

Omsorgstjenester med mangfold?

Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn



*Reidun Ingebretsen
Tor Inge Romøren*

Omsorgstjenester med mangfold?

Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn

REIDUN INGEBRETSEN
TOR INGE ROMØREN

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 9/2005

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 Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD).

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 velferdssamfunnets 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) 2005
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-211-1
ISSN 0808-5013

Forside: © Fredrik Naumann / Samfoto
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi/GCS

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

Vi er glade for å få bidra til å sette eldre med minoritetsetnisk bakgrunn på sakskartet når det gjelder pleie- og omsorgstjenester.

Bakgrunnen for prosjektet «Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn» er en oppfølging av tiltak i forbindelse med St.meld. nr. 45 (2002–2003) «Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene».

Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å «settje i gang ei kartlegging av ressursar og behov i kommunane når det gjeld tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til minoriteter» og inngikk en kontrakt med NOVA og undertegnede. Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet.

I denne rapporten presenteres oversikter over voksne og eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn i norske kommuner/bydeler. Grunnlagsmaterialet er utarbeidet ved Statistisk sentralbyrå.

For å få bedre kjennskap til aktuelle kommuners erfaringer har vi kontaktet kommuner og bydeler med minst 200 personer over 60 år med minoritetsetnisk bakgrunn med spørsmål om hvilke erfaringer og utfordringer de møter i pleie- og omsorgstjenesten. I bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet inngikk et arbeidsseminar som et viktig verktøy. Innlegg og erfaringer fra gruppearbeid og tilbakemelding ved arbeidsseminaret er tatt med i vedlegg. Innleggene var ikke i utgangspunktet forberedt med tanke på publisering og de varierer noe med tanke på presentasjonsform og omfang. Vi har likevel valgt å ta dem med i den form de foreligger fordi de kan gi impulser og danne utgangspunkt for videre diskusjoner og henvisning til annen litteratur.

Vi vil gjerne få takke alle som har bidratt i arbeidet! Takk til kommunene for svar på henvendelser og formidling av erfaringer! En spesiell takk går også til referansegruppen for prosjektet som har bidratt i planlegging og gjennomføring av arbeidsseminaret og som har kommentert deler av manus. Referansegruppen besto av: Benedicte Ingstad, NAKMI, Menachi Johar, Grünerløkka sykehjem, Bjørg Moen, NOVA, Ansar Mohammad, Romsås sykehjem, Bente Thyli, Høgskolen i Gjøvik, Arnhild Valen-Sendstad, Lovisenberg Sykehus, Rosenborgsenteret. Fra Sosial og helsedirektoratet

deltok Marit Gausel Blom og fra prosjektet: Reidun Ingebretsen og Tor Inge Romøren, NOVA.

Björg Moen fortjener en spesiell takk for at hun har bidratt med sin kompetanse på feltet til kvalitetssikringen av rapporten. Kirsti Valset har vært behjelpelig med den kvantitative bearbeidingen av tallmaterialet. Biblioteket ved ISF/NOVA har vært til stor hjelp. Torhild Sager har stått for den endelige redigering og lay out. Tusen takk!

Tor Inge Romøren hadde innlegg om tallmaterialet på seminaret og har skrevet kapittel 2. Reidun Ingebretsen har vært prosjektleder, hatt kontakt med kommunene i forbindelse med kartlegging og arbeidsseminar og har skrevet kapittel 1, 3, 4 og 5.

Det er verdt å understreke at dette er et område som krever arbeid og samarbeid over tid. Et prosjekt som er tidsbegrenset til få måneders arbeid, har ikke mulighet til å lodde så dypt i erfaringene på feltet som ønskelig. Rapporten munner ut i forslag om videre oppfølging på feltet når det gjelder forskning, undervisning og andre kommunale og statlige tiltak.

Oslo, mars 2005

Reidun Ingebretsen

Tor Inge Romøren

Innhold

Sammendrag	9
1 Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn – spørsmål og utfordringer	
<i>Reidun Ingebretsen</i>	11
Bakgrunn.....	11
Livssituasjonen for eldre med innvandrerbakgrunn.....	11
Det vil bli flere innvandrere med behov for pleie og omsorgstjenester.....	12
Få undersøkelser om eldre innvanderers livssituasjon i Norge.....	13
Nordiske erfaringer	15
Eldre med bakgrunn som innvandrere og flyktninger og pleie- og omsorgstjenestene.....	18
Aktuelt prosjekt.....	19
Rapportens innhold og fremstillingsmåte.....	20
2 Eldre ikke-vestlige innvandrere i Norge – hvor og hvor mange	
<i>Tor Inge Romøren</i>	22
Kommuner med mer enn 200 ikke-vestlige innvandrere over 60 år etter kjønn og alder	23
Hvilke land kommer innvandrerne fra?	25
Hvilke opphavsland er hyppigst representert i den enkelte kommune?	26
Hvor stor andel av eldrebefolkningen utgjør ikke-vestlige innvandrerne i de respektive kommunene?	27
Oppsummering og drøfting	30
3 Kommunenes erfaringer med pleie og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn	
<i>Reidun Ingebretsen</i>	32
Metode	32
Informasjon/formidling.....	33
1. Hvordan blir tjenestetilbud gjort kjent for eldre flyktninger/ innvandrere?	33
2. Er det informasjonsmaterieill på ulike språk?	34
3. I hvilken grad får en på kommune/bydelsnivå vite om eldre med innvandrerbakgrunn som har hjelpebehov?.....	34
4. Hva er de viktigste kildene til informasjon om innvanderers hjelpebehov?	35
5. Hvem er sentrale kontaktpersoner i informasjonsformidlingen til ulike grupper av flyktninger/innvandrere?	35
6. Nyttiggjøres erfaringer fra andre deler av det kommunale apparat i informasjonsformidling om tjenester for eldre flyktninger/innvandrere?	36
Tiltak overfor eldre flyktninger og innvandrere	37
7. Hvilke opphavsland har de eldre flyktninger / innvandrere dere har mest kontakt med?	37
8. Hvilke tjenester har til nå vært mest benyttet av eldre flyktninger og innvandrere i kommunen?.....	37
9. Inntrykk når det gjelder helseproblemer, hjelpebehov og familie/nettverk.....	38
10. Omtrent hvor mange eldre flyktninger og innvandrere i kommunen får i dag tilbud fra hjemmetjenestene?	39
10b. Hvordan er erfaringer fra hjemmetjenestene?.....	40
11. Omtrent hvor mange eldre flyktninger og innvandrere i kommunen får i dag a) tilbud om dagsenter, b) korttids plass eller c) varig opphold i institusjon?.....	42
11b. Hvordan er erfaringer fra tilbudene med dagsenter, korttids plass og varig opphold i institusjon?	42

12. Brukes individuell plan i forhold til eldre flyktninger/ innvandrere?	43
13. Er det tilrettelagt for eldre flyktninger/innvandrere når det gjelder utforming av tiltak?...	43
14. Er det tilrettelagt for eldre flyktninger/innvandrere når det gjelder bemanningssituasjonen?	43
15. I hvilken grad benyttes tospråklig personell og personell med ulik kulturbakgrunn? ..	44
16. I hvilken grad behersker de aktuelle brukerne norsk?	45
17. Brukes det tolk?.....	45
18. Hvem fungerer mest som tolk?.....	46
19. Har pleie- og omsorgstjenesten tilgang på offentlig godkjent tolketjeneste?.....	46
20. Hvis familiemedlem/andre tolker: Hvordan virker dette?	46
21. Er tolk til stede eller brukes tolk anonymt? Hvordan virker dette?	47
22. Brukes andre hjelpemidler/tiltak i kommunikasjonen?	48
23. Hvilke andre erfaringer er høstet når det gjelder forsøk på <i>tilrettelegging</i> av tiltak for eldre flyktninger /innvandrere?	48
Kommentar	48
24. Pågår det diskusjoner om tilrettelegging av tiltak for eldre flyktninger / innvandrere?....	49
25. Har pleie- og omsorgstjenesten kontakt med flykningstjenesten (evt. også organisasjon for og/eller med fokus på innvandrere)?	50
Utfordringer	50
26. Hvilke erfaringer er høstet når det gjelder hvordan personell opplever det å arbeide med eldre med ulik kulturbakgrunn?	50
27. Gi eksempler på holdninger, betydningen av kulturell sensitivitet, samspill og samspillvansker.....	52
28. Hva er uløste problemer på dette området?	53
29. Hvilke spørsmål / utfordringer er en hos dere spesielt opptatt av når det gjelder eldre innvandrere?	53
Kompetanse	54
30. Hvordan vurderes kommunens egne ressurser og kompetanse på området?.....	54
31. Får den kommunale pleie- og omsorgstjenesten nødvendig veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten på dette området?	55
32. Hvordan er dette innen psykisk helsevern?	55
33. Hva savner ansatte i pleie- og omsorgstjenestene av kunnskaper når det gjelder eldre flyktninger/innvandrere?.....	56
34. Gode eksempler på erfaring med bidrag til kompetanseheving i arbeidet med eldre flyktninger/innvandrere.....	57
35. Ønskeliste med tanke på kompetanseheving når det gjelder eldre flyktninger/innvandrere.....	57
36. Gode eksempler: «Dette fungerer hos oss»	57
Oppsummering og diskusjon	58
4 Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn – oppsummering og diskusjon	
<i>Reidun Ingebretsen</i>	60
Bakgrunn	60
Målsetting	60
Utvalg	61
Metodiske tilnærminger og formidlingsmåter	61
Arbeidsseminar	61
Erfaringsformidling	63
Sentrale funn	63
Informasjon, språk og kommunikasjon	64
Tolk/tolking.....	66
Forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester.....	66
Tilrettelegging av tjenester.....	68
Opplæring og veiledning av personell	72

5 Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn – forslag til tiltak	
<i>Reidun Ingebretsen</i>	74
Statlig oppfølging, forskning og undervisning	74
Ressursgruppe	74
Nordisk samarbeid.....	74
Forskning	75
Handlingsplan	75
Satsing på kurs og kompetanseheving sentralt	75
Nasjonal nettbasert infobank	76
Oppfølging av registerdata	76
Utdanningsbehov	76
Tolketjeneste.....	76
Samarbeid med organisasjoner	77
Forslag beregnet på kommunene	77
Oversikt over befolkning og brukere med minoritetsetnisk bakgrunn	77
Informasjon til brukere og pårørende	77
Møtesteder.....	77
Kompetansesituasjonen	77
Kurs og kunnskapsformidling	78
Veiledning	78
Samarbeid.....	78
Tolketjeneste.....	78
Vedlegg 1: Program og seminarinnlegg	79
Åpning og innledning: v/ Øystein Olsen	81
Presentasjon av doktorgradsarbeid i sykepleie: v/Bente Thyli	85
Omsorg og ansvar for minoritetsetniske eldre: v/Bjørn Moen	87
Erfaringer fra sykehjemmet og eldresenteret: v/Meenakshi, Johar	95
Innvandrere og demens: v/ Arnhild Valen-Sendstad	101
Vedlegg 2: Erfaringer fra Arbeidsseminar om pleie og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn: v/Reidun Ingebretsen	105
Erfaringer fra gruppediskusjoner.....	105
Tilbakemelding etter arbeidsseminaret	109
1. Temaer som bør utdypes på seminarer av denne typen.....	109
2. Viktige områder å ta fatt på når det gjelder formidling av informasjon til målgruppene.....	111
3. Tiltak overfor målgruppene.....	113
Summary	117
Litteratur	119

Sammendrag

Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn vil i økende grad forventes å bli henvist til pleie- og omsorgstjenestene her i landet. Viktige spørsmål er hvilke konsekvenser økningen i en flerkulturell eldrebefolkning får for det kommunale hjelpeapparatet, og hvordan en er i stand til møte disse utfordringene. I St.meld. nr 45 (2002–2003) fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sette i gang en kartlegging av ressurser og behov i kommunene når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til etniske minoriteter. På denne bakgrunn ble det inngått en avtale mellom Sosial- og helsedirektoratet og NOVA om et samarbeid om prosjektet: «Kartlegging av pleie og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn». Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet.

