirekte ved at de er pådrivere i forhold til det offentlige tjenesteapparat. Samlet sett får eldre i Norge mer hjelp (fra familie og offentlige tjenester) enn eldre får i land som har hovedvekten på familieomsorg. (Daatland & Herlofsen 2003, Ingebretsen & Eriksen 2007). Daatland (1990) viser et det over tid har vært en bevegelse fra å foretrekke familiehjelp til å foretrekke offentlige tjenester i Norge. Det har kanskje mest sammenheng med at det har blitt flere og bedre tjenester. En kombinasjon av familieomsorg og offentlige tjenester vil kunne forventes å bli mer alminnelig også blant etniske minoriteter i Norge. Et slikt mønster er vist i Danmark (Mortensen & Mortensen 2005). Erfaringer fra praksis i Norge viser også eksempler på kombinasjoner av slike tjenester for eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. Som i majoritetsbefolkningen behøver det ikke å være et enten-eller.

Samtidig tyder erfaringer fra hjelpeapparatet på at mange innvanderfamilier strekker seg lenger når det gjelder å yte omfattende omsorg i hjemmet enn det som er vanlig blant etnisk norske. I noen tilfeller får familien omsorgslønn og påtar seg hjemmeomsorg for eldre som er så hjelpe-

trengende at de ville ha fått innvilget plass på sykehjem. Som nevnt i kapittel 6 uttrykker en del av de ansatte i det kommunale hjelpeapparat bekymring for hvordan omsorgsoppgaver kan gå ut over yngre familiemedlemmers utdannings- og arbeidsmuligheter.

På bakgrunn av intervjuer med eldre kvinner fra etniske minoriteter i Canada peker Brotman (2002) på at det kan bli dilemmaer med hensyn til forventninger om familieomsorg både innad i familien og i forhold til myndighetens forventninger.

En konklusjon på dette området er at selv om det blant mange innvandrere er tradisjoner og kultur for familieomsorg, må en regne med en tilpasning til det nye samfunnet. Det vil kunne bety et mindre omsorgspotensiale i den yngre generasjonen. De eldre kan dermed måtte forandre forventninger og idealer i takt med de tilpasningene som migrasjonssituasjonen fører med seg for alle familiemedlemmene. Dette skjer ikke automatisk og smertefritt. Eldre som savner familiekontakt kan ha problemer med å etablere nye nettverk og derfor i stor grad bli avhengig av det offentlige hjelpeapparatet. Allerede nå er det mange eldre innvandrere uten omsorgspersoner i husholdningen, og flere kan det forventes å bli. Dette vil få store konsekvenser for forebyggende arbeid og for behov for pleie- og omsorgstjenester.

Det er påpekt at en forutsetning for at offentlige tjenester skal kunne bidra til en god alderdom for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, er justeringer og endringer i dagens velferdstjenester (Moen 2005), uten at det dermed er så enkelt å konkretisere hva dette innebærer. En må regne med en kombinasjon av formelle og uformelle tjenester og tilbud. Det kan være nødvendig å stille spørsmål om det vestlige verdigrunnlaget vi bygger på passer for alle. Innenfor mer familieorienterte kulturer er kanskje ikke uavhengighet og «intimitet på avstand» de mest sentrale verdiene. Det blir viktig å være lydhør for de ulike etniske minoriteters egne behov og vurderinger. Samtidig arbeider ansatte i omsorgstjenesten innenfor klare rammer for tildeling av tjenester der de skal fordele begrensede ressurser.

8.6 Preferanser og frihet til å velge tilbud

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) poengteres det at framtidens velferdssamfunn må sette enkeltmennesket i sentrum og legge større vekt på frihet, mangfold, brukerinnflytelse og uavhengighet (s. 6). I meldingen vises til de tradisjonelle omsorgstjenestene som hjemmehjelp og hjemmesykepleie og tjenester gitt i

sykehjem og boform med heldøgns tjenestetilbud med bistand fra omsorgstjenesten. Samtidig understrekes at det i omsorgsbegrepet ligger en forutsetning om at tjenestene skal sikre brukerne innflytelse over tjenestetilbudet og at de skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse.

Regjeringen legger til grunn at økt brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenester gir best mulighet til å møte morgendagens samfunn (s. 64).

Det påpekes at tilpasning først og fremst innebærer større valgfrihet og bedre individuell tilpasning av innholdet i tjenestetilbudet.

Å bli møtt med forståelse og respekt for egen bakgrunn og få et tjenestetilbud tilrettelagt i samsvar med egne behov, verdier og kultur, ses som grunnleggende i en slik sammenheng (s. 65).

Også i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (Shdir 2005), vises det til behovet for kontinuerlig forbedring av tjenestene blant annet på grunn av samfunnsutviklingen og at brukeres forventninger og krav til medvirkning endres. Når det gjelder brukerinvolvering og innflytelse påpekes det i strategidokumentet at «God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer påvirker tjenestene» (s. 23). Det vises til at brukere og pasienter må bli sett og tatt på alvor. Med brukere menes i denne strategien personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn.

I vår sammenheng er det verdt å merke seg at det i strategidokumentet understrekes at brukermedvirkning kan skje på ulike nivåer, gjennom medvirkning i politikkutforming, påvirkning på systemnivå og på individnivå. Det vises til at brukeren skal ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon og samtale. Dette betyr at brukerens erfaringer og synspunkter skal ivaretas og vektlegges. Det refereres til at brukere som er aktivt involvert i beslutninger om eget liv og helse, har bedre behandlingsresultater og fungerer bedre i hverdagen enn de som ikke er aktive (Committee on Quality of Health Care in America. 2001). Samtidig understrekes betydningen av å vise respekt for dem som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. «Brukerperspektivet innebærer også en lydhørhet og tilrettelegging overfor de som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov» (s. 23).

Slik spørsmål om brukermedvirkning diskuteres i omsorgsmeldingen og strategidokumentet går det på en bred tilnærming for å sikre brukerperspektiv og innflytelse. Det blir et sentralt spørsmål hvordan dette virker og praktiseres for at eldre med innvandrerbakgrunn får omsorgstjenester som er likeverdige med tjenester til eldre i majoritetsbefolkningen. Når det refereres til såkalt fritt brukervalg i omsorgstjenestene, dreier det seg om et begrenset valg knyttet til leverandør av tjenesten. Nedenfor tar vi opp noen momenter fra fagdebatt og erfaringer knyttet til brukervalg og ny offentlig styring (New public management). Det er foreløpig lite forskning å vise til om brukervalg og eldre innvandrere. Andre innfallsvinkler til brukerperspektiv og tanker om videre oppfølging av disse spørsmålene, blir behandlet avslutningsvis i kapitlet.

Kritiske vurderinger av markedsmodeller for brukervalg

Kritiske perspektiver på omleggingen av omsorgstjenestene har i stor grad blitt knyttet til innføring av markedsmodeller og synet på omsorgstrengende som «kunder».

Skillet mellom den enheten som vurderer behovet for tjenester (bestiller-enheten) og de som utfører tjenestene (utførere, leverandører) (BUM-modellen), er en forutsetning for brukervalg. Modellen bygger på referanserammen til New public management (NPM), og er kjennetegnet av kontraktstyring (med skille mellom forvaltning og drift), konkurranse (der brukerne kan velge mellom ulike leverandører) og bedriftsstyring (der enhetene skal ledes som selvstendige bedrifter).

Vabø (2005) kaller det et styringsideologisk paradoks at velferdsstaten som ble etablert for å korrigere og motvirke uheldige konsekvenser av markedet, nå skal korrigeres av markedsanaloge styringsmidler.

Kritikken går ut på at omsorgstjenestene studeres «som om de var nøytrale leveransesystemer som betjener suverene konsumenter» (Vabø 2005, s. 105). Det er diskusjon om hvor dekkende «konsumentrollen» er for mottakere av omsorgstjenester (Vabø 2006, Clarke et al. 2007). Selve verdigrunnlaget har blitt kritisert som for snevert (Hood 1991). Markedsmodellene tar ikke opp spørsmål om rettferdig fordeling av tjenester og ansvar for svake brukere. Dette er spørsmål en ikke kommer utenom når det gjelder offentlige tjenester. Det kan være vanskelig for den enkelte eldre å finne ut av og forholde seg til

sine rettigheter (Peterson og Schmidt, Hjalmarson 2003b, Hjalmarson og Norman 2004, Vabø 2005, Ørstadvik 1996).

Andre viktige momenter i kritikken av modellen er at det kan bli mer komplisert å være ansatt. Kvalitet kan tolkes forskjellig av administratorer og praktikere, og oppsplitting av arbeidet kan gjøre det vanskeligere å ta hensyn til varierende og skiftende behov (Vabø 2005).

Fritt brukervalg

Retten til å velge har en positiv klang for folk flest, men premissene for valg er forskjellig. For personer med demens kan det f.eks. være vanskelig å forholde seg til flere alternativer. For eldre innvandrere er det et viktig første skritt å få informasjon om de tjenestetilbud som foreligger på et språk og en måte som de forstår. Som vist i kapittel 7 savnes informasjon om brukervalg på ulike språk.

Det kan lett bli misforståelser om hva brukervalg innebærer. Slik en definerer brukervalg i omsorgstjenestene, innebærer det at brukere har rett til å velge mellom ulike leverandører av tjenester.

Brukervalg betyr at du selv kan velge hvilken leverandør du vil ha hjemmehjelpstjeneste fra. Du kan velge enten kommunens hjemmehjelpstjeneste eller et privat firma som har inngått avtale med bydelen din.

Det er fortsatt kommunen (i samarbeid med bruker) som fatter vedtak om hvilke tjenester som skal utføres (og som har ansvaret for tjenestens kvalitet). Det dreier seg derfor om begrensede valg.

I Danmark er kommunene lovpålagt å tilby brukerne av hjemmehjelp mulighet til å velge en privat leverandør. Det blir snakk om konkurranse om kundenes gunst. Samtidig bygger ordningen på en ideologi med det formål «å sette borgeren i sentrum og skape bedre rammer for en eldrepolitisk innsats basert på kontinuitet, selvstendighet, verdighet og respekt for eldre og deres individuelle ønsker og behov» (Eskelinen et al., s 21) Det forventes at fritt valg vil gi større tilfredshet blant de eldre.

Bestiller-utfører modellen (BUM) er mye utbredt i Sverige. Johansson (2006) spør imidlertid om det er «Dags att kasta ut Beställar-utførarmodellen i äldreomsorgen?» Han understreker at bestiller-utfører organisasjonen for tjenester (BUM) som utviklet seg på 90-tallet, har fått fortsette til tross for

sine svakheter og ikke takket være sine fortjenester. Den er nå den dominerende organisasjonsformen for eldreomsorg i Sverige. I artikkelen diskuterer Johansson (2006) at det har vært overdrevne forstillinger om hvordan modellen skulle kunne løse en rekke problemer knyttet til arbeidsorganisering, kompetanse, kontroll og styring og legitimitet. Verdier som valgfrihet, rettssikkerhet, kvalitet og effektiv ressursutnytting har stått i høysetet, men det er mangelfull evaluering. I artikkelen konkluderer Johansson med at: a) bestiller-utførermodellen ikke har medført noen større valgfrihet i eldreomsorgen, fordi det er snakk om begrensede kundevalg, b) vurderingen av hjelpebehov (biståndsbedömningen) har blitt mer enhetlig og dermed mer rettssikker ut fra lovens formalia, uten at dette betyr at individets unike behov dermed er sikret ivaretagelse, og c) det er tvilsomt om kvaliteten på tjenestene har økt og om konkurranseutsetting har ført til lavere kostnader i eldreomsorgen (Johansson 2006, s. 18). Forfatteren påpeker risikoen for standardisering og at man mister muligheten til å tilpasse hjelpen ut fra individuelle behov og situasjonskrav. Som nevnt over har dette i stor grad vært innvendinger også fra andre. Til tross for innvendinger og motforestillinger lever modellen videre i Sverige og benyttes i økende grad også i Norge, evt. i kombinasjon med konkurranseutsetting. De nyeste svenske tallene viser at kundevalgssystemer er innført i 24 svenske kommuner. Av eldre over 65 år som har fått innvilget hjemmetjenester får nesten 11 prosent hjelpen via privat utøver. Andelen har økt de siste årene. I følge Johansson (2007) kan en ikke trekke generelle slutninger om hvilken effekt konkurranseutsetting har hatt for brukerne, men de studier som er gjort kan tyde på at konkurranseutsettingen har bidratt til kvalitetsbevissthet i tjenestene.

Johansson (2006) understreker at reell brukerinnflytelse forutsetter at hjelpernes innsats ikke er så bundet i vedtaket at de ikke kan tilpasses til brukeres skiftende ønsker og behov. Dette betyr at ansatte må ha kompetanse og ansvar for sammen med brukeren å tilpasse tjenestene fortløpende til brukernes behov og ønsker. Det blir viktig å skape balanse mellom økonomisk og omsorgsmessig rasjonalitet. Johansson (2006) er inne på at med økt brukerinnflytelse øker kravet på individualisering og fleksibilitet i tjenesten. Han understreker også betydningen av lydhørhet og oppmerksomhet mot den enkeltes unike behov og å kunne samarbeide med pårørende. Både kravene til omsorgspersonalets kompetanse og effektivitet blir dermed skjerpet. Det kan bli et motsetningsforhold.

Også fra dansk hold blir det stilt spørsmålstegn ved hvordan standardisering fungerer på det praktiske plan med mange leverandører og hvordan standardisering og fleksibilitet kan gå hånd i hånd (Eskelinen et al. 2004).

Eskelinen et al. (2004) peker på at de private leverandørene kan bli presset både av brukere og økonomiske vilkår, at de ikke har de kommunale stordriftfordelene, og at det kan bli vanskelig særlig for de mindre firmaene å investere i medarbeidernes faglige utvikling og utdanning. Dette er viktige spørsmål i forhold til arbeidsmarked og arbeidsplassenes attraktivitet. Kompetanseutvikling er viktig både for medarbeiderne og for brukerne – særlig på nye områder der kultursensitivitet er et viktig stikkord, kan dette være avgjørende for å imøtekomme behov og ivareta respekt og verdighet.

Hva vet vi om eldre innvandreres bruk av hjemmetjenester og deres brukervalg?

Via nordiske kolleger innen gerontologi og omsorgstjenesteforskning har jeg forsøkt å bringe på det rene hvilke erfaringer/undersøkelserresultater som finnes når det gjelder omsorgstjenester for eldre fra etniske minoriteter. Jeg har stilt spørsmål om: I hvilken grad benytter eldre fra etniske minoriteter hjemmehjelp generelt og ordningen med fritt brukervalg spesielt?

Lennarth Johansson (Sosialstyrelsen) har vært en nyttig kontaktperson når det gjelder erfaringer fra Sverige. I følge Johansson (2007) finnes det i den svenske offentlige statistikken om omsorgstjenester ingen opplysninger om brukerens etniske bakgrunn. Å få kunnskap på dette området krever derfor spesialstudier. Det har imidlertid blitt foretatt noen undersøkelser på bakgrunn av data fra Stockholm (registrert i 2003) for å sammenlikne hvordan tilbud om tjenester fordelte seg mellom eldre som var svenskfødte og eldre som var født i andre vestlige og ikke-vestlige land.

I følge Johansson virket det som eldre som var født i et annet land enn Sverige var underrepresentert når det gjaldt hjemmetjenester og spesielle botilbud (særskilt boende). Det viste seg imidlertid at når man tok hensyn til at de tre eldre-populasjonene er ulike, ble bildet et annet. Det var nemlig, som i Norge, færre utenlandsfødte blant de aller eldste og dermed i den gruppen hvor behov for pleie- og omsorgstjenester vanligvis er størst.

Når det ble kontrollert for dette, viste det seg at tilbud om hjemmetjenester og spesielle botilbud var jevnt fordelt mellom de svenskfødte og de som

hadde et annet (vestlig eller ikke-vestlig) opphavsland. Eldre innvandrere var overrepresentert når det gjaldt omsorgslønn (hemvårdsbidrag) til pårørende.

I Stockholm har en stor andel av brukerne fritt brukervalg (kundvalssystemet) for hjemmetjenester. Siden det er bydeler i Stockholm som har en høy andel eldre innvandrere, innebærer dette at private leverandører må være orientert mot eldreomsorg i forhold til brukere med ulik etnisk bakgrunn. Det var i 2005 ca. 35 utøvere av hjemmetjenester i Stockholm. Johansson (2007) viser til at man innen den spesialstudien som ble gjennomført i 2003 ikke fant tydelige spor etter private tjenesteutøvere som profilerte virksomheten ut fra etnisitet eller spesielle etiske eller verdimeslige grunnlag, men at man likevel må regne med en slik utvikling.

Johansson nevner et eksempel fra Stockholm der en leverandør (Judiska församlingen) har bidratt med hjelp til eldre av jødisk opphav, blant annet med leveranser av koshermat. De har imidlertid sluttet å være leverandør av hjemmetjenester. Dersom en satser på spesielle tjenester til en befolkningsgruppe som bor spredt, vil reiser og tidsbruk være kostnadskrevende, noe som kan være vanskelig å få dekket innen de ordinære satsene.

Selv om man i Sverige har erfaringer med leverandører av hjemmetjenester på brukernes eget språk, er det derfor ikke systematisert kunnskap om tjenestenes kvalitet og effekter av ulike brukervalg blant eldre innvandrere.

I Danmark, der alle har fritt brukervalg for hjemmehjelp, skiller man heller ikke i statistikken mellom brukernes etnisitet, og det er ingen samlet oversikt over hvor mange eldre innvandrere som benytter hjemmehjelp eller over de eldre innvandrernes valg av utøvere (Platz 2006). Danske erfaringer viser at det i kommuner med valgmulighet (70 % av danske kommuner) er en beskjeden andel (ca. 10 %) som har valgt en privat leverandør (Eskelinen, L., Hansen, E.B. & Fredriksen, M. 2004). I deres rapport diskuteres ikke brukervalg i forhold til etnisk bakgrunn. De konkluderer imidlertid med at det i stor grad er ressurssterke brukere som benytter valgmuligheten og at svakere brukere mest velger/fortsetter å benytte kommunale tjenester. Erfaringene så langt tyder på at brukerne stort sett velger ut fra tidligere kjennskap til en leverandør (Eskelinen et al. 2004).

Når det gjelder spørsmålet om eldre innvandreres brukervalg for hjemmetjenester i Norge, er konklusjonen at det foreløpig ikke er noe erfaringsgrunnlag å bygge på. Dette har sin bakgrunn i at det heller ikke i Norge er oversikter over tjenestebruk i forhold til etnisitet og at det er få

kommuner som har en bestiller–utfører-modell og enda færre som har private leverandører av hjemmehjelp. I 2006 var det etablert bestiller–utfører-modell for pleie- og omsorgstjenesten i 51 kommuner (RO rapport 2006). Det er 44 kommuner som hadde private tjenesteleverandører, men kun i fire kommuner gjaldt det drift av hjemmehjelp.

I kommuner der representanter fra pleie- og omsorgstjenestene ble intervjuet, var det ulik organisering av omsorgstjenestene. Av informantene var det foreløpig ingen som hadde erfaring med at eldre innvandrere hadde valgt en privat leverandør. I Oslo er det en leverandør av hjemmetjenester som er av utenlandsk opprinnelse, men ingen leverandører har lagt vekt på kulturperspektiver eller kultursensitivitet i annonsering av tilbud. Det er nylig foretatt en brukerundersøkelse i Oslo kommune, men resultatene er enda ikke publisert.

I Bergen har det vært brukervalg for praktisk bistand fra september 2005 og ordningen ble evaluert etter ett års drift (Bergen kommune, 2006). Kun fem prosent av brukerne hadde valgt privat leverandør. De fleste var yngre brukere. Et mindretall av brukerne (28 %) mente at brukervalgsordningen hadde gitt bedre mulighet til å påvirke innholdet i tjenesten. Medarbeiderne mente at brukerne fortsatt har for liten innflytelse på tjenestens innhold og utforming. Brukerne var stort sett fornøyde med muligheten til å påvirke tidspunkt for hjelp. Brukere med private tjenesteleverandører ga uttrykk for at de var mer trygge på at hjemmehjelpen kom til avtalt tid og at de fikk beskjed hvis hjelperen ikke kom, enn det som er tilfelle for brukere med kommunale tjenester. Det er i rapporten imidlertid ikke sagt noe om eldre innvandrere som brukere av tjenestene. Ved forespørsel til Bergen kommune blir det klarlagt at ingen eldre innvandrere benytter private leverandører.

Refleksjoner om brukervalg

Selv om det ikke er høstet konkrete erfaringer, gir kontakten med hjelpeapparatet og debatten om fritt brukervalg grunnlag for noen refleksjoner og synspunkter av relevans for eldre innvandrere.

For at det skal være snakk om reelt brukervalg, må *informasjon* om brukervalg bli gitt på brukernes språk og på måter de kan forstå. Det er ikke lett for alle brukergrupper å *velge* mellom alternativer. For eldre innvandrere, som kan ha problemer med språket og med å sette seg inn i de tjenester

hjelpeapparatet kan yte, kan valg mellom ulike leverandører fortone seg som en ytterligere forvanskning. I debatten om brukervalg har svake brukeres situasjon blitt spesielt fremhevet (Vabø 2005, Johansson 2006). Ørstavik (1996) stiller spørsmål om en likhetsideologi kan forsterke ulikhet. Alle er ikke like godt rustet til å delta og ivareta sine rettigheter. Det kan bli slik at de som i utgangspunktet kan hevde sine rettigheter blir sterkere, mens de tause forblir tause. Erfaringer fra den danske undersøkelsen som er nevnt, viser at både bestillerenhetene og de private leverandørene mente at det er de sterke brukerne som velger en privat leverandør (Eskelinen et al. 2004). Det er derfor spesielt viktig å være oppmerksom på at svake gruppers interesser blir ivaretatt. Også for kommunale tjenester er det verdt å merke seg at forutsigbarhet med hensyn til hvem som kommer og når en får hjelp, er viktig for brukere.

