



Omsorg for eldre innvandrere

Samlede prosjekterfaringer

Reidun Ingebretsen

RAPPORT

NR 15/10

Omsorg for eldre innvandrere

Samlede prosjekterfaringer

REIDUN INGEBRETSEN

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring

NOVA Rapport 15/2010

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) 2010
NOVA – Norwegian Social Research
ISBN 978-82-7894-355-7
ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto: © stock.xchng
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

Rapporten har som mål å formidle erfaringer om «Eldre innvandrere – tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet». Dette har vært et satsingsområde for NOVA siden det fra desember 2005 ble opprettet en tidsavgrenset forskerstilling med midler fra Kommunal- og regionaldepartementet. Etter omorganisering i departementene ble stillingen senere knyttet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Integrerings- og mangfoldsavdelingen, der den har blitt fulgt opp fram til avslutning i 2010, i det nåværende Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Vi takker for finansiell støtte og for et konstruktivt samarbeid med våre kontaktpersoner i Integrerings- og mangfoldsavdelingen i denne tiden.

Denne sluttrapporten er bygget på flere delprosjekter som har inngått i satsingen på feltet. Det vises til publikasjoner på de enkelte områder. Som prosjektleder vil jeg benytte anledningen til å takke medarbeidere som har deltatt i prosjekter underveis. Det gjelder Trude Brita Nergård, Bjørg Moen, Inger-Hege Kristiansen og Erling Annaniassen. Andre kolleger ved NOVA har også kommet med nyttige innspill og kommentarer under arbeidet. Jeg vil spesielt takke Kirsten Danielsen som har vært leseansvarlig og redigeringshjelper. Takk også til Ada Engebriksen for gode synspunkter og til Torhild Sager som har stått for det endelige oppsett av manus.

Vi retter en stor takk til alle våre kontakt- og intervjupersoner innen omsorgstjenester og organisasjoner for imøtekommenhet, interesse og erfaringsformidling. Vi håper denne rapporten kan være et bidrag i våre felles anstrengelser for økt forståelse for mangfold og likeverdig omsorg.

NOVA, mai 2010

Reidun Ingebretsen

Innhold

Sammendrag	7
Innledning	13
DEL I	15
1 Eldre innvandrere – hvem og hvor mange	15
1.1 Begrepsbruk.....	15
1.2 Er det så få eldre innvandrere?.....	16
1.3 Avslutning.....	17
2 Myndighetenes idealer og sentrale temaer i omsorgstjenestene	19
2.1 Myndighetenes intensjoner.....	19
2.2 Sentrale temaer.....	21
2.3 Avslutning.....	22
3 Eldre innvandrere – bruk av omsorgstjenestene	23
3.1 Levekår og helse.....	23
3.2 Familieomsorg.....	23
3.3 Bruk av omsorgstjenester.....	24
3.4 Hindre for bruk av omsorgstjenester.....	25
3.5 Avslutning.....	26
DEL II	27
4 Tilpasning og tilrettelegging av tjenestene	27
4.1 Generelle, spesielle eller individuelle tilbud – nordiske og internasjonale erfaringer.....	27
4.2 Erfaringer fra omsorgstjenesten – Resultater fra intervjuundersøkelsen.....	29
4.2.1 Eldres og pårørendes erfaringer og ønsker.....	30
4.2.2 Pårørende som multikulturelle samarbeidspartnere.....	32
4.2.3 Ansattes perspektiver.....	35
4.2.4 Spesielle enheter eller samlet fellesskap.....	38
4.3 Diskusjon.....	40
4.3.1 Bekreftelse og individuell tilrettelegging.....	40
4.3.2 Ivaretagelse av pårørende og pårørende som samarbeidspartnere.....	42
4.3.3 En multikulturell gruppe av ansatte er en styrke.....	44
4.4 Avslutning.....	45
5 Forebyggende helsearbeid overfor eldre innvandrere – møteplasser og organisasjoners betydning	47
5.1 Innledning.....	47
5.2 Eldresentrenes betydning.....	48
5.2.1 Eldresentre som arena for forebyggende arbeid.....	48

5.2.2 Eldresentre som et serviceorgan	50
5.2.3 Det flerkulturelle eldresenteret på Grünerløkka	50
5.2.4 Nye initiativ	51
5.2.5 Diskusjonstema – sammen eller hver for seg	52
5.2.6 Diskusjonstema – Rekruttering av brukere	53
5.3 Organisasjoners betydning.....	54
5.3.1 Frivillighet og organisasjonsliv	54
5.3.2 Undersøkelse om eldre innvandrere og organisasjoner	55
5.3.3 Eksempler på innvandrersorganisasjoner	56
5.3.4 Eksempler på humanitære organisasjoner	57
5.3.5 eksempler på interesseorganisasjoner.....	57
5.3.6 Hva skal til for å lykkes.....	58
5.3.7 Blandede eller atskilte grupper?	60
5.4 Møteplasser – diskusjon.....	61
5.4.1 Prosesser mot fellesskap.....	61
5.4.2 Mangfold – forskjellighet – fellesskap.....	62
5.4.3 Integrering/segregering er ikke entydig	63
5.5 Avslutning.....	64
DEL III.....	67
6 Morgendagens utfordringer	67
6.1 Innledning.....	67
6.2 Forestillinger og motforestillinger om eldre innvandrere	68
6.2.1 Det er jo så få av dem	68
6.2.2 De flytter vel hjem igjen.....	69
6.2.3 Familien tar seg vel av dem	70
6.2.4 «De» vil vel helst være blant «sine egne» – eller hva?	72
6.2.5 Likebehandling	74
6.3.1 Hvordan gjøre tjenestene mer tilgjengelige.....	76
6.3.2 Strategier for overvinne barrierer.....	77
6.4 Spørsmål om personalkompetanse	79
6.5 Behov for ny kunnskap og kunnskapsformidling	81
6.5.1 Behov for ny kunnskap om bruken av omsorgstjenestene.....	81
6.5.2 Behov for mer kunnskap om eldre innvandreres helse og livssituasjon	82
6.6 Internasjonalt samarbeid og nettverksbygging	84
6.7 Formidling.....	84
6.7.1 Formidling – Oppgaver for kommuner/bydeler	85
6.8 Avslutning.....	87
7 Avsluttende kommentar.....	88
Summary	95
Referanser.....	99

Sammendrag

I denne rapporten oppsummeres og diskuteres erfaringer fra «Eldre innvandrere – tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet». Dette har vært et satsingsområde for NOVA med finansiering hovedsaklig fra Integrerings- og mangfoldsavdelingen ved det tidligere Arbeids- og inkluderingsdepartementet, nå ved Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. En bakgrunn for arbeidet er økning i andelen eldre innvandrere i Norge. Også i offentlige dokumenter blir det understreket at framtidens brukere av omsorgstjenestene vil representere et større kulturelt mangfold enn i dag, og at det vil stille nye krav til omsorgstjenestene. Flere delprosjekter har inngått i arbeidet. Hovedtemaer har vært omsorgstjenester og forebyggende helsearbeid.

Under temaet *omsorgstjenester* inngår rapporten «Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie og omsorgstilbudet», NOVA-rapport 13/07. Temaet er ellers behandlet i to delprosjekter. Det første «Eldre med innvandrerbakgrunn: tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet» belyser brukernes preferanser og vurderinger av tjenestene. Det andre delprosjektet «Eldre med innvandrerbakgrunn: samarbeid mellom pårørende og ansatte» belyser pårørendes og ansattes perspektiv på tilbud til eldre innvandrere. Erfaringer fra disse prosjektene er publisert i NOVA-rapport 11/10.

Forebyggende helsearbeid er behandlet i to delprosjekter: 1. «Jeg gleder meg til torsdag», NOVA-rapport 7/09, hvor vi blant annet har studert et eldresenter i Oslo som har lang erfaring med en gruppe eldre kvinner med innvandrerbakgrunn. 2. «Eldre innvandrere og organisasjoner», NOVA-rapport 13/10, handler om tilbud innvandrerorganisasjoner, andre interesseorganisasjoner og frivillige humanitære organisasjoner har til eldre innvandrere.

Den foreliggende sluttrapporten er delt i tre med en innledende del med vekt på demografi, offentlige retningslinjer og tidligere erfaringer om bruk av omsorgstjenester. Den andre delen peker på erfaringer fra hvert av delprosjektene. I den siste delen rettes søkelyset mot fremtidige kunnskaps-

behov og utfordringer omsorgstjenesten står overfor med tanke på å ivareta eldre innvandreres behov.

Omsorgstjenester – mangfold og muligheter

Innvandrere utgjør en økende andel av befolkningen i Norge. Også tallet på eldre innvandrere øker, men det er store variasjoner i antall eldre innvandrere på landsbasis. Det er flest i enkelte bydeler i Oslo, men alle kommuner og bydeler må være forberedt på å kunne møte eldre mennesker med ulike språk, verdier og kulturbakgrunn. Helseundersøkelser viser mer negativ helsevurdering og høyere forekomst av psykosomatiske og psykiske problemer blant eldre innvandrere enn i majoritetsbefolkningen. Dette gjenpeiles allikevel ikke i bruk av offentlige omsorgstjenester, særlig ikke i aldersinstitusjoner. Ulikheter i helse, levekår, alternative kilder til omsorg og ressurser vil prege hvordan innvandrere presenterer sine behov for omsorgstjenester, og hvordan de kan nyttiggjøre seg tilbud om forebyggende helsearbeid.

Temaer i omsorgstjenesten gjelder hvordan tjenestene kan organiseres for å imøtekomme behov best mulig, og hvordan en kan tilrettelegge for kultursensitiv omsorg. Her blir språk og ansattes kulturkompetanse avgjørende. En flerkulturell gruppe av ansatte kan representere en styrke i dette arbeidet.

Brukerperspektiv: For å ivareta en sammensatt brukergruppe, fordres kunnskaper, lydhørhet og kommunikativ kompetanse. Et avgjørende spørsmål er hvordan vi fyller honnørordene om respekt og verdighet med innhold.

Pårørendes rolle: Respekt og etablering av gode arbeidsallianser blir avgjørende også i forhold til pårørende.

Familieomsorg, pårørendes situasjon og samarbeid mellom pårørende og ansatte i omsorgstjenesten er et sentralt tema. Selv om mange med innvandrerbakgrunn har tradisjoner for familieomsorg, må en regne med variasjoner og mulige endringer i tilpasning over tid. Barn av innvandrere blir pionerer som pårørende i forhold til omsorgstjenestene – ofte med sammenfattede oppgaver. Pårørenderollen blir utformet på ulike måter. Pårørende kan trenge støtte og invitasjon til samarbeid heller enn forventninger bygget på unyanserte forestillinger om 'tradisjon for familieomsorg'. Alle pårørende – uansett bakgrunn – kan komme til et punkt hvor hjelpebehovene blir så store

at hjelp fra de offentlige omsorgstjenestene blir nødvendig. Det er heller ikke alle eldre innvandrere som har pårørende, eller som primært ønsker familieomsorg. Vi må derfor regne med økning i etterspørsel etter omsorgstjenester blant eldre innvandrere. Dette vil gjelde på ulike trinn i omsorgskjeden, også opphold i aldersinstitusjon. Utvikling av tilrettelagte dagsentertilbud kan være et viktig tilskudd for hjemmeboende og avlastning for familien. Kvalifisert personell med nødvendig språk- og kulturkompetanse kan bidra til å gjøre overganger til offentlige omsorgstjenester enklere både for eldre innvandrere og deres pårørende (Ingrebretsen 2010b).

Forebyggende helsearbeid

Det er gode grunner til å legge særlig vekt på forebyggende helsearbeid og nettverksbygging også for eldre innvandrere.

Eldresentre er en viktig arena for forebyggende arbeid. Selv om det er et lavterskeltilbud, kan likevel terskelen oppleves høy for mange eldre innvandrere. Det er imidlertid positive erfaringer med å utvikle egne tilbud til eldre innvandrere i regi av eldresentre. En viktig forutsetning for å lykkes er at det er en gruppeleder som kjenner de eldres bakgrunn og kan deres språk. Mulighet for fellesskap med andre i en liknende situasjon kan i første omgang være viktigere enn 'det store fellesskapet' mellom nordmenn og innvandrere. Ulike språk, vaner og holdninger kan representere barrierer (Moen 2009). Likevel gis det en arena for felles møtepunkter, informasjon og tjenester. Det kan sees som et skritt på veien mot å benytte et offentlig tjenestetilbud på lik linje med majoritetsbefolkningen.

Organisasjoner kan representere viktige møteplasser for eldre. Her har vi vært opptatt av hva innvandrerorganisasjoner og andre frivillige humanitære og interesseorganisasjoner gjør for/med eldre med innvandrerbakgrunn med tanke på kontakt, forebyggende helsearbeid og informasjonsformidling. (Annaniassen & Kristiansen 2010). Rapporten gir eksempler på de ulike organisasjonstypers virksomhet. Det dreier seg i denne sammenheng om en begrenset studie, der vi ikke kan trekke for vidtrekkende konklusjoner. Vi anbefaler videre undersøkelser som gir mulighet til å utdype kunnskapen om organisasjonenes arbeid. Noen temaer fremstår imidlertid som sentrale.

Bygging av tillit, tid til å bli kjent, språk og hensyn til de ulike grupperes matvaner nevnes av flere organisasjoner som viktige forutsetninger for å skape godt fungerende møteplasser. Flere anbefaler stor grad av brukerstyring når det gjelder aktiviteter. I kvinnegrupper legges det ofte vekt på at et samlingssted bare for kvinner kan fungere som et fristed. Det er ulike syn på om aktiviteter for eldre innvandrere bør skje i blandede eller atskilte grupper med hensyn til etnisk bakgrunn. I noen grupper er samtale på norsk mellom folk med ulik bakgrunn viktig i seg selv. I andre sammenhenger skaper samvær med folk med samme kulturelle og språklige bakgrunn de beste forutsetninger for bekreftelse, mestring og egenaktivitet.

Selv om de organisasjonene vi har studert har ulik profil, innebærer mye av virksomheten forebyggende helsearbeid. Foruten å holde fast ved de felles kulturelle tradisjonene og fungere som møteplasser, tar også innvandrersorganisasjoner ofte opp helserelaterte temaer og formidler nyttig informasjon.

Det virker som ulike møteplasser utfyller heller enn erstatter hverandre. Sammen med generelle målsettinger om integrering må en derfor ta hensyn til hvordan enkeltindividers behov kan ivaretas også gjennom møteplasser med erfaringsutveksling på opprinnesspråket.

Egne tilbud ved eldrecentre og i organisasjoners regi gir eldre mulighet til å ta et skritt ut i samfunnet og en mulighet til å bli sett og hørt. På den måten kan segregerte tilbud sees som en vei mot integrering, ved at deltakelse kan styrke sosial aktivitet og selvfølelse. Særlig understrekes betydningen av at kvinner deltar på arenaer utenfor familien, men et slikt fellesskap kan også stå sentralt for menn. Viktige skritt mot integrering i organisasjoner kan være informasjon om det norske samfunnet, orientering om rettigheter, helseopplysning, feiring av innvandreres og norske høytider. Det er snakk om prosesser mot fellesskap – med rom for mangfold.

Morgendagens utfordringer

I omsorgstjenestene er det behov for tilnærminger som åpner for å kunne møte et mangfold av brukere. Det kan herske forstillinger om at det er så få eldre innvandrere, at de drar 'hjem' eller at de ikke trenger offentlige omsorgstjenester fordi 'familien tar seg av dem'. Slike feilaktige forestillinger kan bidra til at en ikke vier spørsmål om mangfold i omsorgstjenesten nok oppmerksomhet. Det kan også være behov for å problematisere hva som

ligger i likhet (vi behandler alle likt) vs. likeverdighet med individorienterte tilnærminger som tar hensyn til språk, verdier og bakgrunn.

En forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg et tilbud er at en vet om det og forstår hva det går ut på. Et viktig arbeidsområde er derfor å gjøre tjenestene mer tilgjengelig gjennom å spre informasjon, praktisk tilrettelegging og å gjøre tjenestene brukervennlige og tiltalende. Ved å identifisere barrierer mot å bruke tjenestene, blir det lettere å utvikle strategier for å møte morgendagens utfordringer. Dette gjelder både generelle tjenester og eventuelle særegne tilbud.

Det er viktig å ta i betraktning at det er stor variasjon både mellom og innenfor de enkelte minoritetsgrupper med hensyn til hvordan deres leveste er preget av kulturene i opphavslandet og i Norge. Dette vil ha betydning for deres ønsker om tilpasning av tjenester og tilbud. Personalkompetanse vil uansett være av avgjørende betydning. Kunnskap om andre kulturer må kombineres med åpenhet, sensitivitet, tid til omsorg og tolkning av språk og andre signaler.

Det er behov for ny kunnskap om bruk av omsorgstjenestene, om eldre innvandreres helse og livssituasjon, demens og psykisk helse, livsløp, og om forebyggende arbeid og møteplasser.

Det ansees viktig å ivareta internasjonale nettverk når det gjelder forskning og praksis på dette feltet. Det er store behov for oppdatert kunnskap og formidling. De enkelte kommuner har en viktig utfordring med tanke på å kunne møte en forventet økt etterspørsel fra eldre innvandrere, bidra til å forebygge helseproblemer og sosial isolasjon og tilby omsorgstjenester som ivaretar brukernes behov. Tilstrekkelig tolketjeneste, fleksible ordninger med dagtilbud, samarbeid med pårørende og tilrettelagte tilbud i aldersinstitusjoner er viktige momenter her. I tillegg trengs tilbud om intern opplæring, veiledning og gode opplærings- og arbeidsmiljøbetingelser for en flerkulturell gruppe av ansatte. I rapporten foreslår vi at det opprettes flerkulturelle team av fagfolk som kan bistå tjenestestedene ved behov.

Det anbefales videre at eldresentrene utarbeider handlingsplaner for hvordan de kan inkludere eldre med innvandrerbakgrunn. Et annet viktig punkt gjelder hvordan eldre innvandrere ivaretas og kan inkluderes i organisasjonsliv og at dette tas med i kommuners frivillighetsmelding.

Rapporten konkluderer med at fleksibilitet og tilpasning til nye brukergrupper er en kontinuerlig prosess, der dialog med eldre innvandrere og deres pårørende blir en viktig forutsetning for å kunne forstå og møte deres behov. En flerkulturell gruppe av ansatte i omsorgstjenesten og representanter fra innvandreres egne organisasjoner blir sentrale medspillere.

Innledning

Norge har i økende grad blitt et flerkulturelt samfunn. Også andelen eldre innvandrere øker. Det blir da viktig å undersøke hvilke konsekvenser dette får for pleie- og omsorgssektoren, og hvordan eldre med minoritetsetnisk bakgrunn forholder seg til det eksisterende tjenestetilbudet. Spørsmålet om tilrettelegging av omsorgstjenester for eldre innvandrere er et omfattende tema som berører sentrale politiske og ideologiske spørsmål og den konkrete omsorgshverdagen.

For å besvare noen av de spørsmål som knytter seg til eldre innvandrere og omsorgstjenestene, bevilget Kommunal og regionaldepartementet i desember 2005, senere Arbeids- og inkluderingsdepartementet, midler til en forskerstilling ved NOVA. Oppgaven gikk blant annet ut på å utarbeide en kunnskapsstatus på området, bistå departementene med råd, spre informasjon og utvikle faglige nettverk. Særlig skulle en rette oppmerksomheten mot eldre innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Begrunnelsen var at man ikke kunne forvente at de var vant med de norske omsorgstjenestene og at språk- og kulturvariasjoner kunne by på utfordringer.

Når det i denne rapporten er snakk om 'innvandrere', dreier det seg i første rekke om personer fra Afrika, Asia og Sør-Amerika. I beskrivelsen av intervjupersoner vises stort sett til hvilken verdensdel vedkommende kommer fra. Med 'eldre' menes her personer over 60 år. Det er ikke benyttet strikte aldersgrenser for deltakelse i forebyggende tiltak, da det kan være store variasjoner med hensyn til subjektive aldersdefinisjoner. De fleste intervjupersonene fra omsorgstjenesten er 67 år +. Når det vises til befolkningsstatistikk, blir aldersgrupper (60+ eller 67+) nærmere spesifisert.

I prosjektperioden har vi konsentrert oss om to hovedtemaer:

1. Omsorgstjenester

Dette temaet er behandlet i rapporten *Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpassning av pleie- og omsorgstilbudet*, NOVA Rapport 13/07. Rapporten gir blant annet en oversikt over internasjonal og norsk forskning og utviklingsarbeid om eldre med innvandrerbakgrunn og deres bruk av helse- og omsorgs-

tjenestene. Temaet er ellers behandlet i to delprosjekter. Det første *Eldre med innvandrebakgrunn tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet*, belyser brukernes preferanser og vurderinger av tjenestene. Det andre delprosjektet *Eldre med innvandrebakgrunn: samarbeid mellom pårørende og ansatte*, belyser pårørendes og ansattes perspektiv på tilbud til eldre innvandrere. Prosjektene beskrives samlet i NOVA Rapport 11/10 (Ingebretsen 10b).

2. Forebyggende helsearbeid

Dette temaet er behandlet i to delprosjekter. *Jeg gleder meg til torsdag* NOVA Rapport 7/09, som blant annet dreier seg om et eldresenter i Oslo som har lang erfaring med en gruppe eldre kvinner med innvandrebakgrunn. Det andre delprosjektet *Eldre innvandrere og organisasjoner – NOVA Rapport 13/10*, handler om hvilke tilbud innvandrersorganisasjoner, andre interesseorganisasjoner og frivillige humanitære organisasjoner har til eldre innvandrere.

Denne sluttrapporten er en oppsummering av de foreliggende rapportene. For fylligere beskrivelser vises det til disse.

Sluttrapporten er tredelt. I den første delen etableres en ramme for de neste delene blant annet ved å vise til demografiske utfordringer, det offentlige rammeverket og til den dokumenterte bruk av omsorgstjenester. Del II er en syntetisering og oppsummering av hver av de fire delrapportene. I del III retter vi oppmerksomheten mot et fremtidig kunnskapsbehov og hvilke utfordringer omsorgstjenesten står overfor med tanke på å ivareta eldre innvandreres behov.

1 Eldre innvandrere – hvem og hvor mange

Ved planlegging av omsorgstjenester er det viktig å vite hvor mange aktuelle og potensielle brukere som er innvandrere og hva en mener med begrepene.

1.1 Begrepsbruk

Språkbruken på dette området har vært hyppig diskutert og den har endret seg også i prosjektperioden. Da prosjektet ble planlagt (høsten 2005) ble det presisert at en særlig ønsket å rette søkelyset mot ikke-vestlige eldre innvandrere. Dette var i overensstemmelse med en statistisk kategori fra Statistisk sentralbyrå for å dele inn innvandrere i to grupper etter landbakgrunn. I en veileder fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007) ble det pekt på at 'ikke-vestlig' kan gi negative assosiasjoner om 'de andre' sett ut fra 'vesten' som sentrum. Det anbefales å bruke verdinøytrale geografiske betegnelser, selv om det språklig blir mer omstendelig. I SSB gikk en bort fra betegnelsene 'vestlige og ikke-vestlige innvandrere' i 2008. Innvandreres bakgrunn spesifiseres ut fra landbakgrunn, eller følgende inndeling: 1. EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand og 2. Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS (<http://www.ssb.no/>).

Distinksjonen vestlig / ikke-vestlig innvandrer er stadig i bruk, også innenfor forskningsmiljøene, og det kan være relevant å referere til litteratur der disse betegnelsene benyttes. Som nevnt i innledningen, er det i denne rapporten mest snakk om innvandrere fra ikke-vestlige land, siden det var utgangspunktet ved prosjektstart. Når det er behov for nærmere spesifisering vises det til landbakgrunn eller verdensdel.

I denne rapporten brukes som nevnt begrepet 'eldre innvandrer'. 'Innvandrer' brukes om personer der begge foreldre er født i utlandet. Med 'eldre' menes i denne sammenheng stort sett personer over 60 år. Når vi til tross for betegnelsens problematiske karakter velger å bruke begrepet «eldre

innvandrere», er det fordi det betegner personer som har det til felles at de blir eldre i et annet land enn der de ble født eller utvandret fra. Det gjør dem forskjellig både fra norskfødte med innvandrerforeldre og med norske foreldre. Det å eldes i et annet land medføre større risiko for helseproblemer, språkvansker, sosial isolasjon og ensomhet (Ingebretsen & Nergård, 2007). En må ta utgangspunkt i at innvandrere utgjør en sammensatt gruppe mennesker som har innvandret til Norge av ulike grunner og fra ulike land.

Tidligere ble 'innvandrerbefolkningen' ofte brukt som samlebetegnelse på innvandrere som selv er født i utlandet, og barn av innvandrere (født i Norge med to utenlandsfødte foreldre), men det er viktig å kunne skille mellom disse gruppene. Det gjøres i nyere norsk statistikk (www.ssb.no/). Det betyr av barn av eldre innvandrere enten selv kan være innvandrere eller norskfødte barn av innvandrere. Når det i rapporten er snakk om pårørende til eldre innvandrere, er det ikke skilt mellom disse kategoriene. I noen sammenhenger benyttes betegnelsen 'personer med innvandrerbakgrunn' både om innvandrere og barn av innvandrere. Minoritet og minoritetsbakgrunn brukes av og til der disse begrepene er benyttet i annen litteratur det vises til, eller for å vise til personer som tilhører en religiøs, språklig eller etnisk minoritet i samfunnet. Når det er snakk om Norge som et flerkulturelt samfunn eller om flerkulturelle tilnærminger, innbefattes mangfoldet av norskfødte og innvandrere.

1.2 Er det så få eldre innvandrere?

Det har lenge vært et argument at det er så få eldre innvandrere at en ikke trenger å rette noen spesiell oppmerksomhet mot dem. Dette blir mindre og mindre riktig. Selv om innvandrerbefolkningen fortsatt er relativt ung i forhold til majoritetsbefolkningen, vil dette endre seg etter hvert som flere og flere av de som kom til landet som arbeidsinnvandrere og flyktninger fra 1970- og utover, blir eldre.