I denne rapporten beskrives erfaringer, utfordringer og ressurser i kommuner/bydeler med mer enn 200 eldre innvandrere med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn. Dette er tilfelle i de 8 største byene i Norge og ti bydeler i Oslo, i alt 17 kommuner/bydeler. Oslo skiller seg ut med mange ikke-vestlige eldre innvandrere. Det er til dels ulike befolkningsgrupper som dominerer i ulike kommuner. Kjønn- og alderssammensetningen i den eldre innvandrerbefolkningen er annerledes enn i den øvrige norske befolkningen ved at det er relativt færre kvinner og «eldre eldre».

De 17 kommunene/bydelene ble kontaktet med tanke på kartlegging og deltakelse ved et arbeidsseminar. Sentrale temaer både i kartleggingen og ved seminaret kan oppsummeres i tre punkter:

1. Informasjon, språk og kommunikasjon

I den enkelte kommune/bydel vises det stort sett til vanlige kanaler for informasjon og henvisning av eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er store variasjoner m.h.t. norskkunnskapene blant de aktuelle brukerne. Generelt vises det til store språkproblemer. Personell med minoritetsetnisk bakgrunn kan bidra til å lette kommunikasjon og kulturforståelse. Et hovedinntrykk er at en i pleie- og omsorgstjenestene i stor grad bruker familien til hjelp med tolking der det er mulig, at en benytter tolketjenesten i spesielle tilfelle, og ellers stort sett er avhengig av hvordan personalet kan forstå og gjøre seg forstått. Sentrale punkter i det videre arbeid gjelder spørsmål om (sentral) informasjonsformidling på ulike språk og lokal og muntlig formidling til eldre og gjennom familie, organisasjoner og øvrig nettverk.

2. Spørsmål om forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester

På den ene side kan mange eldre med minoritetsetnisk bakgrunn være usynlige for hjelpeapparatet og formidle lave forventninger til det. På den annen side rapporteres det i noen tilfelle om at det er «for høye» forventninger i forhold til de rammer tjenestene har. Problemer med avklaringer av brukernes forventninger til tjenestene har å gjøre med mangelfull informasjon og språkproblemer. Hjelpeapparatet kommer ofte sent inn i bildet. Forventninger til familieomsorg og andre kulturelle og religiøse forutsetninger spiller også en viktig rolle.

Erfaringer fra forebyggende arbeid viser at tilrettelegging med tid til relasjonsbygging, kulturforståelse og oppfølging er viktig for å opprettholde motivasjon. Også sykdomsforståelse må kunne sees i et kulturelt perspektiv.

Temaer som kommunikasjon, avklaring av brukernes og hjelpernes forventninger og erfaringer med fruktbare tiltak bør bli gjenstand for videre utdyping gjennom forskning og følges opp med undervisning, diskusjoner og veiledning i praksisfeltet. Tilrettelegging av tjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn må sees i forhold til aktuell debatt om inkludering av nye befolkningsgrupper (St.meld. 49 (2003–2004)).

3. Opplæring, samarbeidsforhold og veiledning til personell

Erfaringene som er formidlet i forbindelse med kartlegging og arbeidsseminar, kan tyde på at kommunene/bydelene er på noe «ulike steder» i forhold til hvor aktivt de forholder seg til spørsmål knyttet til pleie- og omsorgstjenestens møte med eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. Anbefalinger til kommunene går ut på at de foretar en vurdering av kompetansesituasjonen og hvordan ressurspersoners kompetanse kan nyttiggjøres innen pleie- og omsorgssektoren og i samarbeid mellom ulike etater. Tilbud om undervisning og veiledning samt tolketjeneste bør vies spesiell oppmerksomhet.

Rapporten har en rekke forslag til tiltak på statlig og kommunalt nivå. Det foreslås satsing på informasjonsarbeid bl.a. med egne nettsider med informasjon på ulike språk, løpende registrering av antall eldre med etnisk minoritetsbakgrunn i kommunene og fortsatt forskning og erfaringsutveksling om de erfaringer som gjøres i pleie- og omsorgstjenestene.

1 Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn – spørsmål og utfordringer

Reidun Ingebretsen, NOVA

Eldre med bakgrunn som innvandrere og flyktninger vil i økende grad forventes å bli henvist til ulike deler av helse- og omsorgstjenestene her i landet. For videre planlegging og for å kunne forholde seg til de utfordringer personell i omsorgstjenestene opplever, blir det viktig å kunne kartlegge hvilke konsekvenser økningen i en flerkulturell eldrebefolkning får for det kommunale hjelpeapparatet og hvordan en er i stand til møte disse utfordringene. Det er i liten grad samlet og systematisert erfaringer fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten på dette området.

I St.meld. nr. 45 (2002–2003) «Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene» fikk Sosial- og helsedirektoratet i oppdrag å sette i gang en kartlegging av ressurser og behov i kommunene når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til etniske minoriteter. Det prosjektet det rapporteres fra her, hadde som mål å innhente kunnskap om situasjonen på feltet og å samle erfaringer som kan være til nytte for utviklingen av tjenestetilbudet.

Bakgrunn

Livssituasjonen for eldre med innvandrerbakgrunn

Eldre innvandrere og deres livsvilkår har fått økt oppmerksomhet i offentlige sammenhenger i senere år (St.meld. 50 (1996–97), St.meld. 17 (1996–97), St.meld. 28 (2000) og St.meld. 49 (2003–2004)). I Handlingsplan for funksjonshemmede (1998–2001) blir det foreslått at tiltak overfor innvandrere med funksjonshemming blir et satsingsområde. Planen retter søkelys mot utformingen av en samordnet politikk på flyktning- og innvandrerfeltet, slik at ulike tiltak og virkemidler blir sett i sammenheng. Sektoransvarsprinsippet innebærer at den enkelte fagmyndighet har ansvaret for tjenestetilbudet til alle grupper i befolkningen, inkludert personer med innvandrerbakgrunn. Det er foretatt studier av yngre funksjonshemmede med

innvandrerbakgrunn (Kilian 1999, Sørheim 2000), men fortsatt er omsorg for eldre innvandrere et tema som det sjelden rettes søkelys mot (Moen 2003). I den nye stortingsmeldingen «Mangfold gjennom inkludering og deltakelse» (St.meld. nr. 49 (2003–2004) påpekes betydningen av å kunne imøtekomme nye brukergrupper av eldre. Særlig nevnes utfordringene ved demens, behov for smertelindring og livets siste fase. Det blir ofte vist til kombinasjoner av psykiske og fysiske plager blant eldre (Desjarlais et al. 1996). Dette har viktige konsekvenser for hjelpeapparatet og kontakten mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Det vil bli flere innvandrere med behov for pleie og omsorgstjenester

Det totale antall innvandrere her i landet er i 2003 beregnet til 330 000 personer eller 7,3 prosent av befolkningen. Av disse kommer 70 prosent (234 000) fra ikke-vestlige land (den såkalt tredje verden og land i Øst-Europa). Ca. 30.000 personer er over 60 år. Av disse kommer ca. 16 000 fra ikke-vestlige land. (St.meld. 49 (2003–2004). De største gruppene eldre kommer fra Bosnia-Hercegovina (1 600), Pakistan (900) og Vietnam (800) (ibid).

Østby (2004) viser til at aldersfordelingen i innvandrerbefolkningen sett under ett ikke skiller seg vesentlig fra totalbefolkningen med unntak av unge voksne og eldre. Innvandrerbefolkningen har flere unge voksne og færre eldre. I befolkningen er 19 prosent over 60 år, blant personer med minoritetsetnisk bakgrunn gjelder det 9 prosent, og blant ikke-vestlige er kun 4,5 % over 60 år. Eldre med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn utgjør derfor fortsatt en liten andel, men oversikt over antall personer med innvandrerbakgrunn som er over 50 år tyder på at antallet 60+ vil øke i de nærmeste år (Østby, 2002). I St.meld. nr. 49 (2003–2004) viser det til en framskrivning der antallet pakistanere over 60 år vil bli tredoblet i løpet av en tiårsperiode (Østby 2004). Slike endringer i befolkningen er det viktig å kunne forholde seg til også innen pleie- og omsorgstjenestene.

Det er vanlig å bruke betegnelsene personer med bakgrunn som innvandrere eller bare 'innvandrere' som en samlebetegnelse for mennesker fra ulike opphavsland med utenlandsfødte foreldre (eller deres etterkommere født i Norge med to foreldre som selv var innvandrere). Det er ulike årsaker til at de er kommet til Norge. I det prosjektet vi redegjør for her, rettes fokus mot mennesker over 60 år som kommer fra ikke-vestlige opphavsland, som er land i Asia, Afrika, Sør- og Mellom-Amerika, samt Tyrkia, Bosnia Hercegovina og Polen. De som kommer fra naboland og andre vestlige 'nær-

kulturelle' land holdes utenfor i denne sammenheng. Totalt anslås omtrent halvparten av innvandrerne fra ikke-vestlige land å være flyktninger eller gjenforent med eller barn av flyktninger (Østby 2004).