Det er foreløpig uvisst hvordan dette vil utvikle seg. Man kan f.eks. tenke seg at kultursensitivitet blir et tema, og at det evt. kan utvikles mer kulturspesifikke tilbud med vekt på minoriteters språk og tradisjon. Viktige spørsmål vil da være hvilke konsekvenser dette får med tanke på *integrasjon/segregasjon* og hvordan en kan sikre at alle får samme *kvalitet* på tilbudene. Dette er viktige spørsmål i den internasjonale debatten. Det er her paralleller til spørsmål om hvordan eldre samers behov blir ivaretatt i eldreomsorgen (Minde 1996).

Når det gjelder å vurdere hensynet til eldre innvandrere blir det viktig å rette søkelyset mot bestillerenhetenes kompetanse. De må kunne forstå og kartlegge deres behov for at det i det hele tatt skal bli spørsmål om å tildele tjenester. Om det skulle utvikles leverandører som retter seg inn mot innvandreres behov, må ikke dette bli noen sovepute for det offentlige. Selve poengteringen av valg innebærer at også offentlige tilbud må legges til rette for alle brukergrupper.

Erfaringene så langt tyder på at mange innvandrere foretrekker omsorgslønn til familiemedlemmer fremfor offentlige hjemmetjenester. Dette er et valg som kan sees i lys av den generelle debatt om satsing på penger eller tjenester innen eldreomsorg (Daatland 2001). En kan spørre seg om mange eldre innvandrere kanskje ville ha foretrukket kontantytelser fremfor tjenester. Mange land har slike ordninger. I Sverige er det vedtatt en ny lov (den trer i kraft juli 2007) om skattelette på kjøp av tjenester i hjemmet. Dette vil rimeligvis kunne bidra til å øke etterspørselen og utviklingen av

tilbud på det åpne markedet. Det gjenstår å se hvilke konsekvenser dette får og hvordan det vil påvirke offentlige tjenester.

Å ha mulighet til å velge mellom alternativer vurderes stort sett som et gode. En innvending i forhold til såkalt «fritt brukervalg», er at selve ordvalget kan innby til tolkninger om *større valgfrihet* enn ordningen gir rom for. Det kan være vanskelig å formidle at det dreier seg om svært begrensede valgmuligheter når det gjelder å velge utøver – etter at behov er vurdert og tildeling av et begrenset antall timer er bestemt fra bestillerenheten. Informanter fra omsorgstjenesten nevnte at det kan være vanskelig for brukere med innvandrerbakgrunn å forstå *vedtak* om tjenestetildeling.

Når brukere har språkproblemer og er uvant med vedtak, er *samarbeid* og god kommunikasjon mellom hjelpere og instanser i hjelpeapparatet ekstra viktig. Dette gjelder både mellom bestillerenheten og utøvere av hjemmetjenesten og mellom enheter som driver forebyggende arbeid, praktisk bistand, hjemmesykepleie og institusjonsomsorg. Dette er nødvendig med tanke på helhetlig og fleksibel omsorg. Kommentarer fra hjemmetjenesten går ut på at det kan bli *tungrodd* med ulike private leverandører inne i bildet. RO-Rapporten (2006) viser riktignok at alle bestillerkontorer melder at det er samarbeid mellom bestiller og utfører i vedtaksfasen. De fleste viser også til samarbeid underveis i tjenesteytingen. En kan imidlertid stille seg spørsmål om dette kan praktiseres dersom det er mange private leverandører. Dette er en bekymring som uttrykkes også i evalueringsrapporten fra Bergen (Agenda 2006). Eskelinen (2004) peker på at flere aktører kan komplisere samarbeid og kommunikasjon.

Et annet viktig tema gjelder *kompetanseutvikling og opplæring* av ansatte. Kommuner med en relativt høy andel eldre innvandrere har gitt uttrykk for at det er behov for opplæring om dette temaet. Det kan sees som et kommunalt ansvar å følge opp medarbeidere gjennom opplæring, veiledning og teamarbeid, og å sørge for tolketjeneste ved behov slik at de blir best mulig rustet til å yte hjelp til eldre med ulik etnisk bakgrunn. I dette arbeidet blir medarbeidere med ulik etnisk bakgrunn regnet som en ressurs (Ingebretsen & Romøren 2005). Et viktig spørsmål blir hvordan slike former for opplæring og samarbeid følges opp av private leverandører. Dette er sentralt også når det gjelder konsekvenser for rekruttering av personale, deres kvalifikasjoner og motivasjon. Hvordan blir det for ulike private aktører å ivareta mangfoldet og fleksibiliteten som preger deler av den offentlige omsorgs-

tjenesten, der gjensidig læring og refleksjon blir et viktig aspekt ved arbeidsmiljøet?

Spørsmål til videre forskning

Det er i Norge og Norden ikke tilstrekkelig kunnskap om eldre innvandreres bruk av omsorgstjenesten. På bakgrunn av den kunnskap vi har i dag, er det lite grunnlag for å slutte seg til hvordan eldre innvandrere vil prioritere mellom offentlige og private leverandører av hjemmetjenester. Foreløpig kan vi ikke trekke konklusjoner om i hvilken grad brukervalg bidrar til å profilere leverandørens tilbud i forhold til kulturelt mangfold.

Et viktig første skritt må være å få informasjon om de tjenestetilbud som foreligger. Først når dette har skjedd og når ordningen har vart lenger, er det aktuelt å kartlegge erfaringer med tanke på eldre innvandrere. Da kan det også være aktuelt å ta for seg bruk av private leverandører for andre tjenester som brukerstyrt personlig assistanse, avlastningstiltak og institusjonsomsorg. På dette området synes det aktuelt med en nordisk undersøkelse der mulige gevinster og ulemper blir diskutert i sammenheng. Slik forskning kan med fordel foregå gjennom et nordisk samarbeid. Som Vabø (2005) påpeker er det også en viktig utfordring for framtidens forskning å studere styringsreformene i lys av sosialpolitiske spørsmål som angår rettferdig fordeling og ansvar for de svake.

Brukerperspektiv og myndiggjøring med fokus på Eldres opplevelser og erfaringer bør stå sentralt i fremtidig forskning på feltet. Brukerperspektivet kan kobles til en *kritisk* tilnærming av de organisatoriske endringene og ulike oppfatninger av kvalitet. Højlund (2005) diskuterer også to andre vinklinger til brukerperspektivet. Den ene er *fortolkende* og fokuserer på eldrollerollen i et bredt samfunnsperspektiv. En er opptatt av Eldres rolle som omsorgsmottaker, men også andre roller og relasjoner de inngår i. Den *beskrivende* vinklingen legger vekt på empiriske undersøkelser av Eldres levekår og brukerundersøkelser om tilfredshet med hjelp.

Når det gjelder eldre innvandrere og deres forhold til omsorgstjenestene, blir det viktig å inkludere også beskrivende og fortolkende innfallsvinkler til deres situasjon i familien og i forhold til hjelpeapparatet.

I boken «Eldreomsorgsforskning i Norden» er det en omfattende redegjørelse for forskningsområder og diskusjonstemaer i de nordiske land (Szebehely, 2005).

Et sentralt tema i boken er de endringer som har foregått i den nordiske eldreomsorgen, blant annet knyttet til reformer med økt administrativ synlighet, økonomisk effektivitet og privatisering. Et viktig spørsmål er om markedsinspirerte reformer bidrar til å endre grunnlaget for omsorgssektoren i de nordiske velferdsstatene. Szebehely (2005) understreker det offentlige ansvar for eldreomsorgen, og at en god eldreomsorg er en ressurs ikke bare for eldre, men for hele familien. Hun konkluderer med at omfattende forskning om samspillet mellom omsorgsgiver og mottaker viser at en velfungerende eldreomsorg forutsetter kontinuitet i omsorgsrelasjonen, at personalet har tilstrekkelig tid i møte med den hjelpetrequende og tilstrekkelig stort handlingsrom slik at hjelpen kan tilpasses de ulike eldres skiftende behov. Redaktøren peker på at det er et kunnskapshull med hensyn til *etnicitets-spørsmål*, både når det gjelder hjelpetrequende og personell.

8.7 Generelle eller spesielle tilbud

Det er som tidligere nevnt, en fare for at en ser unyansert på problemer knyttet til annerledeshet. Det blir feil å betrakte eldre innvandrere som én gruppe som trenger «spesielle» tilbud. En må ta i betraktning hvor sammensatt denne gruppen er.

Sandra Torres diskuterer i en artikkel (2006) at eldre immigranter i Sverige lett blir definert som et sosialt problem og en utfordring i omsorgstjenestene uten at det blir tatt hensyn til den store variasjonen som finnes. De omtales som om de skulle være en lett avgrensbar og spesiell sosial kategori. Torres mener at økende bevissthet om eldre innvandrere og understreking av deres spesielle behov, dermed kan ha spilt en viktig rolle i å skape eldre innvandrere som en sosial gruppe med negative fortegn. De blir pr. definisjon en problematisk gruppe (Torres 2006, Ronström 2002). Studier har lagt vekt på problemer og behov, og har i liten grad vært kritisk og teoretisk funderte (Torres 2006, Gaunt 2002). Undersøkelser med små utvalg gjør at en bør være varsom med å komme med generaliseringer, men som Torres viser til, blir det likevel ofte trukket slutninger om hele grupper av migranter. På denne måten kan innvandrere bli stående som «de andre» i forhold til «oss». Hvis en tenker på gruppen av innvandrere som homogen og annerledes kan dette gå ut over en individuell tilnærming som ellers preger omsorgsyrkene. Antakelsen om særegne behov kan derfor i seg selv bli

selvbekreftende og skape problemer som ville ha vært unngått med en vekt på individuell tilnærming (Torres 2006, Lill 2001). I påvente av representative studier advarer Torres mot å spre antakelser og slutninger bygget på stereotypier og anekdoter på en slik måte at det forsterker avstanden til eldre innvandrere som «de andre».

Samtidig påpeker White (2006) hvordan mangel på planlegging med utgangspunkt i spesifikke behov til deler av befolkningen kan arte seg som en form for sosial ekskludering. Som også Warnes & Williams (2006) diskuterer er det ikke nok å liste opp behov. Det trengs mer kunnskap. Også her i landet ville vi hatt nytte av større, representative undersøkelser av eldre innvandrere som grunnlag for planlegging.

Generelle eller spesielle tilbud – internasjonale erfaringer

I en undersøkelse av helsetjenester for eldre fra Australia, er konklusjonen at «mainstream service» for eldre fikk en bedre vurdering av brukerne enn den service som var spesielt tilrettelagt for ikke-engelskspråklige. Undersøkelsen ble foretatt ved sykehus og helsesentre i kinesisk-, tysk-, gresk-, italiensk- og arabisk-språklige distrikter, samt anglo-australske områder i Sidney. Vurderingen varierte imidlertid mellom de ulike gruppene. Det var størst tilfredshet i de arabisk- og kinesisk-språklige områdene. Dette kan skyldes varierende kvalitet på det etnospesifikke tilbudet. Det kan også ha sammenheng med hvor godt de mestrer det engelske språket og dermed kan nyttiggjøre seg generelle tilbud. Konklusjonen også på denne undersøkelsen er at det ikke kan utledes klare råd om det er best å utvikle den etnospesifikke servicen eller om en bør satse på å gjøre de generelle tjenestene mer kultursensitive. Det kan være gode argumenter for begge alternativer. Forfatterne viser til at de fem etniske gruppene de studerte, viser svært forskjellig helseatferd og at etnospesifikke tjenester lettere kan forholde seg til disse forskjellene på en god måte. Samtidig blir det tydelig illustrert i et mange-kulturelt kontinent som Australia at det blir umulig å gi kulturspesifikke tilbud til alle de etniske grupper som finnes der. Det kan også være vanskelig å sikre den samme faglige standarden for de spesifikke tjenestene (Legge & Westbrook, 1994, I 13).

Til grunn for tilrettelegging av spesielle tilbud ligger ofte et ønske om å ivareta og respektere innvandrernes kultur. Det er ikke så enkelt å vite hva dette innebærer, hva som er de viktigste kulturelle kjennetegn og verdier for

den enkelte, og hvordan disse blir bekreftet gjennom ulike former for tilretteleggelse av tilbud og tjenester.

En tilnærming som har vært benyttet i amerikanske undersøkelser er å undersøke sammenhengen mellom etniske identitet og tilfredshet med hjelpeapparatet. Begrepet «etnisk identitet» knyttes til i hvilken grad en definerer seg selv gjennom et kultur-spesifikt levesett. Det er satt sammen av psykologiske, sosiale og kulturelle komponenter som gjør det mulig å sammenligne likheter og forskjeller mellom og innad i grupper (Sasson 2001).

I en undersøkelse av jøder og afro-amerikanere i USA, studerte Sasson (2001) ulike aspekter ved etnisk identitet og tilpasning til sykehjem. Undersøkelsen viste sammenheng mellom tilpasning til sykehjem og såkalt etnisk levesett med vektlegging av ritualer, mat, musikk og sosial kontakt. Andre sider ved etnisk identitet, knyttet til stolthet, tilknytning og interesse for å forstå egen etnisk bakgrunn, viste ikke noen slik sammenheng med tilfredshet på sykehjem.

I en undersøkelse av eldre indianeres forhold til hjelpeapparatet i USA, fant Garrouette et al. (2004) at de som identifiserte seg med et indiansk levesett viste lavere tilfredshet med helsepersonells lydhørhet og sosiale ferdigheter enn de som ikke definerte seg slik. Samtidig var det ikke forskjeller når det gjaldt vurdering av personalets fagtekniske ferdigheter.

Slike undersøkelser, som viser variasjon innad i etniske grupper, understreker betydningen av å vite mer om hva de kulturelle verdiene betyr for den enkelte, og hva slags mening og betydning det har å møte lydhørhet for kulturspesifikke verdier og levesett. Den andre siden ved dette er betydningen av kommunikasjon og kulturkompetanse i hjelpeapparatet.

Hikoyeda & Wallace (2001) har sammenlignet etnisk spesifikke og generelle bo- og servicetilbud (residential care facilities for the elderly (RCFE) for eldre japansk-amerikanske kvinner. Både beboere og pårørende ble intervjuet. Den eldre selv og familien hadde ofte ulike vurderinger av hva som bidro til trivsel. Japansk-orienterte familier la vekt på at det fysiske miljøet var preget av japansk stil. Disse pårørende mente at de japanske pleierne viste ekstra omsorg og respekt. De eldre selv la ikke så stor vekt på omgivelsene. Ved blandede institusjoner var det noen av de japanske beboerne som understreket at de foretrakk å ikke være blant japanere. Alle la imidlertid vekt på at de fikk den maten de var vant med. Denne undersøkelsen er interessant fordi den viser at den eldre brukeren og pårørende kan vektlegge ulike

aspekter av tilrettelegging. Det er også verdt å merke seg at ikke alle eldre brukere foretrekker at alt tilrettelegges ut fra deres opprinnelige kultur. De eldre kvinnene hadde en bikulturell orientering med en blanding av holdninger og verdier fra Japan og USA. De fulgte tradisjonelle verdier fra Japan når det gjaldt familierelasjoner og kjønnsroller og hadde amerikanske verdier knyttet til autonomi. Undersøkelsen viste også det var viktige fellesstrekk i de utfordringer som møtte brukerne uansett hvordan botilbudet var utformet. Selv om en kom til en etnisk spesifikk enhet, var det en stor omstilling å flytte fra egen bolig. Dette kunne det være vanskelig for den eldre å snakke med familien om, særlig når de fikk komme til en enhet som skulle være som hjemme. Institusjonene hadde som fellestrekk at det var lite rom for privatliv og få aktivitetstilbud. Dette overskygget det etnisk spesifikke i beboernes vurdering, og peker på betydningen av å se på det helhetlige tilbudet som gis. Alle problemer løses ikke gjennom å skape et kjent fysisk og språklig miljø. Det må være ressurser til å følge opp den enkelte uansett hva slags type enhet vedkommende bor i.

Også blant eldre fra etniske minoriteter i Norge kan det være en kombinasjon av opprinnelige og norske verdier og vaner. Dette vil bli enda tydeligere etter hvert som innvandrere som har vokst opp i Norge, blir eldre. Gitt at valgmuligheter finnes, er det likevel et åpent spørsmål hvilken kulturell identitet som blir mest rådende når det gjelder å prioritere tilbud og boformer innen eldreomsorgen.

Mold et al. (2005) har en litteraturgjennomgang av minoritetsetniske eldre i sykehjem. Det meste av litteraturen kommer fra USA og er ofte knyttet til tilgang på tjenester, likhet/ulikhet og grad av tilfredshet med tjenestene. I USA er det store forskjeller mellom ulike etniske grupper når det gjelder ressurser og tilgang på aldersinstitusjoner. I artikler fra Storbritannia diskuteres barrierer mot tjenester og betydningen av å ivareta brukeres selvstendighet og kulturelle behov. Språkproblemer, utilfredsstillende oversettelsespraksis, betydningen av opplæring av ansatte og kontakt med innvandreres egne organisasjoner, er temaer i artikler og policy-dokumenter. Forfatterne fastslår at det på bakgrunn av litteraturen så langt ikke er mulig å avgjøre om segregerte tilbud er nødvendige eller fordelaktige for å ivareta minoritetsgruppers behov i sykehjem. Det er ikke oppskrifter på å skreddersy tjenester slik at eldre fra etniske minoriteter føler at deres behov blir møtt. Konklusjonen er at det fortsatt er problemer med å sikre gode tilbud om langtidsopphold i institusjon

for eldre fra etniske minoriteter, og at det trengs mer robust forskning som tar utgangspunkt i brukernes perspektiv. (Mold et al. 2005).

Betydningen av å lytte til brukere blir ofte slått fast, uten at det blir konkret beskrevet hvordan det gjøres. På bakgrunn av en casestudie viser Cohn et al. (2000) at kartlegging av behov kan kreve utradisjonelle metoder. Et vanlig spørreskjema kan støte på både språkbarrierer og mistenksomhet. I studien går de gjennom daglige aktiviteter og kartlegger behov for hjelp til personlig stell og daglige gjøremål blant eldre i seniorboliger gjennom bruk av observasjon, fokusgrupper, intervjuer og spørreundersøkelser. En viktig del av prosjektet var å bruke resultatene i brukernes dagligliv for å bedre kvaliteten og sikre trygghet.

Forfatterne understreker at effektiv kommunikasjon med pasienter fra ulike kulturer er avgjørende for at pasienter og deres pårørende skal bli tilfredse med sitt møte med hjelpeapparatet. Dette er et eksempel på at utvikling av kultursensitivitet og respekt for mangfold krever løpende kommunikasjon med brukerne.

Alibhai-Brown (1998) hevder at uten mer kunnskap om etniske minoriteters kultur er det umulig å forstå de fysiske og emosjonelle behovene de eldre har. Samtidig holder det ikke med overfladisk kulturkunnskap. Generaliseringer kan bli uriktige. En må forholde seg til hver enkelt person og få kunnskap om deres ståsted. Også fra det kommunale hjelpeapparatet i Norge ble behov for *både* kulturkunnskap og individuell tilnærming vektlagt (kap. 7).

Nordiske erfaringer

Ronström (1996) diskuterer hvordan alderdommen i Sverige «etnifiseres». I Sverige virker det som etniske grupper er blitt mer oppmerksomme på sine eldre og at myndighetene gjennomfører spesialløsninger for å imøtekomme innvandreres behov for pleie- og omsorg. Dette kan sees i sammenheng med at innvandere er blitt mange nok og sterke nok til å fremme eldres behov. Ronström er også inne på at dominoeffekten kan gjøre seg gjeldende, og at flere og flere etterlyser egne tilbud. Undersøkelser viser at det i de fleste grupper er noen som ønsker omsorgstilbud på sitt eget språk og noen som også ønsker segregerte tilbud, men i følge SOU (1997 s 33) utgjør ikke disse noen majoritet i gruppen. Det pekes også på at det ikke er alle aktuelle brukere som har ønsket å flytte til de særskilte tilbud som er utviklet.

Mortensen & Mortensen (2005) diskuterer erfaringer fra undersøkelser blant eldre innvandrere i Århus, og legger særlig vekt på at eldre fra etniske minoriteter er sårbare fordi de ikke kjenner de offentlige tilbud til eldre og mangler et overblikk med tanke på muligheter til å få hjelp i dagliglivet. Etter hvert som en har satset på informasjonsspredning fra kommunens side, har flere benyttet og vist interesse for tilbudene.

Mortensen & Mortensen (2005) diskuterer ulike posisjoner med tanke på omsorgstilbud til eldre innvandrere. I den ene posisjonen baserer en seg på likhetsprinsippet i den forstand at en ikke skal gjøre noen spesiell innsats. Det begrunnes ofte med at en ikke skal drive noen form for særbehandling, men det vil i praksis kunne innebære en forskjellsbehandling, siden gruppene har ulike forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg de eksisterende tilbud. I den andre posisjonen satses det på kulturelt differensierte tilbud. Dette kan i sin tur føre til forskjellsbehandling ved at eldre med minoritetsbakgrunn blir låst i ulike grupperinger. Det kan ligge en fare for kulturalistisk overfortolkning, ved at kulturforskjeller brukes som forklaring på det meste på bekostning av andre viktige forutsetninger som kjønn, alder, migrasjonshistorie og sosioøkonomiske forhold.