Ved inngangen til 2010 var det nesten en halv million innvandrere (460 000) og 93 000 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. Til sammen utgjør de 11,4 prosent av befolkningen. Innvandrerne kommer fra til sammen 216 land og selvstyrte regioner. Tilveksten av innvandrere var

høyere i 2008 enn noen gang tidligere, men var også høy i 2009. (Statistisk sentralbyrå 2010a).

Ser en på det totale antall innvandrere i Norge utgjør innvandrere fra Polen den største gruppen, fulgt av personer med bakgrunn fra Pakistan, Sverige, Irak, Somalia, Tyskland og Vietnam.

Omtrent halvparten av alle innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika. De har kommet hit som flyktninger, som arbeidsinnvandrere, for å ta utdanning eller gjennom familiegjenforening. (ssb.no/innvandring/).

Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men de fleste bor i Oslo. 30 prosent av innvandrere og norskfødte barn av innvandrere bor her. De utgjør ca. 27 prosent av Oslos befolkningen. Også Drammen, Lørenskog og Skedsmo har store innvandrerbefolkninger; mellom 21 og 19 prosent. Det er noe ulike befolkningsprofiler blant innvandrere i de ulike kommuner, flest med pakistansk bakgrunn i Oslo, tyrkisk i Drammen og polsk i Bergen, Stavanger, Trondheim og Bærum.

Innvandrerbefolkningen i Norge er ung i forhold til resten av befolkningen. På landsbasis utgjorde de eldre pr 1. januar 2009 (67 og over) 5,2 prosent av innvandrerbefolkningen (N=22139).

Andelen *eldre* blant innvandrere er derfor langt lavere enn i den norske befolkningen generelt. I hele befolkningen er andelen eldre 67år+ ca. 13 prosent.

I Oslo utgjør innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre 27 prosent av befolkningen. For eldre (60 år+) er den tilsvarende andel 11.5 prosent (per 1. januar 2010). I bydelene Søndre Nordstrand og Gamle Oslo har over en femtedel av alle over 60 år innvandrerbakgrunn. Det er også høye andeler i bydelene Grünerløkka, Alna og Stovner (Statistisk sentralbyrå 2010a).

Prognoser for innvandrerbefolkningen på lengre sikt, tyder på at andelen eldre vil øke sterkt i årene fremover (Brunborg og Texmon 2006, Blom og Henriksen 2008).

Beregninger fra SSB tyder på at innvandrerbefolkningen vil utgjøre mellom 19 og 27 prosent av befolkningen i 2060 (Brunborg & Texmon 2006). Ut fra estimater om tilvekst av nye innvandrere, vil innvandrer-

befolkningen fortsatt være forholdsvis «ung», men et moderat anslag går ut på at antall eldre (67 år og over) fra ikke-vestlige land vil øke fra 6415 personer i 2006 til 90634 personer i 2060. Nye befolkningsframskrivninger tyder på at sammensetningen av befolkningen med innvandrerbakgrunn vil endres i retning av flere med europeisk bakgrunn uten at aldersgrupper er spesifisert (Statistisk sentralbyrå 2010b).

1.3 Avslutning

Det er store variasjoner blant kommuner og bydeler når det gjelder hvor mange eldre innvandrere som bor der. En kan heller ikke uten videre slutte fra andelen eldre innvandrere til andelen som vil benytte de offentlige omsorgstjenestene. Helse, levekår, alternative kilder til omsorg og ressurser vil kunne påvirke behov for og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester.

Det advares mot å tenke på eldre med innvandrerbakgrunn som en homogen gruppe. Det kan lett dannes stereotype oppfatninger om «eldre innvandrere» uten at en tar hensyn til den store variasjon som finnes. De har ulik botid. Selv blant dem som har vært lenge i Norge, vil det være stor variasjon med hensyn til i hvilken grad de har tilegnet seg norsk språk og hvor sterkt forankret de er i opprinnelseslandets språk og kultur. De som har kommet hit som eldre kan ha vanskeligheter med å tilegne seg norsk språk og levemåte. Det er viktig å være oppmerksom på at variasjon og mangfold ikke bare gjelder religion, landbakgrunn og ankomsttidspunkt, men at det kan være store forskjeller innad i gruppene avhengig av sosioøkonomisk status, utdannelsesnivå og om en kommer fra urbane eller rurale strøk. En kan lett trå feil om en ikke har kunnskaper om denne variasjonen, og det må få konsekvenser for omsorgstjenestene. (White 2006, Warnes & Williams 2006).

2 Myndighetenes idealer og sentrale temaer i omsorgstjenestene

2.1 Myndighetenes intensjoner

Det har kommet en rekke stortingsmeldinger og offentlige dokumenter som rettet søkelyset mot de utfordringer pleie- og omsorgssektoren står overfor. Gjennom disse meldingene viser myndighetene hvilke prinsipper tjenestene ideelt sett skal bygge på, og sin evne til å problematisere et vanskelig og til dels uoversiktlig felt. I *Handlingsplan for eldreomsorg* (St. meld. nr. 50 1996–1997) rettes oppmerksomheten mot eldre innvandreres forhold til denne sektoren: hvordan gjøre informasjon om tjenestene tilgjengelig for eldre innvandrere, hvordan sikre rekruttering av kvalifisert personell og hvordan skal en gi eldre innvandrere et likeverdig tilbud. Det blir i denne tidlige meldingen også påpekt at en bør legge forholdene til rette for at eldre innvandrere kan bo sammen med andre som snakker samme språk når en ikke lenger klarer seg hjemme. I en senere melding *Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene* (St.meld. nr. 28 1999–2000) presiseres det at helse- og sosialtjenesten må legges til rette slik at en kan gi et likeverdig tilbud til en mangfoldig brukergruppe. Igjen understrekes det at denne gruppen har et stort behov for informasjon om det eksisterende tjenestetilbudet. I *Betrekkelig kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene* (St. meld. nr. 45 2002–2003) påpekes det at individuelle behov skal ligge til grunn for tjenesteytingen uavhengig av om disse behovene har å gjøre med språk, kultur- bakgrunn eller andre forhold. Det slås fast at framtidens brukere av omsorgstjenesten vil representere et større kulturelt mangfold enn i dag, og at det vil stille nye krav til omsorgstjenestene.

I *Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer* (St.meld. 25 2005–2006) blir det vist til økt mangfold i befolkningen og betydningen av å ivareta brukernes perspektiv, ved å vektlegge individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov. «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). I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (Sh.dir. 2005), understrekes det 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).

I forbindelse med arbeidet med 'Verdighetsgaranti i eldreomsorgen' foreslås det å presisere kommunehelsetjenesteloven slik at det klart fremgår at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud når han eller hun har behov for det. For å sikre at eldre ikke kommer dårlig ut i forhold til den generelle innsatsen i pleie- og omsorgstjenesten, foreslår Helse- og sosialdepartementet videre en forskrift som nærmere spesifiserer kommunenes plikter innenfor eldreomsorgen (Helse- og sosialdepartementet 2009). For å nå målet om ivaretagelse av trygghet, verdighet og en meningsfull tilværelse, må en også ta hensyn til at en har med en flerkulturell brukergruppe å gjøre, der ulike religiøse og kulturelle minoriteter er representert.

Samhandlingsreformen (St. meld. 47 2008–2009) har et eget kapittel om særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen, der det poengteres at kjernen i samhandlingsutfordringen er å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. «En god helsetjeneste er i tillegg avhengig av at pasientens røst både fanges opp av og preger tjenesten» (s. 121). Det er da viktig å ha i mente at 'pasientens røst' kan være på ulike språk og definere sine behov på andre måter enn vi er vant til. Det kreves kunnskap om de ulike minoritetsgruppene og den enkelte brukers individualitet. Det er en utfordring å gjøre tjenestene tilgjengelige og tilrettelegge for god kommunikasjon og medvirkning for at tjenestene skal treffe behovene. «Det bør være et krav at helse- og omsorgstjenestene utvikler virksomhetskulturer og øvrige forutsetninger slik at særtrekkene i det enkelte tilfellet blir fanget opp.» (s 121), sies det.

I Samhandlingsreformen blir det poengtert at jo mindre en helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og kulturkunnskaper, jo større krav stilles til helsepersonalets språk, kommunikasjonsferdigheter og tid. Dette er utfordringer en møter på ulike nivåer i helse- og omsorgstjenestene. Det legges vekt på dialogprosesser i implementeringen av

reformen, ved at minoritetsbefolkningen er representert i pasient- og brukerorganisasjoner som kan komme med innspill.

Dette er en del av det offisielle rammeverket som de ulike delene av omsorgstjenestene må forhold seg til. Det er ikke alltid like lett å implementere gode intensjoner og offisielle pålegg. Hva en får til beror på økonomiske ressurser, faglig kompetanse og i hvor stor grad en treffer målgruppen.

2.2 Sentrale temaer

En gjennomgang av norsk, nordisk og internasjonal litteratur, viser at mange av de samme problemstillingene går igjen når det gjelder studier av eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenestene (Ingebretsen & Nergård 2007). Det er de samme temaer som problematiseres i offentlige dokumenter, blant personer som er ansatt i det offentlige tjenesteapparat og blant brukere og pårørende med minoritetsetnisk bakgrunn.

En kan skille mellom to problemområder. Det ene gjelder tjenestetilbudets organisering og tilrettelegging. Det andre problemområdet har med de enkelte ansattes forutsetninger å gjøre. Disse del-områdene kan selvfølgelig ikke skilles fra hverandre. Hvordan en skal tilrettelegge tjenestetilbudet vil være avhengig av hvem en har med å gjøre. For analytiske formål kan det likevel være nyttig å operere med et slikt skille.

1. Når det gjelder tjenestetilbudets organisering er det overordnede spørsmål hvordan en skal tilrettelegge for kultursensitiv omsorg. Et spørsmål i denne forbindelse er i hvilken grad tilrettelegging av tilbud innebærer «spesielle» tjenester eller generelle tilbud som blir individuelt tilrettelagt. Et annet viktig tema gjelder forholdet mellom offentlige tjenester og familieomsorg.

2. Det andre problemområdet dreier seg om språk og kommunikativ kompetanse. Utover det at det dreier seg om at utøver og mottaker av omsorg snakker ulike språk, kan problemet stikke dypere ved at en kan ha ulik forståelse av hva sykdommen eller hjelpebehov bunner i.

Disse temaene vil bli utdypet i del II.

2.3 Avslutning

Offentlige dokumenter viser til økt mangfold i befolkningen og legger vekt på individuell tilrettelegging av omsorgstjenestene. Viktige temaer gjelder organisering av tjenester og hvordan en skal tilrettelegge for kultursensitiv omsorg og ivareta kommunikasjon.

3 Eldre innvandrere – bruk av omsorgstjenestene

Helse, levekår, alternative kilder til omsorg og ressurser med tanke på å orientere seg i samfunnet vil påvirke behov for og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester.

3.1 Levekår og helse

Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2005/2006 viser at innvandrere vurderer sin helse som dårligere enn befolkningen som helhet. Det er ulike helseprofiler avhengig av landgrupper, men særlig eldre har lav subjektiv helsevurdering og er mye plaget av psykiske og psykosomatiske problemer (Blom 2008). De går oftere til lege enn majoritetsbefolkningen (Kumar et al 2008, Blom 2008). Dette kan tyde på et stort behov for omsorgstjenester (Ingebretsen 2009a). Også internasjonale studier viser at innvandrere ofte har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen (Sohn 2004). Det kan ha mange årsaker og må også sees i forhold til levekårene de har i det landet de har migrert til (Songür 1999).

3.2 Familieomsorg

Det vises ofte til at tradisjoner for *familieomsorg* kan redusere behovet for offentlige tjenester. Idealer om familieomsorg vil kunne endre seg over tid, slik at det ikke blir så store forskjeller i uformell omsorgsyting mellom minoritets- og majoritetsbefolkning (Forssell 2004, 2010). Med økt botid ser det ut til at innvandrere etter hvert deltar på sentrale samfunnsområder på lik linje med befolkningen ellers (Daugstad 2005). Økt yrkesaktivitet også blant kvinnene i mellomgenerasjonen vil kunne føre til redusert familieomsorg. Det betyr at eldre innvandrere i økende grad kan komme til å etterspørre offentlige omsorgstjenester. Over tid kan praksis, normer og verdier endre seg, noe som ytterligere understreker betydningen av å ha eldre innvandrere i

tankene i planleggingen av omsorgstjenestene. Både økt andel eldre med innvandrerbakgrunn, helseproblemer og variasjon i muligheter til familieomsorg, skulle tilsi at etterspørselen etter omsorgstjenester vil øke.

3.3 Bruk av omsorgstjenester

Både norske og internasjonale undersøkelser tyder på at forbruket av omsorgstjenester blant eldre fra etniske minoriteter er lavere enn i tilsvarende aldersgrupper i majoritetsbefolkningen (Min 2005, Sasson 2001). Lavt forbruk av tjenester har blitt sett på som et utslag av preferanse for familieomsorg (Trumpf 2001), skepsis til sykehjem (Sudha & Mutran 1999), mangelfull informasjon om tilbud eller at tjenester og tilbud ikke synes å passe (Bowes & Dar 2000 Moen 1993 og Thoner 1997, Ingebretsen & Romøren 2005). Det er vanskelig å få sikker kunnskap om eldre innvandreres bruk av omsorgstjenester, fordi henvisning til underforbruk ofte er basert på undersøkelser med små utvalg. Norsk offentlig statistikk over tjenestebruk gir ikke opplysninger om brukerens etniske bakgrunn.

En undersøkelse om eldre innvandreres bruk av omsorgstjenester i fem større byer i Norge viser at tjenestene i liten grad blir brukt (Nergård, 2008). Etterspørsel må sees i forhold til hvilke typer tjenester det er snakk om. Erfaringer i Oslo med hensyn til bruk av omsorgstjenestene viser at det er omsorgslønn det først og fremst er etterspørsel etter, at det der er en viss bruk av hjemmetjenestene, mens det er liten etterspørsel etter plasser i sykehjem. I 2006 ble bare i underkant av en prosent av alle langtidssykehjemsplassene i Oslo benyttet av personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn (Nergård 2008). Det vil si at av Oslos 4680 sykehjemsplasser ble 44 brukt av ikke-vestlige innvandrere. I løpet av en 5-årsperiode hadde 123 eldre vært på korttids – og 57 eldre vært på langtidsopphold ved sykehjem i Oslo. En må ta i betraktning at det totalt sett er en lav andel eldre innvandrere i de aller eldste aldersgruppene. Den største brukergruppen er pakistanere. Flere sykehjem har derfor noe – om enn sparsom – erfaring med brukere med ulik landbakgrunn.

Også svenskene har påpekt at det er færre fra minoritets- enn majoritetsbefolkningen som mottar formell omsorg (SOU 1997). I en studie som kartla tjenestebruk i Stockholm virket det som om eldre som var født i et

annet land enn Sverige var underrepresentert når det gjaldt tjenester, men når det ble kontrollert for alder, viste det seg at hjemmetjenester og spesielle botilbudet ble like mye brukt av minoritetsbefolkningen som av den svenske majoritetsbefolkningen. Eldre innvandrere var overrepresentert når det gjaldt omsorgslønn (hemvårdsbidrag) til pårørende (Johansson 2007).

3.4 Hindre for bruk av omsorgstjenester

Dårlig økonomi og språkproblemer kan være hindre for å benytte hjelpeapparatet (Linné 2005, Ligenercrona et al. 2002). En annen svensk studie viste at innbyggerne over 55 år av utenlandsk opprinnelse, brukte ulike former for sosial- og omsorgstjenester i omtrent samme grad som majoritetsbefolkningen og det til tross for språkvansker. 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. Selv om kommunikasjonsproblemer kan hindre mange innvandrere i å benytte seg av hjemmetjenestene, finnes det eksempler som viser til positive erfaringer (Grbic 2002 og Linne 2005).

At underforbruk kan skyldes mangel på kunnskap om tjenestetilbudet viser en undersøkelse fra Danmark (Mortensen & Mortensen 2005). Når en satset på informasjonsspredning, var det flere som benyttet seg av tjenestene. Skal omsorgstjenester bli brukt må man *informere* om tjenester og gjør dem *tilgjengelige*. Yeatts et al. (1992) har utviklet en modell som systematiserer hva hjelpeapparatet kan gjøre for å møte brukeres behov. Modellen skiller mellom hva offentlige myndigheter kan gjøre og hva som må til av holdningsendring i innvandrerbefolkningen når gjelder å benytte seg av tjenestene. Det dreier seg om:

- *kunnskaper*
- *tilgjengelighet*
- *holdninger*

På alle disse områdene kan det konkretiseres hva som fungerer som barrierer for bruk. Denne kunnskapen kan brukes som utgangspunkt for strategier for å overvinne barrierer (Ingebretsen 2007a). Dette skal vi komme tilbake til i del III.

3.5 Avslutning

Forskning om eldre innvandreres bruk av omsorgstjenester kan tyde på underforbruk av tjenestene til tross for at mange eldre innvandrere har helseproblemer. Det blir viktig å ta alderssammensetningen blant innvandrere i betraktning når en trekker sammenlikninger med hele befolkningen. Avgjørende for bruk av tjenestene er informasjon, tjenestenes tilgjengelighet, om de oppleves å passe med den enkeltes behov og hvilke alternative kilder til omsorg den enkelte har.

4 Tilpasning og tilrettelegging av tjenestene

4.1 Generelle, spesielle eller individuelle tilbud – nordiske og internasjonale erfaringer

Spørsmålet om «spesielle tilbud» til eldre med minoritetsbakgrunn har vakt mye debatt. Det er ingen enkle oppskrifter på å skreddersy tjenester slik at eldre innvandrere føler at deres behov blir møtt. 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. Ønsket om å ivareta og respektere minoriteters kultur er ofte årsaken til at en ønsker å legge til rette for kulturspesifikke tjenester.

Studier viser at det er svært vanskelig å avgjøre om segregerte tilbud er fordelaktige for å ivareta minoritetsgruppers behov i sykehjem (Mold et al. 2005). En australsk undersøkelse av fem ikke-engelskspråklige etniske grupper konkluderer med at «mainstream service» for eldre fikk en bedre vurdering av brukerne enn den service som var spesielt tilrettelagt for dem. Dette til tross for at brukergruppene hadde forskjellig helseatferd og at etnospesifikke tjenestene lettere kunne forholde seg til disse forskjellene. Når generelle tjenester likevel ble foretrukket, kan det skyldes at de kulturspesifikke tjenestene hadde lavere faglig standard (Legge & Westbrook, 1994). Dette betyr ikke at en skal slutte å bry seg om tilrettelegging av tilbud. Snarere er det en påminnelse om at en må ivareta en høy faglig standard for alle. En amerikansk undersøkelse viste derimot at det var en sammenheng mellom trivsel i sykehjemmet og muligheten for å praktisere et kulturspesifikt levesett med vektlegging av ritualer, mat, musikk og sosial kontakt. (Sasson 2001). Det er ikke enkelt å vite hva kultursensitivitet innebærer, hva som er de viktigste kulturelle verdier for den enkelte, og hvordan disse best kan bli bekreftet. Dette kommer tydelig fram i en undersøkelse hvor en

studerte etnisk spesifikke og generelle bo- og servicetilbud for eldre japansk / amerikanske kvinner (Hikoyeda & Wallace 2001). Den eldre selv og familiene deres hadde ofte ulike vurderinger av hva som best bidro til trivsel. De pårørende la vekt på at det fysiske miljøet var preget av japansk stil. De eldre selv la ikke så stor vekt på omgivelsene. Uansett om de eldre kvinnene foretrakk etnisk spesifikke eller generelle bo- og servicetilbud, viste det seg at den største utfordring var å flytte fra egen bolig. Denne omstillingen kunne det være vanskelig for den eldre å snakke med familien om, særlig for dem som kom til en enhet som skulle være som «hjemme». Det var lite rom for privatliv og få aktivitetstilbud i begge typer av botilbud. Resultatene peker på betydningen av å se på helheten i det tilbudet som gis. Ikke alle problemer lar seg løse ved å skape et kjent fysisk og språklig rom. Det må være ressurser til å følge opp den enkelte uansett hva slags type enhet vedkommende bor i.

Erfaringer fra land med en etnisk mangfoldig befolkning viser at det kan bli vanskelig å gi likeverdige kulturspesifikke tilbud til alle de ulike etniske gruppene. En løsning kan være flerkulturelle bo- og servicetilbud. På et sykehjem i Frankfurt har man laget en egen avdeling for innvandrere fra Tyrkia med tyrkisktalende personell, en serverer tyrkisk mat og ivaretar religiøse ritualer. Det interkulturelle blir understreket ved at det er samarbeid mellom forskjellige enheter innenfor samme institusjon. En har felles møter og feirer høytider (Bychowski 2007).

I Nederland, som har en stor og uensartet innvandrerbefolkning, satser en på flerkulturelle sykehjem med brukere og ansatte fra hele verden (Mertens 2007). Det legges vekt på å utvikle kultursensitiv omsorg som innebærer å være oppmerksom på og anerkjenne både individuelle og kulturelle forskjeller (Booij 2006). I flerkulturelle sammenhenger innebærer «kultursensitiv omsorg» at man lytter til den enkelte, anerkjenner individualitet og samarbeider med familien for å finne fram til gode løsninger. Medbestemmelse og deltakelse blir viktige forutsetninger for å lykkes, i tillegg bør personalet speile sammensetningen av beboerne.

I Sverige er det en rekke kjente eksempler på egne bo- og servicetilbud til eldre med innvandrerbakgrunn (se NOVA-rapport nr 13/07). De ulike tiltakene kan være et eksempel på at alderdommen i Sverige «etnifiseres». Det kan føre til at flere og flere grupper etterlyser egne tilbud. Undersøkelser viser

at det i de fleste grupper er noen som ønsker omsorgstilbud på sitt eget språk og som også ønsker segregerte tilbud, men disse utgjør ingen majoritet (SOU 1997).

Det er to posisjoner som kan utkrystalliseres i debatten om tjenestenes tilrettelegging. På den ene siden er standpunktet å ikke gjøre noe spesielt i forhold til eldre innvandrere, og på den andre siden etterlyses kultur-spesifikke løsninger som egne sykehjem (Mortensen & Mortensen 2005). Den første posisjonen baserer seg på likhetsprinsippet i den forstand at en ikke skal gjøre noe spesielt eller drive med noen form for særbehandling. Det vil i praksis kunne innebære en forskjellsbehandling, siden ulike grupper har ulike forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg de eksisterende tilbud. Den andre posisjonen vektlegger et kultur-differensiert tilbud. Dette kan føre til forskjellsbehandling ved at eldre med minoritetsbakgrunn blir ensidig definert ut fra sin bakgrunn. Det kan føre til en kulturalistisk overfortolkning, ved at kulturell tilhørighet brukes som forklaring på det meste. Det kan gå på bekostning av andre viktige kjennetegn som kjønn, alder, migrasjonshistorie og sosioøkonomiske forhold som også kan være viktig å ta hensyn til når en skal yte god omsorg og pleie.

Et alternativ i forhold til disse to posisjonene er å legge vekt på *differensiert informasjon*. Et viktig moment blir å overvinne språkbarrierer. Avgjørende for differensiert informasjon er at det offentlige foretar et bevisst valg om hvilken rolle 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). Det betyr at en må spørre den enkelte om hans eller hennes synspunkter og preferanser og ikke uten videre slutte seg til hva han/hun mener ut fra den kulturkunnskap man har tilegnet seg om deres bakgrunn.

4.2 Erfaringer fra omsorgstjenesten – Resultater fra intervjuundersøkelsen

Temaer om tilrettelegging av tjenestene inngikk i de samtaler prosjektleder hadde med brukere, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten i Oslo (Ingebretsen, 2010b). Intervjuerfaringene ga mer innhold til spørsmålet om

hva som ligger i individuell tilrettelegging og utfordringer både med tanke på å møte den enkelte bruker og familien på en god måte og å utvikle flerkulturelle arbeidsmiljøer. Intervjupersonene er hentet fra tre institusjoner i tre bydeler i Oslo der det er forholdsvis stor andel eldre med innvandrerbakgrunn. Utvalget består av 14 eldre innvandrere som benytter offentlige pleie- og omsorgstjenester, deres nærmeste pårørende, samt personell fra de aktuelle tjenestestedene. De eldre har innvandret fra land i Asia, Afrika og Sør-Amerika. Mange av de ansatte som er intervjuet er også innvandrere eller barn av innvandrere fra en rekke opphavsland i Europa, Asia, Afrika og Amerika. Det er til sammen gjennomført ca. 40 intervjuer.

Nedenfor presenteres først intervjuerfaringer med utgangspunkt i brukeres og pårørendes perspektiv, deretter de ansattes perspektiv. Erfaringene blir diskutert i forhold til relevant litteratur underveis og drøftes samlet til slutt. Sentrale spørsmål gjelder erfaringer med offentlig omsorg vs. familieomsorg, erfaringer med hensyn til tilrettelegging av tilbud og ønske om generelle eller spesielle (segregerte) tilbud. Samspillet mellom eldre brukere, pårørende og personell og pårørendes situasjon er viktige temaer.

4.2.1 Eldres og pårørendes erfaringer og ønsker

Intervjuer med brukere med innvandrerbakgrunn gjenspeiler at det er stor forskjell på hvordan de presenterer sine behov i forhold til hjelpeapparatet. Noen understreker at de er vant til norsk mat og norske forhold og at de trives uten at det gjøres «noe spesielt» for dem ut fra deres landbakgrunn. Så lenge de er hjemmeboende blir hjelp fra hjemmetjenestene eller opphold på dagsenter en av flere kontaktflater og arenaer. De fleste opplever det naturlig å sørge for kontakt med opprinnelseskulturen selv gjennom familie, nettverk (inkludert organisasjoner og eldrecentre), internett og tv-kanaler. Ivaretagelse av kulturimpulser kan bli vanskeligere ved flytting til institusjon og mye vil da være avhengig av pårørende.