Få undersøkelser om eldre innvandreres livssituasjon i Norge

Undersøkelser som har vært foretatt, har mest dreid seg om behovet for helse- og sosialtjenester til eldre innvandrere i Oslo (Birkeland 1990, Moen 1993, Thoner 1997, Baluyot 1999). Pårørendes omsorgsansvar er et sentralt tema (Kannick 1997). Også andre publikasjoner har tatt opp spørsmål som aldring og etnisitet (Dawns & Thoner 1996) og muligheter til en god alderdom i Norge for innvandrere (Antirasisistisk senter/Norsk folkehjelp 1999, Davidsen 2001) og flyktninger (Sokolovic 1998). En undersøkelse i begynnelsen av 90-tallet viste at eldre med innvandrerbakgrunn benyttet få av de tilbud og tjenester som er tilrettelagt for eldre. En årsak var manglende informasjon gitt på deres språk. Mange forstår ikke norsk, og de har liten kontakt med norske miljøer. Offentlige omsorgstjenester kan derfor oppleves som fremmede. Videre regnet de med at barna vil ta omsorgsansvaret for dem (Moen 1993). En oppfølging av ovennevnte undersøkelse (Moen 2002) viser at familiens vilje og mulighet for å ta omsorg er særlig avgjørende for pakistanske eldres livskvalitet. I familien opplever eldre kontinuitet i forhold til språklig, religiøs og kulturell bakgrunn, men de kan risikere at de ikke får den oppfølging som er nødvendig for deres lidelser. Dette kan skape dilemmaer for familier med omsorgsansvar (Moen 2003).

Når det gjelder flyktninger, var det ved Psykososialt senter for flyktninger (PPSSF) liten erfaring med mennesker over 60 år. På bakgrunn av den erfaring som ble høstet ved senteret, var det likevel et inntrykk at problemene gjerne blir ekstra tunge å bære når man som eldre har mistet hele det liv en har levd i hjemlandet, samtidig med at det er vansker med å lære seg et nytt språk og omstille seg til et nytt miljø med endringer i vaner, normer og relasjoner. Vansker med å holde seg oppdatert om utviklingen i hjemlandet blir også vektlagt (Ahlberg 2003). Dette kan bidra til at eldre flyktninger og innvandrere kan bli ekstra marginaliserte og overlatt til seg selv med ensomhetsfølelse og bekymringer for fremtiden. I en situasjon der de unge i familien får redusert tid til å hjelpe, kan også de som har egne barn og barnebarn savne forståelse. Samtidig regnes barn og eldre som kommer helt uten familie/sosial støtte å være ekstra sårbare i en slik situasjon (Ahlberg 2003). I eksil er det en stor utfordring å gjenopprette tilknytning og bygge opp en ny sosial plattform (Hauff 1999), skape eller gjenskape trygghet (Varvin 1999) og mening (Ahlberg 1991, 2000). En forutsetning for

kommunikasjon er ofte bruk av tolk. Her er det høstet verdifull erfaring (Jareg & Petersen 2000, van Delft 2001).

Når det gjelder behandling og omsorgsarbeid overfor eldre, vektlegges krysskulturelle perspektiver og betydningen av å kunne forstå og tolke deres uttrykksmåter for plager og problemer (Desjarlais et al. 1996, Kleinman & Good 1996). Det har blitt påpekt hvordan kulturbakgrunn er viktig når det gjelder opplevelse av og reaksjoner på smerte (Amris & Prip 2000), vurderingen av medikamentell behandling (Jakobsen og Solberg 2002) og bygging av terapeutiske relasjoner (Østby 2001).

Det er også økende interesse for hvordan sosiokulturelle faktorer er av betydning for opplevelsen av og reaksjon på demens (Ekman 1993, Holstein 1998, Downs 2000). I Norge er det så langt i liten grad publisert erfaringer med omsorgstjenester i forhold til eldre demensrammede med minoritets-etnisk bakgrunn. Se imidlertid Valen Sendstads innlegg på arbeidsseminaret (vedlegg 1 i rapporten). I Sverige har Ekman (1993) vært opptatt av kommunikasjon mellom finske eldre pasienter med demens og helsepersonell som behersket svensk og finsk eller bare svensk. Hennes konklusjon er at kommunikasjon på pasienters eget språk er viktig i bestrebelsene på å opprettholde best mulig funksjonsnivå og integritet.

I demensomsorg og ved demens med tilleggssymptomer er det viktig å ivareta et samspill mellom det offentlige hjelpeapparat og familien. Det er viktig å ha et par- og familieperspektiv på demens (Ingebretsen og Solem 2002, Ingebretsen 2003). For eldre fra andre kulturer ligger det ekstra store utfordringer med tanke på å skape muligheter for opplevelse av helhet, integritet og mening. En ny svensk undersøkelse viser at det er stor variasjon i erfaringer blant pårørende til hjelpetrequende innvandrere (Forssell 2004). En må regne med at etniske forskjeller vil gjenspeile seg også i pårørendes måte å søke hjelp og støtte på (Valle et al. 2004).

Erfaringer fra mindre studier fra ulike etniske grupper gir et ufullstendig grunnlag for å trekke slutninger om hvordan alderdommen fortoner seg for eldre kvinner og menn med ulik etnisk opprinnelse og med ulik historie og bakgrunn i Norge. Situasjonen blir forskjellig for arbeidsmigranter som har vært lenge i landet, de som har status som flyktninger og asylsøkere, og de som har kommet til landet gjennom familiegjengenforening i godt voksen alder (Torres 2001). En har å gjøre med en mangfoldig og sammensatt gruppe (Daatland & Biggs 2004). Erfaringsgrunnlaget for å trekke praktiske konsekvenser for hjelpeapparatet er mangelfullt. Warnes et al. (2004) påpeker i sin artikkel om immigranter i Europa at eldre immigranter på den ene siden kan være blant de mest depriverte og vanskeligstilte

og på den annen side tilhøre en gruppe avantgardister som nyttiggjør seg internasjonale muligheter til å ta nyskapende og positive grep i eget liv.

Nordiske erfaringer

Det er en generell erfaring at eldre fra etniske minoritetsgrupper benytter seg av tilbud i eldreomsorgen i mindre grad enn majoritetsbefolkningen. Forskning om deres ønsker og behov blir derfor viktig (Heikkilä og Ekman 2003). I tillegg til de som allerede er nevnt vises nedenfor til noen eksempler på erfaringer som er høstet i Sverige og Danmark, og som kan være relevant også for norske forhold.

I en svensk utredning (SOU 1997:76) som er basert på en kartlegging av eldre innvandreres opplevelser av møte med helse- og sosialtjenesten i Sverige, konkluderes det blant annet med at å utarbeide formelle planer i kommunene er av vesentlig betydning for å imøtekomme den aldrende innvandrerbefolkningen. Det understrekes at planlegging på lokalt plan forutsetter at en kommer i kontakt med eldre gjennom oppsøkende virksomhet for å få opplysninger fra de eldre selv. I utredningen blir det også foreslått å styrke personalgruppen med tospråklig personell som eventuelt kan ambulere mellom kommuner.

En dansk rapport viser til positive erfaringer med forebyggende hjemmebesøk hos eldre flyktninger og innvandrere mellom 60 og 75 år. En anbefaling gjelder åpen rådgivning med tospråklig personell slik at eldre selv kan oppsøke informasjon og få hjelp til å mestre hverdagen (Århus 2003). En viktig erfaring å trekke ut fra dette er at kombinasjon av kartlegging av behov, informasjon om muligheter som foreligger og veiledning er nyttig.

Når det gjelder helsetilbud og omsorgstjenester blir det ofte fastslått at alle skal ha rett til de samme tjenester. I de senere årene har likeverd og like muligheter blitt vektlagt (se St.meld. nr. 17 (1996–97), St.meld. nr. 49 (2003–2004)). I stedet for likhet kan vektlegging av likeverd og like muligheter bety retten til å være ulik. Denne debatten vises det også til i svensk litteratur, som bakgrunn for utvikling av spesielt tilpassede tjenester. Spesielt tilpassede tilbud er utviklet i forhold til flere grupper av eldre innvandrere, blant andre italienere og syrere (Ponzio 1996), finner, grekere og jøder (Ronström 1996), og iranere (Emami et al 2000). Det har blitt utviklet spesialløsninger, også egne institusjoner, for å imøtekomme innvandreres behov. En studie blant eldre finner i Sverige konkluderer med at det er viktig å beholde så mye av kontinuitet og det kjente som mulig for å opprettholde trygghet og kontakt i de eldres liv (Heikkilä og Ekman 2003).

Dette gjelder både i forhold til kjente fysiske omgivelser, sosiokulturelle omgivelser og opprinnelig kulturbakgrunn. I en institusjonssammenheng blir muligheten til å kunne snakke med både personell og andre beboere på sitt eget morsmål betraktet som en viktig forutsetning for å føle seg hjemme.

Når en skal gi kulturelt tilpassede omsorgstjenester, må en forholde seg til ulike grader av språkproblemer og tilpasninger til den nye kulturen. En må være oppmerksom på hvordan kulturbakgrunn har betydning for den enkeltes behov og måter de kommer til uttrykk på. (Ekblad 1996, Wallace et al 1996, Moon 1998, Heikkila og Ekman 2003). Studien med et aktivitetsprogram på et dagsenter for eldre irakere i Sverige viste positiv effekt på deltakernes velvære og helse. Det blir konkludert med at en forutsetning for at helsefremmende tiltak skal lykkes, er at de baseres på gruppens virkelighetsoppfatning, verdisyn og mønstre for sosial interaksjon (Emami et al. 2000).

Det finnes etter hvert en god del litteratur i Norden som viser til tverrkulturelle møter i eldreomsorgen. Mangel på informasjon om tjenestene og problemer med kommunikasjon på grunn av språk og ulikheter i kultur og verdisyn går ofte igjen i rapporter fra prosjekter (Bartholdy 2002). Betydningen av å opprettholde størst mulig grad av kontinuitet i relasjonene mellom personell og den omsorgstrengende blir understreket (Yeo 2003, Eshraghi 2003). Både nordisk og internasjonal litteratur viser til at flerkulturelt personale kan bidra til å øke personalets kulturkompetanse og forståelse for innvandreres perspektiv (De Santis 1997).

Leger har en sentral rolle når det gjelder kartlegging av problemer, informasjon og viderehenvisning i forhold til eldre innvandrere. I en artikkel om såkalt transkulturell allmennpraksis i Skandinavia etterlyser Löfvander og Dyhr (2002) mer litteratur på dette området. Forfatterne påpeker at mange kliniske problemer er vanskelig å måle og forklare og at det kan herske en viss unngåelse når det gjelder å være åpen om problemer med å behandle pasienter med innvandrerbakgrunn. De understreker at det i pasient/lege-forholdet på samme måte som relasjoner i helsevesenet for øvrig, kan oppstå følelsesmessige reaksjoner og dilemmaer når pasienter opptrer på måter en ikke forventer. Alle yrkesgrupper kan få problemer med å forstå hvorfor folk tenker, føler og handler som de gjør. Det blir derfor viktig å rette søkelyset både mot strukturelle og kommunikasjonsmessige barrierer hos alle involverte.