Et hovedspørsmål blir hvordan omsorgen for borgere i et multikulturelt samfunn skal være. Mortensen & Mortensen argumenterer for å satse på *differensiert informasjon*, samtidig med at ytelsene skal foregå på lik linje med den øvrige befolkning. Et viktig moment blir å overvinne språkbarrierer. Avgjørende for differensiert informasjon er at det offentlige «treffer et bevisst valg om hvilken status kultur og språk skal spille, og at dette veies opp mot hensynet til den enkelte borgers rett til å bli oppfattet og behandlet som et individ i sin egen rett og ikke som et fenomen av noe annet» (Mortensen & Mortensen 2005 s. 6). Mortensen & Mortensen stiller et viktig spørsmål om kriteriet for integrasjon. Er man integrert når man har kjennskap til rettigheter og plikter, forutsettes det at tilbudene benyttes, eller kan man først snakke om integrasjon når tilbudene benyttes sammen med majoritetsbefolkningen? (s. 6).

Når det gjelder det som er hovedspørsmålet her: «Skal man satse på kulturdifferensierte løsninger i forhold til ytelse eller ytelse på like fot?», er forfatterne inne på at dersom en først begynner med kulturdifferensierte løsninger, kan det være vanskeligere å gå tilbake på det siden.

Norske oppfatninger

Moen (2003) mener at mange av de pakistanske eldre ville foretrekke etnisk atskilte tilbud med to-språklig personale dersom det blir behov for et alternativ til omsorg i hjemmet. Et hovedpoeng er at det er viktig å være lydhør for at forskjeller finnes, og så langt som mulig forsøke å forstå hvilke verdier og vaner som er av *særlig* betydning for eldre.

Magnussen og Johannesson (2005) foreslår at det også i Norge prøves ut egne enheter eller korridorer med vekt på samme språk, mattradisjoner, kultur og religion. Det trekkes paralleller til språkkorridorer som beskrives i Rinkeby i Sverige.

Når det gjelder hvor «spesielle» tilbud til eldre innvandrere bør være, ligger det en viss spenning som også fremkommer i samtale med personell i omsorgstjenestene. Mens noen understreker betydningen av kulturforståelse og nyanserte tilnærminger på den bakgrunn, legger andre vekt på at individuell tilnærming gir et godt utgangspunkt fordi den forutsetter at en setter personens behov i høysetet. Da må en også bygge på forståelse for kulturell og religiøs bakgrunn. Utgangspunktet er at brukeren trenger hjelp og at hjelpeapparatet skal bistå med konkrete oppgaver i stell og behandling. Et sentralt spørsmål ved en slik tilnærming blir: Hva trenger man å vite for å kunne gi individuelt tilpassede tjenester for mennesker fra ulike kulturer?

Personell som arbeider med tilbud til eldre innvandrere understreker ofte vilje og interesse for å lære om og av dem de møter. Det blir derfor mer snakk om en orientering og en tilnæringsmåte enn forhåndsbestemte oppfatninger. Det blir spørsmål om kunnskap som kan bidra til at en unngår grove feil og misforståelser og at en stiller seg åpen.

I kontakt med de kommunale omsorgstjenester i Norge blir betydningen av forebyggende arbeid og informasjon til alle brukergrupper hyppigere nevnt enn særskilte tilbud i bolig og institusjon. Dette blir parallelt til å skille informasjon fra tilbud, slik Mortensen & Mortensen (2005) diskuterer. Også atskilte tilbud under samme tak, kan sees som varianter av dette. Det blir viktig å følge opp og vurdere både tilbud og etterspørsel hos ulike brukergrupper og i kontakt med innvandreres egne organisasjoner.

Som det understrekes i St.meld. nr. 25 (2005–06) forutsetter utviklingen individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov. Samtidig understrekes det i

meldingen at dette ikke bør føre til nye former for særomsorg for ulike grupper (s. 31).

8.8 Kulturmøter og kvalifisering av personell

Vi snakker ofte om kulturmøter, men som Grete Brochmann (2006, s. 63) understreker, er det mennesker som møtes, ikke kulturer. I dette møtet ligger en mulighet for gjensidig bekreftelse når en går inn for å forstå den andre part. Når omsorgstjenestene skal imøtekomme brukernes behov, blir relasjonen og møtet mellom den som gir og den som mottar omsorg, avgjørende. Det har vært mange diskusjoner om omsorgsbegrepet og om betydningen av å gi omsorg på en måte som gjør den god å motta. Selv om hvert møte krever en form for gjensidighet, har personalet mest ansvar for å sette seg inn i den andres situasjon. Når det dreier seg om omsorgstjenester, knyttes omsorg mest til det arbeidet som utføres. Omsorgsbegrepet kan likevel ikke løsrives fra idealet om omtanke og til relasjonen mellom tjenesteyter og mottaker. «Kvalitativt gode tjenester må derfor formidle omsorg både gjennom handling og holdning» (St.meld. nr. 25, 2005–2006, s. 39).

Den som er avhengig av andres hjelp vil ofte være i en sårbar posisjon. I det enkelte møtet viser relasjonen om hjelperen kan forstå den andre og klarer å ivareta respekt for mottakerens verdighet. Når det dreier seg om møte med mennesker som har helt forskjellig bakgrunn og erfaringer, blir utfordringen ekstra stor.

Det vises ofte til behov for kulturkunnskap. Tseng (2003) understreker at en intellektuell forståelse ikke er nok. Han påpeker betydningen av følelsesmessig innlevelse og empati. I vår sammenheng har fokus mest vært på omsorgstjenester for eldre innvandrere og hvordan deres behov kan bli møtt innenfor det norske hjelpeapparatet. De spørsmål som har vært mest diskutert når det gjelder personell og brukere av omsorgstjenesten, gjelder kommunikasjonsvansker på grunn av språk og kulturforståelse. Samtidig viser internasjonale studier at etniske minoriteter ofte er overrepresentert blant personalet, mens majoritetsbefolkningen er overrepresentert blant brukerne (Berdes 2001, Prester 2003).

Også i Norge blir arbeidsplasser i økende grad flerkulturelle. En oversikt fra Oslo kommune viser at det er mange med innvandrerbakgrunn i omsorgsyrkene. (Aalandslid 2006). Dette gjelder ikke minst i pleie- og omsorgssektoren (Seeberg & Dahle, 2005, Seeberg 2007). Ved sykehjem i Oslo er

det flere ansatte enn brukere med etnisk minoritetsbakgrunn. Det legges i noen grad vekt på å lette kommunikasjonen ved å «matche» personell og brukere.

I prosjektet «Arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren: Kjønn, klasse og etnisitet» har Seeberg & Dahle (2005) undersøkt hvordan ansatte med innvandrerbakgrunn inkluderes i arbeidsmiljøet. På et sykehus som ble undersøkt utgjør ansatte med minoritetsetnisk bakgrunn et mindretall, og forskerne hevder at «norsk bakgrunn et konkurransefortrinn i seg selv». På et bo- og behandlingssenter som inngikk i undersøkelsen, var ansatte med minoritetsetnisk bakgrunn i flertall og de fant «ingen tendenser til etnisk stigmatisering». Sammensetningen av pasientgruppene på de to institusjonene viste motsatt mønster av sammensetningen av ansatte. Forfatterne diskuterer hvordan arbeidsorganisering, arbeidsrelasjoner og hierarkidannelser påvirkes av at ansatte med innvandrerbakgrunn rekrutteres inn i denne sektoren. Seeberg (2007) diskuterer disse temaene videre og setter fokus på sentrale spørsmål som man kjenner igjen fra omsorgstjenesten. Et viktig spørsmål gjelder økende krav og nyorganisering. Det kan være krevende å håndtere forskjellighet samtidig med at forandringer og ny offentlig styring (New public management) innføres. Mange kan spørre seg: «Hvor mye tid kan man bruke på å ta hensyn til ulike typer forskjellighet blant de ansatte, når hele institusjonen er under et konstant press for å innfri krav til kostnadseffektivitet?» Seeberg snur på dette og spør: «Hvor lang tid kan vi utsette å sette arbeidsplassen i stand til å gjøre effektivt bruk av den samlede individuelle kompetansen, til fordel for alle – både ansatte, ledere og pasienter/beboere/brukere?» (Seeberg 2007, s. 123). I den sykehjemsenheten vi har vært i kontakt med, arbeides det aktivt med disse spørsmålene, men en må regne med at dette varierer mellom institusjoner.

Når etnisitet brukes til å lage grove kategorier av «oss» (etnisk norske) og «de andre» (resten av verdens befolkning), blir mange *andre forskjeller* enn etnisitet borte. Det samme gjelder *likheter* på tvers av etnisitet. I pleie- og omsorgstjenesten er det mange som understreker at de behandler folk likt uavhengig av bakgrunn. Dette kan ha forskjellig betydning. Det kan være en fare for at man da ignorerer forskjeller. Både for brukere og ansatte kan det føre til at det enkelte individ ikke blir sett. Som også Seeberg understreker, kan såkalt lik behandling tilsløre ulikheter og «tilsløring av ulikhet skaper ikke menneskeverd». Det blir både et leder-ansvar og et ansvar for den

enkelte å ivareta forskjellighet og mangfold. En kan snakke om et mangfoldsarbeid, med oppfølging fra ledelsen og ansvarliggjøring av de ansatte. Mangfoldsarbeid må foregå på alle nivåer i organisasjonen. Det gjelder rekruttering og ansettelser, kompetanse og kompetanseheving for hele staben og inkludering av forskjellighet som kompetanse (Seeberg 2007, 128).

Diskriminering og virkemidler mot diskriminering i arbeidslivet er et viktig tema også når det gjelder etnisitet. I vårt prosjekt har ikke det vært i fokus, men det er nyttig å tenke over situasjonen og virkemidler slik at «det flerkulturelle» ikke bare betyr at det er mange med innvandrerbakgrunn på det laveste nivå i organisasjonen. En kan skille mellom diagnostiske, avhjelpende og tilretteleggende virkemidler. (Craig 2005, Seeberg 2007). Først gjelder det å kartlegge ansattegruppens sammensetning ut fra stillingstype, stillingsandel, fast/midlertidig, lønn og etnisitet. Her er det altså ikke bare snakk om å telle opp hvor mange med innvandrerbakgrunn som er ansatt, men å se på deres betingelser og plassering i organisasjonen. Avhjelpende tiltak kan gjelde tiltak for å rekruttere underrepresenterte grupper, opplæring, etablering av nettverk og fadderordninger som bidrar til inkludering. Tilretteleggende virkemidler kan omfatte handlingsplaner der en konkretiserer mål, hva som skal gjøres og når (Seeberg 2007). Uten at dette uten videre er så klart systematisert, er flere av informantene i pleie- omsorgstjenestene inne på slike virkemidler når det gjelder inkludering i og tilrettelegging av arbeidsmiljøet. Det blir viktig å være oppmerksom på hvor i organisasjonene innvandrere arbeider og hvordan det flerkulturelle gjenspeiles i arbeidsmiljøet og institusjonslivet.

Språk og språkopplæring

Med mange ulike språk og kulturer representert blir norsk den felles språklige plattform for personell med ulik minoritetsbakgrunn. Dette er ikke til foretrekkelig for å anerkjenne forskjellighet og arbeide for å få til «gode matcher» mellom ansatte og brukere med samme språkbakgrunn. I praksis må imidlertid ansatte med ulike opprinnessspråk kunne kommunisere seg imellom og med brukere og pårørende som kommer fra helt andre språkgrupper og kulturer. Det legges ofte vekt på norskkunnskapenes betydning for at personell skal kunne kommunisere godt med norske brukere. Dette er viktig å ta på alvor, men en må også ta i betraktning at det kan bli enda vanskeligere å få til en nyansert kommunikasjon der ansatte, brukere og

pårørende har forskjellig språk- og kulturbakgrunn og må utveksle erfaringer og informere hverandre gjennom norsk som fellesspråk. Da vil de merke betydningen av å ha et godt ordforråd for å kunne fange opp nyanser og finne alternative formuleringer. Språk er et sentralt tema i pleie- og omsorgstjenesten. Mange av informantene legger stor vekt på at ansatte får god språkopplæring. Dette kan være eksempel på tiltak som på den ene siden kan «skille ut» innvandrere som gruppe og understreke at de trenger «noe spesielt». Samtidig blir det feil å skulle late som det ikke er forskjeller i norsk-kunnskap eller at disse forskjellene er uten betydning. Norsk blir arbeidsspråket og en felles plattform som bør være solid nok til at det ikke skapes unødige barrierer. Samtidig er det ikke noen enkelt definisjon på hva som er «godt nok». I et omsorgsyrke er kommunikasjon (både verbal og non-verbal) av største betydning i forhold til brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Dette må anerkjennes også på den måten at alle ansatte legger vekt på å forstå og gjøre seg forstått overfor brukere som ikke kommuniserer på norsk. Da blir det også spørsmål om tolketjeneste og eventuelt andre virkemidler som plansjer og lister med sentrale stikkord på vedkommendes språk. Kommunikasjon og det å skape best mulige betingelser for gjensidig forståelse og kontakt, blir derfor et overordnet mål og en utfordring for alle uansett etnisk bakgrunn. Dette målet er nært knyttet til kompetanseutvikling og kulturkunnskap.

Kompetanseutvikling og kulturkunnskap

Kompetanseutvikling dreier seg både om felles opplæringstilbud på arbeidsplassen og om at den enkelte medarbeider – også ansatte med etnisk minoritetsbakgrunn – får mulighet til formell utdanning og videreutdanning på sitt fagfelt. Her vil permisjonsordninger, handlingsplaner og oppfølging fra arbeidsplassen, være viktige virkemidler.

Fagmøter og undervisning for alle ansatte i enheten kan virke samlende og styrke en personalgruppe, særlig når dette kombineres med diskusjoner der deltakerne kan komme til orde og reflektere sammen for å oppklare misforståelser og planlegge nye tilnæringsmåter. Team og samarbeidsmøter kan bidra i samme retning. Når det er mennesker med ulik språk- og kulturbakgrunn i gruppen, kan det bidra til en skjerping på kommunikasjon og tydeliggjøring av budskap som kommer alle til gode. Når en ikke uten videre kan regne med en umiddelbar forståelse, kan en tvinges til å bli mer bevisst

egne implisitte forutsetninger og begrunnelser for handlinger. På den måten kan en multietnisk gruppe av ansatte være hverandres beste hjelpere til å stille spørsmål og være åpne for ulike tilnæringsmåter i forhold til brukere. Ansatte i omsorgstjenesten forteller ofte at de blir vant til et flerkulturelt miljø på arbeidsplassen og at dette er til hjelp for dem i forhold til brukere. En viktig faktor kan nettopp være å være åpen i forhold til forskjeller. I tillegg kommer spesifikk kulturkunnskap. Har en arbeidskolleger som representerer andre religioner og kulturer får en kanskje vite om viktige høytider og vanlige normer, eller en kan spørre når en er usikker. Der det er ansatte som har samme bakgrunn som en bruker, kan vedkommende ofte bidra i den språklige og kulturelle oversettelsen.

Det er positive erfaringer med egne møter for ansatte der det er temaer knyttet til ulike kulturer, religioner og tradisjoner. Det er nyttig og hyggelig når dette kombineres med en sammenkomst med tradisjonsmat og kulturinnslag. For en flerkulturell personalgruppe som høster erfaring med et større mangfold blant brukere, er dette en spennende måte å møtes på og lære om blant annet norske, indiske og somaliske tradisjoner.

Kulturkunnskap er et av de temaer det uttrykkes stor interesse for i omsorgssektoren (Ingebretsen & Romøren 2005). Ansatte er spesielt opptatt av kunnskap som gjør at de kan få innblikk i vanlig skikk og bruk og spesifikk kunnskap om tradisjoner, normer og holdninger som kan bidra til god tilrettelegging av omsorgen. Eksempler fra praksis gjelder i forhold til religion, mat og kjønnsroller. Selv om ansatte vil vise respekt for ønsket om at muslimske kvinner ikke blir stelt av mannlige pleiere, kan det by på problemer i praksis og det kan oppstå dilemmaer med hensyn til «hvor viktig» et ønske er for den enkelte bruker og hvordan dette ønsket skal prioriteres i forhold til andre ønsker og hensyn i brukergruppen. Et eksempel der det oppstod spørsmål om hva som var rimelige forventninger, gjaldt et muslimsk hjem hvor mannen trengte hjelp. Da de ba om at det kun kom kvinnelige hjelpere hjem til dem, skjønnte ikke de ansatte hvorfor og ba om en begrunnelse. Den gikk ut på at dette var av hensyn til mannens kone, som måtte tildekke seg hvis det kom en mannlig hjelper i huset. Denne begrunnelsen skapte diskusjon. Hvor langt skal hjelpeapparatet strekke seg i dette tilfellet? Skal en ta hensyn til kona slik at hun kunne opptre fritt og utvungent i eget hjem, uten å kle seg med tanke på at en mannlig pleier kan komme? Noen i personalgruppen mener at dette er å gå altfor langt i

«skreddersøm» og tilrettelegging. I dette tilfellet hjalp det når en forstod hvor viktig det var for henne å fremtre verdig og at manglende tildekking i menns nærvær ble forbundet med skyld. Likevel blir det for personalet en vurdering og prioritering av ulike hensyn i en presset hverdag med mange hensyn og behov. Da kan kulturkunnskap, samtaler og veiledning, være nyttige rettesnorer for å forstå de viktigste imperativene i ulike kulturer og religioner og unngå de verste tabbene. Det er rimelig at det etterlyses rettesnorer for hvordan en best kan forholde seg i forhold til mennesker med ulik kulturbakgrunn. En kan ha nytte av litteratur som tar utgangspunkt i ulike kulturelle tradisjoner og oppfatninger (Hanssen 2005). Samtidig er det vanskelig å gi oppskrifter på dette området. Det er så forskjellige former for forskjellighet og individualitet, og ulike situasjoner å forholde seg til. I Oslo kommune er det planlagt å utarbeide en veileder med tanke på planlegging og praksis. Ut over en viss basiskunnskap, er praksis med mulighet til veiledning og refleksjon trolig det viktigste virkemidlet i en personalgruppe.

8.9 Oppsummering

I dette kapitlet har vi drøftet en rekke spørsmål om eldre innvandreres tilgang til og forbruk av omsorgstjenester. Dårligere helse, levekår og manglende ressurser i forhold til å orientere seg i samfunnet, vil påvirke behov for og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester.

Psykisk helse og demens blant eldre innvandrere er et område som bør vies økt oppmerksomhet. Ansatte i omsorgstjenesten møter ofte sammensatte problemer. Det er ikke nok kunnskap om hvor mange som sliter med psykiske problemer i sin migrasjonstilværelse. Savn og bekymringer for fremtiden er en del av dette bildet.

Når det gjelder eldre innvandreres bruk av familieomsorg eller offentlige tjenester, er det en erfaring at mange innvandrere får familiehjelp, men ikke alle har familie og familiemønstre er under endring. En må regne med en kombinasjon av formelle og uformelle tjenester og tilbud. Selv om det blant mange ikke-vestlige innvandrere er tradisjoner og kultur for familieomsorg, kan dette endres gjennom tilpasning til nye forhold. Dette er et område der det kan være spenninger innad i familien og der ulike synspunkter vil gjøre seg gjeldene også i samfunnsdebatten. Et sentralt tema gjelder omsorgslønn. Det blir viktig å være lydhør for de ulike etniske minoriteters egne behov og

vurderinger. Ansatte på sin side må forholde seg til rammer for tildeling av tjenester.

Ved preferanse for tjenester ellers er såkalt fritt brukervalg et aktuelt tema. Når det gjelder eldre innvandrere, finnes det ikke forskning som viser erfaringer med ulike leverandører av tjenester. I Norge er det for tidlig å uttale seg om dette spørsmålet. For at det skal være snakk om reelt brukervalg, må *informasjon* om brukervalg bli gitt på brukernes språk og på måter de kan forstå. Det mangler foreløpig. På sikt er det aktuelt med en nordisk undersøkelse om bruk av omsorgstjenestene generelt og fritt brukervalg spesielt. Brukerperspektiv og myndiggjøring med fokus på Eldres opplevelser og erfaringer bør stå sentralt i fremtidig forskning på feltet.

Når det gjelder satsning på generelle eller spesielle tilbud til eldre innvandrere, er hovedspørsmålet hvordan en best kan ivareta og respektere innvandrernes kultur. I internasjonal litteratur er dette drøftet ut fra begrepet kulturell identitet. En må spørre seg hva som er de viktigste kulturelle kjennetegn og verdier for den enkelte, og hvordan disse blir bekreftet gjennom ulike former for tilretteleggelse av tilbud og tjenester. I Sverige er det flere eksempler på spesielt tilrettelagte bo- og dagtilbud. I Norge er det foreløpig få eldre ikke-vestlige innvandrere i institusjon, men det vil være aktuelt å følge utviklingen og vurdere alternative tilbud ut fra ulike brukergrupperes behov og i kontakt med innvandreres egne organisasjoner.

Det er økt fokus på møteplasser for eldre innvandrere. Det er relevant å se disse tilbudene i sammenheng med informasjon, men møteplassene har i tillegg en rekke funksjoner når det gjelder aktivitet, fellesskap, motvirking av ensomhet og myndiggjøring. I handlingsplanen til Statens seniorråd (2005) påpekes spesielt at tilbudet ved seniorsentre også må tilpasses eldre med innvandrerbakgrunn. En konklusjon er at kulturforskjeller kan skape usikkerhet, men samtidig åpne for spennende erfaringsutveksling til felles berikelse.