Pårørende til eldre innvandrere har både generelle og mer kulturspesifikke ønsker med hensyn til hvordan omsorgstjenestene skal utformes for å ivareta eldre innvandreres behov. De generelle ønskene er knyttet til informasjon om tjenester, oppfølging og behandling, slik at de kan føle seg trygge på at alt gjøres for at den eldre skal få så god hjelp som mulig. De

uttrykker dermed vanlige ønsker med hensyn til forutsigbarhet, kvalitet på tjenester og at avtaler holdes.

Når det er snakk om kulturspesifikke ønsker dreier det seg om språk og ivaretagelse av og respekt for religion, at kulturelle normer for kosthold overholdes og at pleie- og omsorgssituasjonen ikke er krenkende. Ved noen aldersinstitusjoner ønsker pårørende større rom slik at det blir mer plass til de til dels store familiene som kommer på besøk. Et fåtall foreslår egne enheter, knyttet til språk, religiøs tilhørighet og/eller kjønn. En pårørende nevner spesielt at siden mye aktivitet i hennes kultur tradisjonelt foregår i kjønnssegregerte rom, kan felles enheter for menn og kvinner virke begrensende på eldres utfoldelse og stride mot religiøse normer og tradisjoner. Noen ønsker derfor egne kjønnssegregerte enheter. Selv om noen kunne ønske mer tilrettelegging i form av bedre mulighet for familiekontakt og religionsutøvelse, reserverte de fleste seg likevel mot spesielle enheter ut fra landbakgrunn. En sønn understreket risikoen for at innvandrere ville bli ekstra isolerte i spesielle enheter, og er bekymret for at innvandrere ville bli adskilt fra majoriteten av eldre.

Muligheten til at den eldre har minst en å snakke med på opprinnelsespråket står høyt på pårørendes ønskeliste til omsorgstjenestene. For en del brukere som strever med å forklare seg på norsk, kan det være en ekstra utfordring at hjelperne i hjemmetjenesten stadig skifter, særlig hvis nye hjelpere ikke er tilstrekkelig informert. Dette kan i sin tur også bli en ekstra belastning for pårørende, som i mange tilfelle blir mobilisert for å formidle og forklare de eldres behov. Det blir ekstra viktig at den informasjonen de pårørende formidler til hjelperne blir ivaretatt og at tjenester blir koordinert. Svikt i slike systemer kan tolkes som et uttrykk for mangel på respekt for den enkelte bruker. Uforutsigbarhet om hvilke hjelpere som kommer og hvordan tjenesten vil bli utført kan skape uttrygghet og merarbeid også for de pårørende. En pårørende understreket at systemet med stadig nye hjelpere fra hjemmetjenesten førte til at familien ble bundet til omsorgsoppgavene ved at de måtte være tilgjenge for å forklare og svare på hjelperes spørsmål, og de måtte tilse at tjenesten ble utført. Det er ikke nødvendigvis slik at familien vil gjøre alt selv. Pårørende med et sterkt omsorgsansvar kan føle at de må ta på seg oppgaven selv eller være bakvakt hvis de oppfatter at tilbudet til den eldre

er mangelfullt. En pårørende var vitne til at det kom hjelpere som vanskelig kunne kommunisere seg imellom på norsk og langt mindre med foreldrene på deres språk, slik at det lett oppstod misforståelser. Han følte derfor at han av hensyn til foreldrene, burde være tilgjengelig også når det var avtale om offentlig hjelp. Hans erfaringer med hjelpeapparatet gjorde at han vegret seg mot å søke mer omfattende omsorgstjenester som sykehjem. Ut fra noen pårørendes oppfatning kan det være for mye forlangt at eldre innvandrere, ut fra kulturbakgrunn og kanskje manglende ferdigheter i norsk, skulle integreres i vanlige sykehjem.

Fra familiens side kan det oppfattes som viljen til familieomsorg blir utnyttet og at omsorgsapparatet er tilbakeholdent med å yte hjelp, så lenge familien stiller opp. Forventninger om familieomsorg kan for noen innvandrere føre til at de er svært beskjedne med å forvente offentlige hjelp, fordi de regner det som sin oppgave å yte omsorg for eldre. De påtar seg et stort omsorgsansvar alene eller ved å fordele oppgavene med å ta seg av hjelpetrengende foreldre seg imellom. De bærer belastningen med omsorgsoppgaver som fører til redusert arbeidstid og tapt arbeidsfortjeneste. Møtet med det de oppfatter som mangelfulle og lite fleksible offentlige hjelpeordninger, kan da oppleves som et ytterligere press for å yte familieomsorg. Noen understreker hvor mye samfunnet sparer på deres innsats. Pårørende kan vise til foreldres mangeårige arbeidsinnsats i det norske samfunnet, og at de har gjort seg fortjent en god alderdom. Det er ikke bare etnisk norske eldre som kan argumentere med at de har 'bygget landet' og derfor har krav på god hjelp i eldre år.

4.2.2 Pårørende som flerkulturelle samarbeidspartnere

Mange pårørende til eldre innvandrere kom til Norge som barn, noen er født her. De forholder seg gjerne til forventninger både fra hjemlandets – og norsk kultur. I det daglige kan dette fungere ved at de følger norske normer og regler ute på skole og i arbeidslivet og at de følger hjemlandets kulturelle spilleregler i familien. På den måten kan de verdsette både de norske offentlige ordningene og kulturelle tradisjoner som legger vekt på et sterkt familiesamhold og omsorg for eldre (Prieur 2007). Så lenge de kan forholde seg til de ulike normer og verdisett på ulike arenaer, kan dette tilsynelatende

gå greit, selv om den enkelte kan oppleve dilemmaer og konflikter. For pårørende til eldre med omfattende pleiebehov kan imidlertid disse arenaene vanskelig holdes atskilt. Omsorgsoppgavene kan gå ut over arbeid og skolegang. Innad i familien er det ikke enkelt å begrunne grenser for familieomsorg med andre forpliktelser (Ingebretsen 2008). Pårørende kan komme mellom barken og veden ved at familien forventer at de tar hånd om pleietrengende foreldre, samtidig som de blir møtt av samfunnets forventninger til yrkesaktivitet og deltakelse. Dette kommer tydelig fram i følgende uttalelse fra en datter:

Skal jeg slutte i jobben min og ta vare på mor? Det kan bli en skikkelig kollisjon altså, føler at du ikke blir forstått og føler man vil ta ansvar og så er verdispørsmål og det er jo forferdelig vanskelig og vondt fordi at vi har heller ingen vi kan ikke gå og spørre hva som er riktig og galt. Det finnes ikke noen rollemodeller for akkurat det der.

I omsorgstjenestene blir det ofte vist til betydningen av «kultur og kulturforskjeller» uten at det blir nærmere presisert hva en legger i det. Det blir oppfordret til «kultursensitivitet», som er blitt honnørord i omsorgstjenestene, uten at dette følges opp med nyansert kunnskapsformidling og kommunikasjon med de brukere og pårørende det gjelder.

Kultur – i hvert fall når det er snakk om «fremmede kulturer» – blir lett oppfattet som noe uangripelig, et absolutt en må godta, og som en må gjøre sitt beste for å forstå hva innebærer. Samtidig kan det føre til at de ansatte blir usikre på hvordan de best kan hjelpe både den enkelte eldre og familien på en «kultursensitiv» måte.

En sønn forteller at han har strevd med å få hjelp til faren som har vokst opp i et afrikansk land.

Far trenger noen å snakke med (om sykdommen sin) og jeg har bedt om hjelp. De (hjelpeapparatet) hadde ingen som er egnet til å forstå hans situasjon og jeg skjønner ikke hvordan det skal være så vanskelig for det er jo mange likhetstrekk, hvis du ser bort fra det kulturelle da, at man er lei seg på grunn av andre ting, at kroppen ikke fungerer som den skal lenger, man føler seg ensom, man føler seg som en belastning, det er jo vondt og det har jo ikke noe med kultur å gjøre.

Eksempelet tyder på at kulturforklaringer kan få negative konsekvenser i forhold til det å få alminnelig hjelp. En pårørende mente at ansatte prøvde å forstå og sette seg inn i innvandreres situasjon: «*Ansatte tenker vel at det kanskje er sånn og sånn de (innvandrere) tenker*». Hvis ansattes antakelser ikke blir nærmere realitetstestet, er det fare for at hjelpeapparatet kan overse det som er felles fordi de tar på seg «kulturbrillene» og ser alt igjennom dem. Hvis kulturforklaringer fører til unngåelse eller handlingslammelse, vil det slå negativt ut for brukerne. Enkelte pårørende er inne på at forklaringer med henvisning til «kulturen» kan brukes som beskyttelse fra hjelpeapparatets side. En pårørende sa det slik: «*Ansatte tenker kanskje: «Vi skal være forsiktige og vi vet jo ikke og kanskje vi støter henne på det og det*». En slik forsiktighet kan bli et hinder for hjelp.

Noen ganger kan det være lett å lene seg til pårørende. Som nevnt kan noen pårørende oppleve at det kan være en fare for at hjelpeapparatet regner med at pårørende trår til. Det kan særlig gjelde hvis de opplever at hjelpen fra det offentlige er mangelfull eller ikke etterkommer kulturelle forventninger om hvordan hjelpen skal organiseres, for eksempel når muslimske kvinner må ha kvinner som hjelpere. I det praktiske omsorgsarbeidet kan det derfor være ekstra behov for informasjon og avklaring av arbeidsfordeling mellom pårørende og ansatte. Pårørende kan komme mellom barken og veden når det gjelder familieomsorg vs. bruk av offentlige omsorgstjenester. Både eldre foreldre og deres barn kan ha sterke ønsker om og forventninger til familieomsorg. En datter forteller at hun strever med å godta at moren kanskje må på sykehjem. Hun har store forventninger til seg selv som omsorgsyter. «*Foreldrene har jo tatt vare på barna ...*». Hun vil yte gjengjeld og hun opplever sterkt morens forventninger. Det er vondt for henne dersom moren i sin fortvilelse antyder at barna ikke vil ta vare på henne. Det blir mye dårlig samvittighet.

Jeg kan ikke si til henne: Mamma, jeg har ikke tid eller jeg må jobbe eller går på skole – og du må vente. Det er litt vanskelig for henne å forstå akkurat det, hun kjenner jo til hvordan det er her, hun har jo bodd her selv, men det blir sånn at når hun er i en vanskelig situasjon, er det barna som bør stille opp.

Hun forteller at foreldrene, har bodd lenge i Norge, men «*uansett er det den holdningen at man tror at barna skal ta seg av foreldrene.*» Intervjuer spurte om forventningspresset kom fra den eldre generasjon eller fra andre.

Det er også fra hjelpeapparatet – det er faktisk det, for slik vi stilte opp for mor og gjør det enda, så ble det til at vi måtte ordne opp i ting og ta kontakt og koordinere, det blir mye overlatt til oss.

Det verdt å spørre seg om det i forhold til pårørende med innvandrerbakgrunn kan være store forventninger til dem både som hjelpere, tolker og kulturformidlere uten at man i tilstrekkelig grad imøtekommer deres behov for hjelp og støtte. De, som andre pårørende, kan ha behov for hjelp til å sette grenser og få bistand når det oppstår uenighet og familiekonflikter. Hvis «alle» venter at «de» helst vil hjelpe «sine egne» blir det ekstra vanskelig å be om offentlig hjelp i tide, med økt risiko for slitasje, utbrenthet og familiekonflikter. Liknende erfaringer har de gjort i Sverige (Forssell 2004, Songür 1999) og Canada (Brotman 2002). Ved omfattende hjelpebehov kan det være en utfordring å finne fram til en gunstig kombinasjon av offentlige tiltak (formell omsorg) og hjelp fra familie og nettverk (uformell omsorg). Som i majoritetsbefolkningen behøver det slett ikke å være et enten /eller. En må regne med ulike utforminger av pårønderollen også blant pårørende til eldre innvandrere (Forssell 2010, Ingebretsen 2010b).

Store omsorgsoppgaver kan gi negative ringvirkninger i familien. En datter sa det slik: «*Når en person blir syk, blir flere syke sammen med den personen på grunn av at en må bidra så mye.*» Mange pårørende kjenner seg igjen i slike uttalelser, men presset kan være ekstra stort i kulturer som er sterkt preget av familieomsorg. Det vil være ulike utforminger av pårønderollen. Det er også variasjon med tanke på hvor mye eldre innvandrere forventer av sine barn. Noen pårørende forteller at foreldre eller svigerforeldre er blitt «moderne» og skjønner at de kanskje må på sykehjem hvis de blir sterkt hjelptrengende. Det fremgår også av en undersøkelse blant innvandrere fra Pakistan, Vietnam og Sri Lanka (Nergård 2009).

4.2.3 Ansattes perspektiver

Ansatte i omsorgstjenester representerer et stort mangfold med tanke på bakgrunn. Intervjuer viser stor vilje og interesse for å lære om og av dem de

møter. Det kan være en utfordring for ansatte at brukerne har nye og uvante forventninger til dem og hjelpeapparatet, men flere forteller at de har blitt vant til mangfold.

En flerkulturell gruppe av ansatte betraktes som en fordel. Medarbeiderne kan stimulere hverandre gjensidig til å bli interessert i og lære om hverandres kulturbakgrunn. En multietnisk gruppe av ansatte kan føre til åpenhet for ulike tilnæringsmåter i forhold til brukere. 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, til å være fleksible og å trene seg i forståelse.*» Samtidig med at mangfold er en styrke i personalgruppen må en ta på alvor at det kan representere en utfordring å finne en god felles plattform for språk og kulturforståelse. Det trengs åpenhet, tid og dialog.

Ansatte er opptatt av å forholde seg til ulike kulturelle og religiøse normer, slik at de ikke opptrer støtende. De ritualer og normer det oftest vises til når det gjelder behov for kulturtilpasninger, dreier seg om å vise respekt med hensyn til stell. Det kan by på praktiske problemer å etterleve idealene. Idealene kan støte mot vaktordninger og begrenset bemanning. Siden mange primært ønsker kvinnelige pleiere, blir det en vurdering av hvor viktig dette ønsket er i forhold til den enkeltes verdier og hva som er praktisk mulig å få til. Betydningen av å respektere det når muslimske kvinners ikke ønsker å bli stelt av mannlige pleiere, blir understreket.

Foruten personlig stell er det matvaner og kosthold som ansatte må ta hensyn til. Flere understreker imidlertid at de er vant til å forholde seg til ulike dietter. Det kan imidlertid bli slik at en unngår å gjøre det gale ved for eksempel ikke å gi svinekjøtt til muslimer, heller enn å gjøre mer av det riktige ved å gi varierte alternative kostholdstilbud. Det kan være krevende å sette seg inn i hva som er positivt godt for den enkelte bruker. Det er også detaljer å huske på, for eksempel: ikke bruke samme smørekniv til skiver med leverpostei og vegetarkost.

Ansatte viser ofte til at respekt forutsetter individuelt tilrettelagt omsorg. Dette gjelder fra første stund med hensyn til informasjon og i den daglige kontakten: hvordan en henvender seg og hvordan en gjør seg forstått både verbalt og ved hjelp av kroppsspråk. Det blir viktig å nærme seg med lydhør-

het og legge vekt på å tolke signaler. Noen ansatte viser til at deres erfaring med personer med demens og språkproblemer etter hjerneslag, har ført til at de har oppøvd lydhørhet for nonverbale signaler. Jo bedre sammensatt personalgruppen er jo lettere blir dette tolkningsarbeidet, enten det gjelder å forstå språklige uttrykk, kroppsholdninger eller kulturelle uttrykk.

Hva betyr så individuell tilrettelegging og respekt for den enkelte i praksis? Ansatte understreket at det er spesielt viktig å vise høflighet, forklare sitt ærend, lytte til og være oppmerksom på brukerens reaksjonsmåter i pleie- og omsorgssituasjoner. Ansatte er opptatt av å tolke den enkeltes atferd og bruke det som rettesnor for tilrettelegging av omsorg, men de har ofte begrensede holdepunkter på grunn av kommunikasjonsproblemer og manglende kjennskap til den enkeltes bakgrunn.

Et eksempel gjelder en mann av afrikansk opprinnelse hadde bodd få år i Norge da han ble syk og pleietrengende og kom på sykehjem. Han hadde sansesvekkelse og virket forvirret. Han hadde ingen nære pårørende og det var vanskelig å forstå hva han mente også når man brukte tolk. Ansatte understreket at de prøvde å ivareta omsorgen for han på en vennlig og respektfull måte. De spurte han enkle spørsmål om hva han likte, om det passet med stell osv.. De gikk ofte for å se om det var noe han trengte og de forsøkte å innrette seg etter signaler fra ham, slik at de evt. kom tilbake senere. På den måten prøvde de å vise imøtekommenhet og formidle trygghet, samtidig med at han så langt som mulig hadde kontroll over enkle betingelser som valg av drikke, når han ville spise, stå opp, stelles osv.. Til tross for godvilje og iver etter å lære å tolke hans signaler, var hovedinntrykket at det ble vanskelig. Ansatte hadde få klare signaler å forholde seg til og det ble en litt «ribbet» omsorgssituasjon.

Gode relasjoner og positivt samvær med andre er kanskje det aller viktigste for å motvirke opplevelse av utilstrekkelighet og verdiløshet som hjelpavhengig. Mye av ansattes beskrivelse av forhold til brukerne handler om å skape gode møter. Det kan likevel være lite å spille på når det gjelder relasjonsbygging på grunn av vanskeligheter med å tolke signaler. Ansatte viser ofte til at om den enkelte virker 'blid og fornøyd' så blir det tatt som tegn på at de har lyktes i sine bestrebelser på å gi god omsorg. I tilfelle der det er vanskelig å få til nyansert kommunikasjon, forteller de at de legger vekt

på å være ekstra vennlige i forhold til eldre med innvandrerbakgrunn og deres pårørende. På den måten signaliserer de godvilje og imøtekommenhet. De prøver å vise respekt ved tiltale og måten de nærmer seg den enkelte på. Det er viktige forutsetninger for å formidle trygghet. Likevel kan begge parter oppleve at det blir misforståelser og de kan savne samtaledybde. «*Vi gjør jo så godt vi kan, er smilende og tar oss av det som trengs, men det er begrenset hva vi får snakket om*».

Inntrykk fra kontakten med ansatte i de kommunale omsorgstjenestene er at de i stor grad stiller seg åpne for å finne praktiske løsninger. Tolk blir mest brukt ved behovskartlegging og ved formidling av vedtak. I den konkrete omsorgshverdagen kan det være ekstra behov for tolk når viktige avgjørelser skal tas. En prøver å bruke ansatte med samme språkbakgrunn så langt det går i pleiesituasjoner, og utvikle hjelpemidler i form av bilder og oversette viktige ord til daglig bruk. Det kan gjøres i samarbeid med tolk og/eller pårørende. Ansatte legger vekt på å bli kjent med personen også via pårørende. Flere understreker at tidsfaktoren er avgjørende for å få forståelse og formidle trygghet. «*Man skaper ikke trygghet på et øyeblikk*». Effektivitetskrav er ikke alltid lett å kombinere med individuell tilrettelegging enten det dreier seg om pleie, samtaler, formidle kontakt med andre brukere eller å hjelpe en indisk dame med å vaske silkesjalene som ikke kan sendes på fellesvaskeriet.

4.2.4 Spesielle enheter eller samlet fellesskap

I det konkrete omsorgsarbeidet må en ta stilling til på hvilke nivåer og på hvilke måter en skal tilrettelegge tjenestene. Et sentralt tema er hvordan brukerne og pårørende opplever at tilbudene samsvarer med deres forventninger og behov, og hvordan ansatte tilrettelegger tilbud. Individuell tilrettelegging og ivaretagelse av de enkeltes integritet og verdighet stiller krav til tjenestenes omfang og rammebetingelser. Ansatte i omsorgstjenesten legger ofte vekt på at det strider mot den integrasjonstankegang som preger skole og samfunnsliv forøvrig hvis en skulle etablere egne enheter for eldre innvandrere i sykehjem

Samlet sett går «individuell tilnærming og tilrettelegging» som en rød tråd gjennom de ansattes svar. Dette er i samsvar med sentrale målsettinger,

formulert blant annet i flere stortingsdokumenter, se kapittel 2. Selv om de kan etterlyse bedre miljøtilrettelegging svarer ansatte, uansett bakgrunn, oftest negativt på spørsmålet om de ønsker spesielle enheter for eldre med innvandrerbakgrunn. De fleste ansatte sier seg enige i sentrale signaler om at dette ikke bør føre til nye former for særomsorg. De sier at det *ikke* er ønskelig med egne enheter for innvandrere. Ansatte med ulik bakgrunn går dermed imot en etnifisering av alderdommen. Flere ansatte gir uttrykk for at det ikke virker som innvandrere søker sammen selv om de er ved samme enhet på sykehjem. Det er kanskje ikke så rart når de ofte kommer fra ulike land med ulike språk. Når de kommer til sykehjem har de fleste også lite overskudd på grunn av sykdom, demens og psykiske problemer. Fellesaktiviteter og gjensidig kontakt krever ofte ekstra innsats fra ansatte. Det gjelder også i forhold til norske brukere.

Ansattes motforestillinger mot særskilte enheter knyttes til at det er mange etniske grupper involvert og at det er motsetninger og skillelinjer mellom folk med samme opprinnelige landbakgrunn. Det kan vanskeliggjøre fellesskap. Samlet sett går de fleste inn for å satse på opplæring og flerkulturelle team av ansatte fremfor egne enheter basert på brukernes landbakgrunn, kultur eller religiøs tilhørighet. På de fleste stedene, vil beboere komme fra ulike land og sammensetningen av beboere vil variere over tid. Et hovedpoeng er at det er viktig å være lydhør for forskjeller, og så langt som mulig forsøke å forstå hvilke verdier og vaner som er av *særlig* betydning for den enkelte eldre.

I Norge er det et eget aldershjem og sykehjem for jøder tilknyttet det Mosaiske trossamfunn, ellers er det et fåtall eldre med ulik religiøs og kulturell tilhørighet som er spredt på ulike sykehjem. Noen enkeltpersoner og representanter fra innvandrerorganisasjoner har 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. Andre vil kunne foretrekke å delta eller bo sammen med folk som snakker norsk eller har norske vaner. Hva som er best vil blant være avhengig av hvor sentral religiøs tro og praksis er for den enkelte.

Både ved dagsentre og sykehjem kan det i visse deler av byen bli flere med samme språklige og religiøse bakgrunn som er brukere samtidig. I slike situasjoner kan det bli snakk om å utvikle dette til flerkulturelle enheter med spesiell vekt på mangfold (Kantarellen 2009).

4.3 Diskusjon

I det videre vil tre områder det er spesielt viktig å rette søkelyset mot, bli diskutert i forhold til forskningslitteratur. Det gjelder spørsmål om a) bekrefteelse og individuell tilrettelegging for eldre med innvandrerbakgrunn i aldersinstitusjon, b) ivaretagelse av pårørende som flerkulturelle samarbeidspartnere og c) utvikling av en flerkulturell gruppe av ansatte. Disse spørsmålene henger i noen grad sammen.

4.3.1 Bekreftelse og individuell tilrettelegging

Ivaretagelse av hjeleptrengende eldres *integritet* er et sentralt tema i omsorgsyrkene. Alle eldre kan oppleve sin integritet krenket blant annet fordi de er avhengig av pleiepersonalets hjelp. Det er risiko for krenkelse av kroppslig integritet ved at det personlige rom invaderes (Kirkevold 2008), men risikoen blir større for eldre med innvandrerbakgrunn, for mye vil være ukjent og uvant for omsorgsgiverne. Muligheten for å forstå og å bli forstått blir avgjørende. Kommunikasjon er av fundamental betydning når målet er trygghet, verdighet og en meningsfull tilværelse (sml.verdighetsgarantien). De eldre står i fare for ikke å bli sett, anerkjent eller respektert. Den enkelte bruker kan føle «fortvilelse over å være språkløs og fanget i taushet og ensomhet når språkkunnskapene ikke strekker til» (Danielsen 2007, s.57).

For ansatte kan det bli lite å spille på når det gjelder relasjonsbygging om en mangler kunnskap om den enkelte brukers språk og kultur. For at det personlige stellet skal fungere som et møte for bekreftelse, må stellet tilpasses den enkelte. Det blir viktig å ta utgangspunkt i de vaner, preferanser eller ritualer personene har når det gjelder hygiene og påkledning (Brodtkorp 2008, s. 150). Et godt møte forutsetter både kunnskap og sensitiv tilstedeværelse. Dette vil by på ekstra utfordringer hvis en har lite å forholde seg til på grunn av manglende kulturkunnskap og kjennskap til den enkeltes liv og historie. Det er ikke alltid den kunnskapen er lett tilgjengelig.

I denne sammenheng er Kitwoods (2007) diskusjon om hvordan man kan bekrefte personer som er i en sårbar posisjon, relevant. Eldre innvandrere som flytter til institusjon er sårbare. Spørsmålet er hvilke muligheter de har til å dele og utveksle erfaringer med andre og få bekreftelse på hvem de er. På en vanlig aldersinstitusjon vil det være få referansepunkter som kan bidra til å opprettholde minner som kan være identitetsbekreftende og bidra til styrket selvfølelsen. Gode relasjoner og positivt samvær med andre blir kanskje det aller viktigste for å motvike opplevelse av utilstrekkelighet og verdiløshet. Likevel er det viktig også å rette søkelyset mot hvordan man tar vare på tilknytningen til den enkeltes kultur gjennom miljøer som legger vekt på å skape en atmosfære båret opp av kjente trivsel- og trygghetsskapende stimuli (Heikkilä et al 2007, Emami et al 2000). I miljøer som mangler slike holdepunkter vil de ansatte få et stort ansvar for å skape trygghet og å gi identitetsbekreftelse. Ofte har de lite å holde seg til.

Eldre i sykehjem må i stor grad ta til takke med de rutiner, mat, synsinntrykk, lyd miljø og aktivitetstilbud som foreligger på stedet. For etnisk norske i aldersinstitusjoner kan kulturskatter som sanger, salmer og eventyr brukes som felles referanse og påkalle minner og gi bekreftelse i samspill med andre. Dette skaper ingen gjenkjenning og er heller ingen kjente referanser for dem som har levd store deler av livet i en annen kultur. Den eldres mulighet til gjenkjenning begrenser seg da ofte til at ansatte har snappet opp noen ord fra deres språk. Men bilder og gjenstander fra hjemlandet kan være et viktig utgangspunkt for samtaler mellom den eldre og ansatte. Dette er et tema det er viktig å arbeide videre med.