Eldreomsorg er et område for samarbeid. Dette blir ikke minst viktig når det gjelder eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Det gjelder både tverrfaglig, tverretatlig samarbeid og samarbeid mellom offentlige tjenester og organisasjoners arbeid. Fra kommunenes landsforening i Danmark er det

utviklet et informasjonsmateriale om eldre etniske minoriteter som et samarbeidsområde i kommuner og i samarbeid med organisasjoner. Barrierer og løsningsmuligheter blir diskutert (Kommunenes Landsforening 2002).

Med tanke på fremtidig utvikling av behov for tjenester er det interessant å merke seg erfaringer fra Danmark og Århus Kommunes «Videncenter for tilbud til ældre flyktninge og innvandrere». Der er det foretatt undersøkelser om pleie og omsorg blant kommunenes eldre flyktninger og innvandrere (Århus kommune 2002, 2003, Mortensen 2003, Bygholm 2004). I undersøkelsen ble det foretatt en sammenligning mellom 1999 og 2002. Den viste at kjennskapet til og etterspørsel etter tjenester ved de lokale sentrene for eldre hadde økt markant blant eldre flyktninger og innvandrere på disse tre årene. Videre er det interessant å merke seg at de som fikk hjemmehjelp i tillegg til hjelp fra familien, ga uttrykk for større tilfredshet enn de som kun mottok hjelp fra familien. Et viktig moment kan være at de ved å fordele den hjelp de får mellom flere hjelpeskilder, kan oppleve større uavhengighet. Det understrekes at eldre flyktninger og innvandrere og deres familier opplever en brytningstid i forhold til hvordan omsorgen for eldre skal arte seg i fremtiden. Også disse danske erfaringene viser at det i dag i stor grad er den nærmeste familien som går til hånd, men at det må satses ytterligere på at eldre selv får informasjon og nyttiggjør seg de muligheter som foreligger og være forberedt på at etterspørselen etter offentlige tjenester vil øke (Bygholm 2004). Det understrekes at mangfold er et sentralt kjennetegn ved eldreomsorgen og at den kompetanse som tilsvarer dette mangfold er interkulturell kompetanse hos personalet ved at de kan forholde seg reflektert både til sin egen og de eldres bakgrunn (Århus kommune 2002).

Betydning av *opplæring av personell* for å ivareta variasjon i eldre innvandreres behov blir understreket i de fleste publikasjoner som omhandler emnet. Det er f.eks. i Studentlitteratur fra Lund publisert flere bøker om temaet. Som eksempler vises til artikkelsamlingen «Etniske relasjoner i vård og omsorg» der kulturmøter og begreper som etnisitet og kultur diskuteres fra ulike synsvinkler (Magnússon 2002). Se også da Silva og Ljungquist (2003) «Vårdetik för et mångkulturellt Sverige». Ingrid Hansens norske bok om «Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn» (opprinnelig 1996) er forøvrig oversatt og inngår også i denne Studentlitteraturen (Hanssen 1998) så impulsene har kunnet gå begge veier.

Når det gjelder nordisk litteratur for øvrig vises til at Lindblad og Mølgaard (1995) allerede for ti år siden stilte spørsmålet: «Hvad med oss? – Etniske minoriteter i fremtidens ældreomsorg». En rapport fra et nordisk integrasjonsseminar (Integrasjonsverket 1999) har innlegg fra Sverige,

Danmark, Norge og Finland. Det vises for øvrig til det svenske forskningsprogrammet «Åldrandets kultur» ved David Gaunt og Ove Ronström (Hylten-Cavallius 1999, Ronström 2002) og til erfaringer fra København og Vejle i Danmark (Sørensen 2003, Vejle kommune 2003, Sundhetsforvaltningen København 2004).

Selv om det er gjort en del arbeid på dette feltet er det mye som gjenstår og mange spørsmål med tanke på fremtidens utvikling. En utredning fra 2003 (SOU 2003:91) utdyper eldre innvandreres situasjon i Sverige og påpeker behovet for mer oppmerksomhet rettet mot følgende fem områder: Språk, helse, diskriminering, behov for kulturelt fellesskap og mangel på kunnskap hva angår både eldre innvandrere og pleie og omsorg for eldre innvandrere. «Arbeid med pleie og omsorg til eldre innvandrere bør ikke begrenses til spørsmålet om rett til pleie og omsorg på sitt eget språk. Situasjonen for eldre innvandrere er betydelig mer kompleks og arbeidet må ta utgangspunkt i de eldres totale livssituasjon.» (SOU 2003:91, s 333).

Eldre med bakgrunn som innvandrere og flyktninger og pleie- og omsorgstjenestene

Både erfaringer fra nordiske land og slutninger som kan trekkes på bakgrunn av befolkningsutviklingen viser at det vil bli flere eldre med minoritetsetnisk bakgrunn her i landet. De vil i økende grad forventes å bli henvist til ulike deler av pleie- og omsorgstjenestene.

Den kulturelle konteksten som familien og det sosiale nettverket representerer, kan bidra til å forsterke eller redusere konsekvensene av de sykdommer og plager eldre kan ha. Det kan være ulike holdninger til og ønsker om offentlig bistand. Dessuten vil hjelpeapparatets kunnskaper om og holdninger til mennesker fra andre kulturer kunne påvirke både eldre og deres familier i hjelpsøking og samspill med omsorgstjenestene. Sosiokulturell bakgrunn må derfor tas nøye i betraktning når det gjelder forståelse for både fysiske og psykiske helseproblemer. I tillegg vil språk og kommunikasjon være avgjørende. Et sentralt poeng kan være i hvilken grad ulike former for kulturbakgrunn og språk er representert blant personalet.

Det har blitt reist spørsmål om hvordan det systemet som møter flyktninger som kommer til Norge tilrettelegger for å forebygge eller overvinne problemer (Borchgrevink 2001). Ikke minst kan flyktninger som har vært utsatt for påkjenninger i form av stress og krenkelser føle seg utrygge. Dette vil også kunne gjøre seg gjeldende i forhold til hjelpeapparatet. En del flyktninger mener de har opplevd problemer i kontakt med norske hjelpeinstanser og annen offentlig myndighet (Lavik, Solberg og Varvin 1997). Slike spørs-

mål vil også gjelde andre med innvandrerbakgrunn. Den kunnskap og forståelse en benytter i mellommenneskelige relasjoner blir utfordret i møte med mennesker som representerer en annen kultur. Ikke minst i kollektivistiske kulturer er det viktig å forstå de sosiale relasjoners betydning for selvoppfatning og ivareta et familieperspektiv. Det vil være et stort behov for økt forståelse av minoritetspasienter i institusjon (Øverland 2002).

Det er høstet erfaringer fra et veiledningsprogram for kommunalt ansatte (Holt 2002). Så lenge det norske hjelpeapparatet har få erfaringer med innvandrere, er det rimelig at personalet opplever usikkerhet. Samtidig vil behovet for tilbud til en flerkulturell eldrebefolkning øke. Det blir viktig å kunne kartlegge situasjonen for videre planlegging og for å kunne forholde seg til de utfordringer personell i omsorgstjenestene opplever.

Betydningen av at hjelpeapparatet er kulturelt sensitivt blir ofte understreket. Det innebærer at hjelpere ikke sitter med en fastlåst forståelse, men er villige til å videreutvikle den kunnskap de har i tverrkulturelle møter med personer med ulike verdsett. Kulturmøter utfordrer den kunnskap som anvendes i en relasjon (Østby 2001). En rekke momenter knyttet til flerkulturelt omsorgsarbeid og tiltak ble tatt opp ved Sosial- og helsedirektoratets arbeidsseminar i januar 2004 (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Spørsmålet om tilrettelagte tjenester berører sentrale begrep som segregering, integrering og assimilering som diskuteres i den nye Stortingsmelding som omhandler «Mangfold gjennom inkludering og deltakelse» i et flerkulturelt samfunn (St.meld. nr. 49 (2003–2004)) (se også kapittel 4). I meldingen blir det slått fast at regjeringen ikke ønsker et samfunn med segregering der sosiale og etniske miljøer har liten eller ingen kontakt med hverandre. Det blir oppfordret til involvering som motpol til ekskludering. Et viktig spørsmål blir hvordan dette kan skje når en både tar utgangspunkt i det mangfold som finnes blant eldre med etnisk minoritetsbakgrunn og de rammer pleie- og omsorgstjenestene opererer innenfor.

Aktuelt prosjekt

Det er store variasjoner kommunene imellom med hensyn til antall eldre med innvandrerbakgrunn. Utfordringene innen de kommunale pleie- og omsorgstjenestene vil rimeligvis også variere. Det er behov for mer kunnskap om hvordan kommunene tilrettelegger tjenester for eldre flyktninger og innvandrere, og hvilke behov for hjelp de har for å få det til. Målsettingen i dette prosjektet var å samle kunnskap om situasjonen på dette feltet og

synliggjøre erfaringer som kan være til nytte for utviklingen av tjenestetilbudet.

Prosjektet hadde tre deler

1. Første del skulle gi en oversikt over eldre fra ikke-vestlige land som er bosatt i norske kommuner. Disse opplysningene er innhentet fra Statistisk Sentralbyrå og er bearbeidet for vårt formål (se kapittel 2).
2. På bakgrunn av registerdata fra SSB, valgte vi ut kommuner og bydeler med mer enn 200 personer over 60 år med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn. Disse kommunene er kontaktet med spørsmål om erfaringer med eldre innvandrere/flyktninger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det er foretatt en kartlegging med tanke på å finne sentrale informanter i de aktuelle kommuner. Det er gjennomført telefonintervjuer og benyttet et spørreskjema per e-post til aktuelle kommuner/bydeler (kapittel 3). Undersøkelsen er foreslått videreutviklet med tanke på utdyping av praktiske erfaringer (se forslag kapittel 5).
3. Et hovedmål for prosjektet var å arrangere et arbeidsseminar og beskrive erfaringene som ble høstet. Representanter fra de utvalgte kommuner/bydeler ble invitert til et arbeidsseminar for nærmere diskusjon og utveksling av erfaringer når det gjelder tilrettelegging for eldre innvandrere. Arbeidsseminaret ble arrangert 22/11–04 under tittelen: «Arbeidsseminar om pleie- og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetetnisk bakgrunn» (se vedlegg 1 og 2).