Kvalifisering av personalet er et sentralt tema. På arbeidsplasser med mange ansatte med minoritetsetnisk bakgrunn kan mangfoldet stimulere interessen og legge et grunnlag som kommer minoritetsetniske brukere til gode, men dette fordrer en aktiv personalpolitikk, faglige diskusjoner og åpenhet i forhold til forskjellighet. Et minoritetsperspektiv krever bevissthet om den kultur som ligger til grunn for praksis og det tjenestetilbud som er utviklet i majoritetsbefolkningen. På landsbasis vil det rimeligvis være begrenset erfaring med slik kulturutveksling. Thyli et al. (2007) finner også

at det kan være mange praktiske vansker og savn av kunnskap hos ansatte. Dette er derfor et viktig satsningsområde i fremtiden.

De ansatte som har blitt intervjuet i denne undersøkelsen utgjør et skjevt utvalg på den måten at de er hentet fra kommuner med relativt mange eldre innvandrere og ofte utgjør spesielt interesserte i staben. Det var nyttig i denne sammenheng, men det gir ikke grunnlag for generaliseringer. I noen grad har vi i denne undersøkelsen støtt på ildsjeler som løfter fram innvandreres situasjon og arbeider for å utvikle adekvate tilbud. Deres arbeidsmåter kan danne modell og være til inspirasjon for andre, samtidig er det viktig å understreke at ansvaret for tilbud om likeverdig behandling bør forankres på systemplan. Det blir sårbart dersom en skal være avhengig av noen få enkeltpersoner.

Samtaler med representanter for pleie- og omsorgstjenesten i kommuner og bydeler med mange eldre innvandrere viser at noen forteller at de ikke «tenker så mye på etnisk bakgrunn». Dette er ikke uttrykk for at de gir blaffen. De er interessert både i personen og kulturen. Det virker som de ser mange sider ved personene og personens livssituasjon. Det er ikke nødvendigvis slik at etnisitet trer sterkest fram til enhver tid. Dette er interessant å se i forhold til Brochmanns diskusjon av integrasjon. «Hvis et mål på integrasjon skal være at forskjelligheten ikke skal være i fokus hele tiden – at likegyldighet i forhold til etnisk opphav på sett og vis skal innhente feltet – er det utvilsomt et stykke igjen» (Brochmann 2006, s. 140). Likevel tyder personalets uttalelser på at vi også er et stykke på vei!

9 Omsorgstjenester for eldre med innvandrerbakgrunn – oppsummering og forslag til oppfølging

9.1 Innledning

Utgangspunktet for denne rapporten har vært spørsmål om hvordan en kan bidra til at eldre innvandrere i Norge får god omsorg. Dette spørsmålet er forankret i ønsket om å imøtekomme nye brukergrupper slik det også kommer til uttrykk i offentlige dokumenter.

I sin diskusjon av «mangfoldssamfunnet» konkluderer Grete Brochmann med at: «Den nye innvandringen har for lengst etablert seg som et sosialt faktum i vest-Europa og i Norge. De som ønsker seg et etnisk homogent samfunn, besverger vinden og lever i verden av i går.» (Brochmann 2006, s. 141). Fortsatt eksisterer det imidlertid motforestillinger når det gjelder betydningen av tilbud og tjenester til eldre innvandrere.

Her vil vi oppsummere kunnskaper og erfaringer så langt. Vi diskuterer også noen strategier for å gjøre tjenester mer tilgjengelige. Mot slutten av kapitlet diskuteres spørsmål om hva vi trenger å vite mer om og forslag til videre oppfølging.

9.2 Kunnskap og erfaringer så langt

Erfaringer fra Norge og det øvrige Norden viser at det vil bli flere eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. De vil i stigende utstrekning også ha behov for pleie- og omsorgstjenester, men vi har begrenset kunnskap om eldre innvandreres livssituasjon og hvordan deres omsorgsbehov blir ivaretatt. Undersøkelser som til nå er foretatt har ofte et begrenset utvalg og dreier seg gjerne om enkeltgrupper.

Det har vært gjort flere studier i Sverige, men de rammes også av kritikken om små og lite representative undersøkelser. Torres (2006) kritiserer bruken av kategorien «eldre innvandrere». Det kan tolkes i retning av at det er en ensartet gruppe. Det blir ofte snakk om at «de» har «spesielle

behov». Forestillinger og myter kan dannes på et spinkelt grunnlag og danne utgangspunkt for feilaktige generaliseringer om forutsetninger og behov.

Det er ulike erfaringer når det gjelder fordeler og ulemper med særtilbud til eldre innvandrere. Mens noen foretrekker slike tilbud, gjør andre det ikke.

Jo, selvfølgelig er det viktig å inkludere alle, men...

Nedenfor tar vi utgangspunkt i noen av de viktigste motforestillingene mot å satse på tilbud til eldre innvandrere. Dette er kommentarer om at «dette kan være interessant og viktig, men...» Det som deretter følger, er ofte: «men det er få av dem..., men de flytter vel hjem igjen..., men familien tar seg vel av dem..., men de vil vel helst være blant sine egne men vi behandler alle likt ...». Om vi savner mer konkret kunnskap om tilrettelegging av omsorgstjenester for eldre innvandrere, vet vi nok til at slike motforestillinger ikke bør bli stående uimotsagt.

Men det er jo så få av dem...

I 2006 hadde i alt 8,3 prosent av befolkningen i Norge innvandrerbakgrunn. I landet totalt er det innvandrere fra 208 land og selvstyrte regioner. Det er stor forskjell på andelen innvandrere i kommunene. Det er en konsentrasjon i og rundt Oslo og større byer, men det er innvandrere bosatt i alle kommuner i Norge. En undersøkelse (basert på tall fra 1. januar 2004) viste at det er minst 200 ikke-vestlige innvandrere over 60 år i 17 kommuner og bydeler i Norge. Dette gjelder Drammen, Kristiansand, Bærum, Trondheim, Bergen, Stavanger og Fredrikstad og ti bydeler i Oslo: Alna, Gamle Oslo, Søndre Nordstrand, Grünerløkka, Stovner, Østensjø, Sagene, Grorud, Frogner og Bjerke.

I Drammen, Kristiansand, Bærum, Trondheim, Bergen, Stavanger og Fredrikstad, utgjør eldre innvandrere en forholdsvis liten andel av eldrebefolkningen – to til fire prosent av de over 60 år og én til to prosent av befolkningen 75+.

Alle bydelene i Oslo ligger enten på nivå med, eller betydelig høyere enn de syv andre store kommunene med over 200 ikke-vestlige innvandrere over 60 år når det gjelder andelen innvandrere i eldrebefolkningen. For hele Oslo er andelen 7 prosent av alle over 60 år og 3 prosent av alle over 75 år. Det er store variasjoner mellom bydeler. I bydel Søndre Nordstrand er

andelen innvandrere 27 prosent av alle over 60 år og 13 prosent av alle over 75 år. I Gamle Oslo er tallene henholdsvis 19 prosent og 7 prosent.

Andelen innvandrere utgjør de fleste steder en liten andel av eldrebefolkningen
Innvandrerbefolkningen fra vestlige land har holdt seg stabil, mens den fra ikke-vestlige land har økt. Innvandrerbefolkningen er forholdsvis ung. Fortsatt utgjør personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn kun ca. én prosent av alle eldre over 67 år i Norge (totalt 6415 personer over 67 år). Det er imidlertid større årskull i aldersgruppen 50–59 år.

Alt i alt vil innvandrerbefolkningen i Norge vokse. Det gjelder etter hvert også den eldre delen av den. Prognoser tyder på at innvandrerbefolkningen vil øke forholdsvis raskt og at den eldes. Det er usikkerhet forbundet med slike prognoser, men ut fra et moderat alternativ (se 1.3 foran) vil det i 2015 være ca. 7700 ikke-vestlige innvandrere over 67 år og 1200 over 80 år. I 2060 vil tallene ut fra en moderat beregning være på vel 90 000 ikke-vestlige innvandrere over 67 år og vel 30 000 over 80 år (SSB, 2005). Mange av dem vil ha levd lenge i Norge.

En kan ikke uten videre slutte fra andelen eldre innvandrere til andelen som kommer til å bruke omsorgstjenestene. På den ene siden er det relativt færre eldre eldre og færre kvinner over 80 blant innvandrere enn i majoritetsbefolkningen. Dette kan tyde på et relativt lavere behov for omsorgstjenester. Likevel er det grunn til å inkludere eldre innvandreres behov i planleggingen og tilrettelegging av tjenester, ikke minst i forebyggende tiltak. Også i dag kan alle norske kommuner få spørsmål om pleie- og omsorgstjenester til mennesker som kommer til landet fra andre deler av verden. Det er mennesker med ulik bakgrunn, ulik botid i landet og med ulike forutsetninger for å kjenne norsk språk, kultur og eldreomsorg. Selv om vi er vant til å regne med at de største omsorgsbehovene oppstår først etter 80 år, kan vi ikke regne med at dette uten videre gjelder for alle etniske minoriteter. For noen grupper kan svekkelse og omsorgsbehov melde seg tidligere. Erfaringer fra forebyggende arbeid viser betydningen av å nå ut med tilbud også til yngre aldersgrupper.

Men de flytter vel hjem igjen ...

Tilbakeflytting må sees i forhold til bakgrunnen for å komme til Norge og situasjonen i opphavslandet. Situasjonen vil derfor være forskjellig for ulike

minoriteter. Flyktninger vil være i en spesiell situasjon. Mange som kom til Norge gjennom arbeidsinnvandring, blant annet fra Pakistan, hadde planer om å tjene penger her noen år før de dro hjem igjen (Moen 2005). Mange har imidlertid blitt boende i Norge, og over tid har røttene blitt styrket av familiegjenforeninger og utvikling av familienettverk i Norge. Det kan bli dilemmaer mellom et ønske om å bosette seg i hjemlandet på sine eldre dager og å opprettholde nær kontakt med barn og barnebarn i Norge. Drømmen om å reise hjem igjen blir ofte blitt betegnet som en myte (myth of return).

I de senere år har økt mobilitet og globalisering ført til økt flytting også i eldre år. Warnes & Williams (2006) diskuterer samspill mellom migrasjon og aldring og peker på den store variasjonen i migrasjonsgruppene. Hovedskillet går mellom arbeidsmigranter, arbeidsmigranter som vender hjem og pensjoneringsmigrasjon. Det er påpekt at det er en selvforsterkende forbindelse mellom migrasjon og turisme (Williams et al. 2000). Norske pensjonister i Spania er et eksempel på det. De vektlegger ofte klima og levekostnader som grunn til å flytte fra Norge (Helset, Lauvli og Sandlie 2004). Slike argumenter, sammen med tilhørighet, vil kunne gjelde for eldre fra etniske minoriteter i Norge. Ikke-vestlige innvandrere som er godt etablert i Norge, har påpekt at de på grunn av lavere kostnader i opprinnelseslandet har mulighet til å etablere seg og lønne hjelpere der. Det kan også være en mulighet for etnisk norske å dra dit. Dette vil da kunne bli en kombinasjon av arbeidsmigranter som vender hjem og pensjonistmigrasjon. Det blir ikke lenger så entydig hvor «hjemme» er.

Det kan stilles spørsmål om mange av de som er på reisefot i eldre år vil komme tilbake til Norge dersom de får omfattende behov for hjelp. Dette spørsmålet gjelder både etnisk norske i utlandet og nordmenn fra etniske minoriteter. Dette må sees i sammenheng både med familietilknytning og hjelpeapparat i Norge. Det er vanskelig å slå fast hvilke konsekvenser reise- og flyttemønstrene vil få for bruk av pleie- og omsorgstjenester i fremtiden. Allerede nå merkes det imidlertid at det er stor mobilitet. Erfaringer fra omsorgstjenestene er at noen eldre innvandrere ofte er på reise til hjemlandet eller er hos barn og slektninger som er bosatt andre steder. Det blir derfor ofte snakk om en transnasjonal tilpasning eller livsstil, der de har mulighet til både å styrke båndene til familie og venner i hjemlandet, og å bo større eller mindre deler av tiden hos barn og familiemedlemmer i andre land (Danielsen, Moen og Helset 2004, Warnes & Williams 2006).

En slik mobilitet kan stille ekstra krav til dialog mellom brukere, familie og hjelpeapparatet. Brukeren kan oppleve usikkerhet om oppfølging, og det kan oppstå frustrasjon og uforutsigbarhet i hjelpeapparatet. Samtidig kan en ikke ta for gitt at det alltid foregår en langtidsplanlegging eller at et opplegg for et familiemedlem er utslagsgivende for familiens beslutning om hvor de befinner seg til enhver tid.

En transnasjonal tilpasning kan ha mange konsekvenser som en ikke uten videre kan legge til grunn for planlegging. Blant annet kan ønsket om å begraves i hjemlandet tolkes som uttrykk for en transnasjonal tilpasning og tilhørighet til hjemstedet. Blant eldre pakistanere er det fortsatt slik at de fleste ønsker å bli begravet i Pakistan. Det er opprettet begravelserfond og etablert kontakt med begravelserbyråer som har spesialisert seg på dette. (Døving 2000). Dette viser at mange blir i Norge til de dør. Det viser kanskje også at de ikke har slått helt rot her i landet, men at drømmen om hjemreise først kan realiseres når de er døde (Moen 2005).

Konsekvenser for helsevesenet og pleie- og omsorgstjenestene blir at en må bestrebe seg på å sikre verdighet og omsorg livet ut; inkludert omsorg for pårørende og respekt for ritualer knyttet til dødsfallet og stell av døde.

Når det gjelder eldre innvandrere generelt, må pleie- og omsorgstjenestene være forberedt på at brukergruppen vil være preget av mangfold. Noen brukere vil ha bodd lenge her i landet, og mange vil være godt kjent med norsk språk og kultur. Etnisk norske har også etter hvert fått mer kunnskap om etablerte minoritetsgrupper og deres kultur. Samtidig må vi regne med nye minoriteter. Noen kommer til landet som eldre, kanskje etter dramatiske omstendigheter i hjemlandet, uten returbillett og henvist til den omsorgen hjelpeapparatet har å tilby. Fleksibilitet og tilpasning til nye brukergrupper er derfor ikke noe en kan gjøre en gang for alle. Det fordrer en kontinuerlig prosess der dialog med brukerne blir viktige forutsetninger for å kunne forstå og møte deres behov. Her står også brukerperspektiv og brukermedvirkning sentralt.

Men familien tar seg vel av «dem»

Det snakkes ofte om familieomsorg for eldre innvandrere som om alle skulle være del av en storfamilie. Det er ikke tilfelle. Noen har kommet til landet alene og er uten familie og nettverk. En fjerdedel av innvandrere over 64 år bor alene og knapt en fjerdedel bor i husholdninger med mer enn tre

personer. Det er ellers store forskjeller mellom innvandrere fra ulike land når det gjelder bomønster. Selv fra land som Pakistan og India er det et mindretall (15 %) som bor i flergenerasjonsfamilier. De kan likevel ha mye kontakt med familien. Det betyr mye for eldre innvandrere å bo nær sine barn (Blom 1998, Songur 1999). Selv om det kan foregå mye hjelp og utveksling av tjenester mellom familiemedlemmer uten at de bor sammen, vil det likevel vanskeliggjøre hjelp og tilsyn ved omfattende hjelpebehov. Med økt alder og hjelpebehov vil derfor etterspørselen etter offentlige omsorgstjenester rimeligvis øke.

Når det er snakk om eldre ikke-vestlige innvandrere vises det ofte til tradisjoner og religiøse og kulturelle normer for generasjonskontakt og omsorgsutveksling. På den ene siden kan noen av disse normene bli ytterligere styrket gjennom migrasjon og forpliktelser ved f.eks. familiegjengforening. På den annen side tales det stadig oftere om at også innvandrere blir påvirket av norsk levesett og velferdsordninger.

Allerede fra 1990-årene advares det i den norske litteraturen mot å gå ut fra at alle innvandrere har mulighet til å ta vare på de eldre i familien (Birkeland 1991, Thoner 1997). Dette inntrykket styrkes av erfaringer fra nordiske og internasjonale undersøkelser. Sudha & Mutran (1999) konkluderer med at heller enn å sette kulturelle (preferanse for familieomsorg) og strukturelle faktorer opp mot hverandre må en se på hvordan de samvarierer. Med strukturelle faktorer menes her forhold som økonomi, diskriminering, barrierer når det gjelder tilgang på tjenester og at en er lite kjent med systemet. Samspill mellom disse faktorene vil forklare mer av den etniske variasjonen.

Ved preferanser for familieomsorg må en ta i betraktning at det er store variasjoner i familiesituasjonen. Hvis man bygger på forutsetninger om en familieomsorg som ikke finnes heller enn å satse på tilbud om offentlige tjenester, blir dette feilslått.

Det kan være tradisjoner for og ønske om familieomsorg uten at det alltid er realistisk å få til. Moen (2002) viser at institusjonsomsorg betraktes som en «nødløsning» både blant pakistanske eldre og deres barn. Hun understreker at mange eldre, spesielt kvinner, har opplevd uønskede brudd med hjemlandet. «De lever med savn og hjemlengsel og hva vi kan kalle kulturelle tap. Det beste livet får de innenfor en pakistansk kulturell og religiøs ramme i Norge og i Pakistan med kjente vaner og tradisjoner.» (Moen 2005, s. 86).

Likevel er erfaringen at flere begynner å stille spørsmål ved hvor langt omsorgen for den eldre generasjon strekker seg. Familiemønstre er under endring.

Samtidig vil selve migrasjonserfaringen, særlig for de som innvandrer i eldre år, representere ekstra utfordringer for pårørende. Forssell (2004) beskriver hvordan pårørende som tar hånd om sine eldre etter migrasjon ofte prøver å ivareta familiefølelsen ved å ivareta omsorgstradisjoner og beskytte den eldre mot de forandringer migrasjonen skaper. De kan gjøre dette på ulike måter og kanskje annerledes enn hva de ville ha gjort i opphavslandet, men de uskrevene lover og normer om gjensidighet gjør seg ofte gjeldende i vurderingene.

Det viser seg imidlertid at når tradisjon og religiøs forankring setter familiesolidaritet høyt, kan brudd på disse forventningene føre til skam, skuffelse og motsetninger (Songur 1999).

Etter hvert gir flere eldre innvandrere selv uttrykk for at de må regne med å flytte på institusjon dersom de blir pleietrengende (Magnussen & Johannesson 2005). Aalandslid (2005) peker på at antallet av eldre innvandrere vil øke i tiden framover, og at «en ikke kan gå ut i fra at denne gruppens omsorgsbehov vil bli dekket av familien i Norge på samme måte som det ville skjedd i hjemlandet» (2005: 147). Dette vil få store konsekvenser for behovet for offentlige pleie- og omsorgstjenester.

De oversikter som finnes over eldre innvandrere i institusjon (Data fra Oslo kommune) viser at få bor i sykehjem. Dette må sees i forhold til at det er få over 80 år. I tillegg styrker intervjuer med ansatte i hjemmetjenestene inntrykket av at mange familier strekker seg langt når det gjelder å gi omsorg til pleietrengende eldre – også til personer som tilfredsstill kriteriene for institusjonsomsorg. Samtidig er det gode eksempler på samarbeid mellom familien og hjelpeapparatet. Som vist i Danmark (Mortensen & Mortensen) kan kombinasjonen av offentlig- og familieomsorg bidra til økt trivsel blant eldre innvandrere. En slik kombinasjon av familieomsorg og offentlige tjenester som er vanlig for norske, foregår og kan forventes å bli mer alminnelig også blant etniske minoriteter i Norge. Også Forssell (2004) peker på betydningen av samspillet mellom formell og uformell omsorg. Heller enn å se familien som den eneste kilden til hjelp, blir det derfor om å gjøre å ivareta brukerperspektiv og en familieorientert tilnærming, der en er våken både for den enkeltes og familiens behov og legger vekt på samarbeid mellom familien og omsorgstjenesten.

Omsorgslønn til pårørende kan betraktes som en formalisering av uformell omsorg. Samtidig er flere av informantene fra hjelpeapparatet inne på at dette kan gå ut over arbeid og utdanning. Forsell (2004) er inne på at de som yter mye familieomsorg synes å delta mindre i arbeidslivet. Også ansatte i omsorgstjenesten kan oppleve dilemmaer knyttet til dette, særlig når det gjelder konsekvenser for kvinners og ungdommers utdanning og deltakelse i arbeidslivet.

Men de vil vel helst være blant sine egne ...

Når en skiller mellom «vi» og «de andre» er det en fare for at en overser variasjoner og forskjellighet i andre-gruppen. Sett fra dette «vi-et» kan alle puttes i samme innvandrers-boks uten at dette innebærer at innvandrere nødvendigvis identifiserer seg med hele denne gruppen. Under betegnelsen innvandrere finner vi mennesker med helt ulike språk, landbakgrunn, kultur og religion. Fra den enkeltes ståsted er det derfor rimeligvis mange innvandrere de ikke uten videre identifiserer seg med.

Svaret på *hvem* som er «ens egne», er ikke entydig. Ulikheter i religiøs tilknytning og politisk oppfatning kan skape splittelser blant landsmenn. Det vil også kunne være ulike språk og store forskjeller mellom folk som kommer fra by og land og med ulik sosioøkonomisk bakgrunn.