Det er verdt å reflektere over hvordan de tilbud som gis, preges av verdier vi tar for gitt. Den nordiske eldreomsorg er preget av *individualistiske verdier*. Livskvalitet i eldre år blir i stor grad knyttet til det og å klare seg hjemme så lenge det går, mens det i mer familieorienterte samfunn er livskvalitet knyttet til familiesamvær (Hansen 2008). På samme måte som norske eldre helst ikke flytte fra hjemmet sitt, vil eldre fra mer *familieorienterte* kulturer helst ikke flytte fra familien. For at eldre skal føle seg «hjemme» på institusjon, har det i Norge blitt lagt mye vekt på enerom og på å gi rom på institusjoner et personlig preg med egne eiendeler og minneting. Ved flytting til institusjon er det lettere å ta med godstolen enn familien. Hvis hovedønsket er å være sammen med familien, kan ikke kjente gjen-

stander kompensere for dette tapet. Det blir viktigere at familien får plass nok til å samles om den gamle.

Det blir hele tiden et spørsmål om hvordan vi fyller honnørordene i omsorgstjenesten med innhold. Vi må være oppmerksom på at integritet og identitetsbekreftelse, autonomi, trygghet og verdighet kan bli forstått på ulike måter. Hvis en tenker på den sammensatte gruppen av innvandrere som homogen og annerledes, kan dette gå ut over målet om en individuell tilnærming og tilrettelegging. Antakelsen om kulturspesifikke behov kan gå på bekostning av individuell tilnærming (Torres 2006a, Lill 2001). Dette er viktige spørsmål og påpekninger en må ta med seg i det videre arbeidet. Det er også viktig å etablere gode samarbeidsrelasjoner til pårørende.

4.3.2 Ivaretagelse av pårørende og pårørende som samarbeidspartnere

Selv om det blant mange innvandrere er tradisjoner for familieomsorg, må en regne med variasjoner og at det for den yngre generasjon skjer en gradvis tilpasning til det nye samfunnet. Det kan bli galt hvis barn av innvandrere møter norske forventninger bygget på våre fastlåste forestillinger om deres tradisjon for familieomsorg. En kan ikke regne med et ubegrenset omsorgspotensial i den yngre generasjonen. Eldre må forholde seg til de tilpasningene som migrasjonssituasjonen fører med seg for alle familiemedlemmene, og som vil få konsekvenser for utøvelsen av uformell omsorg (Torres 2006b). Eldre kan bli skuffet hvis forventninger om familieomsorg ikke blir oppfylt (Songur 1999). Samtidig er den eldre generasjon heller ingen statisk gruppe (Nergård 2009). Det er variasjon og bevegelse.

Samspill mellom familieomsorg og offentlige tjenester er sentralt for å få til god omsorg. Bruk av omsorgslønn er relativt hyppig blant innvandrere (Ingebretsen & Nergård 2007, Nergård 2008, Thorbjørnsen & Widerø 2009). Grenseoppgangen mellom familieomsorg og offentlige tjenester kan være vanskelig uansett bakgrunn. Det etterlyses bedre ordninger for å kunne kombinere familieomsorg og jobb (Gautun 2009). Det blir viktig å ivareta et familieperspektiv på omsorgsoppgaver. Mange strekker seg lenger enn kreftene rekker og pårørende har ofte store samvittighetskvaler når foreldre flyttes til institusjon (Ingebretsen & Solem 2002, Ingebretsen 2006, EUROCAREERS 2008).

I Norge er det stort sett slik at både eldre selv og barna deres regner det som naturlig at eldre som trenger omfattende og langvarig pleie, får det gjennom det offentlige hjelpeapparat. Over tid har det vært en bevegelse fra å foretrekke familiehjelp til å foretrekke offentlige tjenester (Daatland 1990). Også i Europa er det klare forskjeller mellom ulike land når det gjelder formell og uformell omsorg og tjenesteyting overfor eldre (Daatland & Lowenstein 2005, Daatland & Herlofsen 2003). Selv om voksne barn i Norden yter relativt mye omsorg – både direkte hjelp og indirekte ved at de er pådrivere i forhold til det offentlige tjenesteapparat – kan pårørende vise til «vanlig praksis i våre dager» når det offentlige tjenesteapparatet benyttes. Det stempler verken den eldre eller familien på en negativ måte. Når vanlig praksis blant enkelte innvandrergupper også i våre dager er familieomsorg, kan bruddet med den oppleves som moralsk uakseptabelt av dem som i følge tradisjon skulle yte omsorgen, mens de som skulle ha mottatt omsorgen kan føle seg sveket.

De senere år har en rettet oppmerksomhet mot pårørende som har omfattende omsorgsoppgaver. En har erkjent at de kan trenge oppfølging/veiledning, samtalefelleskap med andre pårørende og at de må ha et godt samarbeid med hjelpeapparatet (Ingebretsen et al 2006). Dette vil i minst like stor grad gjelde i innvandrerfamilier, der dilemmaene mange ganger kan oppleves ekstra store. På den ene siden kan det være en risiko for at hjelpeapparatet bruker kulturbriller og har høye forventninger til pårørende. På den andre siden kan et ønske om å vise respekt for familietradisjoner bidra til at ekstra mye overlates til pårørende. Av redsel for å tre inn på de pårørendes enemerker, kan hjelpere bli usikre på arbeidsfordeling. En vil trø ekstra forsiktig i et ukjent verdilandskap. I stedet for «kultursensitivitet» kan det bli «kulturforsiktighet». Det kan føre til at familier som kunne trenge tilbud om praktisk hjelp og/eller tilbud om en samtalepartner enten det dreier seg om familierapi eller annen form for støtte eller veiledning, ikke får det. (Ingebretsen 2009).

Mens det i aldersinstitusjoner ofte er snakk om at norske pårørende sørger for «det lille ekstra» (Ingebretsen et. al 2006), kan forventningene til pårørende til innvandrere bli store. Ansatte blir ofte avhengige av pårørende som tolker og formidlere av den enkelte Eldres ønsker og preferanser, og de

kan bli tilkalt for å oppklare uklarheter. 'Pioner-pårørende' blir viktige diskusjonspartnere og til dels veiledere for ansatte i sentrale spørsmål knyttet til stell og behandling. Det kan mye bli opp til pårørende å forvalte kulturelle og religiøse tradisjoner, feiring av høytider osv.. Det knytter seg ofte store forventninger til dem både som omsorgsgivere og kulturforvaltere. Det trengs en nærmere diskusjon av hvordan ulike tradisjoner og åndelige verdier skal ivaretas og hvordan oppgavene skal fordeles mellom de offentlige omsorgstjenester og pårørende.

4.3.3 En flerkulturell gruppe av ansatte er en styrke

Internasjonale studier viser at etniske minoriteter ofte er overrepresentert blant personalet i aldersinstitusjoner, mens majoritetsbefolkningen er overrepresentert blant brukerne (Berdes 2001, Prester 2003). Også i Norge er mange arbeidsplasser flerkulturelle (Ingebretsen 2007b). I Oslo kommune er ansatte med bakgrunn i ikke-vestlig land overrepresentert i helse- og sosialtjenesten (Hømme & Høst 2008), og i pleie- og omsorgssektoren (Seeberg & Dahle, 2005, Seeberg 2007). Ved sykehjem i Oslo er det langt flere ansatte enn brukere som er innvandrere eller barn av innvandrere. Det vises ofte til at dette gjør det enklere å kunne finne personell med brukeres eget språk og kulturbakgrunn. Likevel er det ikke å forvente at denne kabalen skal gå opp på alle enheter og alle skift. Språk er heller ikke det eneste kriteriet som teller for at det skal bli «god match» mellom brukere og personale. Det kan være en fare for at det stilles urimelig store forventninger til ansatte som har samme kulturbakgrunn som brukerne (Lill 2007, 2010).

Erfaringer fra omsorgstjenestene viser at en sammensatt gruppe av ansatte kan bidra til utvikling av tjenestene når en arbeider seg fram til en god felles plattform for språk og kulturforståelse. Med åpenhet og nødvendig tid, kan ansatte med ulik språk- og kulturbakgrunn, bidra til bedre kommunikasjon mellom brukere og ansatte. Det blir viktig å bygge relasjoner slik at en ikke låser seg fast og gjør etnisitet til et problem. En skal ta vare på mangfold som mulighet (Lill 2007). En må også rette søkelyset mot hvordan ansatte med innvandrerbakgrunn inkluderes i arbeidsmiljøet med tanke på arbeidsorganisering, arbeidsrelasjoner og hierarkidannelser (Seeberg & Dahle 2005).

Det kan bli et spørsmål hvor mye tid en kan bruke på «forskjellighet» når det er så stort press på 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). Det blir arbeidet aktivt med disse spørsmålene, men en må regne med at dette varierer mellom institusjoner (Ingebretsen 2007b). Det er behov for mangfold på alle nivåer i organisasjonene. Det gjelder å rekruttere og ansette folk med ulike etnisk bakgrunn, og å se på forskjellighet som en form for institusjonell kompetanse. (Craig 2005, Seeberg 2007, Ingebretsen 2007b).

En god felles språklig plattform på norsk er avgjørende både for arbeidsmiljøet og hensyn til brukere og pårørende. De ansatte i pleie- og omsorgstjenesten må få god språkopplæring. Ved sykehjem i Oslo er det gode erfaringer med språkkurs for ansatte på arbeidsplassen der en tar utgangspunkt i begreper som benyttes i helse- og omsorgsarbeidet, i rapportering og utfylling av skjemaer (<http://www.sykehjemsetaten.oslo.kommune.no/>). Dette representerer en kompetanseheving og økt selvtillit for den enkelte og kan bidra til å hindre misforståelser. Et nyttig hjelpemiddel for en flerkulturell gruppe av ansatte, er en lømmeparlør som er utviklet ved Undervisningssykehjemmet i Oslo (Oslo kommune, sykehjemsetaten 2009).

Et annet bidrag til kulturkompetanse kan være flerkulturelle team som er foreslått som støtte for ansatte. (Se Ingebretsen 2010 b).

4.4 Avslutning

Erfaringer fra intervjuer med ansatte og brukere og deres pårørende i omsorgstjenesten er her diskutert ut fra spørsmål om hvordan ivareta best mulig omsorg ut fra Eldres, pårørendes og ansattes perspektiver.

I det konkrete omsorgsarbeidet må en ta stilling til på hvilke nivåer og på hvilke måter det er spørsmål om tilrettelegging av tjenester. Brukere og pårørende uttrykker mest ønsker i forbindelse med tilbudenes faglige kvalitet og kommunikasjon, men en må ta utgangspunkt i den enkeltes verdier og leveste. Kontakt med ansatte og andre brukere med samme språk, blir viktig. Samtidig går mange pårørende, brukere og de fleste ansatte imot 'særomsorg'. Individuell tilrettelegging og ivaretagelse av de enkeltes inte-

gritet og verdighet kan imidlertid også stille krav til tjenestenes omfang og rammebetingelser.

Det er verdt å reflektere over om de tilbud som gis preges av verdier vi tar for gitt, hva som må til for at nye brukergrupper skal føle seg 'hjemme' og om familiene får nødvendig hjelp. Det er ikke uten videre lett å gjennomføre tradisjonell storfamilie-omsorg i dagens Norge.

5 Forebyggende helsearbeid overfor eldre innvandrere – møteplasser og organisasjoners betydning

5.1 Innledning

Det er grunnleggende for mennesker å inngå i sosiale fellesskap med andre. Mennesker som ikke har en fellesskapstilknytning, kan føle seg ensomme. Det dreier seg om fellesskap, kontakt og deltakelse på ulike nivåer; fra å ha fortrolige, venner, familie og andre en omgås, til kollektive fellesskap og gruppemedlemskap der en er del av et større 'vi', for eksempel gjennom tilhørighet til nasjonale eller religiøse gruppemedlemskap (Barstad 2009).

Av levekårsundersøkelsene blant innvandrere fremgår det at ensomhetsfølelsen var større i 1996 enn i 2006 (Blom & Henriksen 2008). Innvandrere generelt har fått en bedre sosial forankring i de ti årene som har gått mellom undersøkelsene (Blom & Henriksen 2008). Likevel gir innvandrere uttrykk for at de er mer ensomme enn det majoritetsbefolkningen gjør. Eldre kan bli ekstra utsatte for ensomhet og isolasjon når de mister nærstående eller får helsesvikt. I en situasjon preget av sårbarhet, er det viktig med alle former for nettverk og samfunnsdeltakelse som kan bidra til fellesskap og trygghet.

Det er gode grunner til å legge særlig vekt på forebyggende helsearbeid og nettverksbygging når det gjelder eldre innvandrere. Deltakelse i organisasjoner og møteplasser kan hindre ensomhet og isolasjon og være helseforebyggende.

Møteplasser kan åpne for mulighet for at innvandreres stemme kan bli hørt, og at de får mulighet til å delta i beslutningsprosesser. I IMDIs guide for etablering av møteplasser for innvandrerbefolkningen, blir «møteplass» beskrevet som en «organisert tilrettelegging for dialog og samhandling mellom representanter for innvandrerbefolkningen og lokale myndigheter. Målet er gjensidig forståelse, informasjonsutveksling og brukermedvirkning.» (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2007). Det påpekes i guiden at et

velfungerende demokrati forutsetter at alle grupper i befolkningen deltar i beslutningsprosesser. Eldre innvandrere er en gruppe som trenger å bli synlig.

I dette kapitlet vil vi omtale møteplasser ved eldresentre og i organisasjoner.

5.2 Eldresentrenes betydning

5.2.1 Eldresentre som arena for forebyggende arbeid

I handlingsplan for eldreomsorg, St. meld. 50 (1996–97) blir eldresentrene omtalt som en krumtapp i det forebyggende helsearbeid. Aldersforskningen har lenge vært opptatt av dette. «Eldresentrene kan gjennom sine aktivitets- og servicetiltak virke helsefremmende og forebyggende ved å hindre eller redusere sosial isolasjon, passivitet, unødige reduksjon og avhengighet og derved bidra til å redusere behov for tyngre omsorgstiltak. Sentrene er velegnet som arena for forebyggende arbeid blant eldre fordi de når mange, ikke virker stigmatiserende, og i stor grad fungerer som en arena hvor sosial kontakt kan utvikles og vedlikeholdes» (Ingebretsen & Sommerfeldt 1992, s. 15).

I 1989 tok daværende Sosialdepartement initiativ til et utviklingsarbeid rettet mot «brukergrupper med spesielle behov». En av disse gruppene var eldre flyktninger og innvandrere. (Ingebretsen og Guntvedt 1993). Det ble høstet erfaringer med kontaktetablering mellom en gruppe vietnamesiske flyktninger og etnisk norske i Moss kommune. I Holmestrand ble det gjennomført et forprosjekt med spørsmål om hvordan eldre flyktninger og innvandrere kunne integreres i eldresenterets virksomhet. Det ble også etablert samarbeid med Bydel Gamle Oslo om prosjektet «Eldre innvandrere i gamle Oslo» (Moen 1993). En konklusjon var at eldresentrene har en nøkkelposisjon i det forebyggende arbeid i kommunene; at en måtte orientere om tilbud på et språk brukere kunne 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).

Eldresenterets viktige plass i det forebyggende helsearbeid ble markert gjennom Eldresenterprogrammet som Sosial- og helsedepartementet tok initiativ til 1994. Foruten NGI deltok også Universitetsseksjonen ved

geriatrik avdeling på Ullevål (Pettersen & Laake 2000, 2002). I rapporten «Eldresenteret nå og i framtiden» ble det i 2000 slått 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. Eldresentrene har en bred kontaktflate mot hjemmeboende eldre. For noen år siden ble det vist til at omtrent 1/3 av dem som har tilgang til et eldresenter, gjør bruk av det (Daatland et al. 2000). Det er dermed mulig å nå mange relativt tidlig med forebyggende tiltak gjennom eldresentrene. Eldresenteret er i dag det eneste møtestedet som er spesielt tilrettelagt som en møteplass for eldre der det er mulig å være både på tilbyder og brukersiden. Beverfelt (2002) understreker at eldresenteret har en unik posisjon ved at det både er et service- og treffsted og en arena for fysisk og psykisk utfoldelse. I tillegg kan et eldresenter være base for sosialtjeneste, for organisering av tiltak for hjemmebundne, drive forebyggende arbeid og oppsøkende virksomhet. Det ideelle kravet til et eldresenter er at tilbudet til enhver tid er i pakt med brukergruppens ressurser og behov. Samtidig med at senteret er et spesialtilbud for den eldre befolkningen, skal det åpne seg mot lokalsamfunnet og bidra til å gjøre terskelen for sosial integrering lavere. «Alt i alt – behovet for ulike typer sentre som primært er vinklet mot eldre mennesker blir snarere større enn mindre i årene som kommer, de antatte endringer i demografi, familiestruktur og miljø tatt i betraktning. ... Det er snarere grunn til å tro at framtidens eldresenter vil måtte preges av større pluralisme og mangfold og av sterkere vilje til endring enn eldresentrene fram til nå. Eldresenteret har to ansikter – ett som viser seg som et «omsorgs-senter» for hjelpetrengende, og ett som framstår som «seniorsenter» for de spreke. Det bør være rom for begge deler» (Daatland et al. 2000, s. 124).

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).

5.2.2 Eldresentre som et serviceorgan

Eldresentrene skal både gi tilbud om aktiviteter og tjenester til hjemmeboende eldre og fungere som et kontaktorgan mellom kommunenes omsorgstjenester/eldrepolitiske tiltak og den eldre befolkning. I dette arbeidet vil sosionomtjeneste og seniorveiledere kunne spille en viktig rolle i det forebyggende arbeidet. Ikke minst for eldre innvandrere vil et slikt lavterskeltilbud med et tett tverrfaglig kontaktnett til andre instanser være viktig. I arbeidet som seniorveileder vektlegges helse- og støttesamtale med vekt på trygghet og tillit, tilbud om hjemmebesøk, helseinformasjon, gruppevirksomhet med undervisning, veiledning, oppfølgingssamtaler og telefonkonsultasjon (Ek 2006). For å utvikle et helhetlig støttetilbud blir samarbeidsrelasjoner til andre kommunale instanser og frivillige hjelpeorganisasjoner svært viktig. Fagteam og likemannsarbeid er viktige grunnpilarer i dette arbeidet. Ved å komme tidlig inn i bildet kan en bygge på den enkeltes styrke. Relasjonsbygging og oppfølging blir sentrale elementer (Ingebretsen & Nergård 2007).

5.2.3 Det flerkulturelle eldresenteret på Grünerløkka

I undersøkelsen om «Møteplasser for eldre innvandrere» spør Moen (2009) hvordan møteplasser kan være et bidrag til forebyggende helsearbeid, hva motiverer eldre med innvandrerbakgrunn til å benytte ulike møteplasser, hvilke ønsker om aktiviteter har de, og hvordan opplever de nytten av å delta i aktiviteter. Sist, men ikke minst, er spørsmålet om rekruttering viktig.

Det er fortsatt relativt få eldre innvandrere som bruker eldresentrene. Til tross for at eldresentre regnes som et lavterskeltilbud kan det synes som om terskelen mange steder er for høy, men enkelte eldresentre benyttes av eldre innvandrere (Hurtig 2007).

I 1997 startet et prosjekt på Grünerløkka seniorsenter. Hensikten var å utvikle et fellesskap mellom norske eldre og pakistanske/indiske eldre. Det ble i starten lagt vekt på fellesarrangementer som turer og fester, men slike tiltak ble redusert etter hvert. Intensjonene om fellesskap og integrasjon mellom brukere har derfor ikke blitt realisert. Begge gruppene, både eldre norske og pakistansk/indiske kvinner, sier at de trives hver for seg, men noen i begge grupper gir uttrykk for at «de andre» ikke vil være sammen med dem.

Avvisningen av den andre er ikke total, for flere fra begge gruppene sier at de ønsker å se mer til hverandre (Moen 2009).

Romforhold blir avgjørende for kontaktmønsteret. Fordi de indisk/pakistanske kvinnene har et eget rom, blir kontakten mellom de ulike brukergruppene liten, men desto mer kontakt blir det mellom innvandrere og ansatte. Kontakten med ansatte førte til at den pakistansk/indiske kvinnegruppen fikk tilhørighet til stedet og at de lettere fikk informasjon om senterets øvrige tilbud. En tilsvarende mannegruppe som møttes på kveldstid hadde ikke samme enkle tilgang på øvrige tjenester og var enda mer usynlig på senteret.

Sosionomtjenesten ved senteret verdsettes og benyttes. Brukerne får råd og hjelp bl.a. til å finne frem til offentlige kontorer. Slik kontakt kan bidra til at de blir bedre kjent med det offentlige tjenesteapparatet.

Selv om det er begrenset kontakt mellom ulike brukergrupper, legges det vekt på at Grünerløkka eldresenteret er et tilbud for alle eldre uansett språklig og kulturell bakgrunn. En viktig forutsetning for å lykkes er at det er en gruppeleder som kjenner de eldres bakgrunn og kan deres språk. Mulighet til fellesskap og møte med andre i liknende situasjon er viktig for trivsel. Det kan motvirke passivitet og isolasjon, som er viktige mål for virksomheten. En viktig erfaring er at etnisk segregerte tiltak innenfor samme institusjon kan bidra til at folk kommer til senteret, møtes og trives uten at en dermed trenger å ha som mål at alle grupper skal være sammen om alt (Moen 2000, 2002). «Når prosjektet på Grünerløkka seniorsenter kan defineres som et vellykket prosjekt, er det fordi kvinnene fortsetter å komme til senteret, og de benytter de mulighetene dette gir for blant annet undervisning og informasjon» (Moen 2009, s. 70), og de kan glede seg til torsdag, som er deres møtedag.

5.2.4 Nye initiativ

I Oslo (2006) ble det foretatt en brukerundersøkelse og kartlegging av eldresentrene i kommunen. Oslo byråd (Byrådssak 232/2002) la vekt på at formålet skulle være å bidra til inkludering og til å skape gode og trygge sosiale nettverk. Det het at tilbudet burde utvikles for å møte nye brukergrupper, heriblant eldre innvandrere. Kartleggingen omfattet 41 av 42

eldresentre i Oslo og viste at eldresentrene har over 34000 brukere, noe som tilsvarer 54 prosent av alle eldre over 65 år (når eldre i institusjon er fraregnet). Så godt som alle brukere mente at eldresenteret var viktig for dem. Det er også planlagt en undersøkelse av eldre som ikke bruker eldresenteret for å kartlegge behov og hva som hindrer bruk.

To av eldresentrene i Oslo-undersøkelsen har i lang tid vært møtested for eldre innvandrere. I tillegg er det nylig etablert nye møtesteder ved etablerte sentre, Furuset Seniorsenter i bydel Alna og Stovner seniorsenter i bydel Stovner. 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). Flere av de nye brukerne er i 50-årene. En har tatt hensyn til deres egen oppfatning av når de selv regner seg som eldre.

5.2.5 Diskusjonstema – sammen eller hver for seg

Et spørsmål som går igjen når en skal etablere nye tilbud til innvandrere, gjelder de andre brukernes reaksjoner og i hvilken grad de skal inkluderes i den vanlige virksomheten i senteret eller om en skal skape separate møteplasser slik en gjorde på Grünerløkka. (Ingebretsen & Guntvedt 1993, Moen 2000 og 2002). Siden den gang har det kommet flere nye innvandrergupper uten at det har kommet negative reaksjoner fra norske brukere. Dette kan ha sammenheng med positive erfaringer med personell med ulik etnisk bakgrunn (Larsen 2007, s. 9). På Grünerløkka eldresenter er det utviklet seks ulike gruppetilbud for eldre innvandrere. Det er tilbud både for kvinner og menn, grupper for deltakere med samme etniske bakgrunn (pakistanere) og en tverrnasjonal gruppe der norsk er hovedspråk. Det er etablert en egen flerkulturell interesseforening. Gruppene har noe ulike formål og innhold: det være seg helseopplysning, trim, sosial kontakt, turer, dataundervisning, praktisering av norsk og diskusjon om integrering og diskusjon om aktuelle nyheter. Det er interessant å merke seg at mens en til å begynne med måtte arbeide mye med å rekruttere eldre innvandrere som brukere, skjer rekrutteringen nå gjennom at brukerne selv inviterer med seg familie, venner og bekjente (Larsen 2007). Samtidig er det flere med innvandrerbakgrunn som

engasjerer seg som frivillige i eldresenterets øvrige virksomhet, men deltakelse i fellesaktiviteter er fortsatt ikke vanlig.

Erfaringene så langt viser at en ikke uten videre kan ta for gitt at deltakelse fører til bedre dialog mellom majoritets- og minoritetsbefolkninger eller et inkluderende fellesskap for alle. Språk synes å være en barriere for at ulike grupper kan delta sammen i eldresenteret. Det er viktig for eldre innvandrere å være i egne grupper og snakke sitt morsmål. Felles møtepunkter mellom gruppene må organiseres, gjennom felles aktiviteter som utflukter, treff med praktisering av norsk, seminarer om aktuelle helse relaterte temaer osv. Det skaper kontaktmuligheter.

Selv om eldre innvandrere deltar i egne gruppeaktiviteter, har de samtidig tilgang på senterets øvrige tjenester. Det kan sees som et skritt på veien mot å benytte et offentlig tjenestetilbud på lik linje med majoritetsbefolkningen. Det markeres at eldresenteret er et tilbud for alle eldre uansett språklig og kulturell bakgrunn. Ved Grünerløkka eldresenter ble som nevnt sosionomtjenesten ved senteret verdsatt og benyttes ved behov for råd, hjelp til å finne frem til offentlige kontorer og lignende. Sammen med gruppeaktiviteten vil en slik kontakt kunne bidra til at deltakerne blir bedre i stand til å forholde seg til 'storsamfunnet'.