Rapportens innhold og fremstillingsmåte

Denne rapporten er organisert slik at etter denne innledningen viser kapittel 2 den tallmessige fordeling av personer med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn fordelt på alder (60 år+ og 75 år+), opphavsland og kommuner/bydeler. Kapittel 3 beskriver resultater fra den kartleggingen som ble foretatt i de aktuelle kommuner før arbeidsseminaret. Kapittel 4 har oppsummering og diskusjon og kapittel 5 inneholder forslag til videre forskning og praktiske tiltak på statlig og kommunalt nivå. I vedlegg 1 gjøres det rede for program og innlegg som ble presentert på arbeidsseminaret. I vedlegg 2 beskrives erfaringer fra diskusjoner og tilbakemeldinger fra deltakerne. Siden arbeidsseminaret ble betraktet som et viktig arbeidsredskap for informasjonsinnhenting, er det redegjort ganske detaljert for erfaringer som ble formidlet fra deltakerne.

Både når det gjelder forhåndskartleggingen i kapittel 3 og resultater fra gruppediskusjon og tilbakemeldinger fra arbeidsseminaret, er informantenes

svar beskrevet direkte i tilknytning til det spørsmålet som ble stilt og i den rekkefølge spørsmålene ble stilt. På den måten blir det tydelig hvordan informasjonen har fremkommet, og det er lett å finne frem ut fra spørsmålene.

En ulempe med å beskrive svarene på spørsmålene hver for seg er at det nødvendigvis blir gjentakelser. Informantene i kartleggingen og deltakerne på arbeidsseminaret er delvis de samme personene, og i hvert fall fra de samme kommunene. Både i forhåndskartleggingen, i gruppeoppgavene på seminaret og i tilbakemeldingen var målet å få innblikk i kommunenes ressurser og behov på området. Derfor ble det stilt tilgrensende, men ikke likelydende spørsmål. Når de samme temaer går igjen i flere sammenhenger, styrker det inntrykket av at de står sentralt for informantene. Selv om det selvfølgelig har vært nødvendig å redigere fremstillingen, har målet vært å gi en så bred beskrivelse av erfaringer fra kommunene som mulig. Det blir imidlertid viktig å understreke at en slik fremstilling av informantenes svar ikke gir hele sannheten, kanskje ikke noen 'sannhet' i det hele tatt. De betraktes likevel som viktige funn fordi de uttrykker erfaringer, oppfatninger og holdninger.

Det er først og fremst av hensyn til leservennligheten at erfaringer fra arbeidsseminaret følger som vedlegg. Referater fra svarene f.eks. på en gruppeoppgave blir gjengitt uten at innholdet blir gjort til gjenstand for drøfting og kritisk analyse. Som nevnt oppsummeres og diskuteres tematisk noen av de mest sentrale spørsmålene fra kartleggingen og arbeidsseminaret i kapittel 4 og rapporten munner ut i forslag til tiltak.

2 Eldre ikke-vestlige innvandrere i Norge – hvor og hvor mange

Tor Inge Romøren

Dette kapitlet beskriver befolkningen av eldre innvandrere fra ikke-vestlige land som er bosatt i Norge. Kartleggingen omfatter bare kommuner der det fins mer enn 200 slike personer. Denne avgrensningen er dels gjort for å redusere omfanget av kartleggingen, dels ut fra tanken om at den aktuelle innvandrerbefolkningen må ha en viss størrelse for å kunne representere en mer omfattende utfordring for pleie- og omsorgstjenestene i en kommune. På den annen side: én person eller én familie kan være en stor oppgave, ikke minst fordi Norge tradisjonelt har hatt en homogen befolkning. Vi er ikke vant til mennesker som representerer en annen kultur og religion enn den vi selv kjenner. Likevel er det ikke til å komme fra at antallet også er viktig, ikke minst i planleggingssammenheng.

Tallene som benyttes i det følgende er basert på et materiale levert av Statistisk sentralbyrå til Sosial- og helsedirektoratet. Det beskriver situasjonen per 31.12.03. I tillegg er tall fra Statistisk sentralbyrås folketallsstatistikk benyttet. «Innvandrere» betyr her en person som er flyttet til Norge og som er født av to utenlandske foreldre. «Ikke-vestlige land» er land i Asia, Afrika, Sør- eller Mellom-Amerika, pluss Tyrkia og Bosnia-Hercegovina. I tillegg har Sosial- og helsedirektoratet ønsket å ha med innvandrere fra Polen.

«Eldre» betyr her personer over 60 år. I beskrivelsen er materialet i noen tilfeller delt i to: personer 60–74 år og personer 75 år og over. Dette er gjort for å kunne vurdere sammensetningen av, og størrelsesforholdet mellom, det en kan kalle «yngre eldre» og «eldre eldre». Dette er av interesse når en skal vurdere behovet for pleie- og omsorgstjenester.

Beskrivelsen besvarer følgende spørsmål:

1. Hvilke norske kommuner hadde mer enn 200 eldre ikke-vestlige innvandrere over 60 år per 31.12.03, og hvordan fordelte disse personene seg etter kjønn og alder?
2. Hvilke land kom disse innvandrerne fra?
3. Hvilke opprinnelsesland er hyppigst representert blant eldre innvandrere i den enkelte kommunene?
4. Hvor stor andel av eldrebefolkningen utgjør ikke-vestlige innvandrere i de respektive kommunene?

Kommuner med mer enn 200 ikke-vestlige innvandrere over 60 år etter kjønn og alder

Tabell 1 viser hvilke kommuner som har mer enn 200 ikke-vestlige innvandrere over 60 år, hvor mange slike innvandrere disse kommunene alt i alt hadde ved årsskiftet 2003/2004, og hvordan disse fordeler seg på kvinner og menn i aldersgruppene 60–74 år og over 75 år.

Tabell 1. Kommuner som har mer enn 200 eldre ikke-vestlige innvandrere. Antall personer over og under 75 år, kvinner og menn.

	Antall ikke-vestlige innvandrere over 60 år	Antall menn over 60 år	Antall kvinner over 60 år	Antall ikke-vestlige innvandrere over 75 år	Antall menn over 75 år	Antall kvinner over 75 år
Oslo	4238	2172	2066	685	292	393
Bergen	576	281	295	96	36	60
Bærum	375	175	200	70	29	41
Drammen	311	155	156	48	17	31
Trondheim	296	130	166	62	25	37
Kristiansand	295	138	157	61	21	40
Stavanger	277	139	138	51	22	29
Fredrikstad	225	111	114	49	27	22
Sum	6593	3301	3292	1122	469	653

Tabellen viser at åtte kommuner i Norge hadde mer enn 200 personer i den aktuelle gruppen, og alle disse er – ikke overraskende – blant våre største kommuner. Unntaket er Tromsø, som ikke er representert. Oslo alene har vel 4 000 eldre innvandrere, mens hver av de andre kommunene har mellom 200 og 600. Oslos innvandrere utgjør 64 % av alle som er undersøkt her, mens byen har 41 % av den samlede befolkningen i de åtte kommunene. Relativt sett er altså andelen i Oslo høy. I forhold til folketallet har Trondheim, Stavanger, Bergen og Fredrikstad den laveste andelen, mens Kristiansand og Bærum ligger i midten. En nærmere undersøkelse av gruppen over 75 år viser omtrent det samme mønsteret (tall ikke presentert her).

Antall innvandrere over 75 år (de «eldre eldre») utgjør 17 % av alle innvandrere over 60 i de åtte aktuelle kommunene. Totalbefolkningen 75 år og over i de samme kommunene utgjør 38 % av alle over 60; det er mer enn det dobbelte. Kjønnfordelingen skiller seg også markert fra totalbefolkningen. Blant innvandrere over 60 er andelen kvinner i de åtte kommunene 50 %, i totalbefolkningen i de samme kommunene er den 63 %. Tilsvarende tall for gruppen over 75 er henholdsvis 58 % kvinner blant innvandrene og 68 %

kvinner i de åtte kommunenes totalbefolkning. Med andre ord: den delen av eldrebefolkningen som vanligvis etterspør mest omsorgstjenester: Eldre eldre og kvinner, er underrepresentert i befolkningen med etnisk minoritetsbakgrunn.

Vi kan altså foreløpig konkludere med at eldre ikke-vestlige innvandrere av et større omfang bare fins i storkommunene våre. Kjønn- og alderssammensetningen skiller seg fra den som ellers er vanlig; andelen kvinner og andelen «eldre eldre» er lavere blant ikke-vestlige innvandrere enn i totalbefolkningen.

Tabell 2. Eldre ikke-vestlige innvandrere i Oslos bydeler, rangert etter antall personer, og spesifisert etter kjønn og alder.

	Antall ikke-vestlige innvandrere over 60 år	Antall menn over 60 år	Antall kvinner over 60 år	Antall ikke-vestlige innvandrere over 75 år	Antall menn over 75 år	Antall kvinner over 75 år
Alna	572	298	274	81	34	47
Gamle Oslo	473	243	230	75	27	48
S. Nordstrand	441	216	225	56	24	32
Grünerløkka	363	208	155	48	22	26
Stovner	346	189	157	51	26	25
Østensjø	286	130	156	46	20	26
Sagene	283	164	119	35	16	19
Grorud	279	132	147	50	24	26
Frogner	256	133	123	54	24	30
Bjerke	210	94	116	36	15	21
Vestre Aker	190	84	106	47	17	30
Nordstrand	182	99	83	42	17	25
St.Hanshaugen	141	78	63	21	9	12
Ullern	130	62	68	18	7	11
Nordre Aker	86	42	44	25	10	15
Hele Oslo	4238	2172	2066	685	292	393

Ettersom Oslo kommune har en uforholdsmessig stor andel av den eldre innvandrerbefolkningen, kan det være av interesse å undersøke hvordan den fordeler seg mellom bydelene. Tabell 2 viser dette. Ti bydeler i Oslo hadde mer enn 200 eldre innvandrere. Alna, Gamle Oslo og Søndre Nordstrand – alle østlige bydeler – hadde flest. St. Hanshaugen, Ullern og Nordre Aker færrest. Bydelen Alna (med 44 000 innbyggere) som har det høyeste antallet i Oslo, har like mange minoritetsetniske eldre som hele Bergen kommune (med 237 000 innbyggere) til sammen.

Hvilke land kommer innvandrerne fra?

Tabell 3 viser eldre innvandrere i de største kommunene utenom Oslo, etter landbakgrunn. De to vanligste er her Bosnia og Vietnam, med til sammen 27 %. Deretter følger Iran, Chile, Pakistan (og Polen). Fra land som Marokko, Thailand og Eritrea kommer det svært få, og fra en del andre land enda færre («Andre ikke vestlige»; dette inkluderer en rekke forskjellige land i de tidligere nevnte verdensdelene).

Tabell 3. Antall eldre, ikke-vestlige innvandrere etter opphavsland. Landets største kommuner utenom Oslo.