Erfaringer fra internasjonale undersøkelser (Sasson 2001) viser at etnisk identitet ikke er entydig. Det er store variasjoner innad i de enkelte grupper med hensyn til levested og hvor mye de er preget av kulturene i sitt opphavsland og nye hjemland. Dette vil også prege deres ønsker om tilpassning av tjenester og tilbud.

Et annet viktig spørsmål er *hvordan* en skal være sammen med sine egne og hvordan en evt. skal være sammen med eller atskilt fra majoritetsbefolkningen. De fleste mennesker setter pris på kontakt med og bekreftelse fra likesinnede uten at de dermed ønsker å skape barrierer i forhold til andre deler av befolkningen og uten at en nødvendigvis bare søker en type kontakter. Hvordan blir dette når det gjelder spesialtilbud til innvandrere? Det er delte oppfatninger om dette.

Sverige var tidlig ute med å etablere spesielle omsorgstilbud for innvandrere fra Finland, men også til iranere, jøder og grekere. Tanken om egne boenheter eller korridorer for eldre innvandrere bygger gjerne på oppfatninger om at det gir, trygghet, bekreftelse og trivsel.

Selv om det ikke dreier seg om innvandrere fra fjerne strøk er det høstet viktige erfaringer med tilbud til eldre finner bosatt i Sverige. Mye omtalt er den såkalte «finske korridor» ved Alvsjöhemmet (Ronström 1996), der målet er at de eldre innvandrerne skal kunne leve uten den daglige påminnelsen om at de er innvandrere og tilhører en annen språkgruppe. Dette kan være særlig viktig for personer med demens. Ved demens blir gjerne morsmålet bevart lengst, slik at de også kan bli ekstra avhengige av sitt opprinnelige språkmiljø. Ekman (1993) konkluderer med at kommunikasjon på pasienters eget språk er viktig i bestrebelsene på å opprettholde best mulig funksjonsnivå og integritet ved demens.

Kjente fysiske omgivelser og gjenstander, musikk og annet som hører til den opprinnelig kulturbakgrunn vil også kunne være bidrag til opprettholdelse av identitet og integritet. Selv om dette kan være ekstra avgjørende i en demensutvikling, vil en kulturelt tilpasset omsorgstjeneste som tar hensyn til språk og bakgrunn være viktig for å sikre kontinuitet, trygghet og fellesskap for alle eldre (Heikkilä 2004).

Et flerkulturelt dagtilbud i Rinkeby og et jødisk sykehjem i Stockholm er eksempler på tilbud som ble tidlig omtalt i litteraturen. Det er i tillegg utviklet en rekke dagtilbud for eldre innvandrere i Sverige. Det er positive erfaringer med dagsenter virksomhet for eldre immigranter fra Iran. Det vises til at et aktivitetsprogram på dagsenteret hadde positiv effekt på deltakernes velvære og helse. Det blir konkludert med at en forutsetning for at helsefremmende tiltak skal lykkes, er at de baseres på gruppens virkelighetsoppfatning, verdisyn og mønstre for sosial interaksjon (Emami et al. 2000).

I Norge er det et eget aldershjem og sykehjem for jøder tilknyttet det Mosaiske trossamfunn. Noen enkeltpersoner og representanter fra innvandrersorganisasjoner har også tatt til orde for utvikling av spesielle boenheter eller korridorer for eldre innvandrere på kulturelt eller religiøst grunnlag. Moen (2005) er inne på at egne avdelinger i etablerte sykehjem og med tospråklig personale kan være en god løsning for mange pakistanske eldre.

Hun understreker imidlertid at eldre med minoritetsetnisk bakgrunn har ulike behov. I tillegg til å ha ulike bakgrunner, har de ulike tilpasninger i Norge. Noen vil ikke ha vansker med delta eller bo sammen med folk som snakker norsk eller har norske vaner, mens det for andre vil være vanskelig. Hva som blir en naturlig livsform vil blant annet bli preget av hvor sentralt deres religiøs praksis er for den enkelte.

Egne boenheter i sykehjem forutsetter en geografisk konsentrasjon av eldre med samme kulturbakgrunn. Undersøkelsen fra Oslo viser at det pr i dag kun er ca. 40 eldre ikke-vestlige innvandrere på sykehjem totalt i Oslo. Den største gruppen er pakistanere, men det er som regel bare to–tre innvandrere ved hver institusjon. De fleste foretrekker å komme til et sykehjem i nærmiljøet og nær familien, så det vil lett bli konkurrerende hensyn. Med så lav etterspørsel synes det pr. i dag å være lite grunnlag for egne enheter. Uansett kan det være nyttig å ha løpende diskusjoner med innvandrersorganisasjoner, religiøse organisasjoner og kommuner med tanke på planlegging og tilrettelegging av tilbud og tjenester til eldre. Erfaringene så langt tyder på at det er ulike behov og ulike vurderinger av særtilbud. Ikke alle innvandrere foretrekker egne boenheter (Johansson 2003).

Det er også prinsipielle betraktninger knyttet til segregerte tilbud. I Norden er slike tilbud som nevnt mest utviklet i Sverige. I Danmark argumenterer Mortensen og Mortensen (2005) for at man mest mulig bør gi tilbud til eldre innvandrere som en del av det generelle omsorgstilbudet. Med bakgrunn i internasjonale erfaringer er det ikke entydige resultater når det gjelder om generelle eller etnisk spesifikke tilbud fungerer best.

I institusjonsomsorg er det (kapittel 6) vist til internasjonale erfaringer med to typer botilbud for eldre innvandrere. Det ene er spesielle enheter for ulike minoritetsgrupper, mens den andre løsningen er multikulturelle sentre.

Et eksempel på utvikling av spesielle enheter gjelder sykehjemmet Victor Gallarcz-Hause i Frankfurt der det er en egen enhet for tyrkiske innvandrere med tyrkisktalende personell. Det legges vekt på ivaretagelse av mattradisjoner og religiøse og kulturelle normer og felles feiringer med andre enheter på sykehjemmet (Bychowski 2007). Om enn på en annen arena (forebyggende tiltak) er dette en parallell til spesielle tilbud for innvandrere ved eldresentre i Norge.

Et annet eksempel er fra Nederland som har en stor og sammensatt gruppe eldre innvandrere. har lang erfaring med en sammensatt gruppe innvandrere fra tidligere kolonier og andre land. Det ble vanskelig å skreddersy egne tilbud og boenheter for hver gruppe. Sykehjemmet De Schildershoek er et multikulturelle sykehjem med brukere og ansatte fra hele verden. En video fra sykehjemmet viser mangfoldet i brukergruppen og arbeidsmåter (<http://www.schildershoek.nl/>). Jan Booij diskuterer «interculturalization» som en prosess for å gjøre organisasjoner mer kultursensitive. Dette

innebærer å være oppmerksom på og anerkjenne både kulturelle forskjeller og individuell identitet. (Booij 2006). Kultursensitiv omsorg betyr å anerkjenne den enkeltes individualitet og samarbeide med familien. Medbestemmelse og deltakelse blir viktige forutsetninger. Det anbefales at personalet gjenspeiler sammensetningen blant beboere.

Også ansatte i omsorgstjenesten her i landet peker på betydningen av individuell tilnærming til brukerne, og at en er lydhør og spørrende overfor forskjellige kulturuttrykk. Her kan multikulturelle arbeidsmiljøer bidra til å bane vei for kultursensitiv tilnærming overfor brukere.

Ved drøfting og planlegging av lignende tilbud i Norge blir det viktig å inkludere innvandreres egen organisasjoner. God bemanning med mulighet til å følge opp tradisjoner, aktiviteter og etnisk mat, samt mulighet til å ta seg av den enkelte blir sentrale forutsetninger for å lykkes. Diskusjoner innad i personalgruppen og organisering av tilbudet til enheter ved en større institusjon der både beboere og ansatte kan ha møtepunkter med andre enheter, kan bidra til å forhindre at det negative stempelet som ofte beskrives for segregerte tilbud i utenlandske undersøkelser.

Når det gjelder forebyggende tiltak og informasjonsformidling er det en rekke eksempler på at det er nyttig å etablere møtesteder og målrette tilbud mot brukergrupper som har noen av de samme behovene og som ikke uten videre kan nyttiggjøre seg informasjon på majoritetsspråket. Selv om en anerkjenner forskjellighet blant innvandrere kan det være viktige fellestrekk når det gjelder opplevelse av informasjonsbehov og språklige og kulturelle barrierer.

Erfaringer fra eldresentre i Norge viser at det er ofte behov for spesielle tilbud, og at disse kan være vanskelig å integrere fullt ut. En må tenke langsiktig. Et viktig spørsmål er hvor villige etnisk norske eldre er til å inkludere. Det å ha en felles møteplass kan uansett åpne for kontaktmuligheter. Det bygges ut flere slike tilbud i Oslo. Det er også etablert andre møtesteder utenom eldresentrene. Et eksempel er Norsk Folkehjelps ressurs- og aktivitetssenter (Foras). Det er nytt et tiltak for innvandrere over 45 år med vekt på trim, kosthold og informasjonsmøter (<http://www.folkehjelp.no/>)

I hjemmetjenesten er det vist til at det på tross av språkproblemer kan være delte oppfatninger når det gjelder ønske om tospråklig personell (Linne 2005, Grbic 2002).

Intervjuer med ansatte i omsorgstjenesten viser at de forsøker å bruke personell med samme språkbakgrunn som bruker så langt det går, men at ansatte – både etnisk norske og personell med minoritetsbakgrunn – må kunne hjelpe mennesker med ulike språkbakgrunn og kommunisere på tvers av språkgrensene. Tolketjeneste og ansatte med samme språk blir så trukket inn ved behov.

Men vi behandler alle likt ...

Spørsmålet om «likebehandling» kan gjelde på ulike nivåer og områder. Her har vi vært mest opptatt av tjenestenes tilgjengelighet og av utformingen av tjenestetilbudet.

En forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg tilbud er at en vet om dem og forstår hva de går ut på. Kommunikasjon underveis er nødvendig for å kunne ha innflytelse på tilbudet.

Et eksempel på at den samme informasjonen (på norsk) ikke gir alle brukere like valgmuligheter gjelder ved såkalt fritt brukervalg ved praktisk bistand i hjemmet. Så lenge det ikke foreligger skriftlig materiale på annet språk enn norsk, er ikke valgmuligheten reell. Likeverdig behandling kan innebære forskjellighet. Når folk behandles likt uavhengig av om de trenger ulike tilnærming, har de ikke samme nytte av tilbudet. Det kan være snakk om en diskriminering på systemplan, uten at den enkelte medarbeider har til hensikt å opptre diskriminerende.

Det vil være mange paralleller i de utfordringer ulike deler av hjelpeapparatet står overfor når det gjelder å bedre tilbudet til de som trenger det i innvandrerbefolkningen.

Det utvalget som nylig har kommet med rapporten «psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» oppsummerer utfordringer og foreslår satsing på tre innsatsområder for å få til en positiv endring: 1) levekår, 2) offentlige tjenester og 3) økt toleranse, åpenhet og kunnskap i minoritetsmiljøer (Jareg 2007). Disse områdene blir nedenfor beskrevet og kommentert ut fra erfaringer når det gjelder omsorgstjenester for eldre innvandrere.

Levekår

Uansett om hovedfokus er psykisk helse i innvandrerbefolkningen generelt eller trivsel og velvære blant eldre innvandrere, må dette sees i forhold til sosiale og økonomiske forskjeller og praksis som kan virke diskriminerende.

Når utvalget foreslår tiltak for å bedre situasjonene når det gjelder arbeid/aktivitet, bolig og diskriminering berører dette livssituasjonen for flere generasjoner. Forslag til tiltak gjelder f.eks. forskning for å kartlegge og gi kunnskap om hvilke rutiner og metoder i offentlige helse- og sosialtjenester som har en diskriminerende konsekvens. Et annet tiltak er at språket må forenkles i offentlige dokumenter/brev. Dette er områder av stor betydning også for omsorgstjenester for eldre innvandrere. Vansker med å forstå det språk som benyttes er en viktig hindring for å nyttiggjøre seg tjenester.

Offentlige tjenester

Når det gjelder offentlige tjenester er det mange likheter i de erfaringer som kommer fra pleie- og omsorgstjenester for eldre og de synspunkter utvalget gir uttrykk for når det gjelder helsetjenester. Disse momentene og tiltak som foreslås der, vies derfor spesiell oppmerksomhet i teksten nedenfor.

Økt kompetanse hos tjenestene. Utvalget mener at tjenesteapparatet ikke har god nok kompetanse til å gi et likeverdig tilbud til alle uansett etnisk bakgrunn. Det gode arbeidet som gjøres blir lett tilfeldig og avhengig av ildsjeler. Det foreslår en rekke områder der det trengs økt kunnskap. Områder som også nevnes innen omsorgstjenestene gjelder f.eks. oppdatert kunnskap om land og kulturer, om helseproblemer og sykdomsforståelse. Felles for tjenestene er også behov for kunnskap om å arbeide med tolk, kunnskap om at minoritetspasienter kan ha en annen hjelpsøkende atferd enn pasienter fra majoritetsbefolkningen og at tjenestene må organiseres på en annen måte for å bli tilgjengelige og kunnskap om strategier for å gjøre tjenestene kjent og tilgjengelige for minoritetsbefolkninger (s. 42). Av tiltak for å øke kompetansen foreslås blant annet brukerundersøkelser, brukermedvirkning, rekruttering av kvalifisert personell fra minoritetsbefolkningen, møteplasser med minoritetene forgjensidig utveksling av kunnskap og kunnskap om minoritetshelse. I tillegg til kunnskap i hjelpeapparatet foreslås tiltak for å *bedre tilgjengelighet til tjenestene og spre kompetanse* blant annet gjennom en innvandrerhelseportal, veiledningstelefon for ansatte i tjenestene og anerkjennelse av kunnskap ervervet gjennom praktisk erfaring.

Når det gjelder *arbeidsmetoder* understrekes betydningen av et bevisst minoritetsperspektiv. Dette krever holdningsendringer og fleksibilitet hos ansatte med oppsøkende virksomhet og samarbeid med frivillige virksomheter for å nå fram til innvandrere (s. 44).

Tjenestene må samarbeide med andre miljøer enn det de er vant til for å fremme informasjon, åpenhet og tilgjengelighet for dem som har behov for hjelp (Jareg 2007, s 46).

Det vises til verktøy som allerede er utarbeidet, f.eks. Mangfoldsspeilet (www.mangfold.no), der det er en spørreundersøkelse om i hvilke grad en virksomhet preges av mangfold når det gjelder informasjon, opplæring og ledelse.

Refusjonsordninger og produksjonskrav kan stå i veien for gode tilbud til etniske minoriteter. De kan også virke inn på arbeidsmiljøet. Dette kan virke ekstra negativt der det er mange med minoritetsbakgrunn som kan stille krav til tidsbruk. Det anbefales gjennomgang av ordninger og undersøkelser av effekter.

Utvalget viser til at det er en systematisk svikt i bruk av individuell plan og bruk av tolk og at dette går ut over samarbeidet og den enkeltes helse. Blant forslag til tiltak er at offentlige tjenester må bli bedre når det gjelder brukermedvirkning fra pasienter og klienter med minoritetsbakgrunn, at alle må få tilbud om individuell plan, at lovverket må bli mer tydelig med hensyn til i hvilke situasjoner det skal brukes tolk, og at alle tjenesteytere må ha kompetanse i å arbeide med tolk.

Det kan på noen områder være behov for *utvidelse av eksisterende tjenester* fordi noen grupper av innvandrere har spesielle behov og ellers ikke vil få det tilbudet de trenger. Et tiltak kan være spesialtilbud for alvorlig traumatiserte.

Åpenhet og kunnskap i innvandrer miljøer

Når det gjelder det tredje innsatsområdet med *åpenhet og kunnskap i innvandrer miljøer* knyttes tiltak til arbeid med å endre tabuer knyttet til psykiske lidelser og som hindrer folk i å søke hjelp. Det foreslås å utvikle lavterskel-tilbud som en flerspråklig telefontjeneste ved Mental Helse, og en rekke andre tiltak som kan virke forebyggende og spre kunnskap. Eldres situasjon tas ikke opp spesielt i denne rapporten om psykisk helse. I de innsatsområder som er løftet fram i utvalgets rapport er det mange paralleller til tjenester innen eldreomsorg. Det hersker mange tabuer og motforestillinger om å søke hjelp når det gjelder demens, og det er behov for kunnskapsformidling både om spesielle sykdommer og tjenestetilbud. Det kan være behov for familieorienterte tilbud og kontakt med brukere – både eldre selv og pårørende er viktige bidrag til å sikre utvikling og tilpasning av tjenester.

En konklusjon på dette området er at like eller likeverdige pleie- og omsorgstjenester har klare paralleller til andre former for tjenester og tilbud til innvandrere. Når det gjelder psykisk helse påpeker utvalget bak rapporten «Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» at likeverdige tjenester betyr at tjenestene skal tilpasse seg brukerne slik at de mottar tjenester av samme kvalitet uavhengig av etniske, kulturelle og språklige forskjeller. «Gjennom å behandle individer likt når de trenger ulik tilnærming eller behandling, kommer noen systematisk dårligere ut av det, selv om dette er utilsiktet» (Jareg 2007, s. 28). Det kan bety oppsøkende virksomhet heller enn innkalling til samtale og det kan være nødvendig med tolk eller to-språklig helsearbeider.

9.3 Hvordan gjøre tjenestene mer tilgjengelige

Vi har i denne rapporten drøftet mange sider ved å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for eldre innvandrere. Om eldre benytter seg av tilgjengelige tjenester bestemmes av en rekke faktorer i tillegg til behov (McCaslin 1988, Yeatts et al. 1992). I litteraturen har det ofte blitt lagt mer vekt på beskrivelse av barrierer enn på strategier for å overkomme barrierene. Dette gjelder også i stor grad eldre innvandreres forhold til hjelpeapparatet. Nedenfor vil vi ta utgangspunkt i en modell som kan virke klargjørende for å se sammenhengen mellom barrierer for hjelpsøking og strategier for å nedbygge hindre og bygge bro mellom potensielle brukere og hjelpeapparat. Bruk av denne modellen vil samtidig bidra til å oppsummere mange av de momenter som har vært nevnt i rapporten på en systematisk måte.

Andersons artikkel (1968) «The basic Conceptual Framework for Service Use» har blitt mye referert. Anderson bygget på en enkel årsaksmodell med tre hovedgrupper av faktorer som forklarer tjenestebruk: a) Predisponerende forhold (bakgrunn, psykologiske/ sosiologiske og demografiske forhold kan bidra til å sannsynliggjøre servicebruk, 2) forhold som setter en i stand til å nyttiggjøre seg hjelp (enabling factors) som transport, opplevd tilgjengelighet til tjenesten og støtte (nettverk/familie) til å få tilgang på eksisterende tjenester og 3) opplevd behov for tjenester (perceived need factors). Forskning på 1980-tallet viste til opplevd behov som mest avgjørende for bruk av service. Denne modellen er videreutviklet (Yeatts et al. 1992) med tanke på områder hjelpeapparatet kan gjøre noe med for å møte brukeres behov. Det er tre hovedområder en potensiell bruker må

forholde seg til for å nyttiggjøre seg en tjeneste: 1) kunnskap om tjenesten, 2) tilgang (access) og 3) beslutning om å bruke tjenesten.

Under 1) har det vært mest lagt vekt på kunnskapsbarrierer når det gjelder kjennskap til tjenesten og hvordan man skal søke å gå frem for å få hjelp.

Det skiller mellom tre typer barrierer for 2) tilgang/tilgjengelighet: a) ytre barrierer som avstand, skyss og fysisk tilgjengelighet, b) kostnader og c) tilbudenes omfang – hvis servicen mangler eller er sterkt begrenset vil det gå ut over etterspørsel.

Når det gjelder 3) beslutning (intent) vises det til potensielle klienters vilje og interesse for å nytte tilbudet. Dette avhenger av hvilken a) appell tilbudet har, b) kulturelle forskjeller mellom potensielle og aktive klienter eller mellom de som gir tjenester og potensielle brukere og c) negative holdninger til å motta hjelp.

Alle disse områdene nevnes også i den norske debatten, men faktorene blir sjelden drøftet i sammenheng. Ikke minst vil det være nyttig å oppsummere hva som gjøres og kan gjøres ut fra de strategier som inngår i modellen når det gjelder å overvinne barrierer.

Strategier for å overkomme barrierer

Yeatts et al. diskuterer strategier for å overkomme barrierer på de ulike områdene.

A) For personer som *ikke er bevisst sitt behov for service*, er nyttige strategier å benytte offentlige media (aviser, radio, brosjyrer) og betydningsfulle andre. I siste tilfelle er det snakk om to trinn: 1. Å identifisere personer som er respektert og som har mulighet til å veilede den enkelte og familien og 2. Få til et samarbeid med slike personer (f.eks. leger og religiøse ledere) og sørge for at de får informasjon om tilgjengelige tjenester.

B) Når det gjelder barrierer som skyldes at *en ikke er oppmerksom på at en tjeneste finnes eller at en ikke vet hvordan en skal kunne få den* nevner Yeatts et al. fire strategier:

1. offentlige media: informasjonsstoff i aviser, gule sider, brosjyrer og nettsider
2. grupper og sosiale samlinger (både med eldre direkte – seniorsentre, kirkesamfunn) og i forhold til yngre i nabolag, familier og andre som kunne videreformidle informasjon

3. bruk av betydningsfulle andre – sosiale nøkkelpersoner
4. bruk av personell som har fått kjennskap til behov og som kan drive informasjonsarbeid og oppsøkende virksomhet.