5.2.6 Diskusjonstema – Rekruttering av brukere

For å få eldre innvandrere til å bruke eldresentre må sentrene fremstå som et lavterskeltilbud. Senteret må være nær brukerne, lett tilgjengelig og lite stigmatiserende. En må bygge på eldres egne ressurser og gi tilbud som stimulerer og aktiviserer. Sentrene må informere om hvor en kan få hjelp og bistand. For å få dette til blir informasjon til alle ansatte og brukere viktig. Når nye eldre kommer er det viktig at de blir sett og at de føler seg velkommen. Etablering av vert/vertinneordninger eller at en blir invitert med noen som kjenner stedet, kan gjøre det lettere å bli bruker. Ansatte eller frivillige som snakker samme språk vil kunne bidra til å senke terskelen. Eldresentre bør lage en handlingsplan for hvordan de kan inkludere eldre med innvandrerbakgrunn (Moen 2009).

5.3 Organisasjoners betydning

5.3.1 Frivillighet og organisasjonsliv

Det er stor grad av frivillighet og organisasjonstilknytning i det norske samfunnet. I St. meld. 39 (2006–2007) «Frivillighet for alle» understrekes det at målet med regjeringens inkluderingspolitikk er at alle som bor i Norge skal delta i samfunnet og ha like muligheter til å delta på alle samfunnsarenaer» (s. 58). Selv om det i meldingen vises til at flere av de store frivillige organisasjonene engasjerer seg i aktiviteter rettet mot flyktninger og innvandrere, er det en utfordring at innvandrerbefolkningen tar i bruk organisasjonene i mindre grad enn resten av befolkningen. «Det er behov for å øke bevisstheten i frivillige organisasjoner for å arbeide med inkludering av nye grupper i samfunnet. Et overordnet spørsmål er: Hvordan kan organisasjonene bli mer tilgjengelige, attraktive og relevante for hele befolkningen?» (s. 67). Henriksen (2008) diskuterer hvordan deltakelse i samfunnsliv gjennom medlemskap i organisasjoner sees både som et middel til og et mål på integrering.

Data om ti innvandrergupper i Norge viser at de i mindre grad er med i idrettslag, arbeidsgiverorganisasjoner, fagforeninger og politiske partier enn majoritetsbefolkningen, men mer med i menigheter og religiøse foreninger.

Organisasjonstilknytning henger ikke nødvendigvis sammen med integrering i samfunnet generelt, men involvering i innvandrerforeninger kan gi trygghet og et nettverk som gjør det lettere å delta også på andre samfunnsområder. Det er stor variasjon mellom innvandrergrupper mht. medlemskap i innvandrerforeninger, i gjennomsnitt er åtte prosent med i innvandrer- eller flyktningforeninger.

Forssell & Ingemarson (2008) viser at organisasjoner for eldre innvandrere ofte har basis i felles interesser eller livsspørsmål. Både denne svenske rapporten om sivilsamfunnets rolle i integrasjonsprosessen og en dansk undersøkelse (Christensen & Christensen, 2006), viser at det arbeidet som utføres av innvandrerorganisasjonene stort sett handler om å fremme integrasjonsprosessen. Organisasjonene kan også fungere som et supplement til offentlige velferdstjenester, og bidrar til bedre kommunikasjon mellom den eldre innvandrerbefolkningen, hjelpeinstanser og myndigheter.

Forskning om innvandrersorganisasjoner er av forholdsvis ny dato. Det er et lite utforsket felt, men det har de siste årene blitt publisert en del relevant litteratur i Norge og Norden (Melve 2003; Christensen & Christensen, 2006; Forssell, & Ingemarson, 2008; Hagelund & Loga 2009). Det vises ellers til Annaniassen og Kristiansen 2010 for nærmere utdyping. De første organisasjonene som ble etablert var rettet mot ufaglærte «fremmedarbeidere». Formålet var å ivareta disse arbeidernes interesser og rettigheter på arbeidsmarkedet. Organisasjoner som knytter an til religiøs tilhørighet ble også etablert på et tidlig tidspunkt. De inntar fortsatt en sentral posisjon. Innvandrersorganisasjonene kan karakteriseres som foreninger med målsetting om å tjene den etniske minoritetsbefolkningen spesielt. I likhet med de etablerte frivillige organisasjonene som tradisjonelt har vært kjent for å legge vekt på omsorg for eldre, blir spørsmålet hvordan deres tilbud er tilpasset nye brukergrupper.

5.3.2 Undersøkelse om eldre innvandrere og organisasjoner

I vår sammenheng var hensikten med å studere organisasjoner å få kunnskap om hvorvidt og hvordan ulike organisasjoner arbeider i forhold til eldre innvandrere og i hvilken grad eldre innvandrere deltar i organisasjonenes tilbud og aktiviteter.

Formålet med prosjektet har vært å foreta en kartlegging av: a. innvandrersorganisasjoner og b. andre interesseorganisasjoner og frivillige humanitære organisasjoner med tanke på hva de gjør for/med eldre med innvandrerbakgrunn (Annaniassen & Kristiansen 2010).

a. Hva innvandrersorganisasjoner gjør for egne grupper av eldre og hva de kan gjøre i fremtiden, er interessant ut fra et forebyggende perspektiv med kontakt og informasjonsformidling. Organisasjonene kan også tenkes å representere et tilskudd til familien når det gjelder impulser til eldre som er hjemmebundne og i institusjon (gruppevirksomhet, sammenkomster, religiøse møter, minneting fra hjemland osv).

b. Når det gjelder norske frivillige organisasjoner som tradisjonelt har lagt vekt på eldreomsorg, blir hovedspørsmålet hva de gjør for nye bruker-

grupper. Dette gjelder sentrale organisasjoner som Nasjonalforeningen for folkehelsen og Røde Kors. Spørsmålet om hvordan de tilpasser seg nye brukergrupper vil også gjelde foreninger knyttet til sykdommer som er hyppige blant grupper av eldre med innvandrerbakgrunn.

I den aktuelle undersøkelse ble det tatt kontakt med Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene (KIM) og Stiftelsen for norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner (Helse og Rehabilitering). Gjennom KIM ble det etablert kontakt med ulike kontaktpersoner i innvandremiljøet. Gjennom Helse og Rehabilitering fikk vi kontakt med interesseorganisasjoner og frivillige humanitære organisasjoner. Totalt har vi vært i kontakt med 20 organisasjoner, hvorav fire er innvandrerforeninger. De øvrige 16 er humanitære og interessebaserte organisasjoner fra det vanlige organisasjonsliv.

Disse 20 organisasjonene kan deles inn på følgende måte:

- innvandrerorganisasjoner
- humanitære organisasjoner som Norske kvinners sanitetsforening og Røde kors og Nasjonalforeningen for folkehelsen
- interesseorganisasjoner som Norges Diabetesforbund og Norges Blindeforbund

5.3.3 Eksempler på innvandrerorganisasjoner

Den italienske innvandrerforeningen er ikke formelt en separat forening for eldre mennesker, selv om det i realiteten er et møtested for eldre over 60 år. Foreningen har møter hver fredag kveld. I snitt er det 20 personer tilstede. Kvinner er i mindretall. Foreningen samarbeider med to andre innvandrerforeninger – en russisk og en latinamerikansk.

Indisk–Pakistansk forening for eldre kvinner driver sin virksomhet som et frivillig tiltak for indiske og pakistanske kvinner i Oslo sentrum. Her er aldersspennet fra 50 år og oppover. Grappa møtes to ganger per uke, og antallet deltakere varierer mellom 10 og 20. Også tyrkiske og marokkanske kvinner har deltatt, men mer sporadisk. Møteplassen ble etablert som et prosjektarbeid for eldre innvandrere med midler fra Helse- og Rehabilitering. Derfra gikk kontakten videre utover til enkelte andre bydeler og andre innvandrergrupper.

Grønland Pakistanske Seniorsenter er en selvstendig innvandrersorganisasjon som har adskilte grupper for kvinner og menn. Senteret arrangerer møter for eldre to ganger per måned. Aktivitetene er sterkt knyttet til forebyggende helsearbeid og det arrangeres aktiviteter knyttet til pakistansk kultur. Aldersgrensen er 50 år, men de fleste deltakere er over 60 år. I starten deltok ca. 30 stykker på møtene, mens det i dag kan være opptil 100 deltagere. Kvinnegruppen arbeider tett opp mot Nasjonalforeningen for folkehelsen og har innledet et samarbeid med Kreftforeningen, Norges Diabetesforbund og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.

5.3.4 Eksempler på humanitære organisasjoner

Norges Røde Kors driver flere kvinnekafeer for innvandrere i Oslo. De er godt besøkt også av eldre innvandrere. Kafene er åpen en formiddag i uka. Totalt er rundt 20 nasjonaliteter representert. Aldersspennet er stort, fra 20 til 80 år. De fleste brukerne er i trettiårsalderen. På kafeen på Grønland møter det rundt 30 kvinner hver gang, anslagsvis 5–10 av disse er over femti år. Det er etablert et samarbeid med Nasjonalforeningen for Folkehelsen som tilbyr trenings- og kostholdsveiledning, og en annen type samarbeid er etablert med Deichmanske bibliotek. Kafene får besøk av et leseombud som leser norske folkeeventyr, et tiltak som er tenkt som en ny måte å lære norsk på.

Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) driver to integreringstilbud for kvinner med innvandrerbakgrunn, SESAM (Styrt Engasjerende SAMtale) og Flyktningprosjektet. Disse tilbudene har ingen øvre eller nedre aldersgrense, men er beregnet på voksne kvinner generelt. Tilbudene drives av frivillige sanitetskvinner i lokalmiljøene. Betegnelsen SESAM henspiller også på trolldomsordet «Sesam, lukk deg opp» som viser til hensikten med tiltaket: å åpne dører ut til det norske samfunnet for kvinner med bakgrunn fra «ikke-vestlige» land, og altså ikke bare de eldre blant disse.

5.3.5 Eksempler på interesseorganisasjoner

Norges Diabetesforbund driver forebyggende helsearbeid overfor innvandrere. Mange deltakere er over 60 år, men det er ingen aldersbegrensning. Det er etablert kvinnegrupper med deltakere fra Somalia, Tyrkia, Pakistan og

Marokko og Algerie og i tillegg kommer en gruppe bestående av pakistanske menn.

Norges Blindeforbund etablerte i 2004 en egen gruppe av innvandrere med eksplisitt målsetting om å synliggjøre synshemmede innvandreres behov for rehabilitering og opplæring i språk. Innvandrergruppen består av om lag 200 medlemmer fra 48 forskjellige land som snakker 30–35 ulike språk. Det er vanskelig å få med eldre på grunn av sykdom og dårlig helse. Bare et fåtall av medlemmene (ca. 20) er over 50 år. Det er kvinnegrupper som arbeider med kosthold og fysiske aktiviteter. Funksjonshemmedes rettigheter og muligheter til å leve et mest mulig normalt liv i det norske samfunnet har vært sentrale temaer for virksomheten. Blant annet har forbundet samarbeidet med Funksjonshemmedes landsforbund.

5.3.6 Hva skal til for å lykkes

Sosialt samvær i seg selv kan virke positivt inn på folks helse. Møteplasser som Røde Kors kvinnekafeer og innvandreforeningene har betydning for folks generelle trivsel og kan motvirke isolasjon og passivitet. Reaksjoner og ytringer fra de personer som har formidlet erfaringer fra ulike organisasjonsdeltakelse tyder på at de utgjør et meningsfullt tilbud til både eldre kvinner og menn.

Selv om interesseorganisasjoner, innvandrersorganisasjoner og humanitære frivillige organisasjoner har en ulik profil, er mye av virksomheten i alle organisasjonene rettet mot forebyggende helsearbeid. Foruten å holde fast ved de felles kulturelle tradisjonene og fungere som møteplasser, inviterer enkelte innvandreorganisasjoner ressurspersoner fra ulike interesseorganisasjoner til å holde foredrag om ulike helserelaterte temaer. Representanter for innvandrersorganisasjonene deltar også på seminarer og kurs som interesseorganisasjonene arrangerer. Her knyttes det kontakter og skapes et nettverk som benyttes i innvandrersorganisasjonenes egne arrangementer.

Samarbeidet mellom norske instanser og innvandreforeninger om helseinformasjon har vært vellykket og tilbakemeldingene fra deltakerne er positive, noe en økende oppslutning om arrangementene vitnet om. Informasjonen om ernæringsfysiologiske temaer har ført til praktiske resultater i

den forstand at de eldre som har deltatt på møtene har endret kostholdet etter råd som har blitt gitt.

For å kunne nå frem med helseopplysninger kreves tid og tålmodighet. Det vellykkete samarbeidet mellom Grønland Pakistanske Seniorsenter og Diabetesforbundet er et eksempel på hvordan en kan få det til. Arbeidet startet med foredragsvirksomhet i kafeen der norsk-pakistanske menn brukte å samles. Mennene fikk tilbud om å måle blodsukker, et konkret og målrettet tilbud. Etter hvert møtte stadig flere opp. En viktig forutsetning for å få ting til å skje er at en møtes og får tillit til hverandre. Da kan en lykkes med å sette i gang sosiale prosesser som fører til at deltakerne kan hjelpe og støttet hverandre med ulike problemer.

Bygging av tillit nevnes av flere organisasjoner som en viktig forutsetning for å skape gode fungerende møteplasser. Det tar tid for de eldre å bli kjent og fortrolig med representanter for organisasjonene. Dette er ikke noe som kommer av seg selv, men greier en å oppnå kontakt og tillit så har en et grunnlag som det kan bygges videre på og som vil spre seg i miljøene.

En annen viktig forutsetning for å skape en velfungerende møteplass, er språk og måltider. Det er nødvendig å ta hensyn til de ulike gruppers matvaner. På Røde Kors kvinnekafeer er mange muslimer. Da er det viktig med halalkjøtt. Kvinnekafeene arrangerer ikke kurs i norsk, men det er et treffsted der deltakerne øver seg på å snakke norsk. Enkelte kommer for å lære norsk med tanke på å komme seg fortest mulig ut i jobb. Men det sosiale er uansett viktigst, slik en av informantene formulerte det:

Det viktigste med kafeene er nettverksbygging. Det er et sted der kvinner kommer for å møte hverandre. Mange som kommer har ikke noe nettverk ellers. Og det har ikke så mye med oss som jobber her eller de frivillige å gjøre, men de kommer for de andre kvinnene.

De eldre bruker kafeen som en møteplass i større grad enn de yngre deltakerne.

Det ser ut til at vellykkede organisasjonstilbud til eldre innvandrere er avhengig av stor grad av brukerstyrt aktivitet. Flere av de intervjuede forteller at valg av aktiviteter i ulike gruppesammenhenger i stor grad bestemmes av deltakerne selv. De eldre selv fremhever fysisk aktivitet som et viktig tilbud, fordi det i mange tilfeller dreier seg om mennesker som i liten grad beveger

seg utenfor hjemmet, men det viktigste for mange er å kunne samles, danne nettverk og møte andre på sin egen alder i liknende situasjon som dem selv. De som driver ulike aktiviteter for eldre innvandrere kan ofte ha visjoner og ideer om at brukerne gjerne vil komme seg «ut på tur», mens brukerne selv uttrykker at det ikke nødvendigvis trenger å være så mye som skjer når de treffes. Flere av gruppelederne fremstiller dette som et vanlig dilemma, fordi en ofte har ideer om hva brukerne ønsker som ikke alltid svarer til virkeligheten. Dette påpekes også i en svensk undersøkelse, der det hevdes at eldre ikke vil ha altfor formaliserte opplegg, spesielt ikke slike som stiller for høye krav til oppmøte eller prestasjoner (Forssell & Ingemarson, 2008).

5.3.7 Blandede eller atskilte grupper?

Samtlige av de intervjuede har fått spørsmål om det er mest fordelaktig å ha blandede eller atskilte grupper, både når det gjelder kjønn og etnisitet. Når det gjelder å ha atskilte manns- eller kvinnegrupper, er tilbakemeldingene fra kvinnegruppene at dette er nødvendig. Både i de frivillige organisasjonstilbudene og i innvandrergruppene har kvinnene et stort behov for et samlingssted for bare kvinner. Det kan være flere grunner til det. Som det ble sagt i den indisk-pakistanske gruppa, kan samlingen fungere som et «fristed», og en mulighet til å « snakke fritt om kvinneting ». Mannegruppene synes ikke å legge like stor vekt på å være for seg selv uten kvinnene. Det kan henge sammen med at de tar det som en selvfølge.

Det er ulike syn på om aktiviteter for eldre innvandrere bør skje i blandede eller atskilte grupper med hensyn til etnisk bakgrunn. Det kan henge sammen med hvilken tanke som ligger bak tilbudet. I generelle tilbud for innvandrere, slik som kvinnekafeene til Røde Kors, er det et viktig poeng at gruppa skal være blandet, og at de snakker norsk sammen. Innholdet skal helst være nøytralt slik at det passer for alle. En del gruppesatsninger har derimot rettet sine tilbud til spesifikke etniske grupper. Tanken bak det er at det har en viktig psykologisk effekt å kunne komme sammen med andre som snakker samme språk, har samme erfaringsbakgrunn og kommer fra samme geografiske område. Eldre kvinner, særlig hvis de mangler norskkunnskaper og har hatt sitt arbeid i hjemmet, kan ha ekstra behov for sosialt samvær med andre kvinner i samme situasjon. Også eldre menn med innvandrerbakgrunn

gir imidlertid uttrykk for behov for et sted de kan møte andre med samme kulturelle og språklige bakgrunn (Moen 2009). At gruppene er atskilte betyr likevel ikke nødvendigvis at de er isolerte. Det finnes flere eksempler på samarbeid mellom foreninger med utgangspunkt i ulike landbakgrunn.

5.4 Møteplasser – diskusjon

Det er ikke først og fremst politisk innflytelse som har vært målet med de møteplasser vi har diskutert her. Deltakelse synliggjør imidlertid eldre innvandrere og bidrar til at deres stemmer blir bedre hørt, slik målet er uttrykt i IMDIs guide for utvikling av møteplasser (2007). Som det også fremgår av nordiske forskningserfaringer, har organiserte møteplasser for eldre ofte mindre eksplisitte mål om integrering enn tilbud til barn og unge har (Forsell & Ingemarson 2008). Deltakelse i innvandrersorganisasjoner og spesifikke gruppeaktiviteter kan likevel være skritt mot inkludering og deltagelse på ulike samfunnsarenaer.

5.4.1 Prosesser mot fellesskap

Erfaring med tilbud for eldre innvandrere ved eldrecentre viser at en må regne med at ikke alt er gjort i en håndvending. Tilbud kan utvikle seg forskjellig avhengig av lokale variasjoner, beliggenhet, romforhold og hvilke grupper som er involvert. Så langt har det vært snakk om innvandrere som har kommet til Norge som voksne, og flere, særlig kvinner, har hatt liten forankring i arbeid og norsk samfunnsliv. Språket blir da en viktig barriere for samtaler med nordmenn. For å skape fellesskap kan da felles aktiviteter og 'samhandling' være vel så viktig som 'samtale' (Moen 2002). Fellesskap rundt aktiviteter som oppleves meningsfulle kan i sin tur også stimulere til samtaler og språklig utvikling. Dette er prøvd ut ved Furuset eldrecentre. Aktiviteter som foredrag, seminarer, utflukter og feiringer av høytider har blitt arrangert som felles aktiviteter for alle brukere av sentrene.

Erfaringer fra etablering av nye møteplasser for innvandrere ved eldrecentre, 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. Samtidig er informasjon om de nye brukergruppene viktig for at etablerte brukere skal kunne forstå og godta

dem. Seniorveiledere og minoritetsrådgivere kan være viktige medarbeidere for å få til en slik aksept.

En fellesnevner for møteplasser som eldresentre og organisasjoner, er gleden og nytten av å være sammen med andre med samme interesser som en selv. En kan diskutere i hvilke grad slike tilbud representerer integrering «forstått som deltakelse i samfunnets felles institusjoner, kombinert med opprettholdelse av gruppeidentitet og kulturelt særpreg» (Lidèn 2001, s. 160). Til tross for atskilte gruppeaktiviteter diskuterer Moen (2009) aktiviteten ved Grünerløkka seniorsenter som en form for integrering. Det dreier seg ikke først og fremst om brukergruppers tilpasning til hverandre gjennom direkte kontakt, men indirekte ved at kvinnene kommer ut, treffer andre, utveksler erfaringer og får mye informasjon som kan være viktige skritt på veien mot økt samfunnsdeltakelse og integrering. «Deltakelse i samfunnet kommer til uttrykk gjennom diskusjoner mellom personer med innvandrerbakgrunn i foreninger og på sentrene, der kvinner og menn utveksler erfaringer om helse og behovet for helsetjenester, oppdragelse av barn, nyheter og hendelser i det norske samfunn». (Moen 2009, s. 70)

5.4.2 Mangfold – forskjellighet – fellesskap

Når det gjelder å skape fellesskap, er det et spørsmål om forskjeller må underkommuniseres og likhet understrekes (Gullestad, 1992). For markante forskjeller kan gjøre det vanskelig å bygge bro. Eksempelet fra Grünerløkka seniorsenter viser dette. Med ulike språk, vaner og uttrykksformer ble det for store motsetninger når nordmenn og innvandrere skulle være tilstede i samme rom samtidig. Forskjellene ble for påtrengende og synlige. De lot seg ikke underkommunisere eller stikke under en stol. Det kan likevel være et gjensidig ønske om kontakt mellom ulike grupper, men betingelsene for kontakt blir avgjørende.

Møteplasser kan fungere godt når en møter folk med samme etniske bakgrunn som en selv. Men en kan også lykkes som de har gjort på Furuset eldresenter med å skape et felles treffpunkt hvor en lære å bli kjent med hverandres bakgrunn og får inspirasjon til å snakke norsk sammen. Flerkulturelle fester med mat og underholdning fra folk med ulik kulturell bakgrunn, kan bli brukt som brobyggende innslag på felles sammenkomster.

Hylland Eriksen (2007) skiller mellom *mangfold* og *forskjellighet*. Mangfold brukes ofte om spennende innslag fra andre kulturer slik vi møter det i mat, musikk og fargerike klesdrakter. Det noe positivt som kan berike hverdagen, mens kulturelle forskjeller kan virke truende og være vanskeligere å akseptere. Når de indisk/pakistanske kvinnene brukte kafeteriaen på Grünerløkka seniorsenter på sin måte, ble dette en påtrengende form for forskjellighet og noe fremmed som det ble vanskelig å akseptere fordi det forstyrret de norske brukernes hverdagsvaner. Slike daglige eller ukentlige 'forstyrrelser' blir motsatser til fester som er enkeltstående hendelser og eksempler på eksotisk mangfold. Når det er fest, kan en velge å oppsøke et mangfold som beriker hverdagen. En kan gjøre kulturelle forskjeller mer akseptert, ved å understreke mangfoldet heller enn forskjelligheten. En løsning er at grupper med ulike språklig og kulturell bakgrunn deltar sammen i noen aktiviteter, mens gruppene er hver for seg i andre sammenhenger (Moen 2009).

5.4.3 Integrering/segregering er ikke entydig

Slik tilbud til eldre innvandrere ved eldrecentre har fungert, kan de til en viss grad betraktes som segregerte tiltak. Eldrecentre er jo i seg selv alderssegregerte tiltak, men med klare mål om å lette alle eldres tilgang på tjenester og samfunnsdeltakelse. Noe av det samme gjelder for en del av de tilbud de ulike organisasjonene har utviklet for nå brukergrupper med annen språk og kulturbakgrunn. Det kan stilles spørsmål ved i hvilken grad særtilbud bidrar til integrering eller marginalisering. Dette er et relevant spørsmål når det gjelder innvandrersorganisasjonene (Lidén 2001). Blir det slik at innvandreres møteplasser gjennom egne foreninger begrenser minoritetenes deltakelse på andre samfunnsarenaer, eller innebærer de en strategi *mot* isolering ved at de danner fellesskap som øker deltakelse og engasjement i samfunnet. Lidén presiserer at spørsmål om integrering må omfatte «*hvem* integrering vurderes ut fra og med referanse til *hva*» (Lidén 2001,169). «For eldre innvandrere kan innvandrersorganisasjoner representere et skritt ut i samfunnet, selv om de kun møter andre med lik kulturell, språklig og religiøs bakgrunn som dem selv» (Moen 2009, s. 62). Også i svensk sammenheng fremheves segregasjon som en vei mot integrasjonen, ettersom deltakelse i segregerte tilbud anses å styrke sosial aktivitet og kulturell identitet (Forsell & Ingemarson 2008).

Deltakelse i innvandrersorganisasjoner kan føre både til integrering og segregering. Viktige skritt mot integrering kan være informasjon om det norske samfunnet, orientering om rettigheter, helseopplysning, feiring av innvandreres og norske høytider. Deltakelse i innvandrersorganisasjoner kan motvirke marginalisering ved at innvandrere deltar på arenaer utenfor familien. Dette kan være av særlig betydning for eldre kvinner i innvandrergupper som har hatt få møteplasser utenfor familien. Målet for mange eldre er derfor ikke å bli integrert og delta på majoritetens mange arenaer. Det er viktig, som Lidén påpeker, at spørsmålet om integrering må være hvem som skal integreres til hva, og i dette tilfellet er det eldre med innvandrerbakgrunn som har behov for et fellesskap utenfor hjemmet og familien. Integrerings tiltak må organiseres med utgangspunkt i aktiviteter som skaper et fellesskap der begge parter opplever dette som nyttig og meningsfylt (Moen 2009). Sammenliknet med yngre kan eldre komme til å fremstå som «ubønhørlig kulturimpregnerte» og tillates å forbli det. Det kan være et dilemma hvis eldre skal beskyttes mot for mye nytt, samtidig som de skal motiveres til engasjement og aktivitet. Påfallende ofte diskuteres eldre i termer av å være 'naglet fast' til sin kultur. Det gir lite rom for endring og tar ikke hensyn til den variasjon som finnes blant eldre innvandrere. Sammen med generelle målsettinger om integrering må en ta hensyn til hvordan enkeltindividers behov og integritet best mulig kan ivaretas.