	Alle 60+	Menn	Kvinner
Bosnia-Hercegovina	370	157	213
Vietnam	258	118	140
Polen	130	65	65
Iran	119	63	56
Chile	113	50	63
Pakistan	109	72	37
Tyrkia	99	49	50
India	95	49	46
Kina	83	34	49
Jugoslavia	76	38	38
Sri Lanka	68	24	44
Irak	68	45	23
Filippinene	30	12	18
Kroatia	29	14	15
Somalia	28	12	16
Afghanistan	21	8	13
Marokko	11	9	2
Thailand	11	1	10
Eritrea	5	2	3
Andre ikke vestlige	632	307	325
Sum	2355	1129	1226

Tabell 4 viser tilsvarende opplysninger som tabell 3, men her er det bydelene i Oslo som er presentert. Mønsteret er helt annerledes: pakistanere er i stort flertall, og innvandrere fra Marokko er godt representert. 87 % av alle minoritetsetniske eldre fra Pakistan bor i Oslo. De som kommer fra andre land, bor mer spredt.

For de åtte undersøkte kommunene sett under ett kommer det flest ikke-vestlige eldre innvandrere fra Pakistan (827), Bosnia (613), Vietnam (526), Marokko (345), India (319), Kina (310) og Iran (309). Fra Polen kommer det 360. Selv om de fleste ikke-vestlige innvandrere er muslimer,

kommer en del også fra land med en kristen kultur (Chile, Filippinene, Kroatia), eller kan være flyktninger med en viss representasjon av kristne (for eksempel flyktninger fra Vietnam). Eldre innvandrere i Norge er med andre ord ikke utelukkende fremmedkulturelle i religiøs betydning, et poeng som kan være viktig i praktisk omsorgsarbeid.

Tabell 4. Antall eldre, ikke-vestlige innvandrere etter opphavsland. Oslo kommune.

	Alle 60+	Menn	Kvinner
Pakistan	718	447	271
Vietnam	268	121	147
Bosnia-Hercegovina	243	118	125
Polen	230	100	130
Kina	209	101	108
Marokko	206	139	67
India	206	113	93
Sri Lanka	192	57	135
Iran	190	88	102
Tyrkia	177	97	80
Filippinene	127	64	63
Jugoslavia	116	52	64
Irak	114	57	57
Chile	111	52	59
Somalia	86	27	59
Kroatia	74	40	34
Eritrea	22	13	9
Afghanistan	22	14	8
Thailand	7	2	5
Andre ikke vestlige	920	470	450
Sum	4238	2172	2066

Hvilke opphavsland er hyppigst representert i den enkelte kommune?

Dersom vi ser på den enkelte av kommunene i utvalget, blir bildet ganske differensiert. Tabellene 5 og 6 viser dette. Fredrikstad har en stor andel bosniere, og kommunene utenom Oslo har – med unntak av Bærum – ingen pakistanere blant de tre hyppigst representerte folkegruppene. Alna og Søndre Nordstrand i Oslo har en stor andel pakistanere, en gruppe som er tallrik i de andre bydelene også, med unntak av Nordre og Vestre Aker. Disse har til gjengjeld mange personer fra Kina blant sine eldre innvandrere, noe for eksempel Alna og Søndre Nordstrand nesten mangler.

Tabell 5. De tre vanligste opphavslandene blant eldre ikke-vestlige innvandrere. Kommuner utenom Oslo.

	Antall	1.	%	2.	%	3.	%
Fredrikstad	151	Bosnia	36	Polen	19	India/Irak*)	7
Bærum	234	Iran	17	Bosnia	15	Pakistan	12
Drammen	259	Tyrkia	24	Bosnia	17	Vietnam	13
Kristiansand	208	Bosnia	28	Jugoslavia	22	Kina/Vietnam	9
Stavanger	206	Bosnia	22	Vietnam	15	Pakistan	11
Bergen	437	Bosnia/Vietnam	18	Chile	16	Sri Lanka	11
Trondheim	228	Bosnia	24	Vietnam	23	Iran	10
Alle kommunene	1723	Bosnia	21	Vietnam	15	Polen	8

*) Land med skråstrek imellom har en like stor andel

Tabell 6. De tre vanligste opphavslandene blant eldre ikke-vestlige innvandrere. Bydeler i Oslo.

	Antall	1.	%	2.	%	3.	%
Gamle Oslo	393	Pakistan	24	Iran/Marok/Tyrk	8	Vietnam/Somalia	7
Grünerløkka	308	Pakistan	18	Marokko/Kina*)	11	Bosnia	10
Sagene	227	Pakistan	19	Marokko	13	Bosnia	10
St.Hansh.	87	Bosnia/Polen	13	Pakistan	11	Vietnam	8
Frogner	142	Polen	12	Kina	11	Jugo/Bosn/Iran	9
Ullern	71	Polen	23	Pakistan	14	Kina	13
Vestre Aker	105	Kina	21	Polen	20	Bosnia	16
Nordre Aker	46	Kina	22	Polen/Bosnia	13	India/Iran	9
Bjerke	175	Sri Lanka	19	Pakistan	13	Kina	11
Grorud	233	Pakistan	19	Sri Lanka	14	Vietnam	12
Stovner	300	Pakistan	28	India	11	Vietnam/Sri L	10
Alna	498	Pakistan	30	Vietnam	13	Tyrkia/Sri L	7
Østensjø	219	Pakistan	16	Bosnia	14	Polen	9
Nordstrand	127	Polen	16	Pakistan	13	Bosnia	11
S. Nordstrand	387	Pakistan	35	Vietnam	13	India	9
Hele Oslo	3318	Pakistan	22	Vietnam	8	Polen/Bosnia	7

*) Land med skråstrek imellom har en like stor andel

Hvor stor andel av eldrebefolkningen utgjør ikke-vestlige innvandrere i de respektive kommunene?

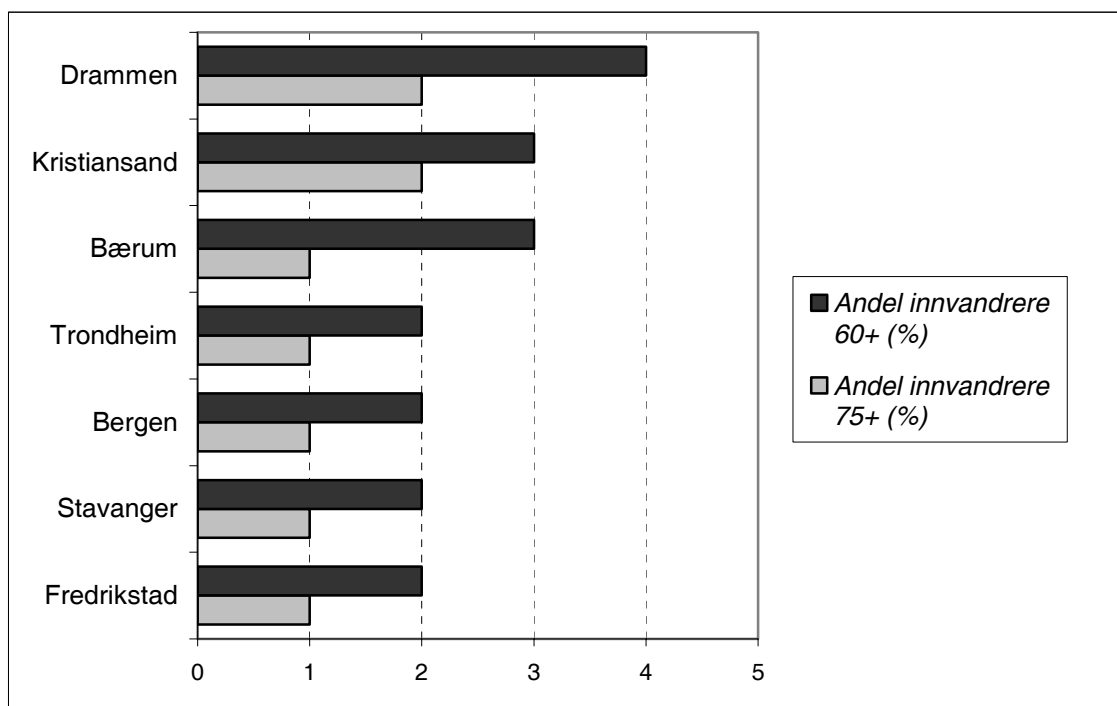
Eldre, ikke-vestlige innvandrere som har behov for pleie- og omsorgstjenester kan representere en utfordring for tjenesteapparatet på flere måter. Det kan ofte være vanskelig å nå fram til dem hvis språkvanskene er store og informasjonsnivået om våre velferdstjenester er lavt. I tillegg kommer ulike former for kulturforskjeller. Dette er spørsmål som drøftes i de neste kapitlene i denne rapporten.

I et sosialpolitisk perspektiv er det også viktig å vite hvor stor andel eldre innvandrere utgjør av eldrebefolkningen *totalt* i kommunene. Selv om

innvandrere kan ha ulike behov og kanskje også etterspørre ulike ressurser selv om behovene er like, så er *antallet* i seg selv en viktig indikator på størrelsen av den utfordringen en står overfor.

Figurene nedenfor viser andelen ikke-vestlige innvandrere over 60 år og over 75 år i forhold til den totale eldrebefolkningen i de samme aldersgruppene i de åtte kommunene som undersøkes her. Oslo (figur 2) og de syv andre (figur 1) vises hver for seg.