Norske erfaringer viser at informasjon og kommunale tilbud begynner å bli lagt ut på nett på ulike språk. Det er helseopplysning og stoff om sykdommer på ulike språk på NAKMIs nettside (www.nakmi.no) og leger, seniorveiledere, personell i oppsøkende virksomhet og i hjelpeapparatet ellers blir sentrale informanter.

Når det gjelder barrierer som hindrer folk å *søke hjelp*, er det en nærliggende strategi å gi hjelp til å fylle ut skjemaer, oversette materiell og være oppmerksom på språkproblemer og lese- og skrivevansker.

- C) Strategier for å overvinne barrierer for *tilgjengelighet* er dels å vurdere fysisk tilgjengelighet, det vil si lokalisering av tjenester nær potensielle brukere, eventuelt gjennom satellitter (lokale møtesteder) til større sentre, tenke over tidspunkter, sørge for lett tilgjengelig transport via offentlig transport, frivillige hjelpere som kan kjøre etc.. Det dreier seg også om økonomisk tilgjengelighet, ved at et tilbud blir minst mulig avhengig av den enkeltes økonomi. Samtidig kan det være nødvendig å bygge opp nye tilbud for å svare på behovene til nye brukergrupper.
- D) Når det gjelder barrierer som går på *beslutninger* om å benytte tjenester peker Yeatts et al. på tre områder det kan være behov for strategier knyttet til:
1. at brukere kan føle seg ubekvemme ved å være sammen med personell eller andre brukere som representerer en annen kultur enn dem selv.
 2. at tjenesten som tilbys ikke oppleves som attraktiv eller
 3. negative holdninger til å motta hjelp.

Når det gjelder det første punktet kan strategier være å: a) Skille tilbud av tjenester til minoritetsgrupper fra det øvrige tilbud (ulike steder eller tidspunkter, men være oppmerksom på fare for «utstøting»), b) ha noen med minoritetsbakgrunn representert blant de som yter tjenestene c) ha ansatte som snakker deres språk, d) gjøre andre brukere og tjenesteytere mer sensitive i forhold til det ubehag minoritetsgrupper kan oppleve, e) formidle kunnskap og anerkjennelse om minoritetskulturer og vice versa (mat, vaner, kunsthåndverk, dans), f) arrangere følge- eller fadder- ordninger der nye får følge med en fra egen kultur.

Det kan være viktig å diskutere de strategier en benytter grundig på forhånd og blant annet vurdere i forhold til brukergruppens oppfatninger og hvordan en gitt praksis virker i forhold til diskriminering. Et aktuelt tema ut fra norske forhold er å diskutere hvordan eldresentre kan bli mer åpne for alle brukergrupper.

Hvis et tilbud ikke oppleves attraktivt, kan en bruke samtaler og fokusgrupper for å få frem preferanser blant potensielle brukere. Noen ganger kan det være ønske om å skreddersy tilbud til en etnisk gruppe. Andre ganger dreier det seg om å skape multietniske rom og muligheter for de etniske særpreg, blant annet ved feiringer av høytider og spesielle merkedager.

Strategier for å overkomme negative holdninger til tjenester kan være å skape et hjemmekjent miljø, oppmuntre til å prøve et besøk, gi spesielle tilbud og bruke «trekkplastre» som f.eks. helsekontroller. Ved seniorsentre og møteplasser i Norge brukes kostholdsveiledning, trening og foredrag som slike trekkplastre.

Et hovedpunkt i modellen (Yeatts et al. 1992) er å skille mellom forhold knyttet til kunnskap og informasjon om tjenestene, tjenestenes tilgjengelig og brukernes beslutning om å benytte seg av tjenestene. Det er nyttig å sortere de faktorer som virker inn på bruk av tjenester. Ikke minst når en skal vurdere hvordan tilbud skal treffe brukernes behov best mulig. Når en har kartlagt hvilke barrierer som er de viktigste, er det lettere å planlegge strategier for å overkomme dem. Det kan vært ulike vurderinger av barrierer i forhold til ulike tjenestetilbud og avhengig av etniske grupper, bosted og sosioøkonomiske forhold. Yeatts et al. anbefaler videre forskning, blant annet om effekten av ulike strategier i forhold til ulike typer barrierer. Også for mer praktiske formål vil en slik sortering av barrierer og strategier for å gi hjelp gjøre det ryddigere å arbeide og planlegge tilnæringsmåter.

9.4 Spørsmål om personalkompetanse

Måten brukere blir møtt på er avgjørende for at et tilbud skal være tilgjengelig og tiltalende. Derfor er spørsmålet om ansattes kompetanse og tilnærming til arbeidet avgjørende. Uansett om en utvikler spesielle tilbud eller vil nå eldre innvandrere med generelle tilbud forutsetter det kultursensitivitet. Ansatte må en forholde seg til ulike grader av språkproblemer og tilpasninger til den nye kulturen (Ingebretsen og Romøren 2005). En må være oppmerksom på hvordan kulturbakgrunn har betydning for den enkeltes behov og

måter de kommer til uttrykk på. (Ekblad 1996, Hikoyeda & Wallace 1996, Heikkila og Ekman 2003).

Det etterlyses ofte guider for hvordan man best kan skal forholde seg til mennesker fra fremmede kulturer. En kan ha nytte av litteratur som tar utgangspunkt i ulike kulturelle tradisjoner og hvordan dette nedfeller seg i kulturmøter (Hanssen 2005) Samtidig er det vanskelig å gi oppskrifter på dette området. Det er så forskjellige former for forskjellighet og individualitet, så mange ulike situasjoner som opptrer og som en må forholde seg til. Hvis guider gir overforenklete oppskrifter, kan dette skape barrierer for møter mellom mennesker heller enn å åpne for utveksling. I mange sammenhenger understrekes imidlertid at kunnskap om andre kulturer må kombineres med åpenhet slik at en ikke har forhåndsinnfattede oppfatninger av hva eldre fra etniske minoriteter tenker eller ønsker. Brukt på en slik måte kan guider hjelpe en til å se noen av de viktigste imperativene i ulike kulturer/-religioner og unngå de verste tabbene. I Oslo kommune er det planlagt å utarbeide en veileder der noen sentrale momenter det er viktig å tenke på ved omsorg for eldre i aldersinstitusjoner er med. Dette er ment som momenter å tenke over i planlegging og praksis. Ut over en viss basiskunnskap, vil praksis med mulighet til veiledning og refleksjon kanskje være det viktigste virkemidlet i en personalgruppe.

I Age Concerns Guide «Caring for ethnic Minority Elders» (Alibhai-Brown 1998) poengterer forfatteren at man ikke kan eller må generalisere om enkeltmennesker på bakgrunn av elementær kunnskap fra slike guider. I sjekklisten for å sikre god praksis understrekes at den enkelte er bevisst sine egne holdninger og snakker med andre om situasjoner der en blir ubekvem og usikker. Det er viktig at en ikke blir så redd for å ha fordommer at en unngår å kjenne etter hva en opplever. Dette vil virke distanseskapende. Som det også diskuteres i den norske eldreomsorgen, må en regne med ulikheter i normer mellom grupper. Dette vil blant annet gjelde kjønnsroller og forholdet mellom kvinner og menn. Alibhai-Brown oppfordrer til å diskutere forskjeller, uten at en dermed har rett til å forkaste verdier bare fordi de ikke passer med gjengse oppfatninger. Samtidig advares det mot å lukke øynene for reelle problemer og bortforklare forsømmelser med kulturforskjeller. «Kultur er ikke noen unnskyldning for inhuman atferd» (s. 5). Et sentralt spørsmål gjelder kommunikasjon og at en tar hensyn til den enkeltes verdighet når det gjelder å benytte korrekte måter å henvende seg på, riktig

uttale av navn (selv om det kan være vanskelig) og at en er oppmerksom på ulike normer for kroppsspråk og fysisk kontakt. Det blir viktig å bygge bro over språkbarrierer, bruke god tid, snakke tydelig og eventuelt benytte bilder, hjelpemidler og tolk. En forutsetning for god kommunikasjon er imidlertid at vi anerkjenner vår felles menneskelighet.

Når en er i en sårbar posisjon som hjelpavhengig, blir hjelperne avgjørende for å skape trygghet og forutsigbarhet. Derfor gjelder det å vise lydhørhet og respekt for rutiner for personlig hygiene, matvaner, tro og oppfatninger. En lyttende holdning og interesse blir også avgjørende for å kunne bekrefte den enkeltes erfaringer og livshistorie i den grad de vil og kan fortelle fra sitt liv.

De prinsipper for god omsorg som Age Concerns guide (s. 8) understreker gjelder i forhold til alle eldre. Det dreier seg om å:

- anerkjenne den enkeltes tro og identitet
- arbeide på en ikke-diskriminerende måte
- støtte individets rettigheter og valg
- kommunisere effektivt
- informere og samle viktig informasjon fra pårørende
- ivareta de omsorgstrengendes tillit gjennom respekt for deres synspunkter, rettigheter og konfidensialitet
- utvikle empati

Disse prinsippene for god omsorg kan med fordel sees i sammenheng med signaler fra offisielle styringsdokumenter som omsorgsmeldingen og «og bedre skal det bli».

I Omsorgsmeldingen (2005–2006) poengteres det at «Framtidas brukere vil både bestå av nye generasjoner eldre og yngre tjenestemottakere, som alle vil kreve et mer mangfoldig tjenestetilbud» (s. 10).

Omsorgsplanen fram til 2015 som skisseres i meldingen har fem strategier:

- a) Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- b) Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- c) Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- d) Aktiv omsorg
- e) Partnerskap mellom familie og lokalsamfunn

Med fokus på eldre innvandrere er det viktige oppgaver innenfor alle disse områdene. Vi kan særlig peke på betydningen av forsknings- og utviklingsarbeid for å få økt kunnskap om brukeres bakgrunn og preferanser og forbedre tjenestetilbudet. Behovet for kompetanseheving kan være ekstra stort når det gjelder å kunne møte nye brukergrupper på en god måte. Aktiv omsorg og oppfølging av sosialtjenestelovens formål om å «bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre» blir understreket i meldingen. Hva betyr dette når det gjelder aktivitet og sosiale og kulturelle tiltak på den enkeltes premisser? Meldingen bygger på en samarbeidsmodell, der både det offentlige og familie, lokalsamfunn og frivillighet bidrar i fellesskap. Et viktig spørsmål er: Hvordan kan dette utformes ut fra ulike kulturbakgrunn og tradisjoner samtidig med at en ivaretar interessene både til den enkelte eldre, hensyn til andre familiemedlemmer og samtidig har et sideblikk til samfunnsutviklingen?

9.5 Forslag til praksisfeltet

Pleie- og omsorgstjenestene må forholde seg til et mangfold av brukere og ansatte. Spørsmål om tilpasning av tjenestene er en kontinuerlig prosess. Dialog med brukerne blir viktig for å kunne møte deres behov.

Oversikt

Det skjer en økning i befolkningen av ikkevestlige eldre innvandrere. Det er viktig at de enkelte kommuner og bydeler følger befolkningsutviklingen med tanke på å kunne tilrettelegge tjenestetilbudet også for eldre med innvandrerbakgrunn.

Tilrettelegging

Når en skal tilrettelegge tjenester for ulike brukergrupper, er det nyttig å skille mellom faktorer som kan virke inn på tjenestebruk. Tre hovedfaktorer er: 1) informasjon og kunnskap om tjenestene, 2) tjenestenes tilgjengelighet og 3) brukernes beslutning om å benytte seg av tjenestene. Når en har kartlagt barrierer på disse områdene, er neste skritt å planlegge strategier for å overkomme dem. Det kan vært ulike vurderinger av barrierer i forhold til

ulike tjenestetilbud og avhengig av brukergrupper, bosted og sosioøkonomiske forhold.

1. Informasjon

En forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg tilbud er at en vet om dem, og forstår hva de går ut på. Strategier for å gi informasjon er opplysninger via media, nettsteder og informasjonsmateriell på ulike språk som kan nå målgruppene og deres familier. Like viktig er informasjon til nøkkelpersoner, aktivt informasjonsarbeid og oppsøkende virksomhet. Oversettelse av viktig informasjon, forenkling av språket og aktiv bruk av tolketjeneste er viktige ledd i dette arbeidet.

En nyttig kanal for informasjonsformidling er å etablere *møtesteder* for brukergrupper med innvandrerbakgrunn.

2. Tjenestenes tilgjengelig

Når målet er å tilpasse omsorgstjenestene og utvikle likeverdige tilbud betyr det at tjenestene skal tilpasse seg brukerne slik at de mottar tjenester av samme kvalitet uavhengig av etniske, kulturelle og språklige forskjeller. Likeverdige tilbud kan derfor være forskjellige.

Strategier for å overvinne barrierer for *tilgjengelighet* innebærer å lette fysisk tilgjengelighet, lokalisere tjenestene nær potensielle brukere, tilrettelegge med hensyn til tidspunkter og transport, bruke frivillige hjelpere og eventuelle nye tilbud for å svare på behovene til nye brukergrupper.

3. Brukernes beslutning om å benytte seg av tjenestene

Beslutningen om bruk av tjenester kan knyttes til om brukere føler seg velkomne, om tjenesten som tilbys «passer» og om brukerne har motstand mot å motta hjelp.

På det første punktet er det ulike strategier for å gjøre tilbudene mer brukervennlige ved f.eks. å lage spesielle tilbud til minoritetsgrupper, arrangere fadder- og følgeordninger eller sørge for at det blant ansatte er noen med minoritetsbakgrunn og samme språk. Et virkemiddel er også å gjøre andre brukere og tjenesteytere mer sensitive i forhold til minoritetsgruppers situasjon og formidle kunnskap og anerkjennelse av deres kulturtradisjoner og vaner.

Hvis et tilbud ikke oppleves attraktivt, kan en bruke samtaler og fokusgrupper for å få frem preferanser blant potensielle brukere. Noen ganger kan

det være ønske om å skreddersy tilbud til en etnisk gruppe. Andre ganger dreier det seg om å skape multikulturelle rom og muligheter for kulturelle særpreg, blant annet ved feiringer av høytider og spesielle merkedager.

Strategier for å overkomme negative holdninger til tjenester kan være å skape et hjemmekjent miljø, oppmuntre til å prøve et besøk, gi spesielle tilbud og bruke «trekkplastre» som f.eks. helseopplysning.

Hvilke strategier og virkemidler som er velegnet, vil avhenge av hvilke tjenester og hvilke brukergrupper det dreier seg om. Det er ofte sammensatte problemer som krever fleksible løsninger. Diskusjon av arbeidsmåtene på forhånd bør innbefatte brukergruppenes oppfatninger og hensynet til forholdet mellom majoritets- og minoritetsbefolkningen.

Familieomsorg og offentlig omsorg

Den enkeltes vurdering av offentlige tjenestetilbud avhenger av hvilke alternativer det er når det gjelder familieomsorg. Ikke alle har familie eller mulighet til å få omfattende familieomsorg. Det blir ofte snakk om et samarbeid mellom familien og offentlige omsorgstjenester. Både eldres og pårørendes vurderinger kan gi viktige bidrag til å sikre utvikling og tilpasning av tjenestene.

Generelle eller spesielle tjenester

Det er vanskelig å utlede klare råd med hensyn til utvikling av kulturspesifikke tjenester vs. å gjøre de generelle tjenestene mer kultursensitive. Erfaringene så langt tyder på at det er ulike behov og ulike vurderinger av særtilbud. En må spørre seg hva som er de viktigste kulturelle kjennetegn og verdier for den enkelte, og hvordan disse blir bekreftet gjennom ulike former for tilretteleggelse av tilbud og tjenester. I internasjonal sammenheng er det erfaringer med både kulturspesifikke og multikulturelle tilbud. En tilnæringsmåte er å satse spesielt på informasjon og forebyggende tiltak overfor eldre med innvandrerbakgrunn, mens tjenestene (med tilpasninger) er generelle.

Ansattes kompetanse

Et sentralt punkt i undersøkelser og praktisk arbeid på dette feltet gjelder personalets kompetanse. Å gi likeverdige tilbud krever forståelse og oppdatert

kunnskap om land og kulturer, om helseproblemer og sykdomsforståelse. Felles for tjenestene er også behov for kunnskap om å arbeide med *tolk*.

Virkemidler er kurs, veiledningsmateriell, ressursgrupper, team og veiledningstjeneste for ansatte i tjenestene. Et annet bidrag er å sikre rekruttering av kvalifisert personell fra minoritetsbefolkningen og å skape arenaer for gjensidig utveksling av kunnskap og forståelse i forhold til eldre med innvandrerbakgrunn, deres pårørende og organisasjoner.

Det er ulike former for forskjellighet, likhet og individualitet å forholde seg til. Det er viktig å være oppmerksom på risikoen for overgeneraliseringer. «Guider» for å møte ulike minoriteters behov må kombineres med respekt, åpenhet for å lære underveis, veiledning og samarbeid. Kultursensitivitet og respekt for mangfold krever løpende kommunikasjon med brukerne.

Individuell tilnærming og kulturforståelse

Et minoritetsperspektiv krever bevissthet om den kulturen som ligger til grunn for det tjenestetilbud som er utviklet i majoritetsbefolkningen.

Ansatte som har erfaring med omsorgstjenester for eldre med innvandrerbakgrunn understreker ofte betydningen av individuell tilnærming sammen med kulturkunnskap.

Omsorgstjenestens rammevilkår

Vektlegging av kommunikasjon og individuell tilnærming må sees i sammenheng med tidsbruk og de produksjonskrav som gjelder for tjenestene. For ansatte vanskeligjøres fleksibel tilpasning av stramme rammer.

Multikulturelle arbeidsmiljøer

Det anbefales at personalet gjenspeiler sammensetningen blant brukere. Multikulturelle arbeidsmiljøer kan bane vei for kultursensitiv tilnærming overfor brukere.

Det er viktig å følge opp dette spørsmålet i fremtiden og være i dialog med ulike brukergrupper og deres organisasjoner.

Mangfold på flere nivåer – og helt til slutt

En må være oppmerksom på at ulike former for transnasjonal tilpasning, reise- og flyttemønstrene vil få konsekvenser for bruk av pleie- og omsorgstjenester i fremtiden.

Pleie- og omsorgstjenestene må bestrebe seg på å sikre verdighet og omsorg livet ut; inkludert omsorg for pårørende og respekt for ritualer knyttet til dødsfallet og stell av døde.

9.6 Kunnskapshull og forslag til videre forskning

Bruk av omsorgstjenestene

Det er i Norge og Norden ikke tilstrekkelig kunnskap om bruk av omsorgstjenesten blant eldre med innvandrerbakgrunn. Både i Sverige, Danmark og Norge mangler systematiske registreringer av tjenestebruk i forhold til etnisitet. Når brukerregistreringen IPLOS nå er tatt i bruk i Norge er det i prinsippet mulig for SSB å koble registre og analysere tjenestebruk for ulike brukergrupper ut fra vanlige kriterier for anonymitet.

Brukerperspektiv og myndiggjøring med fokus på eldres opplevelser og erfaringer bør stå sentralt i fremtidig forskning på feltet. Som tidligere nevnt kan brukerperspektivet sees ut fra en *kritisk* tilnærming av de organisatoriske endringene og ulike oppfatninger av kvalitet, slik det anbefales av Vabø (2005). Dette vil blant annet kunne omfatte både private og offentlige tjenester. Det blir viktig å følge denne utviklingen og gjerne foreta nordiske undersøkelser.

I boken «Eldreomsorgsforskning i Norden» diskuterer Højlund (2005) også to andre vinklinger til brukerperspektivet, en fortolkende med fokus på eldrollerollen i et bredt samfunnsperspektiv og en beskrivende, der en legger vekt på empiriske undersøkelser av eldres levekår og brukerundersøkelser.

Når det gjelder eldre innvandrere og deres forhold til omsorgstjenestene blir det i undersøkelser viktig å inkludere også beskrivende og fortolkende innfallsvinkler til deres situasjon i Norge, i familien og i forhold til hjelpeapparatet. Det er aktuelt å studere nærmere eldre innvandreres egne preferanser og erfaring med tjenestene.

Forebyggende arbeid og møteplasser

Det er fortsatt viktige ubesvarte spørsmål når det gjelder å gjøre tilbud tilgjengelige og videreutvikle tilbudene bl.a. gjennom «møteplasser» for eldre innvandrere og ved samarbeid mellom det offentlige og frivillige organisasjoner (inkludert innvandreres egne organisasjoner). Eldresentrene har en nøkkelposisjon i det forebyggende arbeid i kommunene. Ved at tilbud for ulike grupper er under samme tak gis fellesskap. Eldresentrene er også en arena hvor eldres egen innsats etterspørres og hvor det er mulig å utvikle ulike kontaktformer og aktivitetstilbud. Også andre «møteplasser» knyttet til organisasjoner og frivillig arbeid kan være sentrale holdepunkter og bidra til hjelp til selvhjelp. Det er viktige spørsmål når det gjelder rekrutteringsmåter, aktiviteter og hva deltakelse betyr for den enkeltes og fellesskap både innad i minoritetsetniske grupper og i multikulturell sammenheng.