Tradisjoner med at alle generasjoner deltar sammen på «møteplasser» i organisasjoner og foreninger, kan være vel verdt å ivareta. Likevel kan eldre ha behov for kontakt med jevnaldrene. De kan ha en felles oppveksthistorie, og en felles innvandringshistorie (Annaniassen & Kristiansen 2010, Moen 2009.). Det er historier og erfaringer som ikke uten videre kan deles med yngre generasjoner som har vokst opp i Norge. En må ta i betraktning at unge og eldre i samme minoritetsgruppe har ulike sosialiseringshistorier og kan tilhøre ulike kulturelle fellesskap (Rudie 2001).

5.5 Avslutning

Det sosiale aspektet ved møteplasser blir ofte sentralt også i forbindelse med helseopplysning og forebyggende arbeid. Fellesskap knyttet til sosial samvær og over et måltid eller en tekopp, blir understreket. Moen (2009)

konkluderer med at eldresentrene og innvandrersorganisasjoner har mulighet for å være gode møteplasser for eldre, forutsatt at eldre blir inkludert i planlegging av aktiviteter. Selve organiseringen av møteplasser må tilpasses lokale forhold. Erfaringene så langt tyder på at det er nødvendig med en gruppeleder som organiserer møter og at dette må skje med utgangspunkt i hva som motiverer deltakerne til å komme; hva som gir trivsel og hva som oppleves som nyttig. Gruppeleder har en viktig rolle når det gjelder å skape tillit, gi informasjon og skape dialog.

De tradisjonelle frivillige organisasjonene legger større vekt på integrasjonsaspekt i sitt arbeid enn de innvandrersorganisasjonene vi har hatt kontakt med i denne undersøkelsen, gjør. Alle møteplassene fremstår som viktige for eldre innvandrere. De utfyller heller enn erstatter hverandre. Innvandrersforeninger kan være utformet som segregerte møteplasser og være komplementære tilbud i tillegg til eldresentrene (Moen 2009). Samtidig er det viktig å understreke at flere innvandrersorganisasjoner har eksplisitte mål om integrering (Hagelund & Loga 2009), Nødland et al 2005). Det er tatt viktige initiativ til samarbeid mellom ulike organisasjoner i frivillig sektor. (Frivillighet Norge, 2008). I alle slike former for samarbeid blir det viktig også å kunne ta eldre innvandrere i betraktning. Eldre innvandrere er en gruppe som trenger å bli synlig og bli hørt. Dette er i overensstemmelse med mål om omgjensidig forståelse, informasjonsutveksling og brukermedvirkning. (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet 2007).

6 Morgendagens utfordringer

6.1 Innledning

I Stortingsmeldingen om Framtidas omsorgsutfordringer (St. meld nr. 25 (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:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap mellom familie og lokalsamfunn

Dette er ambisiøse mål. Behovet for kompetanseheving er ekstra stort når det gjelder å kunne møte nye brukergrupper som eldre innvandreres 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. Det er en utfordring å finne ut hva dette innebærer med hensyn til aktiviteter, sosiale og kulturelle tiltak og at det skal foregå på den enkeltes premisser. St.meld. 25 (2005–2006) legger opp til en samarbeidsmodell, der både det offentlige, familie, lokalsamfunn og frivillige organisasjoner skal bidra i fellesskap. Et viktig spørsmål er hvordan en ivaretar interessene både til den enkelte eldre og til familien. Koordinering av tjenester blir avgjørende. Dette krever lydhørhet for ulike brukergrupper og deres behov, og at en innretter virksomheten slik at en kan fange opp særtrekk og mangfold. Dette betyr krav til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid på alle nivåer i omsorgstjenesten for å skape dialog også med nye brukergrupper. Dette tas eksplisitt opp i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008–2009).

Det kan være en utfordring å ivareta idealer om trygghet og verdighet i det praktiske omsorgsarbeid. Hjelpeapparatet er imidlertid i seg selv et eksempel på at mangfold kan være en ressurs ved at mange ansatte har innvandrerbakgrunn. Det kan lette situasjonen for eldre brukere når det er ansatte som snakker deres språk. Dette er viktig, men en må også ta hensyn til andre forhold enn felles språk. Det kan være en fare for at det stilles for store krav til ansatte med samme språkbakgrunn. Språk alene er ikke nok. Samarbeidet i en flerkulturell gruppe av ansatte forutsetter en felles plattform i form av gode ferdigheter i norsk. Ved å utveksle erfaring kan en få en utvidet kulturforståelse. Noen har begynt å ta tak i disse spørsmålene. Omsorgsarbeid omtales ofte som noe alle kan. En tenker at noen kan ha ekstra gode forutsetninger for omsorgsarbeid på grunn av kulturelle verdier de tar med seg fra sitt opphavland. Med all mulig respekt for at andre kulturer kan ha høye idealer om medmenneskelighet og respekt for eldre, er ikke dette noe argument for å ta lettvindt på krav til opplæring og kvalifisering av omsorgspersonell.

I dette kapitlet vil vi først peke på at majoritetens holdninger til eldre innvandrere kan representere en utfordring. Deretter drøftes spørsmål om tjenestenes tilgjengelighet og personalkompetanse. Til slutt gis forslag til videre praksis og forskning på feltet.

6.2 Forestillinger og motforestillinger om eldre innvandrere

I omsorgstjenesten kan det være ulike holdninger til nye brukergrupper. En kan møte motforestillinger som riktignok åpner med at det er viktig å inkludere alle, men som likevel direkte eller indirekte konkluderer med det ikke er nødvendig å rette spesiell oppmerksomhet mot eldre innvandrere. Nedenfor drøftes begrunnelser som ofte blir brukt på en lettvindt måte og som gjør at dette temaet ikke får den oppmerksomhet det har krav på.

6.2.1 Det er jo så få av dem

Et argument for at eldre innvandreres omsorgsbehov ikke er særlig aktuelt, har vært av demografisk art – at de er så få at det derfor ikke er nødvendig å

ta spesielle hensyn. Som vist i kapittel 1 er dette feil. Selv om innvandrerbefolkningen fortsatt er relativt ung i forhold til majoritetsbefolkningen, vil dette endre seg etter hvert som flere av de som kom til landet som arbeidsinnvandrere og flyktninger rundt 1970, blir eldre.

Prognoser tyder på at innvandrerbefolkningen vil øke forholdsvis raskt og at den eldes. For en del bydeler i Oslo er en femtedel av alle over 60 år innvandrere. Også der det er relativt få eldre innvandrere i en kommune, kan det være viktig å forberede seg på å gi hjelp til dem det gjelder. I tillegg må vi forvente at det kommer nye innvandrere, inkludert flyktninger og asylsøkere i alle generasjoner til landet.

Selv om noen grupper av innvandrere har vært mange år i Norge, vil det være stor variasjon med hensyn til hvordan de har tilegnet seg norsk språk og hvor sterkt forankret de er i opprinnelseslandets språk og kultur. Også eldre som har praktisert norsk vil kunne oppleve at norskkunnskapene faller bort før opprinnesspråket ved sykdom og svekkelse. Språk og kommunikasjon blir derfor sentrale momenter å ta hensyn til også i årene framover.

6.2.2 De flytter vel hjem igjen

En annen grunn til at omsorgsbehov blant eldre innvandrere ikke problematiseres, er forestillingen om at innvandrere flytter hjem igjen når de blir gamle. Tilbakeflytting må sees i forhold til bakgrunnen for å komme til Norge og situasjonen i opphavslandet. Dette vil derfor være forskjellig for ulike minoriteter. Folk som har kommet til Norge gjennom arbeidsinnvandring, har ofte hatt planer om å arbeide noen år og tjene penger før de dro hjem igjen. Mange har imidlertid blitt boende i Norge. Over tid har røttene blitt styrket av familieforeninger 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 (Moen 2005, Nergård 2009). Drømmen om å reise hjem igjen har ofte blitt betegnet som en myte. Samtidig har det blitt økt mobilitet og reisevirksomhet også i eldre år. Det blir snakk om transnasjonale tilpasninger. Noen kan fortelle at de har prøvd å flytte 'hjem' (til opprinnelseslandet) en periode for så å flytte 'hjem' igjen (til Norge). Helse, familieforhold og situasjonen for øvrig – både her og i opprinnelseslandet, blir avgjørende. Det

er et viktig 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 (Helset et al. 2004) og nordmenn fra etniske minoriteter. Hvor 'hjemme' er blir ikke enkelt og entydig, men vi vet at flere og flere innvandrere blir begavet i Norge (Døving 2005). Konsekvenser for helsevesenet og pleie- og omsorgstjenestene blir at en må forholde seg til en mangfoldig brukergruppe og 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 (Plesner & Døving 2009).

6.2.3 Familien tar seg vel av dem

Et annet argument som brukes for ikke å vektlegge omsorgstjenester for eldre innvandrere, har med våre forestillinger om innvandreres verdier og familiemønstre å gjøre. Det snakkes ofte om familieomsorg for eldre innvandrere som om alle skulle tilhøre 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 når det gjelder bomønstre. Selv fra land som Pakistan og India er det et mindretall (15 %) som bor i flergenerasjonsfamilier. Selv om det utveksles hjelp og tjenester mellom familiemedlemmer uten at de bor sammen, vil endringer i bomønstre antakelig påvirke den hjelp som ytes. Med forventet økning i andelen eldre innvandrere og endring i bo- og familiemønstre, er det rimelig å forvente at etterspørselen etter offentlige omsorgstjenester vil øke.

Når det er snakk om grupper av eldre 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. Forssell (2004) beskriver hvordan pårørende som tar hånd om sine eldre etter migrasjon ofte prøver å ivareta omsorgstradisjoner og beskytte den eldre mot de forandringer migrasjonen skaper. Når tradisjon og religiøs forankring setter familiesolidaritet høyt, kan brudd på disse forventningene føre til skam, skuffelse og motsetninger innad i familiene (Songur 1999).

Det nevnes stadig oftere at også innvandrere blir påvirket av norsk leveste 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. Heller enn å sette kulturelle faktorer som preferanse for familieomsorg, og strukturelle faktorer som økonomi, diskriminering, og kunnskapsmangel, opp mot hverandre, må en se på hvordan de samvarierer (Sudha & Mutran 1999). En må ta i betraktning at det er store variasjoner i eldre innvandreres familiesituasjon. Det kan være tradisjoner for og ønske om familieomsorg uten at det er realistisk å få til. Hvis man bygger på overdrevne forventninger om familieomsorg heller enn å satse på tilbud om offentlige tjenester, blir dette feilslått.

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, Nergård 2009). En kan ikke gå ut i fra at denne gruppens omsorgsbehov vil bli dekket av familien i Norge på samme måte som i hjemlandet, sier Aalandslid (2005). Dette vil påvirke behovet for offentlige pleie- og omsorgstjenester. Egne intervjuer med pårørende og ansatte i omsorgstjenestene styrker inntrykket av at mange familier strekker seg langt når det gjelder å gi omsorg til pleietrengende eldre – også til personer som tilfredsstillere kriteriene for institusjonsomsorg. Likevel kan familieomsorgen nå sine grenser (Ingebretsen 2010b).

Som vist i Danmark (Mortensen & Mortensen 2005) kan kombinasjonen av offentlig- og familieomsorg bidra til økt trivsel blant eldre innvandrere. Forssell (2004) peker på betydningen av samspillet mellom formell og uformell omsorg. Med arbeidslivets krav til mellomgenerasjonen, et bomønster som gir mindre rom for storfamilier og eventuelt en prosess mot norsk standard, kan bruk av offentlige tjenester forventes å bli mer alminnelig blant etniske minoriteter i Norge. Heller enn å se familien som hovedkilden til hjelp, må en rette oppmerksomheten både mot den enkelte brukers og familiens behov. Selv om familien gjerne vil hjelpe, får de det ikke alltid til.

6.2.4 De vil vel helst være blant «sine egne» – eller hva?

I våre forestillinger kan vi lage et grovt skille mellom et snevert definert norsk «vi» på den ene siden og «de andre» (innvandrere) på den andre siden. Det er en fare for at «de» betraktes som en ensartet gruppe. Under betegnelsen «innvandrere» er det imidlertid mennesker med helt ulike språk, landbakgrunn, kultur og religion. Svaret på *hvem* som er «ens egne», eller hvem en føler tilhørighet til, er ikke enkelt. Ulikheter i religiøs tilknytning og politisk oppfatning kan skape splittelser også 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, selv om de har samme landbakgrunn.

Det er store variasjoner innad i de enkelte grupper med hensyn til leveste og hvor mye de er preget av kulturene i sitt opphavsland og nye hjemland. Dette vil også prege deres ønsker om tilpasning 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 bekrefteelse fra likesinnede uten at de dermed ønsker å skape barrierer i forhold til andre deler av befolkningen, og uten at en nødvendigvis bare søker én type kontakt. Erfaringer fra eldrecentre og organisasjoner (Moen 2009, Annaniassen & Kristiansen 2010) viser at det er ønske å delta i grupper der en kan snakke sitt eget språk og dele erfaringer og kulturell tilhørighet. Samtidig kan en fortsatt ha ønske om kontakt med andre som tilhører majoritetsbefolkningen eller andre minoriteter. Det er delte oppfatninger om hvordan dette bør ivaretas når det gjelder eventuelle egne enheter for innvandrere i aldersinstitusjon.

Sverige var tidlig ute med å etablere spesielle omsorgstilbud for innvandrere fra Finland, men også for iranere, jøder og grekere. En kulturelt tilpasset omsorgstjeneste som tar hensyn til språk og bakgrunn kan bidra til å sikre kontinuitet, trygghet og fellesskap for alle eldre (Heikkilä 2004). For at helsefremmende tiltak skal lykkes, er det en forutsetning at de baseres på gruppens virkelighetsoppfatning, verdisyn og mønstre for sosial interaksjon (Emami et al. 2000). Men erfaringene er langt fra entydige når det gjelder om generelle eller etnisk spesifikke tilbud fungerer best (Mold et al. 2005). Som vi tidligere har pekt på kan det være en fare for at 'spesielle tilbud' ikke holder samme faglige standard som tilbud til majoritetsbefolkningen.

I stedet for å opprette egne boenheter for ulike etniske grupper, er det i flere europeiske land etablert flerkulturelle enheter med blandede brukergrupper der ekstra oppmerksomhet er rettet mot den enkelte brukers kultur, språk og tradisjoner. Det blir snakk om en prosess for å gjøre organisasjonene mer kultursensitive. Flerkulturelle arbeidsmiljøer bidrar til å bane vei for en kultursensitiv tilnærming ved at en i omsorgstjenesten bruker personell med samme språkbakgrunn som brukerne så langt det går. En kultursensitiv omsorg innebærer å være oppmerksom på og anerkjenne både kulturelle og individuell forskjeller (Booij 2006).

I vårt prosjekt har det vært delte oppfatninger om egne enheter ved aldersinstitusjoner. De fleste går i retning av blandede enheter. Særlig fra noen pårørende har det blitt poengtert at praksis med mannlige pleiere og fellesenheter for begge kjønn kan stride mot religiøse normer og tradisjoner. Noen ønsker derfor egne enheter. Andre pårørende er bekymret for at innvandrere dermed ville bli adskilt fra majoriteten av eldre, men de fleste legger vekt på å ha samtalepartnere med samme språkbakgrunn. Ansatte går i stor grad imot egne enheter for befolkningsgrupper av eldre innvandrere. De viser til at dette bryter med den integrasjonstankegang som preger mye av samfunnslivet ellers. Flere stiller spørsmål ved om etablering av egne enheter i tilfelle er et offentlig ansvar eller om det blir opp til organisasjoner eller religiøse samfunn å utvikle slike tilbud. Egne boenheter i offentlige sykehjem kan eventuelt bli aktuelt der det er en geografisk konsentrasjon av eldre med samme kulturbakgrunn.

Med representanter for innvandrere fra 216 land og selvstyrte regioner i Norge, sier det seg selv at egne enheter eventuelt bare kan være aktuelt for de største minoritetsgruppene. Det kan være enklere å forestille seg flerkulturelle enheter der kulturkompetanse og flerspråklighet blir vektlagt. God bemanning med mulighet til å følge opp tradisjoner, 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 har møtepunkter med andre enheter, kan bidra til å forhindre det negative stemplet som ofte beskrives for segregerte tilbud i utenlandske undersøkelser.

Når det gjelder videre planlegging kan det være nyttig å ha løpende diskusjoner med innvandrersorganisasjoner, religiøse organisasjoner og kommuner med tanke på tilrettelegging av tilbud og tjenester til eldre, og hvordan ulike tilbud kan supplere hverandre for å ivareta den enkeltes behov også i minoritetsbefolkningen. Flere pårørende understreker at når de blir eldre er de i en annen posisjon enn dagens generasjon av eldre innvandrere. De kommer til å bli annerledes enn sine foreldre. De vil ha bedre kjennskap til norsk språk og kultur og kan dermed lettere tilpasse seg det norske tjenestetilbudet. Spørsmålet om egne enheter blir kanskje ikke så aktuelt for neste generasjon. En orientering mot mangfold og variasjon blant brukere, vil likevel være på sin plass.

6.2.5 Likebehandling

I det aktuelle prosjektet har vi vært mest opptatt av tjenestenes tilgjengelighet og av utformingen av tjenestetilbudet. Det at man skal 'behandle alle likt' er ikke noe argument for å overse variasjon blant brukerne, snarere tvert imot.

Disse spørsmålene har blitt ytterligere aktualisert gjennom diskusjon om verdighetsgarantien og forslag om endringer i kommunehelsetjenesteloven. Når en tar utgangspunkt i målet om å tilrettelegge for en eldreomsorg som bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom, må en spørre seg hva som bidrar til dette for den enkelte. Målet slik det er formulert, nødvendiggjør tilpasninger i forhold til en flerkulturell brukergruppe. Kommunikasjon for å forstå individuelle behov vil derfor kunne forutsette kulturkompetanse og hjelp til tolking og fortolkning av språk og væremåter.

En forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg et tilbud er at en vet om det og forstår hva det går ut på. Der det ikke foreligger orientering på den enkeltes morsmål, er ikke valgmuligheten reell for alle.

Likeverdig behandling innebærer å forholde seg til forskjellighet. Hvis folk behandles likt uavhengig av om de trenger ulik behandling, er ikke det likebehandling, og de vil antakelig ikke ha samme nytte av tilbudet. Da kan det være snakk om 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 innvandrerbefolk-

ningen. I rapporten «psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» (Jareg 2007) nevnes flere områder som er felles utfordringer for alle tjenestetilbud rettet mot en etnisk sammensatt befolkning.

1. For det første dreier det seg om *kunnskaper som hjelpeapparatet må ha*: Språkforståelse er avgjørende for å dra nytte av tjenestetilbudet. Det er i den sammenheng behov for kunnskap om hvordan en best arbeider med tolk. Omsorgspersonalet må ha oppdaterte kunnskaper om land og kulturer, om helseproblemer og sykdomsforståelse. Minoritetspasienter kan ha en annen hjelpsøkende atferd enn pasienter fra majoritetsbefolkningen, og tjenestene må av den grunn kanskje organiseres på en annen måte for å bli tilgjengelige.
2. For det andre dreier det seg om tiltak for å *bedre tilgjengelighet til tjenestene og spre kompetanse* blant annet gjennom en innvandrers helseportal, veiledningstelefon for ansatte i tjenestene og anerkjennelse av kunnskap ervervet gjennom praktisk erfaring.
3. For det tredje dreier det seg om *arbeidsmetoder*. Her er det klare paralleller mellom psykisk helsearbeid og omsorgstjenestene. Det gjelder betydningen av et bevisst minoritetsperspektiv med krav til holdningsendringer og fleksibilitet hos ansatte. En må drive med oppsøkende virksomhet, samarbeide med frivillige organisasjoner og innvandrers organisasjoner for å nå fram til de som trenger hjelp. Det vises til verktøy som allerede er utarbeidet, f.eks. Mangfoldsspeilet (www.mangfold.no), hvor det vises til en spørreundersøkelse om i hvilke grad en virksomhet preges av mangfold når det gjelder informasjon, opplæring og ledelse.
4. For det fjerde dreier det seg om *åpenhet og kunnskap i innvandrermiljøer*. Her vektlegges arbeid med å endre tabuer knyttet til psykiske lidelser og som hindrer folk i å søke hjelp. Det foreslås å utvikle lavterskeltilbud som en flerspråklig telefontjeneste og en rekke andre tiltak som kan virke forebyggende og spre kunnskap. Det hersker også mange motforestillinger mot å søke hjelp for eldre generelt og ved demens spesielt. Det er behov for kunnskapsformidling både om spesielle sykdommer og tjenestetilbud. Det kan være behov for familieorienterte tilbud og en må ha kontakt med brukere. Både den eldre selv og pårørende kan gi viktige bidrag til å sikre utvikling og tilpasning av tjenestene.

Utvalget bak rapporten «Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» fastslår 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).

Hvis det å behandle alle likt betyr at en på bakgrunn av kompetanse og lydhørhet tar utgangspunkt i den enkeltes behov og gir individuelt tilrettelagt omsorg – representerer dette likhetsprinsippet også likeverdighet. Når det gjelder omsorg til eldre med innvandrerbakgrunn, må en ta mange forhold i betraktning. Bakgrunn, migrasjonserfaringer og levekår vil ha konsekvenser for helse og behov for omsorgstjenester. Ulike kultursyn og sykdomsforståelse påvirker når en definerer seg som eldre, hvordan en setter ord på problemer og når en søker hjelp. Det kan være sammensatte problemer som krever en tverrfaglig tilnærming. Skal en kunne behandle alle likt i betydningen – med lik verdighet – forutsettes kulturkunnskap som grunnlag for individuell tilnærming. Det innebærer også å forstå de kulturelle premisser som ligger til grunn for den praksis vi regner som naturlig her i landet.

6.3.1 Hvordan gjøre tjenestene mer tilgjengelige.

En modell for å bidra til å gjøre tjenestene tilgjengelige beskrives av Yeatts et al. (1992). Den viser til områder en må arbeide med for å få dette til. Modellen retter oppmerksomhet mot de barrierer som eksisterer og som må overvinnes, og skiller mellom tre hovedområder en potensiell bruker må forholde seg til for å nyttiggjøre seg en tjeneste:

- kunnskap om tjenesten: hvordan man skal gå frem for å få hjelp for å overvinne kunnskapsbarrieren.
- tilgang/tilgjengelighet: ytre barrierer som avstand, skyss og fysisk tilgjengelighet, kostnader og tilbudenes omfang.
- beslutning om å bruke tjenesten: Her vises det til potensielle klienters vilje og interesse for å nytte tilbudet. Dette avhenger av hvilken appell tilbudet har, kulturelle forskjeller mellom potensielle og aktuelle klienter eller mellom de som gir tjenester, og potensielle brukere og negative holdninger til å motta hjelp.

Alle disse områdene nevnes også i den norske debatten, men faktorene blir sjelden drøftet i sammenheng.

6.3.2 Strategier for overvinne barrierer

- A) For personer som *ikke selv definerer sine hjelpebehov* kan en informere om tjenester via offentlige medier som aviser, radio, brosjyrer og internett. En kan også bruke betydningsfulle andre. En må da finne frem til og identifisere personer som er respektert og som har mulighet til å veilede den enkelte og familien, og en må få til et samarbeid med slike personer. Det kan være leger og andre sentrale personer i hjelpeapparatet, ledere for frivillige og religiøse organisasjoner. En må sørge for at de er informert om tilgjengelige tjenester.
- B) Når personer 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 nettsteder
 2. grupper og sosiale samlinger som seniorsentre, religiøse og kulturelle møtesteder. En kan bruke yngre i nabolag, familier og andre som har kunnskap og som kan videreformidle informasjon
 3. bruk av betydningsfulle andre – sosiale nøkkelpersoner
 4. bruk av personell som har fått kjennskap til udekket behov og som kan drive informasjonsarbeid og oppsøkende virksomhet.

Informasjon og kommunale tilbud begynner å bli lagt ut på nett på ulike språk (www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no). NAKMIs nettside gir helseopplysning og stoff om sykdommer på ulike språk (www.nakmi.no). Leger, seniorveiledere, personell som driver oppsøkende virksomhet og personer i hjelpeapparatet, kan være sentrale informasjonsformidlere. Våre intervjupersoner kan også fortelle at de har fått informasjon om tjenester fra naboer og andre i nettverket.

Når det gjelder barrierer som hindrer folk å *søke hjelp*, er det en nærliggende strategi å gi hjelp til å fylle ut skjemaer, sørge for oversettelse av materiell, tolketjeneste og å gjøre viktige opplysninger språklig tilgjengelig.

- C) Strategier for å overvinne barrierer for tilbuds *tilgjengelighet* er dels å vurdere fysisk tilgjengelighet, det vil si å lokalisere tjenester nær potensielle brukere, eventuelt ved å etablere satellitter (lokale møtesteder) til større sentre, sørge for transportordninger, planlegge tilbud til velegnede tidspunkter, finne frivillige hjelpere som kan kjøre og eller være ledsagere etc. Tilbudet må gjøres økonomisk overkommelige ved at det blir minst mulig avhengig av den enkeltes privatøkonomi. 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
 2. at tjenestene som tilbys skal oppleves som lite attraktive
 3. negative holdninger til å motta hjelp.

Strategier kan være å: a) skille tilbud av tjenester til minoritetsgrupper fra det øvrige tilbud ved at de foregår på ulike steder eller tidspunkter. (Det er da viktig å være oppmerksom på faren 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.

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» for å få folk til å komme. Hvis et tilbud ikke oppleves attraktivt, kan en bruke samtale- og fokusgrupper for å få frem preferanser blant potensielle brukere. Noen ganger kan det være ønske om å skreddersy tilbud til én etnisk gruppe. Andre ganger dreier det seg om å skape multi-etniske rom. Ved seniorsentre og møteplasser i Norge brukes kostholdsveiledning, helseopplysning, trening og foredrag som slike trekkplastre.