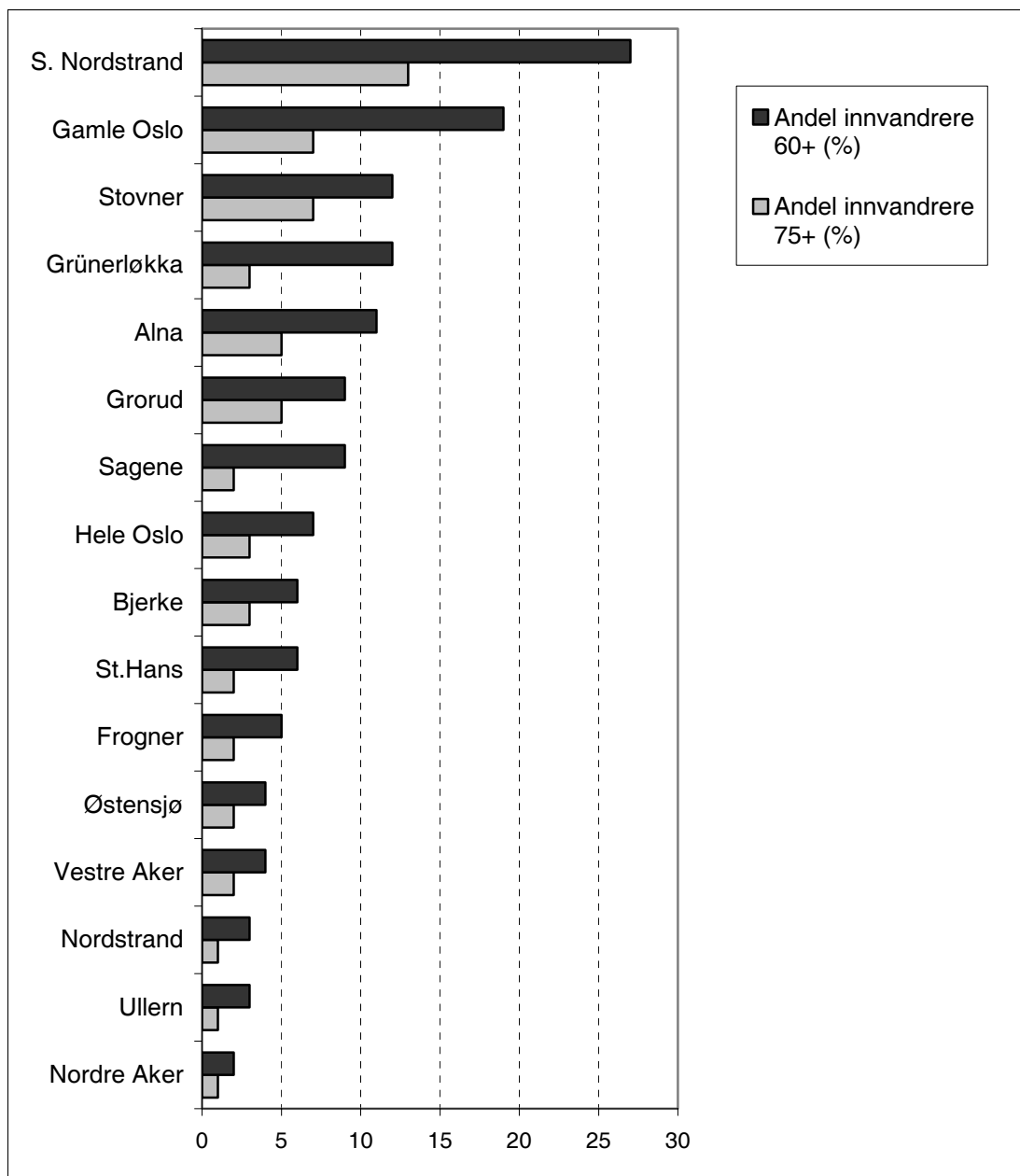
Figur 1. Ikke-vestlige innvandrere over 60 år og over 75 år som andel av totalbefolkningen i tilsvarende aldersgrupper i de største kommunene utenom Oslo. Prosent.



I Drammen, Kristiansand, Bærum, Trondheim, Bergen, Stavanger og Fredrikstad utgjør eldre innvandrere en forholdsvis liten andel av eldrebefolkningen. I forhold til de over 60 år, utgjør innvandrere to til fire prosent, og i forhold til befolkningen 75+ én til to prosent.

Tallene for Oslo er vist i neste figur.

Figur 2. Ikke-vestlige innvandrere over 60 år og over 75 år som andel av totalbefolkningen i tilsvarende aldersgrupper i bydelene i Oslo.



Alle bydelene i Oslo ligger enten på nivå med, eller betydelig høyere enn de syv andre store kommunene når det gjelder andelen innvandrere i eldrebefolkningen. Dette gjelder både målt i forhold til gruppen over 60 år og gruppen over 75. Tallene understreker igjen Oslos særstilling på dette området. Kommunen har ikke bare de fleste eldre innvandrere fordi den er stor, men i forhold til folketallet er eldre innvandrere overrepresentert i de fleste bydelene sammenlignet med situasjonen i andre kommuner i Norge med flere enn 200 eldre innvandrere.

Oppsummering og drøfting

Mange eldre ikke-vestlige innvandrere finner en først og fremst i Oslo. Kommunen skiller seg også ut ved at innvandrerne her oftest er av pakistansk opprinnelse. I andre norske kommuner med et visst innslag av eldre innvandrere er andelen pakistanere langt mindre. Bosniere og vietnamesere dominerer. En kan altså si at hovedstaden på dette området – som på de fleste andre – skiller seg fra andre kommuner, både ved fenomenets størrelse og dets karakter. Andre steder er andelen eldre ikke-vestlige innvandrere liten, og den domineres heller ikke av de samme kulturelle og religiøse kjennetegnene som de minoritetsetniske eldre i Oslo.

Mer enn 200 eldre innvandrere finner en altså bare i de største kommunene våre. Men som nevnt innledningsvis fins det selvsagt også minoritetsetniske eldre i mange andre kommunetyper, men da i et mindre antall. Men for et tjenesteapparat som er uvant med slike oppgaver og derfor mangler erfaring med dem, og som kanskje er presset av mye annet arbeid, kan én eller to hjelpetrengende eldre fra en annen verdensdel likevel oppleves som en stor utfordring. På dette området bør en ikke uten videre sette likhetstegn mellom antallet og utfordringens størrelse.

Sett i forhold til behovet for pleie- og omsorgstjenester, er det verd å merke seg at kjønns- og alderssammensetningen i den eldre innvandrerbefolkningen er annerledes enn i den øvrige norske befolkningen. Kvinner og «eldre eldre» utgjør et mindre dominerende innslag. Dette kan gi grunnlag for å anta at behovet for tjenester er mindre blant minoritetsetniske eldre enn i en tilsvarende etnisk norsk befolkning, fordi der har kvinner i høy alder det største hjelpebehovet. Men dette velkjente mønsteret i den etnisk norske befolkningen behøver selvsagt ikke være gyldig for innvandrere. Det fins i dag ikke norske epidemiologiske data om eldre innvandreres helse og funksjonsnivå. Men data fra Sverige og England indikerer at den generelt sett er dårligere enn i andre grupper, kanskje også at aldringsprosessene starter tidligere (Pudaric et al. 2003; Evandrou 2000).

Dersom eldre personer fra ikke-vestlige land har dårligere helse og lavere førlighet enn andre, og dersom forskjellene i hjelpebehov mellom kjønnene og mellom «yngre eldre» og «eldre eldre» er mindre hos minoritetsetniske enn i den øvrige befolkningen, kan eldre innvandreres behov for pleie- og omsorgstjenester være større enn i tilsvarende grupper av etniske norske. Men om behovet konverteres til etterspørsel etter tjenester, og i tilfelle hvordan og hva slags tjenester, er også et åpent spørsmål. Foreløpige erfaringer tyder på at hjemmetjenester og omsorgslønn etterspørres mest, og

at innvandrere med norskkunnskaper oftere etterspør pleie- og omsorgstjenester enn andre innvandrere (jf. erfaringene som refereres i de neste kapitlene). Her ligger det utfordringer og venter – både for forskere, praktikere og politikere.

Vurderingene i dette kapitlet er foretatt på bakgrunn av tall fra årsskiftet 2003/2004. Hvordan utviklingen vil bli noen tiår framover vet ingen. Det er svært vanskelig å beregne det (Østby 2004). Men flyktningestrømmer vil fortsette å eksistere, og yngre innvandrere gifter seg ofte i sitt opprinnelsesland og bringer ektefellen med seg til Norge. Omfanget av returnmigrasjon er ikke kjent. Hvordan vil dette slå ut i Norge? Det er også viktig å minne om at årskullene ikke-vestlige innvandrere like under 60 er store; i alderen 50–59 utgjør de i dag ca. 14 000 personer (Østby, 2004). Alt i alt er det derfor grunn til å anta at innvandrerbefolkningen i Norge vil vokse – etter hvert også den eldre delen av den. Det blir viktig å følge opp denne utviklingen.

3 Kommunenes erfaringer med pleie og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn

Reidun Ingebretsen

Målet med denne delen av prosjektet var å samle erfaringer fra kommuner/bydeler der en antok at hjelpeapparatet hadde kontakt med eldre med ulik kulturbakgrunn og fra ulike opprinnelsesland.

Metode

Utvalget skjedde som nevnt på bakgrunn av registerdata fra SSB. Vi valgte ut kommuner og bydeler med mer enn 200 personer over 60 år med ikke-vestlig minoritetsetnisk bakgrunn. Dette gjaldt ved registreringstidspunktet (31.12.03) i kommunene Fredrikstad, Bærum, Drammen, Kristiansand, Trondheim, Stavanger og Bergen, samt i 10 bydeler i Oslo: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, Bjerke, Grorud, Stovner, Alna, Nordstrand S, Østensjø og Frogner.

Disse kommunene/bydelene ble kontaktet med spørsmål om erfaringer med eldre innvandrere/flyktninger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Det ble først tatt telefonkontakt med ansvarlig for pleie og omsorgssektoren; etatssjefer og evt. enhetsledere avhengig av organiseringen i den enkelte kommune/bydel. Det ble foretatt en kartlegging med tanke på å finne de mest aktuelle informantene, og det var ofte mange runder med forespørsler og viderehenvisninger. En kom i kontakt med ansvarlige i alle kommuner/bydeler, hadde en telefonsamtale med orientering om undersøkelsen og seminaret, stilte noen spørsmål om erfaringer på området og avtalte å sende et spørreskjema pr e-post. Dette skjemaet ble besvart direkte av ansvarlige i administrasjonen eller videreformidlet til andre sentrale personer på området innen kommunen/bydelen. Det har kommet svar på henvendelsen fra alle bortsett fra én av de aktuelle kommunene og to av bydelene i Oslo. Det er stor variasjon når det gjelder hvor mange av spørsmålene som

er besvart, og svarene varierer svært i detaljering og utdyping i de 14 svarskjemaene som ble returnert.

Det er verdt å merke seg at informasjonen på skjemaene kommer fra ulike nivåer i administrasjonen/hjelpeapparatet. Det er mange enheter involvert, og flere understreker at de ikke kan svare for hele kommunen/bydelen. I denne sammenheng kan derfor ikke data fra undersøkelsen betraktes som fullstendig informasjon om situasjonen i kommunene. Med dette forbehold og utvalgsstørrelse tatt i betraktning, blir ikke erfaringene fremstilt kvantitativt i form av frekvenser og sammenhenger. Opplysningene er bearbeidet ved at alle innkomne opplysninger er registrert, svarene på hvert spørsmål er systematisert og vurdert for å få inntrykk av tendenser i materialet. Presentasjonen av erfaringer fra undersøkelsen bygger på dette materialet og vil bli illustrert med uttalelser og eksempler på arbeidsmåter som blir nevnt. Alle informanter er forespurt om andre personer i hjelpeapparatet med erfaring på området som det var naturlig å henvende seg til. Det er gjennomført noen telefonintervjuer til kontaktpersoner, men på grunn av prosjektets begrensede tidsramme har det ikke vært mulig å nyttiggjøre seg disse datakildene fullt ut. Dette er det ønske om å komme nærmere tilbake til i en fase 2 av prosjektet.