Helseforhold inkludert psykisk helse og demens

Helseforhold blant eldre med innvandrebakgrunn er et område som bør vies økt oppmerksomhet i omsorgstjenestene. Dette gjelder også psykisk helse. Det er ikke nok kunnskap om hvor mange som sliter med depresjoner og problemer i sin migrasjonstilværelse. Savn og bekymringer for fremtiden er en del av dette bildet. Posttraumatiske lidelser kan gjøre seg gjeldende. Demens innebærer en ekstra utfordring når det gjelder diagnostisering, kommunikasjon og tilrettelegging av tilbud for personer med demens og deres familier. Det er behov for videre undersøkelser når det gjelder hvilke helseplager de eldre har og hvordan en etnisk sensitiv omsorgstjeneste bør tilrettelegges slik at den også kan imøtekomme psykiske helseplager. Det kan være en risiko for at de som representerer ulike deler av fagmiljøet for eldre og psykisk helse glemmer å inkludere eldre innvandrere i sine betraktninger og tiltak. Samtidig er det viktig at de som har innvandrere som sitt primære fokus ikke glemmer eldre innvandrere. Utvalget «psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» (Jareg 2007) tar til orde for å kombinere klinisk virksomhet med forskning og formidling.

Prosjektplaner i nær framtid

Som en oppfølging av arbeidet med denne rapporten er det planlagt to prosjekter.

Det ene er en kvalitativ undersøkelse blant eldre innvandrere som er brukere av hjemmetjenester og institusjonsomsorg og deres pårørende. En slik studie vil gi nyttig kunnskap om brukernes behov og av samspillet mellom offentlig omsorg og familieomsorg.

Et annet område vi ønsker å følge opp gjelder møteplasser for eldre med innvandrerbakgrunn og samarbeid med frivillige organisasjoner. Særlig for kvinner kan isolasjon og ensomhet være et problem og føre til at de går glipp av informasjon og kunnskaper som de kan ha nytte av. Et viktig tema er derfor på hvilke måte kvinneorganisasjoner og eldresentre kan være et bidrag til forebyggende helsearbeid for eldre kvinner.

Andre relevante områder

Selv om det her er omsorgstjenesten som står i fokus, er det relevant å se dette feltet i sammenheng med et bredere kunnskapstilfang når det gjelder levekårene til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Nedenfor nevnes eksempler på områder der det er viktig å inkludere et minoritetsperspektiv.

Levekår

Daugstad & Lie (2004) viser i sin forstudie til en på planlagt levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere i Statistisk sentralbyrå. Forskerne påpeker at innvandrere kan ha svært forskjellige oppfatninger av hva som er viktig for å ha et godt liv i Norge og at en ikke bare baserer seg på de tradisjonelle skandinaviske mål for levekår. Det blir interessant å få resultater fra denne undersøkelsen og eventuelt gå videre på noen sentrale problemstillinger knyttet til eldres situasjon gjennom mer kvalitative tilnærminger.

Livsløp

Det har blitt foreslått å lage en parallell til NOVAS NorLAG-undersøkelse, med mulighet til å følge opp større grupper av innvandrere gjennom livsløpet. En slik undersøkelse har imidlertid ikke latt seg realisere foreløpig.

Boligforskning

I Norge er ikke eldre innvandreres situasjon problematisert når det gjelder omsorgsboliger. Forskning om eldre og boliger inkludert omsorgsboliger (Høyland et al. 2006) peker på noen prinsipper om tilgjengelighet, muligheter til aktivitet og fellesarealer som det er viktig å kartlegge nærmere også når det gjelder eldre innvandrere. I et strategisk instituttprogram ved NOVA om

«vanskeligstilte på boligmarkedet» er innvandrere og boligmarkedet et av prosjektene (Gulbrandsen, et al. 2007). Også når det gjelder omsorgsboliger og «fremtidens eldreboliger» (Aspnes 2006) er det relevant å tenke på mangfold i brukergruppene.

Internasjonalt samarbeid og nettverksbygging

Både med tanke på prosjektsamarbeid med komparative studier og erfaringsutveksling om ulike praktiske utforminger av tiltak er det fruktbart med internasjonale nettverk. I vår sammenheng vil vi peke på tre slike nettverk.

Det svenske forskningsrådet för Arbetsliv og Socialvetenskap (FAS) har bevilget midler til nettverket «Foreign-born elderly persons' situation in health care and social service». Dette nettverket er nyttig for vårt arbeid i Norge. Det er mange felles problemstillinger i Norden knyttet til minoritetsbefolkningers bruk av omsorgstjenester. Det er også felles interesse for spørsmål om demens og etnisitet.

European Network on Elderly Care (ENIEC) er et nyetablert nettverk med tanke omsorgstjenester for eldre innvandrere. Målet er å skape en plattform der fagfolk som er opptatt av «intercultural elderly care» kan utveksle erfaringer, etablere samarbeidsprosjekter og bidra til debatt.

European Research Area (EU), har et ERA-net prosjekt (EU) om «Migrant labour in the eldercare sector». Prosjektet er ledet av Oxford institute of ageing, UK, og har deltakere fra 11 europeiske land. I en seminarserie vil en rekke aspekter ved eldreomsorg og migrasjon bli drøftet. Selv om nettverket hovedtema ikke er eldre innvandrere, vil det gi tilgang til sentrale miljøer for forskning om aldring og migrasjon i Europa og kunne bidra til å belyse spørsmål om multietnisk personell.

Internasjonale nettverk og prosjektsamarbeid er svært sentralt på et felt som dreier seg om globalisering og et mangfold både av brukere og tjenesteytere. Mange land allerede har høstet mye erfaring med minoritetsetniske grupper og ulike former for private og offentlige, generelle og spesielt tilrettede omsorgstilbud. Det er en utfordring å bevare vår velferdsmodell og samtidig ivareta fleksibilitet og åpenhet for mangfold.

Summary

A central question is how to give elderly from the majority- and minority populations in Norway equivalent care services. In the project «Care Services for elderly persons with a non-western ethnic minority background» the aim has been to give an overview of the knowledge from research and development on care services to elderly from ethnic minority groups in Norway and other Nordic countries, identify problems and propose further research. The project is financed by the Department of Integration and Diversity, Ministry of Labour and Social Inclusion.

There are many common questions in the Norwegian, Nordic and international research literature in this field. Main topics are: Availability and use of care services; family care vs. formal care services; general services vs. culture-specific or multicultural services; the user's choice and preferences and staffs' competence building.

Questions about the adaptation of care services to meet the needs of elderly with a non-western ethnic minority background are complex and relates to central political and ideological questions as well as to practical everyday-care. The use of care services will depend upon many factors like health, living conditions and resources.

Information is a crucial issue. Elderly with a minority ethnic background represent a great diversity. Some know the majority culture and language and have lived in Norway for years, some have recently arrived, some of them after traumatic experiences in their former homeland. Some live embedded in their families while others live on their own. Care staff often points to the need of an individual approach combined with cultural competence.

We need more research to get more solid knowledge to estimate the use of community care services among elderly with a minority ethnic background as compared to the majority population. Important aspects about the use of services are information, communication, expectations of the care users and how the services fit their needs.

Litteratur

Age+ (2005): Older Migrant Women. Facts, figures, personal stories. An inventory in five EU countries, The Age + Project. Nederlands Platform Ouderen en Europa (www.npoe.nl, www.ageplus.nl)

Ahlberg, N. L. (1991): Traumatiserte flyktninger i eksil. Fra årsak til mening. I *Sykdom, sjel og samfunn. Festskrift for professor Nils Johan Lavik*. Oslo. Pax Forlag. 1991, 117–132.

Ahlberg, N.L. (2000): *No five fingers are alike. What exiled Kurdish women in therapy told me*. Oslo. Solum.

Ahlberg, N.L. (2003): *The Public Gaze of Medicine: Minorities and health care*. Norwegian Centre for Minority Health Research (NAKMI).

Ahlin, B. og M. Albertsson, m.fl. (2005): «Health an consumption of health care and social service among old migrants in Sweden» i *Primary Health Care and Development* 6: 37–45

Albertsson, M. m fl. (2004): Consuming Care and Social Services: Comparisons between Swedish-born Older People and Older People borne outside Sweden» i *British Assosiation of Social Workers*, vol 16 (2): 99-110

Alibhai-Brown, Y. (1998) *Caring for Ethnic Minority Elders*. London: Age Concern.

Amris, S. & Prip, K. (2000): Smerter hos torturofre. Mulige smertemekanismer og behandling.) *Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger*, 10, 1, s. 5–13

Anderson (1968) A behavioral modell for families' use of health services. Research Series no 25. Center of Health Administration Studies, University of Chicago

Anfinnsen, E. (red.) (2006) Demensomsorg i Norden. Kortfattet rapport om prosjektet. Avsluttende konferanse 3. mai 2006

Aroian, K. Wu, B., Tran T.V. (2005) Health care and Social Service Use Among Chinese Immigrant Elders i *Research in Nursing and health*, 28, 95–105

Aspnes, E.H. (2006) Fremtidens eldreboliger. Forprosjekt.SINTEF Helse InnoMed. (www.innomed.no)

Bacal, A. (1996): Åldrande och etnisk identitet bland latinamerikaner i Sverige. I Baluyot, C., M. A.: *Primary nursing health care services and ethnic minority elderly patients*. Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for sykepleievitenskap

- Barth, F. (1969): *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Differences*. Bergen-Oslo: Universitetsforlaget. London: George Allen & Unwin
- Bassett, L. (2003): Etniske minoritetsældre som hjemmehjælpbrugere. Den sociale Kandidatuddannelse ved Aalborg Universitet
- Berdes, C. (2001): Race Relation and caregiving Relationships in *Research on Aging*, 23, nr 1, 109–125
- Bergen kommune (2006): Evaluering av brukervalgsordningen i hjemmetjenestene. AGENDA Utredning & Utvikling AS
- Beveny Appa, E. (2004): Et viktig sikkerhetsnett. Jubileumsmagasin for Engelsborg Eldresenter 50 år– 1954–2004. s. 2
- Birkeland, R. (1990): *Om å bli gammel i et annet land. Kartlegging av eldre innvandrere i Oslo*. Prosjektrapport. Bydelsforvaltningen Gamle Oslo
- Blakemore, K. (2000): Health & social care needs in minority in the communities: an over-problematized issue? in *Health & Social care in the Community* 8, 1, 22–30.
- Blom, S. (2006): Innvandrere i Norge og Danmark: Høyest innvandrerandel i Oslo, men større segregasjon i danske byer. *Samfunnsspeilet*. 20. 4, 33–40.
- Blom, S. og J. Ramm (1998): «Ikke-vestlige innvandreres helse: Ikke flere syke, men når de først blir syke ...» i *Samfunnsspeilet* nr 3, Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Blom, S. (1998): «Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge». Statistisk Sentralbyrå. Rapport 98/16
- Booij (2006): Interculturalization of Care for the Elderly. *Future Age* 2006, mars/april. <http://www.janbooij.nl/>
- Borchgrevink, M. (2001): Fra asken til ilden eller ny livskraft? Flyktningers psykiske helse og norsk politikk og praksis. *Linjer*, 11, 2/2001, Psykososialt senter for flyktninger (nettadr.:www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-2001/ Borchgrevink.hmt)
- Bowes, A. M. og Dar, N.S. (2000): Researching Social Care for Minority Ethnic Older People: Implications of Some Scottish Research» i *British Journal of Social Work* 30, 305–321
- Brochmann, G. (2006): *Hva er Innvandring*. Universitetsforlaget.
- Brotman, S. (2002): The Primacy of family in Elder Care Discourse: Home Care Services to Older Ethnic Women in Canada. in *Journal of Gerontological Social Work*, 38, 3, 19–51
- Brunborg, H. & Texmon, I. (2006): Hvor stor blir innvandrerbefolkningen framover? *Samfunnsspeilet*. 20. 4, 6–16

- Bychowski, U. (2007): Opening of an intercultural nursing home in Germany. The intercultural nursing home center «Victor-Gollancz-Haus» of the «Frankfurter Verband (association)» Presented at the first ENIEC meeting in Copenhagen March 2007. <http://www.eniec.eu>
- Carmel, S. (2001): Subjective evaluation of health in old age: The Role of immigration status and social environment i *Aging and Human development*, vol 53 (2) 91–105
- Clarke, J., Newman, J., Smith, N., Vidler, E. & Westmarland, L. (2007): Creating Citizen-consumers. Changing Publics and changing Public Services. London Sage Publications
- Cohn J., Lyons M., Fink, R. & Marker J.H. (2000): A Case Study in Assessing Ethnically Diverse Community-Based Aging Population: A Multimethod Approach. *American Journal of Medical Quality*, vol 15(4): 157–166
- Committee on Quality of Health Care in America 2001
- Craig, R.L. (2005): Systemic discrimination in employment and the promotion of ethnic equality. R. Craig. Oslo
- Dagsavisen 29.03.06: « Eldre ektefeller blir brukt som pleiere»
- Dahl et al. (2006): Kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 126, 5, 608–10
- Dalgard, O.S. (2005): «Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser» i N. Alhberg, A. Aambø og I Gihle (red): *Utfordringer innen helse og omsorg for minoriteter*. NAKMI's skriftserie nr 1, 25–32
- Danielsen, K., Moen, B. & Helset, A. (2004): Transnasjonale og nasjonale eldre liv. En studie av stedets og hjemmets betydning i eldre år. I Ø. Fuglerud (red.) Andre bilder av «de andre». Transnasjonale liv i Norge. Oslo. Pax Forlag A/S
- Daugstad, G. & Lie, B. (2004): Kvalitativ forstudie til levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere. Statistisk sentralbyrå. Notater 2004/88
- Dawes, T. og G. Thoner (1996): *Aldring og etnisitet*. Ger-Art nr 4/1996, s 3–16
- de Schildershoek. (<http://www.schildershoek.nl/>), KRO Netwerk. Service Centrum «De Werkplaats» (sedewerkplaats@wanadoo.nl)
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. and Kleinman, A. (1996): *World Mental health. Problems and priorities in Low-income Countries*. Oxford: Oxford University Press
- Downs, M. (2000): Dementia in a socio-cultural context: an idea whose time has come. *Aging and Society*, 20, 2000, 369–375

- Døving, C.A. (2000): *Punjab-Oslo-Punjab (eller Klemetsrud?)*. En rapport om begravelserpraksis blant pakistanere i Oslo. Universitetet i Oslo
- Daatland, S.O. (1990): What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1–15
- Daatland, S.O. (1997): Family solidarity, popular opinion and the elderly. *Ageing International*, 1, 51–62
- Daatland, S.O. (2001): Ageing, families and welfare systems. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 16–20
- Daatland, S.O. & K. Herlofson (2003): Lost solidarity or changed solidarity. A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537–560
- Daatland, S.O. & Lowenstein, A. (2005): Intergenerational solidarity and the family–welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2, 174–182
- Daatland, S.O., Guntvedt, O.H. & Slagsvold, B. (red) (2000): *Eldresenteret nå og framover*. NOVA-rapport 17/00
- Ek, N.L. (2006): «Seniorveilederstillingen i Bydel Gamle Oslo». Foredrag holdt på Åpen dag ved Ullevål Universitetssykehus sept. 2006 og i Helse og Velferdsetaten, Oslo Kommune, februar 2007
- Egeblad, C. (2005): «Etniske eldre og ensomhed» i *Alderens Nye Sider*, december 2005
- Eide, W. (2007): Delprosjekt i Stovner eldresenter. I Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune. Rapport 2006. Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter, s. 16–19
- Ekman, S.L. og Heikkilä, K. (2006): *Demens*. SBU-rapport
- Ekman, S.L. (1993): *Monolingual and bilingual Communication between Patients with Dementia Diseases and their Caregivers*. Umeå University Medical Dissertations, new series no 370
- Emami, A., Torres, S., Lipson, J.G., Ekman, S.L. (2000): An ethnographic study of A Day Care Center for Iranian immigrants seniors. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (2), p.169–188
- Emami, A. (2000): «We are deaf, though we hear; we are dumb, though we talk osv. Understanding Iranian Late –in-Life Immigrant`s perception and Experience of Health. Illness and Cultural Appropriate Care». Stockholm: Karolinska Institutet
- Emami, A., Torres, S., Lipson, J.G., Ekman, S.L. (2002): *Health as continuity and balance in life*. Paper 2 i doktoravhandling

- Engelsborg eldrecenter (2006): Årsmelding 2005 (www.bymisjonen.no/engelsborg)
- Eskelinen, L., Hansen, E.B. & Fredriksen, M. (2004): *Fritt valg – erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp*. København: AKF Forlag
- European Network on Elderly Care (ENIEC) <http://www.eniec.eu>
- Fereshteh, A. og L. Tornstam (1996): «De gamla flygande holändarna» i *Sosialmedisinsk tidsskrift* Etnicitet, åldrande och hälsa, årg, 73, nr 7–8
- Flaathen, E. K. (2001): *Norske sykepleiere og eldre innvandrere i en pleiesituasjon. En kvalitativ studie*. Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen. Hovedoppgave i helsefag
- Folkehelseinstituttet (2003): *Helseprofil for Oslo: Eldre*. KS Forskning. Program for storbyrettet forskning
- Forgaard, T.S. (2006): Innvandrerbefolkningen flytter oftere til sentrale strøk. *Samfunnsspeilet*. 20. 4, 23–32
- Forsell, E. (2002): Anhöriga till äldre invandrare med offentlig äldreomsorg. En fallstudie. Sköndalsinstitutet Arbetsrapportserie, nr 28 Ersta Sköndals Högskola
- Forsell, E. (2004): *Skyddandets förnuft. En studie om anhöriga til hjälpbehövande äldre som invandrat sent i livet*. Stockholm. Stockholms Universitet. Institutionen för socialt arbete. Sosialhögskolan, rapport 109–2004
- Garrouette, E.Ma. m. fl. (2004): «Patient Satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults» i *Social Sciences & Medicine* vol 59, s 2233–2244
- Gaunt, D. (2002): Äldre invandrare. I F. Magnússon (red) *Etniska relasjoner i vård och omsorg*. Lund. Studentlitteratur
- Gaunt, D. (1996): «Etnicitet, åldrande och hälsa: introduction till ett nytt forskningsfält» i *Sosialmedisinsk tidsskrift* Etnicitet, åldrande och hälsa, årg, 73, nr 7–8
- Grbic, A. (2002): *Kulturmöten i hemtjänst. En intervjuundersökning med förslag til handlingsplan*. Stockholms läns landsting. Äldreforskning Nordväst FoU-rapport 2. 2002
- Grünfeldt, B. (1999): «Uførepensjonering blant innvandrere i Oslo» i *Tidsskrift for norsk lægeforening*, nr 9: 1147–1150
- Gulbrandsen, L. et al. (2007): Et strategisk instituttprogram for Husbanken: Vanskeligstilte på boligmarkedet – et dynamisk perspektiv. NOVA (<http://www.nova.no/>)
- Hagen, K. og A-B. Djuve (1995): *Skaff meg en jobb* Oslo: FAFO, rapport 184
- Hagen, K., A-B. Djuve og P. Vogt (1994): *Oslo: Den delte byen?* Oslo: FAFO, rapport 161
- Hanssen, I. (1996): *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget

Hauff, E. (1999): Vietnamesiske flyktninger i Norge – Noen refleksjoner i etterkant av et forskningsprosjekt. *Linjer*, 9, 2, (nettadr: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer2-1999/vietnam.htm)

Heikkilä, K. & Ekman, S.I. (2000): Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 11 (4), p. 281– 289

Heikkilä, K. (2004): *The role of ethnicity in care of elderly Finnish immigrants*. Department of Nerotec, Centre of Excellence in Elderly Care Research, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Helset, A., Lauvli, M. & Sandlie, H. C. (2004): Norske pensjonister og norske kommuner i Spania. NOVA Rapport 3/04

Hikoyeda, N. & Wallace, S.P. (2001): Do Ethnic-Specific Long Term Care Facilities Improve Resident quality of Life? Findings from the Japanese American Community. *Journal of gerontological social work*, 36, 1–2: 83–106

Hjalmarson, I. & Norman, E. (2004): Att välja hemtjänst. Stockholm, Sosialstyrelsen

Hjalmarson, I. (2003): Valfrihet i äldreomsorgen – en reform som söker sin form. Et utvärdering av kundvalmodellen i Stockholms stad. Rapport 4, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Hjelm, K. (1998): Migration, *Health and Diabetes mellitus – Studies comparing foreign- and Swedish-born diabetic subjects living in Sweden*. Lund: Studentlitteatur. (Doktorsavhandling).