En må skille mellom forhold knyttet til holdninger, kunnskap om tjenestene, tjenestenes tilgjengelighet og 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 anbefales videre forskning, blant annet for å studere effekten av ulike strategier i forhold til de ulike typer barrierer. Det kan være vanskelig å rendyrke enkelte strategier, da mange faktorer spiller en rolle. Modellen kan likevel bidra til å lete etter forklaringer og løsninger på ulike områder, slik at en ikke låser seg fast i en forklaring, eller trekker slutninger om at 'det er for vanskelig', uten å undersøke alternative tilnærminger for å nå fram med tilbud til eldre innvandrere. Når en identifiserer de barrierer en har med å gjøre, vil det lette arbeidet med å utvikle strategier for å møte morgendagens utfordringer.

Som nevnt vil eldre innvandrere kunne ha en kombinasjon av opprinnelige og nye verdier og vaner. Ikke alle foretrekker spesielt tilrettelagte tilbud. Det er stor variasjon både mellom og innenfor de enkelte minoritetsgrupper med hensyn til hvordan deres levesett er preget av kulturene i opphavslandet og det nye hjemlandet. Dette vil virke inn på deres ønsker om tilpasning av tjenester og tilbud.

6.4 Spørsmål om personalkompetanse

Måten brukere blir møtt på er avgjørende for at tilbudet skal være attraktive og tiltalende. De ansattes kompetanse og arbeidsmåter er eller blir viktig. Det etterlyses ofte guider for hvordan man best kan forholde seg til mennesker fra fremmede kulturer. Det er så mange former for forskjellighet, så mange ulike situasjoner en må forholde seg til, at oppskrifter på vellykkete kulturmøter er vanskelig å gi. Hvis guider gir overforenklete oppskrifter, kan dette skape barrierer for møter mellom mennesker, heller enn å åpne for utveksling. I mange sammenhenger understrekes det at kunnskap om andre kulturer må kombineres med åpenhet, slik at en ikke har forhåndsinnfattede oppfatninger om hva eldre innvandrere 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 dermed unngå de verste tabbene.

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 ansatte 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. Det vil virke distansekjennende. 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. Det advares mot å lukke øynene for reelle problemer og å bortforklare forsømmelser med kulturforskjeller. «Kultur er ikke noen unnskyldning for inhuman atferd» (Ibid s. 5). En skal for eksempel ta hensyn til den enkeltes verdighet ved 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 bruke andre hjelpemidler som bilder 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. De prinsipper for god omsorg som Age Concerns guide understreker, gjelder i forhold til alle eldre. Det dreier seg om å:

- anerkjenne den enkeltes tro/verdier og identitet
- arbeide på en ikke-diskriminerende måte
- støtte individets rettigheter og valg
- kommunisere godt
- informere og samle viktig informasjon fra pårørende
- ivareta de omsorgstrengendes tillit gjennom respekt for deres synspunkter, rettigheter og konfidensialitet
- utvikle empati

Disse prinsippene her sees i sammenheng med signaler fra offisielle styringsdokumenter som St. meld. 25 fra 2005–2006 «Mestring, muligheter

og mening. Framtidas omsorgsutfordringer» og «Og bedre skal det bli» Omsorgsplanen fram til 2015.

6.5 Behov for ny kunnskap og kunnskapsformidling

Det kreves fortsatt forsknings- og utviklingsarbeid for å få økt kunnskap om brukeres bakgrunn og preferanser for å forbedre tjenestetilbudet. Nedenfor konkretiseres forsknings- og formidlingsbehov nærmere:

6.5.1 Behov for kunnskap om bruken av omsorgstjenestene

Det er noen undersøkelser om bruk av omsorgstjenester (Ingebretsen & Romøren 2005, Ingebretsen & Nergård 2007, Nergård 2008), men en mangler systematiske registreringer av tjenestebruk blant innvandrere på landsbasis. Det er i prinsippet mulig å registre og analysere tjenestebruk (gjennom IPLOS-data) for ulike grupper av innvandrere. Selv om en ikke kan offentliggjøre detaljert oversikt over små grupper og minoriteter i små kommuner, vil en oversikt gi nyttig kunnskap om variasjoner, ulikheter mellom grupper og eventuelt lokale variasjoner. Dette vil være nyttig med tanke på informasjonsarbeid overfor brukere og gi viktige opplysninger for planlegging og praksis.

Vi vil ha nytte av representative brukerundersøkelser av eldre innvandrere som grunnlag for planlegging. Dette gjelder både med tanke på å gjøre de generelle tilbud tilgjengelige og med tanke på eventuelt å etablere spesialtilbud for eldre med innvandrerbakgrunn. Kavli og Nadim (2009) understreker betydningen av undersøkelser for å fange opp bredden og forskjeller mellom ulike grupper av innvandrere og variasjoner innad i gruppene. Det kan være nyttig å få mer kunnskap om hvilke informasjonskanaler ulike grupper benytter, og hvor presis og grundig informasjon de får om de rettigheter de har. En bred oversikt over tjenestebruken vil i sin tur kunne danne utgangspunkt for kvalitative studier med vekt på å:

- Studere prosesser som kan føre til bedre informasjon, forebyggende arbeid og oppfølging av personer som trenger omsorg.
- Samle mer kunnskap om forventninger til erfaringer med og opplevelser av omsorgstjenestene både fra eldre selv og deres familier.

- Høste erfaringer med organisering av samarbeid mellom omsorgstjenestene og familiene, og mellom ulike ledd i hjelpeapparatet.
- Søke mer kunnskap om omsorgstjenestene som flerkulturelle arbeidsplasser, om hvordan styrke en flerkulturell personalgruppe og om hvordan etablere et godt multikulturelt arbeidsmiljø.
- Undersøke nærmere hvordan spesielle behov kan imøtekommes og hvordan likeverdige tilbud skal defineres og praktiseres. Hvordan kan målet om trygghet, verdighet og en meningsfull tilværelse ivaretas i forhold til en flerkulturell brukergruppe og hvilke tilpasninger trengs?

6.5.2 Behov for kunnskap om eldre innvandreres helse og livssituasjon

Helseforhold blant eldre innvandrere bør vies økt oppmerksomhet. Nyere norske undersøkelser viser at eldre innvandrere har mange og sammensatte helseplager (Blom 2008, Kumar 2008). Mange sliter med savn og bekymringer for fremtiden, likeså med psykosomatiske og psykiske plager, posttraumatiske lidelser og demens.

Det er behov for videre undersøkelser om hvordan en kultursensitiv omsorgstjeneste kan tilrettelegges for å imøtekomme eldre innvandreres psykiske helseplager. Det kan være en risiko for at de som representerer fagmiljøet for eldre og psykisk helse glemmer å inkludere eldre *innvandrere*, samtidig som de som har innvandrere som sitt primære fokus glemmer å ta *eldre* innvandrere med i betraktning.

Noen forskningsområder konkretiseres nedenfor:

- *Demens og psykisk helse*
Demens innebærer en ekstra utfordring når det gjelder diagnostisering, kommunikasjon og tilrettelegging av tilbud for personer med demens og deres familier. Derfor er det nyttig å ha et familieperspektiv på demens og psykiske problemer blant eldre innvandrere. En utfordring er hvordan en skal legge til rette for samarbeid mellom formelle og uformelle omsorgsgivere, og hvordan en skal støtte enkeltpersoner. For pårørende kan store forventninger til familieomsorg bety en ytterligere belastning.

I Demensplan 2015 nevnes personer med «minoritetsspråklig bakgrunn» spesielt, når det gjelder fremtidige forsknings- og utviklingsprosjekter. Pårørende er viktig i denne sammenhengen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Man har positive erfaringer med et undervisningsopplegg for ansatte og pårørende ved en rekke sykehjem i Oslo. Viktige temaer er samarbeidet mellom pårørende og ansatte, hvordan partene kan bidra for å nå felles mål, hvordan avklare kommunikasjon og hvordan utveksle informasjon (Ingebretsen et al 2006, Lyngroth 2009). Spørsmålet er hvordan modeller for samarbeid og pårørendearbeid kan overføres til eldre innvandrere og deres familier.

- *Livsløp, aldring og generasjon*

Den norske studien livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) undersøker sentrale overganger i livet (<http://norlag.nova.no/>). I en parallell studie med fokus på ulike grupper av innvandrere, vil det være av interesse å undersøke omfanget av kontakt og utveksling av hjelp og tjenester innad i familiene, om eldre gjør bruk av det offentlige tjenesteapparat og hvordan den eldre og familien forholder seg til det. En slik studie vil innebære mulighet til komparative analyser i forhold til norske og internasjonale datasett.

- *Forebyggende arbeid og møteplasser*

Det er fortsatt viktig å undersøke hvordan en skal videreutvikle ulike former for møteplasser for eldre innvandrere. Det kan for eksempel gjøres ved et samarbeid mellom det offentlige og frivillige organisasjoner (inkludert innvandreres egne organisasjoner). Eldresentrene har en nøkkelposisjon i det forebyggende arbeid i kommunene. Også interesseorganisasjoner som driver med helseopplysning, innvandreres egne organisasjoner og de humanitære organisasjonene, er viktig kilder til informasjon, forebyggende helsearbeid, og hjelp til selvhjelp. Vi vet for lite om rekrutteringsmåter, aktiviteter og hva deltakelse betyr for den enkeltes helse. Det trengs mer kunnskap om de fellesskap som eldre innvandrerne inngår i. Det gjelder også religiøse organisasjoner. Et viktig spørsmål er også hvordan de ulike organisasjonene kan bidra med kulturimpulser og miljøtiltak for hjelpetrequende eldre innvandrere også i aldersinstitusjoner.

6.6 Internasjonalt samarbeid og nettverksbygging

Internasjonale samarbeid er svært sentralt på et felt som dreier seg om et mangfold både av brukere og tjenesteytere. Mange land har allerede høstet mye erfaring med minoritetsetniske grupper og ulike former for private, offentlige, generelle og spesielt tilrettelagte omsorgstilbud, (AAMEE 2010). Det er en utfordring å ivareta fleksibilitet og åpenhet for mangfold. Det er mange felles problemstillinger i Norden knyttet til innvandreres bruk av omsorgstjenester. I prosjektperioden har dette blitt konkretisert gjennom nettverket «Foreign-born elderly persons' situation in health care and social service» som ble etablert ved hjelp av støtte fra det svenske forskningsrådet för Arbetsliv og Socialvetenskap (FAS). Et resultat av nettverkssamarbeidet er boken om 'Innvandrarskap och åldrande' (Torres & Magnússon 2010).

Prosjektleder har også deltatt i European Network on Elderly Care (ENIEC), et nettverk som ble etablert i 2007 med det formål å skape en plattform der fagfolk som er opptatt av «intercultural elderly care» kan utveksle erfaringer, etablere samarbeidsprosjekter og bidra til debatt. NOVA har også deltatt i European Research Area (EU), har et ERA-net prosjekt EU) om «Migrant labour in the eldercare sector». Det har vært ledet av Oxford institute of ageing, UK, med deltakere fra elleve europeiske land. NOVA vil også i fremtiden satse på internasjonalt samarbeid på dette området. NorLAG undersøkelsen inngår i et omfattende internasjonalt samarbeid med rike muligheter til komparative studier.

6.7 Formidling

Det er behov for oppdatert kunnskap på en rekke områder. Det er viktig med formidling av faktakunnskap, men det er også nødvendig med veiledning som kan bidra til kulturkompetanse og kultursensitivitet i praksis. Kultursensitivitet innebærer å være sensitiv i forhold til brukernes bakgrunn på den måten at en forstår spesifikke kulturelle temaer ut fra brukers perspektiv. Det innebærer også at en er oppmerksom på egne holdninger og bakgrunn og hvordan dette virker inn på tjenestene og måten en yter hjelp på. Utfordringer med økende etnisk variasjon i befolkningen, går igjen i en rekke land. Dette har ført til økte krav om kulturkompetanse, forstått som evner og ferdigheter til å arbeide godt med folk med ulik kulturell og etnisk bakgrunn eller i sammenhenger der flere

kulturer er representert (<http://cecp.air.org/cultural/default.htm>). En viktig del av formidlingsarbeidet blir kurs, veiledning og opplæring gjennom et arbeidsfellesskap hvor en kan høste og lære av egen og andres erfaringer. Slik blir en kjent med egne holdninger og stereotypier, blir oppmerksom på kulturelle normer og holdninger og lærer å verdsette mangfold. Et miljø preget av respekt for kultur- og språkforskjeller – der en har ønske om å forstå, snakker langsomt og tydelig, bruker tid på å lytte og lære navn korrekt – vil komme både brukere, pårørende og ansatte til gode. Det er formidling av god praksis.

En kan skille mellom kunnskapsformidling fra forskning og sentrale myndigheter og den formidling og informasjon som foregår lokalt på kommuneplan.

6.7.1 Formidling – Oppgaver for kommuner/bydeler

Som sagt før, må pleie- og omsorgstjenestene forholde seg til et mangfold av brukere og ansatte. Det er behov for å skaffe seg oversikt og satse på informasjonsarbeid. Tilpasning av tjenestene er en kontinuerlig prosess. Det er en utfordring å øke tilbudet til eldre innvandrere i takt med etterspørselen, forebygge helseproblemer og sosial isolasjon og tilby omsorgstjenester som ivaretar brukernes behov. Nergård (2009) påpeker at det er liten tvil om at eldre innvandrere og deres familier i økende grad kommer til å benytte offentlige pleie- og omsorgstjenester.

Viktige momenter for kommuner og bydeler gjelder

- Å kartlegge befolkningen og prognoser for befolkningsutvikling også med tanke på minoritetsbefolkningen av eldre.
- Å være våken for at holdninger til bruk av omsorgstjenester for ulike grupper av innvandrere kan endres over tid og at etterspørselen kan øke av den grunn og fordi nye grupper med nye behov kan melde seg.
- Å satse på målrettet informasjon til eldre innvandrere og deres familier.

Dette gjelder informasjon om forebyggende arbeid og alle ledd i omsorgstjenesten, fra hjemmetjenester til dagsentre og kort- og langtidsopphold i institusjon.

- Å bruke alternative kilder og kanaler for informasjon; nettsider, seniorveiledere og nøkkelpersoner for å etablere kontakt og være informasjonsformidlere, invitere til møter og besøk ved seniorsentre og aldersinstitusjoner.
- Å sikre tilstrekkelig tolketjeneste.
- Å ivareta eldres preferanser og brukervalg. Utvikling av hjemmetjenester som vektlegger språkkompetanse og spesielle brukergruppers behov, representerer en styrke for tjenestetilbudet.
- Å legge til rette for fleksible ordninger som også kan ivareta familieomsorg. Dette kan blant annet bety økning i dagsentertilbud der den eldre har mulighet til å bo sammen med familien, men samtidig delta i et fellesskap på dagtid.
- Å vektlegge samarbeid mellom familien og offentlige tjenester gjennom hele forløpet – også etter flytting til aldersinstitusjon.
- Å tilrettelegge for tilbud i aldersinstitusjon som kan møte den enkeltes behov for omsorg og felleskap og ivareta respekt for den enkeltes bakgrunn, verdier og religion. I dette arbeidet er ansattes kompetanse avgjørende. Viktige virkemidler blir derfor:
- Å gi intern opplæring til personell om individuell tilnærming og kulturforståelse
- Å gi tilbud om arbeidsrelevante norskopplæring på arbeidsplassen ved behov.
- Å utvikle gjensidig bekreftende multikulturelt arbeidsmiljø og mulighet for videreutdanning for omsorgsarbeidere.

I prosjektperioden har det kommet forslag om å styrke ansattes kompetanse i møtet med eldre innvandrere og deres familier ved

- Å gi veiledning til ansatte gjennom et multikulturelt team som både kjenner til de mest aktuelle kulturer og språkgrupper og kjenner omsorgstjenestene og deres organisering.

Tankegangen bak forslaget er at ansatte som kjenner hjelpeapparatet og har fagkompetanse i tillegg til at de representerer ulike kulturer og språk, vil ha større muligheter til å kunne formidle gjensidig forståelse og være til støtte

både for brukere, pårørende og ansatte ved at de kan tilkalles f.eks. ved flytting til sykehjem, andre overganger eller ved behov ellers.

Med tanke på det forebyggende helsearbeid kan vi komme med følgende forslag:

- Eldresentrene bør arbeide videre med hvordan de kan inkludere innvandrere i sitt arbeid i lokalmiljøene og lage en handlingsplan for hvordan dette kan skje.

Organisasjoner

Frivillige humanitære og interesseorganisasjoner utgjør viktige arenaer for samfunnslivet i Norge. Samarbeidet mellom disse organisasjonene og innvandrersorganisasjoner er i utvikling og bør styrkes ytterligere. Eldre innvandrere er en viktig målgruppe. Det blir viktig å inkludere innvandrere i det frivillige organisasjonsarbeidet og videreutvikle tilbud til eldre innvandrere – både hjemmeboende og i institusjon. Frivillighetsmeldinger i kommuner bør omfatte spørsmål om tilbud til eldre innvandrere.

6.8 Avslutning

Vi vil ha nytte av landsrepresentative undersøkelser av eldre innvandrere som grunnlag for planlegging innen forebyggende arbeid og i omsorgstjenestene. Dette gjelder både med tanke på å gjøre de generelle tilbud tilgjengelige for ulike brukergrupper og med tanke på eventuelle spesialtilpassede tilbud til eldre innvandrere.

Representanter for omsorgstjenestene understreker ofte betydningen av en individuell tilnærming. Samtidig etterlyses mer kunnskap. Det trengs forskning som tar utgangspunkt i brukernes perspektiv. Kultursensitivitet og respekt for mangfold krever oppdatert kunnskap og løpende kommunikasjon med brukerne.

Det trengs derfor fortsatt innsats når det gjelder holdninger og kunnskap, kunnskapsformidling og arbeid for å øke tilgjengelighet og tilrettelegge tjenester og gi ansatte best mulige forutsetninger for å yte god hjelp til en sammensatt brukergruppe og for flerkulturelt samarbeid.

7 Avsluttende kommentar

Norge blir i økende grad preget av mangfold i befolkningen. Også andelen *eldre* innvandrere øker.

Spørsmålet er om hvordan eldre med innvandrerg grunn kan nyttiggjøre seg av omsorgstjenestene på like fot med majoritetsbefolkningen. Det berører både sentrale politiske og ideologiske spørsmål og daglige omsorgssituasjoner. Sentrale målsettinger er uttrykt i St.meld. 25 (2005–06) der individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov, blir vektlagt.

I det konkrete omsorgsarbeidet må en ta stilling til på hvilke nivåer og på hvilke måter en skal tilrettelegge tjenester. Et tema gjelder informasjon om tjenester og kommunikasjon. Et annet tema er hvordan brukerne og pårørende opplever at tilbudene passer i forhold til deres forventninger og behov.

Det er store variasjoner mellom og innad i de enkelte minoritetsgrupper med hensyn til hvordan deres leveste er preget av tankemodeller i henholdsvis opphavslandet og det nye hjemlandet. Dette vil også virke inn på deres ønsker om tilpasning av tjenester og tilbud. Både bakgrunn, migrasjonserfaringer og levekår, vil ha konsekvenser for helse og behov for omsorgstjenester.

Tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester forutsetter at en ivaretar perspektiver både på kulturelt mangfold og individuell tilnærming. Det trenger ikke være noe motsetningsforhold mellom mangfold og individualitet. For å forstå og legge til rette for god omsorg må en ha et begrep om hva som er viktige verdier og normer for den det gjelder. Det er mye diskusjoner av kulturbegrepet (Engebriksen & Fuglerud 2009). En enkel måte å si det på er at folk i ulike deler av verden forstår verden rundt seg på ulike måter. Det påvirker deres handlingsvalg i ulike situasjoner. De relasjonene som preger en, vil være både egen familie og minoritetsgruppe og andre personer og instanser en møter i sitt nye hjemland. Eldre – selv om de kommer fra samme opphavsland – vil derfor gjennom livet ha blitt preget på ulike måter.

Samtidig er det viktig å ta i betraktning at minoritetsgruppers kultur ikke utspiller seg i kulturnøytrale omgivelser, men i møtet med norsk kultur. I en pleiesituasjon kommer en den enkelte – bokstavelig talt – nært inn på livet. Bekreftelse, respekt og verdighet i en slik situasjon forutsetter lydhørhet.

De offentlige omsorgstjenestene på sin side, er preget av 'norske' vaner og arbeidsmåter. Sykehjem danner en kontekst som vil fortone seg fremmed for mange innvandrere. Det blir derfor ekstra viktig å ha blick for at det en tar for gitt, ikke er selvfølgelig for alle. Det holder ikke å forvente at et mangfold av brukere ensidig må tilpasse seg. Det dreier det seg om prosesser og arbeid over tid. Det kan være utfordrende for alle parter. Gjennom prosjektet. Omsorgstjenester for eldre innvandrere har vi fått et innblikk i noen av disse prosessene som krever gjensidig samspill og fortolkning. Dette er områder som krever fortsatt lydhørhet og innsats. Et hovedspørsmål blir hvordan trygghet og verdighet for den enkelte kan ivaretas i hjelpeapparatet og gjennom et samspill mellom pårørende og ansatte.

Kunnskap om ulike former for familiepraksis er viktig forutsetning for å komme eldre innvandrere og deres familier i møte. I rapporten «Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier» diskuterer Kavli & Nadim (2009) ulike grupper av innvandreres syn når det gjelder ansvar for gamle foreldre og svigerforeldre. Det er variasjoner, men undersøkelsen viser at i motsetning til personer med norsk bakgrunn, er det et mindretall av personer som har innvandret og norskfødte med pakistanske foreldre, som gir uttrykk for at de sannsynligvis vil finne en institusjonsplass for sine foreldre hvis de blir pleietrengende. De gir også i større grad uttrykk for at pleietrengende foreldre kan flytte inn til dem og at de gir praktisk hjelp. «Fordi familielivet er så sentralt i dagliglivet og folks forestilling om hvem de er som mennesker, kan holdninger og praksis knyttet til familieforhold være vanskelige å endre. Det kan være fruktbart å trenge enda dypere inn i hvilke forestillinger ulike grupper har av hva som kjennetegner en god familie.» (Kavli & Nadim 2009, s. 139).

For pårørende kan stereotype holdninger og forventninger til familieomsorg bety ytterligere belastninger. Vi kan trenge et kultursensitivt familieperspektiv på omsorg og hjelpetilbud. Det er en utfordring å ivareta

pårørendes premisser og komme fram til gunstige kombinasjoner av offentlige tjenester og uformell omsorg.

Det kan være et problem at mange eldre innvandrere og deres familier ikke har tilstrekkelig informasjon om omsorgstjenestene og hvordan disse fungerer. Det kan være en av årsakene til at mange kommer sent i kontakt med omsorgstjenestene og at de ofte ikke får nyttiggjort seg alle tjenester i omsorgskjeden.

På bakgrunn av erfaringer i dette prosjektet anbefales ytterligere satsing på *informasjon og forebyggende helsearbeid* blant annet gjennom organisasjoners og eldresentres virksomhet. Tilgang til tjenester og erfaring med *hjemmetjenester, dagsentre og korttidsopphold* i aldersinstitusjoner, vil i sin tur gi kjennskap til hjelpeapparatet og kan lette overgangen til sykehjem hvis det blir nødvendig. Ikke minst vil tilbud ved dagsentre kunne representere en mulighet til kontakt, hjelp og støtte for eldre innvandrere, samtidig med at de får bo hjemme, eventuelt sammen med familien, så lenge som mulig. Flere pårørende som strever med å gi omsorg til eldre i familien, har etterlyst bedre muligheter til dagsenteropphold. De forutsetter da noen å snakke med på samme språk og god tilrettelegging. Både ved dagsentre og sykehjem kan det i noen kommuner og bydeler bli flere med samme språklige og religiøse bakgrunn som er brukere samtidig. I slike situasjoner kan det bli naturlig å spørre seg om det er tjenlig å utvikle dette til *flerkulturelle enheter* der mangfold i brukergruppen vektlegges spesielt. Ved Kantarellen sykehjem i Søndre Nordstrand er dette tatt med som mulighet i virksomhetsplanen (Kantarellen 2009). Det forutsetter små enheter og et omfattende samarbeid og felleskap på tvers av enhetene, slik at dette ikke blir uttrykk for segregering eller en kunstig adskillelse.

Livssyn og livsfase-riter blir en viktig del av tilretteleggingen. I sykehjem blir riter knyttet til dødsfall og død viktige. Undersøkelser foretatt av Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (Plesner og Døving 2009), tyder på at det har blitt økt bevissthet om ulike kulturer og religioner i helseinstitusjonene de siste tiår, likevel kan det være stor variasjon i praksis, mangel på systematisk undervisning og konkret veiledningsmaterieil for ansatte. I rapporten diskuteres muligheten til ulike former for religiøs praksis bl.a. ut fra spørsmål om diskriminering. Det påpekes bl.a. at «Motstykket til

diskriminering er dermed ikke nødvendigvis likebehandling, men likeverdig behandling» (Plesner & Døving 2009, s. 109). I forordet til rapporten påpekes at det er mange gode, praktiske løsninger og tilrettelegging, men at det fortsatt er noen trykkpunkter og et stykke å gå før alle kan sies å få oppfylt sin rett til utøvelse av egen religion eller eget livssyn på en likeverdig måte. «Mye kan avhjelpes med bedre informasjon, enkel endring av praksis og litt mer fleksibilitet» (Sandvik i Plesner & Døving 2009, s. 1).

De aller fleste ansatte, og mange pårørende og brukere, går imot 'særegne omsorgstjenester' for eldre innvandrere. Mange viser for eksempel til betydningen av at barn opplever en felles skolehverdag og knytter på den måten an til viktige mål for integrering. Denne tankegangen kan likevel ikke overføres direkte til alle eldre innvandrere. Folk som for eksempel har kommet hit som flyktninger på sine eldre dager, kan vanskelig forventes å lære seg norsk. Også for eldre som har bodd lenge i landet kan som nevnt norskkunnskapene være mangelfulle og svekkes ytterligere på grunn av sykdom og demensutvikling. Det kan derfor måtte tas ulike hensyn med tanke på hvordan mål om integrering skal praktiseres. Pårørende påpeker ofte at det kan være ekstra vanskelig for dagens eldregenerasjon av innvandrere, mens det for deres egen del vil bli lettere å forholde seg til 'norske' omsorgstjenester. Samtidig kan forestillinger om familiens rolle og forventninger til familieomsorg stikke dypt.