Holstein, M. B. (1998): Ethics and Alzheimer's Disease: Widening the Lens. *Journal of Clinical Ethics*, 9, nr 1, 13–22

Hood, C. (1991): A public management for all seasons. *Public Administration* 69 (spring)

Hurtig, E. (2006): Eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn ved aldersinstitusjoner i Oslo kommune. Muntlig meddelelse

Hurtig, E. (2007): Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter. Innledning. I Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune. Rapport 2006. Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter

Høyland, K., Østnor, B., Bogen, B. & Kvinge, T. (2006): *Egen bolig også når helsa svikter? Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrequende eldre*. SINTEF/Fafo, desember 2006

Højlund, H. (2005): At give de ældre røst – Tre brugerorienterede tilgange til udvikling i ældresektoren. I M. Szebehely (red.) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt*. TemaNord 2005:508, 113–142

- Ingebretsen, R. (1977): Psychotherapy with the elderly. *Psychotherapy, Research and Practice*, 14, 319–332
- Ingebretsen R. (1998): Ektefeller til mennesker med aldersdemens. Perspektiver på forståelse og intervensjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Temanummer Eldrepsykologi*, 35, nr 8, 746–755
- Ingebretsen, R. & Eriksen, J. (2007): Supporting Family Carers of Older People in Europe – The National Background Report for Norway. EUROFAMCARE. Lit Verlag. (<http://www.uke.uni-hamburg.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=2>)
- Ingebretsen, R. & Guntvedt, O. H. (1993): *Eldresentre på nye veier. Erfaringer fra utviklingsarbeid*. Norsk gerontologisk institutt. NGI-rapport 7-1993
- Ingebretsen, R. & Solem, P.E. (2002): *Aldersdemens i parforhold*. NOVA Rapport 20/02
- Ingebretsen, R. (2003): Demens fra par- og familieperspektiv. *Aldring og livsløp*, 20, 4, 2003
- Ingebretsen, R. (2005): Kulturelt mangfold i omsorgen. *Aldring og livsløp*, 22 (2): 8–13
- Ingebretsen, R. og T-I. Romøren, (2005): *Omsorgstjenester med mangfold*. NOVA-rapport nr 9
- Integrationsforvaltningen, Stockholms stad. (<http://www.integration.su/>)
- IPLOS (<http://www.shdir.no/iplos/>)
- Jackson, J.S., Brown, E., Antonucci, T. & Daatland, S.O. (2005): 'Ethnic diversity in ageing, multicultural societies, in M.L. Johnson (ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press (pp. 476–481)
- Jakobsen, M. & Solberg, Ø. (2002): Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser. Psykososialt senter: Linjer. 12, 1 (www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/1-2002/medikamenter.hmt)
- Jansson, A. (1997): Transkulturell omvårdnad, Hälso- Högskolan i Värmland, rapport nr 3
- Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006): *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. Bergen/Oslo Fagbokforlaget/ NAKMI
- Jareg, K. (2007): Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn. Rådet for psykisk helse. Rapport fra utvalg. (<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=2663/>)
- Jensen, G. (2004): Helse- og sosial service for eldre? Jubileumsmagasin for Engelsborg Eldresenter 50 år – 1954–2004. s. 3

- Johansson, I. (2003): Etnisitet och åldrande är mer än äldre invandrare. FOU-centrum for vård och omsorg, Linköping, FOU-rapport nr 15
- Johansson, L (2006): Dags att kasta ut Beställar- Utförarmodellen i äldreomsorgen!? Demens, 10 1, 17–19
- Johansson, L. (2007): Mångfald i vård och omsorg om äldre i Sverige. Muntlig meddelelse
- Johar, M. (2005): Erfaringer fra sykehjem og eldrecenter. Seminarinnlegg. I Ingebretsen, R. & Rømøren, T.I.(2005): Omsorgstjenester med mangfold. NOVA-rapport 9/05, s. 95–100
- Kale, E. (2006): «Vi tar det vi har». Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreskjemaundersøkelse. Ahlberg, N. (red.) NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 2/ 2006
- Kannick, L. (1997): *Omsorg– til glede eller bekymring. Rapport fra en studie om innvandrerkvinnens omsorgsansvar for eldre slektninger*. Norsk Folkehjelp
- Kleinman, A. & Good, B. (1985): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural psychiatry of Affect and Disorder*. Los Angeles. University of California Press
- Kobayshi, K. (2003): Do Intersections of Diversity Matter? An Exploration of the Relationship Between Identity Markes and Health for Mid-to Later-life Canadians. I *Canadian Ethnic Studies* nr 3, 85–98
- Kommunenes landsforening, Danmark. Database over etniske minoriteter (<http://www.kl.dk/359929/>)
- Kommunenes landsforening, Danmark. (<http://www.kl.dk>)
- Larsen, M.-W. (2007): Delprosjekt i Grünerløkka eldrecenter. I Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune. Rapport 2006. Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter, s. 9–13
- Lavik, N.J., Solberg, Ø. og Varvin, S. (1997): Psykisk helse blant flyktninger. Samspill mellom symptomer, traumatisering og eksil. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 25, 117: 3654–8
- Legge, V. & Westbrook, M. T. (1994): Reports of Health Workers from Six Australian communities on Aged People`s evaluation of Health Service. *Australian Journal on Aging*, 13, 2, 82–86
- Lie, B. (2002): *Innvandring og innvandrere 2002*. Statistisk Sentralbyrå. Statistiske analyser nr. 50

- Ligenercrona, M-H. m.fl. (2002): Mångkulturelle äldreomsorg i Botkyrka kommun. Tre kartläggningar kring äldreomsorgen för personer med utländsk bakgrund i Botkyrkan kommun (28 sider)
- Lill (2001): I Magnusson, F. (red): *Etniska relasjoner i vård och omsorg*. Lund studentlitteatur
- Lindblad, P. & M lgaard (1995): *Hvad med os? Etniske minoriteter – en udfordring i fremtidens äldreomsorg*. Fredrikshavn, Dafolo Forlag
- Linne, S. (2005): «Jag förstår inte hva dom säger».  ldre invandrare i Malmö ber tter om vård och omsorg. Malmö stad, Rapport nr 1
- Lovisenberg Diakonale Sykehus (2002): Etnisitet og Helse. Symposium IV
- Lowenstein, A. & Ogg, J. (2003): OASIS. Old Age and autonomy: The Role of Service System and Intergenerational Family Solidarity. Final Report. Center for Research and Study of Aging, The University of Haifa, Israel. (<http://oasis.haifa.ac.il>)
- Magnussen, G. & Johannesson, I. S. (2005): *Flerkulturell eldreomsorg. Kartleggingsprosjekt av eldre innvandreres ønsker og behov for en god alderdom i Norge*. Kirkens Bymisjon og Norsk folkehjelp
- Mangfoldsspeilet (www.mangfold.no)
- Marwaha, S. & Livingston, G. (2002): Stigma, Racism or Choice. Why do depressed ethnic elders avoid psychiatrists? « i *Journal of Affective Disorders*, 72, 257–265
- McCaslin, R. (1988): Reframing research on service use among the elderly: An analysis of recent findings. *The Gerontologist*, 28, 592–599
- Mertens, H. (2007): Ageing and Ethnicity in Europe. A status on the situation of black and minority older people and future tendencies in a European perspective. Presented at the first ENIEC meeting in Copenhagen March 2007. <http://www.eniec.eu>
- Min, J.W. (2005): Cultural competency: A key to Effective Future Social Work With Racially and Ethnically diverse Elders in *Families in Society*, 86, 3, 347-358.
- Minde, G-T. (1995): *  vi klare oss... En sosiologisk undersøkelse av behov og etterspørsel etter offentlige velferdsordninger hos eldre samer i en flerkulturell kommune*. Hovedoppgave i sosialpolitikk. Universitetet i Tromsø
- Minde, G-T. (1996): Eldre samers behov: Blir de ivaretatt i eldreomsorgen? *Aldring & Eldre* 1996:1, 16–21
- Mirdal, G. M. (2005): Tyrkiske kvinders somatiske klager: Tyve år efter. I *Indvandrermedicin*, 83  rg: 877 –893

- Moen, B. (1993): *Eldre innvandrere i Gamle Oslo*. Norsk gerontologisk institutt, rapport 4–1993
- Moen, B. (2000): *Arbeid for og med eldre fra minoritetsetniske grupper*. Oslo: Norsk Folkehjelp
- Moen, B. (2002a): *Når hjemme er et annet sted. Omsorg for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn*. NOVA Rapport 8/02.
- Moen, B. (2002b): *Eldresenter på ukjent vei. Flerkulturelle møter mellom eldre mennesker*. NOVA Rapport 16/02
- Moen, B. (2003): *Usynlige eldre. Tiltak for mennesker med funksjonshemming fra minoritetsetnisk gruppe*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Fao-skrift 1/2003
- Moen, B. (2005): Omsorg og ansvar for minoritetsetniske eldre. I Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkheim, T. (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag, 84–94
- Mold, F., Fritzpatrick, J.M. & Roberts, J.D. (2005): Minority ethnic elders in care homes: a review of the literature. *Age and Aging* 34, 2:107–113
- Mold, F. m.fl. (2005): «Minority ethnic elders in care homes: A review of the literature», i *Age and Aging* vol 34: 107–113
- Mortensen, G.L. & Mortensen, S.L. (2005): Etniske ældre har brug for en særlig indsats. *Sosial Forskning*, Marts 2005, 83–87
- Mortensen, S.L. og Mortensen, G. L. (2004): Borgerundersøgelse. Pleje- og omsorgsbehovet blandt ældre flygtninge og indvandrere. Århus kommune. Magistratens 3. Afdeling
- Mølland, R. (2004): Vi ser en frivillig i hver gjest. Jubileumsmagasin for Engelsborg Eldresenter 50 år –1954–2004, s. 4
- NAKMI Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse. (www.nakmi.no)
- Nordhus, I.H. & Nielsen, G.H. (1998): Psykologisk behandling i eldre år. Gamle og nye problemstillinger om behov og egnethet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 731–738.
- Norsk Folkehjelps ressurs- og aktivitetssenter (Foras). (<http://www.folkehjelp.no/>)
- Norsk kommuneforbund (1999): *Alderdom i et flerkulturelt samfunn*. Rapport fra dagskonferanse
- Olsson, E. (1999): Från gräns till gemenskap. En identits uppkomst och Möjligheter i ett multietnisk servicehus. I Olsson, E. (red) *Etnicitetens gränser och mångfold*, Stockholm: Carlssons

- Oslo byråd (2002): Byrådssak 232/2002
- Oslo kommune, Helse- og velferdsetaten (2006): Brukerundersøkelse og kartlegging av eldresentrene i Oslo 2006. Rapport september2006
- Oslo kommune: Informasjon om eldresentre på ulike språk ([//www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no](http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no))
- Peterson, L. & Schmidt, M. (2003): Prosjekt fælles sprog. Et forsøg på styrning gjennom ensretning i hjemmeplejen. København. Akademisk Forlag
- Platz, M. (2006): Muntlig meddelelse
- PRAIE (2005): «Delivering Quality Minority Ethnic Elders' Health and Social Care in Europe. (<http://www.praie.org/aboutus.htm>)
- PRAIE (Policy Research Institute on Aging and Ethnicity, United Kingdom) (<http://www.praie.org/aboutus.htm>)
- Prester, R. (2003): Recruiting Immigrants for Long-Term Care Nursing Positions. in *Journal of Aging & Social Policy*, 15, 4 1–19
- RO (2006): Forvaltningsreformer i pleie- og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell Kartlegging foretatt av RO(ressurssenter for omstilling i kommunene) på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratetrapport 2006 (http://www.ro.no/innhold_6.htm)
- Rognerud, M. m.fl. (2000): Disadvantaged Groups in Norway. Rapport 2000: 2, Statens institutt for folkehelse. Norwegian country Report for the EU.
- Ronström, O. (red) (1996A): *Vem skal ta hand om de gamla invandrarna?* *Sosialmedisinsk tidsskrift* Etnisitet, åldrande och hälsa, årg, 73, nr 7–8
- Ronström, O. (1996B): «Äldre invandrare: från teor til praktik» i *Sosialmedisinsk tidsskrift* Etnisitet, åldrande och hälsa, årg, 73, nr 7–8
- Rudic, S. (2007): Delprosjekt i Furuset seniorsenter. I Helse- og velferdsetaten, Oslo kommune. Rapport 2006. Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter, s. 13–16
- Sang Kum Zeo (2003): Tvärkulturelle möten i äldreomsorgen. Exempel från Botkyrka kommun
- Sasson, S. (2001): The Impact of Ethnic Identity upon the Adjustment and Satisfaction of Jewish and African American Residents in a Long-Term Care Facility» i *Social Work in Health Care*, 33, 2: 89–105
- Seeberg, M.L. & Dahle, R. (2005): «Det er kunnskapene mine dere trenger, ikke språket mitt» Etnisitet, kjønn og klasse ved to arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren. NOVA Rapport 24/05

- Seeberg, M.L. (2007): Velferdsstaten møter verden. Arbeidsplasser i endring. Gyldendal Akademisk
- SEEM II «A guide to good Practice in the EU». SEEM prosjektet (Services for Elders from Ethnic Minorities) ([/www.leeds.gov.uk/seem/](http://www.leeds.gov.uk/seem/))
- Silveira, E. m.fl. (2002): Health and well-being among 70-years old migrants living in Sweden, i *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* vol 37: s13–22
- Sjögren, A., A. Rumfors og I. Ramsberg (2000): «*En Bra «svenska». Om språk, kultur och makt.* Stockholm: Mångkulturelt centrum
- Sohn, L. (2004): The Health and Health Status of Older Korean Americans at the 100-year anniversary of Korean Immigration. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, vol 19, sept, 203–219
- Sollors, W. (1989): *The Invention of Ethnicity.* Oxford University Press
- Songür, W. (1999): De äldre invandrararnas hälsa. I Baksi, Kurdo (red): *Invandrare och Hälsa. En antologi Svartvitts förlag* s 75–82
- Socialmedisinsk tidsskrift (1996) 73 årg, hefte 7–8: Etnisitet, åldrande och hälsa. Temahefte
- Sosial- og helsedirektoratet (2005): ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005–2015)
- Statens offentlige utredning (1997): *Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre. Rapport til utredningen om bemötande av äldre, SOU 1997: 76*
- Statens seniorråd (2005): *Ny seniorpolitikk 2005* (http://www.shdir.no/statens_seniorrad/ny_seniorpolitikk/handlingsplanen/)
- Statistisk sentralbyrå (2005): *Framskrivinger av innvandrerbefolkningen.* ([//www.ssb.no/innvfram/tab-2005-12-15-01.html](http://www.ssb.no/innvfram/tab-2005-12-15-01.html))
- Statistisk sentralbyrå (2006): *Innvandrerbefolkningen* (www.ssb.no/innvbef/tab-2006-05-11-06.html)
- Statistisk sentralbyrå (2003): *Blir tidene snart lettere igjen? Samfunnsspeilet* nr 4,
- Stewart, R. og M. Richard (2002): «Surveying older people from minority ethnic groups: An evaluation of a primary care sampling method for UK African-Caribbean elder» i *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol 11, nr 4, 178–183
- Stortingsmelding nr. 50 (1996–1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen.* Sosialdepartementet
- Stortingsmelding nr. 28 (1999–2000): *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene.* Sosialdepartementet

- Stortingsmelding nr. 45 (2002–2003): Betre kvalitet i dei kommunal pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet
- Storingsmelding nr. 49 (2003–2004): *Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Ansvar og frihet*. Kommunal- og regionaldepartementet
- Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet
- Stortingsmelding nr. 20 (2006–2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 6 (2006–2007): *Om seniorpolitikk. Seniorane – ein ressurs i norsk arbeidsliv*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet
- Sudha, S. & Mutran, E. (1999): Ethnicity and Eldercare in *Research on Aging*, 21, 4, 570–594
- Syed, H. og Vangen, S. (2003): Health ang Migration: A review. I Ahlberg, Nora (red): NAKMIs småskriftserie, papers 2
- Szebehely, M. (2005): Nordisk äldreomsorgsforskning – en sammanfattande diskusjon. I Szebehely (red.) *Äldreomsorgsforskning i Norden*. En kunnskapsöversikt. TemaNord 2005:508, 371–388
- Thoner, G. (1997): *Tiltak for eldre innvandrere*. NOVA-rapport 26
- Thyli, B., Athlin, E. & Hedelin, B. (2007): Challenges in community health nursing of old migrant patients in Norway – an exploratory study. *International Journal of Older People Nursing*, Vol 2, Issue 1, pages 45–51
- Torres, S. (2006): «Elderly immigrants in Sweden: «Otherness» Under construction. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol 32, no 8, pp 1341–1358
- Torrres, S. (2001): Understanding «Successful aging»: Cultural and migratory perspectives. Uppsala University. Department of Sociology
- Trumf, N. et al. (2001): Caregiver and Elder experiences of Cambodian, vietnamese, Soviet Jewish, and Ukrainian refugees. *Aging and Human development*, 53 (3) 233–252
- Tseng, W.S. (2003): *Clinician's guide to cultural psychiatry*. San Diego, US Academic Press
- Vabø, M. (2005): New Public Management i nordisk eldreomsorg – hva forskes det på? I M. Szebehely (red.): *Äldreomsorgsforskning i Norden*. En kunnskapsöversikt. TemaNord 2005:508, 73–111
- Vabø, M. (2006): Caring for people or caring for proxy consumers? *European Societies* Vol .8 No 3, 403–422

- Valen-Sendstad, A. & Moen, B. (2006): Etniske minoriteter og demens i Norge. I demensomsorg i Norden. ([http:// helseutdanning.no/nordic/etniske.htm](http://helseutdanning.no/nordic/etniske.htm))
- Valen-Sendstad, A. (2005): Innvandrere og demens. Seminarinnlegg. I Ingebretsen, R. & Romøren, T.I. Omsorgstjenester med mangfold. NOVA-rapport 9/05, s 101–104
- Valle, R., Yamada, A.-M. and Barrio, C. (2004): Ethnic differences in social network help-seeking strategies among Latino and Euro-American dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 8, 6: 535–543
- Varvin, S. (1999): Hva kan vi vite om ekstreme traumer? Psykososialt senter, *Linjer*.9, 1 (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-1999/traumer.htm)
- Warnes, A. M. & Williams, A. (2006): Older Migrants in Europe: A New Focus for Migration Studies. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol 32, no 8, 1257–1281
- White, P. (2006): Migrant Populations Approaching Old Age: Prospects in Europe. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol 32, no 8, 1283–1300
- Yeatts, D.E., Crow, T. & Folts, E. (1992): Service Use Among low-income Minority Elderly: Strategies for overcoming Barriers. *The Gerontologist*, 32, 24–32
- Ørstadvik, S. (1996): Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang. Oslo. Institutt for sosialforskning Notat 1996:8
- Østby, L. (2002): The demographic characteristics of immigrant population in Norway. Statistisk sentralbyrå 2002/22
- Østby, L. (red.) (2004): *Innvandrere i Norge – Hvem er de, og hvordan går det med dem?* Del I – Demografi. Statistisk sentralbyrås notater, 2004/65. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Østby, L. (2006a): Innvandrere i det norske samfunnet. *Samfunnsspeilet*. 20. 4, 2–5
- Østby, L. (2006b): Hvor stor innvandrerbefolkning har vi egentlig i Norge? *Samfunnsspeilet*. 20. 4, 52–60
- Østby, M. (2001): utfordringer i kultursensitiv terapi. Psykososialt senter: *Linjer*. 11, 2 (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-2001/MarianneOestby.htm)
- Aalandslid, V. (2005): Ikke-vestlige innvandrere. *Seniorer i Norge* (red): Elisabeth Ugreninov, Statistisk sentralbyrå
- Aalandslid, V. (2006): Arbeidstakere ansatt i Oslo kommune etter innvandrerbakgrunn, arbeidssted og næring. 4. kvartal 2004. Muntlig meddelelse

Vedlegg: Verdt å vite

Møteplasser – tilbud som finnes:

I Oslo er Grønland eldresenter et flerkulturelt eldresenter. Også Grünerløkka eldresenter har mange eldre innvandrere som brukere og tilrettelagt tilbud. Det utvikles tilbud ved eldresentrene på Furuset og Stovner.

FORAS som er Norsk Folkehjelps ressurs- og aktivitetssenter har også et møtested og et tilbud for eldre innvandrere i Oslo. Formålet er helseforebyggende tiltak, trening, kurs, opplæring etc. (<http://www.folkehjelp.no/>).

Norsk Folkehjelp [http: \(http://www.folkehjelp.no/\)](http://www.folkehjelp.no/) har informasjonsmøter, driver Norsk Folkehjelps ressurs- og aktivitetssenter (Foras) og har tatt initiativ til å etablere et nettverk om eldre innvandrere, med representanter fra innvandreres egne organisasjoner.

Primærmedisinsk verksted (PMV) er et senter for utvikling av aktiviteter og metoder for helsefremmende arbeid i et flerkulturelt fellesskap. Det legges vekt på en løsningsorientert arbeidsmodell og samarbeid mellom naturlige hjelpere, fagfolk og det offentlige apparatet. Senteret ble opprettet som et prosjekt i Gamle Oslo i 1994. Det eies og drives nå av kirkens Bymisjon, Oslo. (<http://www.kirkensbymisjonoslo.no/>).

Lærings og mestringsentre (LMS) er ment som nøytrale møteplasser mellom ulike grupper, der helsepersonell og brukere kan samarbeide, utveksle erfaringer og lære av hverandre. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom har arrangert kurs om innvandreres situasjon (<http://www.aker.uio.no/LMS/>)

MIRA-senteret er et ressurscenter for innvandrere og flyktningekvinner (www.mirasenteret.no). MIRA-Senterets mål er at det norske samfunnet skal se og bli oppmerksom på innvandrere- og flyktningkvinner og at kvinnene skal synliggjøres i samfunnet og samfunnsdebatten.

Rådet for psykisk helse ([//www.psykiskhelse.no/](http://www.psykiskhelse.no/)) er en humanitær organisasjon som blant annet arbeider for å fremme forskning og fagutvikling og gi opplysning og kunnskap om psykisk helse. Rådet utgir en rekke temahefter, blant annet om minoriteter og psykisk helse Et utvalg har nylig lansert rapporten «Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn».

Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG) på Grønland er et nettverk for psykiske helse i innvandrere og flyktningmiljøene i Norge. (www.ihsg.no)

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)

Målsettingen er å arbeide for et best mulig helsetilbud til minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn gjennom å: fremskaffe, samordne og formidle tverrfaglig kunnskap og kompetanse og legge til rette for utveksling av kunnskap og erfaring mellom forskere, klinikere og brukere ([//www.nakmi.no](http://www.nakmi.no)). I tillegg til informasjon om publikasjoner og prosjekter er det samlet informasjonsmateriell om sentrale spørsmål og sykdommer (herunder demens) på ulike språk. Dette er lett tilgjengelig på nettsiden.

Andre sentrale nettsteder

Arbeids- og inkluderingsdepartementet:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid.html?id=165>

Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene – KIM:

[//www.kim.no/](http://www.kim.no/)

Mangfoldspeilet (www.mangfold.no)