Fellesskap knyttet til språk, verdier/religion og mattradisjoner, kan være viktige forutsetninger for å ivareta den enkeltes integritet og selvfølelse. For hjelpptrengende eldre er det her klare paralleller til funn fra forebyggende tiltak der tilbud i egne grupper kan være et viktig startpunkt. Også på dette området er det verdt å minne om Lidéns (2001, 169) poengtering av at spørsmål om integrering må omfatte «*hvem* integrering vurderes ut fra og med referanse til *hva*».

Det blir hele tiden et spørsmål om hvordan vi fyller honnørordene i omsorgstjenesten med innhold. Det gjelder både i de strukturelle rammer, rom og relasjoner. Det gjelder begrep som integritet og identitetsbekreftelse, autonomi, trygghet og verdighet. Respekt og etablering av en god arbeidsallianse blir avgjørende også i forhold til pårørende.

I omsorgstjenesten er det flere personer med innvandrerbakgrunn blant ansatte enn blant brukere. Samtidig kan en ikke ta for gitt at alle brukere treffer en ansatt fra sitt hjemland. Det advares også mot å overforenkle spørsmålet om 'god match' mellom bruker og ansatt til å gjelde felles språk eller kulturbakgrunn (Lill 2009). Alle bør delta på lik linje i et arbeidsfellesskap og med norsk som arbeidsspråk. Ansatte med ulik bakgrunn kan imidlertid fungere som brobyggere, hvis det er åpenhet om forskjellighet og faglige diskusjoner. Dette forutsetter en aktiv personalpolitikk, tilstrekkelig språkopplæring og kompetanseutvikling. Et minoritetsperspektiv krever bevissthet også om den kultur som ligger til grunn for praksis og det tjenestetilbud som er utviklet i majoritetsbefolkningen.

Fra representanter blant ansatte har det kommet forslag om at det etableres et *ambulerende team av fagfolk* med ulik minoritetsbakgrunn på kommunenivå. Dette teamet forutsettes da både å ha språk- og kulturkompetanse, fagkunnskap og kjennskap til omsorgstjenestenes organisering. Det er ment å kunne bistå ansatte på de enkelte tjenestestedene for eksempel når nye brukere med innvandrerbakgrunn flytter til institusjon og ved omstillinger og spesielle situasjoner. Teamet er samtidig tenkt å kunne avlaste pårørende i deres rolle som 'tolker og fortolkere' og gi dem økt trygghet på tilbudet. Dette er verdt å vurdere nærmere som et supplement til de vanlige tjenestene og i tillegg til tolketjenester.

Det er store forskjeller med hensyn til omsorgstjenestens forutsetninger for å møte nye brukergrupper og hvor mange potensielle brukere det gjelder. Også i kommuner med få eldre med innvandrerbakgrunn er det viktig å ta utfordringene på alvor (Thyli et al. 2007).

I noen deler av landet, og særlig i noen bydeler i Oslo, er det relativt høy andel av eldre med minoritetsbakgrunn. Her har hjelpeapparatet fått mer kunnskap om etablerte minoritetsgrupper og deres kultur (Ingebretsen & Romøren 2005, Ingebretsen & Nergård 2007, Nergård 2008). Det kan likevel være behov for ekstra innsats. Private initiativ og tjenestetilbud som kan gi økte valgmuligheter for brukere kan være viktig å vurdere i denne sammenheng. Dette gjelder blant annet ordningen med brukervalg i hjemmetjenestene.

Det trengs videre diskusjoner av spørsmål om hvordan «kultur» blir brukt til å skape barrierer eller bygge bro. Dette gjelder også i forebyggende helsearbeid og med tanke på organisasjoners arbeid for og med eldre innvandrere. Eldresentre og organisasjoner kan fungere som viktige møteplasser både for og mellom minoritetsgrupper og majoritetsbefolkningen.

Fleksibilitet og tilpasning til nye brukergrupper er en kontinuerlig prosess, der dialog med brukerne blir en viktig forutsetning for å kunne forstå og møte deres behov, og der en flerkulturell gruppe av ansatte i omsorgstjenesten, pårørende og innvandreres egne organisasjoner, blir sentrale medspillere.

Som Torres (2010) understreker, angår spørsmål om 'innvandrerskapets' betydning for eldreomsorg og omsorgstjenester alle som er involvert i eldreomsorg, omsorgsforskning, politikk og praksis. Det er derfor behov for videre forsknings- og utviklingsarbeid med god formidling av oppdatert kunnskap.

Summary

Care Services for elderly immigrants

As the older immigrant population in Norway is increasing, a crucial question is how to give elderly immigrants equivalent care services. The main aims of this project are to describe how the care services for elderly immigrants work, to point to problems and possible solutions, and to outline future research.

The project is financed by the Department of Integration and Diversity, Ministry of Labour and Social Inclusion, recently changed to The Royal Ministry of Children, Equality and Social Inclusion.

In this report, experiences from the different parts of the projects are summarized and discussed. The two main topics covered are a) care services and b) preventive health work through meeting points for elderly immigrants. Care services for elderly immigrants are discussed in the NOVA-report 13/07 and 11/10, meeting points in senior centres in the NOVA-report 7/09, and organizations in NOVA-report 13/10.

Care services

Many of the same questions are discussed in Norwegian, Nordic, and international research literature in this field. Common themes in cross cultural care are:

Information, language and communication, 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 immigrants are complex and relate to central political and ideological aims as well as to practical everyday-care. The use of care services will depend upon many factors like health, living conditions, and resources.

Health surveys find more problems in subjective health, psychosomatic and psychiatric problems among elderly immigrants compared to the

majority population. This is not easily reflected in the general use of care services and especially not with regard to nursing homes. Family oriented care is often expected.

Elderly immigrants in Norway represent a great diversity. Some immigrants have knowledge of 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. Compared to the population in general, immigrants have relatively more demands on care wages to family members and lower demands on institutional care. This pattern will probably change in the future.

Interviews show that the expectations of elderly and their family members toward formal care systems often are expressed as common wishes for caregiver stability, reliable appointments and staff-cooperation, together with culturally adapted care related to customs and religious and cultural norms regarding cuisin, gender and intimacy.

Respectful attitudes by staff and the opportunity to speak native tongue are on the list of wishes. Family-members often have strong filial responsibility. Extended family and cultural norms of family care play an important role for the children of many elderly immigrants. This is difficult to live up to when it comes to extensive personal care.

In relation to staff, family members often have a 'go-between role' and practice cultural translation. The formal care system may even have extra expectations of family care. It is important to remember that not all elderly immigrants have close relatives and that family members may be on different points in a transition of social obligations from the original to the new culture.

Individualized, tailor-fit care is a central motto for staff. Information, staff training and enough time are decisive factors mentioned. Most staffmembers prefer multicultural care teams rather than special units for minority ethnic elderly.

Close cooperation between the care systems and families, and between different agencies in the care systems, is crucial to follow up minority ethnic

elderly in need of care. The ideal of cultural sensitivity can otherwise be replaced by exaggerated caution and avoidance. (Ingebretsen 2010)

Preventive health work

In the second part of the project the focus is on preventive health work and meeting points for elderly immigrants. The senior centres are important in this respect. The report “I look forward to Thursday» (Moen 2009) reports experiences from a senior centre with ten years of experiences of including elderly with a migrant background in the centre. The position of a group-leader with the same language and cultural background is underlined. This study cannot point to fulfilment of high ideals of integration between majority and minority groups of elderly. It shows, however, the importance of coming together, sharing experiences, learning and getting information: important steps for immigrants to further participation and to being seen and heard in the society.

Organisations – both interest- and humanitarian- and immigrant-organisations – represent other important meeting places for elderly. The NOVA-report 13/10 (Annaniassen & Kristiansen, 2010) discusses what the organisations do for elderly immigrants concerning contact, preventive health work, and information. Some of the organisations arrange meetings that underline the community of people with the same background and language. Others have contact between people of different languages and cultures as an important aim. Central themes are: building of trust, time to get to know each other, language, cuisine and respect for different habits. Most organisations contribute to information concerning health, social services, nutrition etc. As such, they are useful arenas both of contact and information. Different kinds of organisations supplement each other. These organisations may represent important meeting points and stimulate further steps to integration.

Challenges and recommendations

Elderly immigrants represent a great diversity. Information about services is a crucial issue. Dialogues with the elderly immigrants and their families are important for understanding and meeting their needs. Flexibility and

adaptation of services is a continuous process. Competence building and a multicultural group of care workers may help in this process. Organisations have important roles as well.

We need further research to get more solid knowledge in the field of care services and preventive health work for elderly immigrants in Norway.

Referanser

AAMEE (2010): Active Ageing of Migrant Elders across Europe from 01.12.2007 to 30.11.2009 (www.aamee.eu)

Alibhai-Brown, Y. (1998): *Caring for Ethnic Minority Elders*. London: Age Concern.

Annaniassen, E. & Kristiansen, I.-H. (2010): *Eldre innvandrere og organisasjoner*. NOVA-rapport 13/10

Aranda, M. P. & Knight, B. G. (1997): The influence of ethnicity and culture in caregiving stress and coping processes: A sociocultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37, 342–354.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2007): Et inkluderende språk. Brosjyre/veileder (http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/dok/veileder_brosjyrer/2007/)

Barstad, A. (2008): *Changing Welfare, Living Conditions and Social Integration*. University of Oslo. Dissertation at Dept. of Sociology and Human Geography. Faculty of Social Sciences.

Berdes, C. (2001): Race Relation and caregiving Relationships in *Research on Aging*, 23, nr 1, 109–125.

Beverfelt, E. (2002): *Eldresenter i Norge eller golf i Spania?* Gerontologiske skrifter nr.11, Norsk selskap for aldersforskning.

Birkeland, R. (1996): *Eldre innvandrere. En utfordring for samfunnet?* Norsk selskap for aldersforskning. Gerontologiske skrifter Nr 7, s. 15–20.

Blom, S. & Henriksen, H. (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Blom, S. (1998): «Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge». Statistisk sentralbyrå. Rapport 98/16.

Blom, S. (2008): *Innvandrerens helse 2005/2006*. Oslo-Kongsvinger: SSB rapport 2008/35.

Booij (2006): *Interculturalization of Care for the Elderly*. Future Age 2006, (mars/april. <http://www.janbooij.nl/>)

- Bowes, A. M. & 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.
- Brodtkorb, K. (2008): Stellet - mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & Hylene Ranhoff (red) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 148–156.
- 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>)
- Christensen, G. & Christensen, S.R. (2006): *Etniske minoriteter, Frivilligt sosialt arbejde og integrasjon. Afdækning af muligheder og perspektiver*. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 06:16.
- Craig, R.L. (2005): Systemic discrimination in employment and the promotion of ethnic equality. R. Craig. Oslo.
- Cultural competence (<http://cecp.air.org/cultural/default.htm>): Kulturkompetanse.
- Danielsen, K. (2007): Migranterfaringer – tilhørighet og lengsel. *Norsk tidsskrift for migrasjonsforskning*, 8, 1, 2007, s. 47–60.
- Daugstad, G. & Lie, B. (2004): Kvalitativ forstudie til levekårsundersøkelse blant ikke-vestlige innvandrere. Statistisk sentralbyrå. Notater 2004/88.
- Dzamarija, M. T. (2008): «Hva skal «innvandrerene» hete?» *Samfunnsspeilet* nr.4/2008.
- Døving, C.A. (2000): *Punjab-Oslo-Punjab (eller Klemetsrud?)*: En rapport om begravelsspraksis blant pakistanere i Oslo. Universitetet i Oslo.
- Daatland, S.O. & K. Herlofson (2003): Lost solidarity or changed solidarity. A comparative European view of normative family solidarity. *Aging 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. (1990): What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1–15.

Daatland, S.O., Guntvedt, O.H. & Slagsvold, B. (red.) (2000): *Eldresenteret nå og framover*. NOVA Rapport 17/00.

Eek, 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.

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.

Emami, A. (2000): «*We are deaf, though we hear; we are dumb, though we talk osv. Understanding Iranien Late –in-Life Immigrant's perception and Experience of Health. Illness and Cultural Appropriate Care*». Stockholm: Karolinska Insitutet.

Emami, A., Torres, S., Lipson, J.G., Ekman, S.L. (2002): *Health as continuity and balance in life*. Paper 2 i doktoravhandling.

Engebrigtsen A.I. & Fuglerud, Ø.(2009): *Kultur og generasjon. Tilpasningsprosesser blant somaliere og tamiler i Norge*. Universitetsforlaget.

ENIEC: European Network on Elderly Care (<http://www.eniec.eu/>)

Eriksen, T. H. (2007): Mangfold versus forskjellighet. I Fuglerud, Ø. & Eriksen, T.H. (red.): *Grenser for kultur. Perspektiver fra norsk minoritetsforskning*. Pax Forlag A/S, Oslo.

EUROCARERS (<http://www.eurocarers.org/>)

Forssell, E. (2004): *Skyddandets förnuft. En studie om anhöriga til hjälpbehövande äldre som invandrat sent i livet*. Stockholm. Stockholms Universitet. Institutionen för socialt arbete. Socialhögskolan, rapport 109–2004.

Forssell, E. (2010): Anhörigomsorg i migrantfamilier. I Torres, S.. & Magnusson, F.. (red.): «*Innvandrarskap, äldrevård och omsorg*». Gleerups Forlag, s. 93–105.

Forssell, E., & Ingemarson, M. (2008): *Integrationsarbete i civilsamhället. Unga och äldre i blickfånget*. (No. 2008-123-10): Stockholm: Socialstyrelsen.

Frivillighet Norge (2008): Velkommen inn! En erfaringsrapport om inkludering i frivillige organisasjoner. November 2008.

Fuglerud, Ø: (2007): Innledning. I Ø. Fuglerud & T. H. Eriksen (red): *Grenser for Kultur? Perspektiver fra norsk minoritetsforskning*. Oslo Pax Forlag A/S. s. 7–23.

- Gallagher-Thompson, D. (2006): The family as the unit of assessment and treatment in work with ethnically diverse older adults with dementia. In G. Yeo, G. & D. Gallagher-Thompson (Eds.): *Ethnicity and the Dementias*. London: Routledge.
- Gaunt, D. (2002): Äldre invandrare. I F. Magnússon (red) *Etniska relasjoner i vård och omsorg*. Lund. Studentlitteratur.
- Gautun, H. (2009): Hvordan gjøre det lettere å kombinere jobb og omsorg for gamle foreldre. *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 6, 2, s. 110-119.
- Grbic, A. (2002): *Kulturmöten i hemtjänst. En intervjuundersökning med förslag till handlingsplan*. Stockholms läns landsting. Äldreforskning Nordväst FoU-rapport 2. 2002.
- Gullestad, M. (1992): Equality and Marital Love. I: *The Art of Social Relations. Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway*. Scandinavian University Press. Oslo.
- Hagelund, A. & Loga, J. (2009): *Frivillighet, innvandring, integrasjon. En kunnskapsoversikt*. Oslo/Bergen: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. Rapport 2009:1.
- Hanssen, I. (2008): Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Hylen Ranhoff (red) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 38–50.
- 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.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007): *Demensplan 2015. Den gode dagen*. (www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet: Høringsnotat. Endringer i kommunetjenesteloven – et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien. 2009.
- Helsedirektoratet (2008): *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester. IS-1512*. (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/>)
- 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.

- Homme, A. & Høst, H. (2008): *Hvem pleier de gamle i Oslo? Om hjelpepleiernes og helsefagarbeidernes posisjon i pleie- og omsorgstjenestene i hovedstaden*. Rokkansenteret, Rapport 8 - 2008.
- Humanistisk Prosjektsemester (2007): Lokale møteplasser. Ulike modeller for ulike behov. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- 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*.
- Ingebretsen, R. (2007a): Flerkulturell omsorg – til hvem og hvordan? *Aldring og Livsløp*, 24, 3, 18-23.
- Ingebretsen, R. (2007b): Flerkulturelt omsorgs- og arbeidsmiljø. *Aldring og Livsløp*, 24, 4, 12-19.
- Ingebretsen, R. (2008): Familieomsorg og kulturelt mangfold – dilemmaer og utfordringer i omsorg for eldre. *Aldring og Livsløp*, 25(4), 28-33.
- Ingebretsen, R. (2009a): Familien tar seg vel av «dem» – eller? *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid*, 6, 2, s. 129-141.
- Ingebretsen, R. (2009b): Multikulturell omsorg – erfaringer og utfordringer i A. Valen-Sendstad, (red): Når innvandrere blir eldre. Norsk selskap for aldersforskning. *Gerontologiske skrifter nr 14*, s. 37-56.
- Ingebretsen, R. (2010a): Mangfold och individualitet i omsorgen om äldre invandrare i Norge. I Torres, S.. & Magnusson, F.. (red.): *Innvandrarskap, äldre vård och omsorg*. Gleerups Forlag, s. 129–149.
- Ingebretsen, R. (2010b): *Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. Brukeres, pårørendes og ansattes perspektiver*. NOVA-rapport 11/2010.
- Ingebretsen R. & Sommerfeldt, E. (1992): *Eldresentrene som arena for forebyggende arbeid*. Norsk gerontologisk institutt. GerArt nr 8/92.
- Ingebretsen, R. & Guntvedt, O.H. (1993): *Eldresentre på nye veier. Erfaringer fra utviklingsarbeid*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 7-1993.
- Ingebretsen, R. & Nergård, T.B. (2007): *Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet*. NOVA-rapport 13/07.
- Ingebretsen, R. & Solem, P.E. (2002): *Aldersdemens i parforhold*. NOVA Rapport 20/02.
- Ingebretsen, R. og T-I. Romøren, (2005): *Omsorgstjenester med mangfold*. NOVA-rapport 9/05.

- Ingebretsen, R., Lyngroth, S.R. & Tamber, D.S.H. (2006): *Å ha det godt i hverdagen - en basis for samarbeid mellom pårørende og ansatte i omsorgen for personer med demens*. GERIA rapport 2 - 2006.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI (2007) En guide for etablering og utvikling av lokale møteplasser mellom innvandrerbefolkningen og myndigheter. <http://www.imdi.no/Documents/BrosjyrerHefterHaandbok/Guide20i20IMDi-format.pdf>
- IPLOS (<http://www.shdir.no/iplos/>)
- 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. Utvalgsrapport.
- Johansson, L. (2007): Mångfald i vård och omsorg om äldre i Sverige. Muntlig meddelelse.
- Kantarellen sykehjem (2009): Kantarellen – fremtidens sykehjem 2010–2020. Oslo kommune. Strategidokument utarbeidet av lederteamet mai 2009.
- Kavli H.C. & Nadim, M. (2009): *Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier*. Fafo-rapport 2009:39.
- Kirkevold, M. Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Høyen Ranhoff (red) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo, Gyldendal Akademisk, s. 91–99.
- Kitwood, T. (2007): *On dementia. A Reader and Critical Commentary*. Edited by CC Baldwin & A Capstick. Mc Graw Hill. Open university Press.
- Kumar, B. N. et al. (2008): *The Oslo Immigrant Health Profile*. Folkehelseinstituttet rapport 2008:7.
- Larsen, M.-W. (2007): Delprosjekt i Grønerløkka eldrecenter. I Helse- og velferdsstaten, Oslo kommune. Rapport 2006. *Lokale møtesteder for eldre fra etniske minoriteter*, s. 9–13.
- 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.
- Lidén, H. (2001): Innvandrerorganisasjoner – integrering eller marginalisering? I: L. Skov Henriksen & B. Ibsen (red.): *Frivillighedens udfordringer - nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense Universitetsforlag.

- Ligenercrona, M-H. et al. (2002): Mångkulturelle äldreomsorg i Botkyrka kommun. Tre kartläggningar kring äldreomsorgen för personer med utländsk bakgrund i Botkyrkan kommun.
- Lill, L. (2001): I Magnusson, F. (red): *Etniska relasjoner i vård och omsorg*. Lund studentlitteatur.
- Lill L. (2007): *Att göra etnicitet – inom äldreomsorgen*. Avhandling. Malmö högskola.
- Lill, L. (2010): F rest lningar om invandrarskap blant  ldreomsorgspersonal. I Torres, S. & Magnusson, F.. (red.): *“Innvandrarskap,  ldrev rd och omsorg”*. Gleerups Forlag, s. 81–92.
- Linne, S. (2005): «Jag f rst r inte hva dom s ger».  ldre invandrare i Malm  ber tter om v rd och omsorg. Malm  stad, Rapport nr. 1.
- Magnussen, G. & Johannesson, I. S. (2005): *Flerkulturell eldreomsorg. Kartleggingsprosjekt av eldre innvandereres ønsker og behov for en god alderdom i Norge*. Kirkens Bymisjon og Norsk folkehjelp.
- Melve, J. (2003): «Innvandrersorganisasjoner i Norge». I: Mikkelsen, F. (red. 2003): *Indvandrersorganisationer i Norden*. København: Nordisk ministerr d. Nord 2003:11.
- 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.
- Moen, B. (1993): *Eldre innvandrere i Gamle Oslo*. Norsk gerontologisk institutt, rapport 4-1993.
- 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. (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.
- Moen, B. (2009): *Jeg gleder meg til torsdag*. NOVA-rapport 7/2009.

- 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.
- 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.
- NAKMIs Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (www.nakmi.no).
- Nergård, T.B. (2008): *Eldre innvandreres bruk av pleie- og omsorgstjenester*. NOVA-rapport 10/08.
- Nergård, T.B. (2009): *Mangfoldig omsorg. Tre innvandrergupper forteller om sine forventninger til alderdommen*. NOVA-rapport 16/09.
- (NorLAG) Den norske studien livsløp, aldring og generasjon (<http://norlag.nova.no/>)
- Oslo kommune, Sykehjemsetaten, Undervisningssykehjemmet (2009) *Lomme-
parlør til bruk i pleie- og omsorgstjenesten*, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Oslo kommune: Helse-og-velferdsetaten ([//www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/](http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/))
- Oslo kommune: Sykehjemsetaten MANGFOLD SOM RESSURS. OXLO-seminar torsdag 24. september 2009 ([//www.sye.oslo.kommune.no/](http://www.sye.oslo.kommune.no/))
- Pettersen, A.M. & Laake, K. (2000): *Hvem bruker eldresenteret? Hva er viktig for å ta senteret i bruk?* Oslo: Nasjonalforeningens forskergruppe for geriatri, Universitetsseksjonen, geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus.
- Pettersen, A.M. & Laake, K. (2002): *Postkort som forløper for forebyggende hjemmebesøk til eldre*. Oslo: Nasjonalforeningens forskergruppe for geriatri, Universitetsseksjonen, geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus.
- Plesner, I. T. & Døving (red) Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge. Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn. 2009.
- Prester, R. (2003): Recruiting Immigrants for Long-Term Care Nursing Positions. in *Journal of Aging & Social Policy*, 15, 4 1–19.
- Prieur, A. (2007): ulykkespunkter i kulturtrafikken. I Ø. Fuglerud & T. Hyland Eriksen (red): Grenser for Kultur? Perspektiver fra norsk minoritetsforskning. Oslo Pax Forlag A/S. s. 27–52.

- 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.
- Rudie, I. (2001): Om kohorter og kulturelle generasjoner: noen refleksjoner om livsløpsanalyse som heuristisk redskap. *Norsk Antropologisk Tidsskrift* nr. 1–2.
- 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.
- 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.
- Songür, W. (1999): De äldre invandrararnas hälsa. I Baksi, Kurdo (red): *Invandrare och Hälsa. En antolog*. Svartvitts förlag s. 75–82.
- 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.
- Statistisk sentralbyrå (2005): Framskrivinger av innvandrerbefolkningen. (<http://www.ssb.no/innvfram/tab-2005-12-15-01.html/>)
- Statistisk sentralbyrå (2009): Innvandrerbefolkningen 1. januar 2009 (www.ssb.no/innvbef/)
- Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/vi/omssb/1gangspubl/art-2008-10-14-01.html>)
- Statistisk sentralbyrå (2010a): Innvandrerbefolkningen 1. januar 2010 (<http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>)
- Statistisk sentralbyrå (2010b): (<http://www.ssb.no/emner/02/03/innvfram/>)
- Stortingsmelding nr. 50 (1996–1997): Handlingsplan for eldreomsorgen. Sosialdepartementet.

- Stortingsmelding nr. 28 (1999–2000): Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 45 (2002–2003): Betre kvalitet i dei kommunal pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- Stortingsmelding 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. 39 (2006–2007): Frivillighet for alle. Oslo: Kultur- og Kirkedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009): Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Sudha, S. & Mutran, E. (1999): Ethnicity and Eldercare in *Research on Aging*, 21, 4, 570–594.
- Thoner, G. (1997): *Tiltak for eldre innvandrere*. NOVA-rapport 2/97.
- Thorbjørnrud, E.M. & Widerøe, L.I. (2009): *Omsorgslønnordningen – en oppsummering*. Statens helsetilsyn Internserien 7/2009.
- 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. (2006a): «Elderly immigrants in Sweden: «Otherness» Under construction. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol 32, no 8, pp 1341–1358.
- Torres, S. (2006b): Culture, Migration, Inequality and «Periphery» in a global World: Challenges for Ethno- and Anthropogerontology. In J Baars, D. Dannefer, C. Phillipson & A. Walker (Eds) *Aging, globalization and inequality: The new critical gerontology*. Amityville, NY: Bayeood Publ. Comp.
- Torres, S. (2010): Inledning. I Torres, S. & Magnusson, F. (red.): «*Innvandrarskap, äldrevård och omsorg*». Gleerups Forlag, s. 9–16.
- Torres, S. & Magnusson, F. (red.) (2010): «*Innvandrarskap, äldrevård och omsorg*». Gleerups Forlag.
- 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.

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.

Østby, L. Myter og realiteter om innvandring. I A. Valen-Sendstad (red): Når innvandrere blir eldre. Norsk selskap for aldersforskning. *Gerontologiske skrifter* nr 14, s. 9–25.

Aalandslid, V. (2005): Ikke-vestlige innvandrere. *Seniorer i Norge* (red): Elisabeth Ugreninov, Statistisk sentralbyrå.