Her presenteres resultater særlig når det gjelder spørsmål om informasjon/formidling, erfaringer med tiltak og utfordringer. Svarene blir her presentert i direkte tilknytning til de spørsmål som er stilt. For oppsummering og konklusjoner på bakgrunn av erfaringer fra både denne kartleggingen og arbeidsseminaret vises til kapittel 4.

Informasjon/formidling

1. Hvordan blir tjenestetilbud gjort kjent for eldre flyktninger/innvandrere?

Tjenestetilbudet blir som oftest gjort kjent gjennom «vanlige kanaler» som lege og sykehus, sosialkontor, venner, familie. Dette er mye basert på muntlig informasjon og fordrer i stor grad egen henvendelse eller kontakt med hjelpeapparat eller administrasjon (bestillerkontor). Noen viser til brosjyrer og kommunens/bydelens nettsider. Med få unntak er likevel følgende uttalelse typisk: «Vi har ikke noe eget informasjonsmateriell eller strategi for formidling av informasjon til denne delen av befolkningen».

Det blir påpekt at det kan oppstå et skille mellom hvordan ulike grupper av eldre med minoritetsetnisk bakgrunn blir orientert om tilbud. En

kommune viser til flyktnings-tjenesten som formidler av informasjon til dem som nylig har kommet til landet som flyktninger, mens det ikke er gjort noe spesielt for andre grupper av innvandrere som blir eldre i landet. Det synes for øvrig å være variasjoner med hensyn til hvordan flyktnings-tjenesten følger opp eldre og samarbeider med pleie- og omsorgstjenesten (se sp. 6).

Noen steder blir informasjon formidlet gjennom eldre-senter, sosionom, eller eldre-veileder. Det er positive erfaringer med å gi informasjon gjennom samtaler og i mindre grupper, der en har lagt vekt på å skape en trygg atmosfære og bli godt kjent. Det har vist seg at slik informasjon spres. Slikt arbeid krever en fokusert satsing og er foreløpig mest beskrevet i få bydeler i Oslo. En kommune viser til at det ble etablert ressursgrupper der ansatte tok videreutdanning i flerkulturell forståelse. Det ble lagt vekt på utveksling av informasjon mellom ressurspersoner i miljøet og omsorgstjenesten, for å gjøre tjenestene kjent og mer tilgjengelig for eldre innvandrere/flyktninger. Erfaringen er imidlertid at et slikt arbeid er sårbart i forhold til nedskjæring og omorganisering. «Det virker ikke som dette prioriteres».

2. Er det informasjonsmaterieil på ulike språk (hvilke)?

Informasjonsmaterieil foreligger stort sett på norsk. I en bydel i Oslo arbeides det med brosjyre og informasjonsmaterieil på arabisk og kurdisk. En annen bydel understreker at de har ansatte fra «hele verden» som kan bidra til å gi muntlig informasjon.

3. I hvilken grad får en på kommune/bydelsnivå vite om eldre med innvandrerbakgrunn som har hjelpebehov?

En konklusjon er at kjennskap til behov stort sett er avhengig av direkte henvendelse fra brukere, pårørende eller samarbeidspartnere innen helse- og sosialsektoren. En bydel i Oslo nevner en undersøkelse med kartlegging av eldre innvandreres behov, og gjensidig formidling gjennom tiltak på eldre-senter. En god del informasjon spres muntlig via bekjentskap og «rykkespredning».

Nære pårørende som kjenner tjenestetilbudet henvender seg til hjelpeapparatet. Flere ansatte i pleie- og omsorgssektoren kommer fra innvandrer- og flyktningsmiljøet. De kan bidra til å gjøre tjenestene kjent. Dessuten er erfaringen at familiemønstre og tradisjoner gradvis kan bli endret, slik at det også for mange med etnisk minoritetsbakgrunn faller mer naturlig å benytte offentlig hjelp til eldre nå enn før. En erfaring er imidlertid at etterspørselen ofte kommer sent: «Vi ser ofte at vi kommer inn nokså sent i forløpet

sammenlignet med norsk-etniske.» Det er også verdt å rette søkelyset mot hvordan etterspørselen profileres (hva det spørres om hjelp til).

4. Hva er de viktigste kildene til informasjon om innvandreres hjelpebehov?

De viktigste informantene om hjelpebehov er brukerne selv, pårørende, bydelsadministrasjon, primærlege, sykehuslege og tjenesteapparatet. Bestillerenheten formidler og gir informasjon til tjenestene. Noen nevner pårørende som har lært seg norsk, ellers kan behov bli fanget opp gjennom familiemedlemmer og via helsestasjon, skole og språkopplæring. Der det er eldresentre og eldreveiledere som har vektlagt eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, er de opptatt av det forebyggende arbeid og samarbeid med hjelpeapparatet for øvrig. Det er også andre eksempler på at en fra kommunalt hold har prøvd å være i forkant: «Tidligere var det noe aktivitet fra kommunens side da det fantes internundervisning på området, videreutdanning og ressursgruppe blant ansatte med erfaring fra arbeid med flerkulturelle spørsmål som kunne kontaktes. Ressursgruppa hadde jevnlig tema- og veiledningsmøter. Dette er nå dessverre opphørt.»

Selv om det er eksempler på informasjon i forbindelse med forebyggende arbeid, er det ofte slik som en av informantene understreker: «Det er ingen tradisjon for å lete etter potensielle brukere uansett bakgrunn.» En følger vanlig saksbehandling ved at: «Når en henvendelse kommer, blir det opp til forvaltningsenheten å samle informasjon som trengs for en tilstrekkelig belysning av en sak».

5. Hvem er sentrale kontaktpersoner i informasjonsformidlingen til ulike grupper av flyktninger/innvandrere?

Alle instanser som kommer i kontakt med målgruppen kan her være sentrale informasjonsformidlere: «Saksbehandleren og den direkte tjenestebyteren er nøkkelpersoner her». Dette gjelder leger, eldresentre, sosionomer, sykehus, fysioterapeuter, hjemmetjeneste og kommunens/bydelens servicekontor.

Det blir veldig tilfeldig ut i fra situasjonen. Når skade/sykdom, har oppstått, er det fysio- og ergoterapeuter fra 2. linjetjenesten som tar kontakt med sine kollegaer i hjemmetjenesten og bydelsfysioterapeuter/ ergoterapeuter.

En bydel i Oslo nevner spesielt kontakt med asylmottak, med UDI og tidligere kontakt med psykososialt senter. En annen bydel viser til at de har

minoritetsrådgivere på prosjektbasis uten at de til nå har vært så mye brukt i kontakt med/informasjonsformidling til eldre.

6. Nyttiggjøres erfaringer fra andre deler av det kommunale apparat i informasjonsformidling om tjenester for eldre flyktninger/innvandrere?

Svarene viser til varierte erfaringer når det gjelder å nyttiggjøre seg erfaringer fra andre deler av kommunen i informasjonsformidling. Noen svarer at dette ikke forekommer eller at det skjer usystematisk og i liten grad, men det er også eksempler på godt samarbeid:

Ja, bydelens ansatte deltar på kurs. En ansatt har tatt spesialutdanning innen psykososialt arbeid overfor flyktninger og innvandrere.

Andre eksempler gjelder undervisning og informasjonsformidling:

Til en viss grad, f.eks. har bydelens servicesenter (Sosialtjeneste, Trygd, A-etat) fått informasjon på arbeidsseminarer,

Det arbeides med mer informasjon til den kommunale flyktningetjenesten.

Samarbeidet blir imidlertid i stor grad avhengig av konkrete saker en arbeider med: «Nei. Dette blir i såfall tilfeldig og fordi man er avhengig av et samarbeid med andre instanser, f.eks. sosialkontor.» Den enkelte bruker og individuelle planer kan danne et slikt konkret utgangspunkt for samarbeid: «... Nei, vi har ingen plan for slikt samarbeid, men på lik linje med øvrig befolkning høster man erfaring ved etablering av ansvarsgruppe rundt enkeltbrukeres problematikk.» En av kommunene viser til at de har et senter for flyktninger som tar imot flyktninger under 55 år, mens de over 55 går til sosialkontoret. Her synes praksis å variere.

På bakgrunn av den informasjon som har fremkommet fra pleie- og omsorgstjenesten synes det viktig å vurdere samarbeid med flyktningtjenesten og andre aktuelle instanser når det gjelder informasjonsformidling også i forhold til eldre.

Tiltak overfor eldre flyktninger og innvandrere

7. Hvilke opphavsland har de eldre flyktninger / innvandrere dere har mest kontakt med?

Informantene understreker ofte at de har begrenset erfaring med brukergruppen. Det er også ulike profileringer når det gjelder brukerkontakt. Mens noen hovedsaklig refererer til brukere fra én minoritetsetnisk gruppering, nevner flere at en rekke land kan være representert med et fåtall brukere. Følgende opphavsland for brukere er nevnt: Pakistan, India, Iran, Irak, Vietnam, Sri Lanka, Afganistan, Tyrkia, Libanon, Kapp Verde, Somalia, Chile, Bosnia, Kurdistan, Jugoslavia.

Andel eldre fra ulike opphavsland (kapittel 2) kan gi en pekepinn om forventet etterspørsel av tjenester, men foreløpig har vi ikke fått opplysninger som kan dokumentere om eldre fra ulike opphavsland bruker pleie- og omsorgstjenestene i ulik grad.

8. Hvilke tjenester har til nå vært mest benyttet av eldre flyktninger og innvandrere i kommunen?

Hjemmebaserte tjenester nevnes av flest kommuner/bydeler, men det er også i noen grad spørsmål om kortids- og varig opphold i institusjon. Følgende uttalelse fra en bydel i Oslo kan stå som eksempel på etterspurte tjenester:

Sosialtjenester, boligkontor, hjemmetjenester som: hjemmesykepleie, hjemmehjelp, nabo hjelp (ønsker noen kjente som kan språket), omsorgslønn (økende etterspørsel), brukerstyrt personlig assistentordning (BPA), korttidsopphold i institusjon (virker å være en økende tendens), langtidsopphold i institusjon (ikke så ofte).

Variasjon blir et viktig stikkord også når det gjelder etterspørsel. En annen kommune gir følgende eksempler: «Ergoterapeut til hjelpemidler i hjemmet, psykiatrisk hjemmesykepleie, sosionomtjeneste, helsestasjon og helseveiledning, språkundervisning og støtte i forbindelse med depresjon og isolasjon». Flere av informantene minner om at en del eldre innvandrere / flyktninger som ikke får tilstrekkelig pensjon fra folketrygden blir avhengig av sosialhjelp.

Når det gjelder de enkelte tjenester, er det flere av informantene som kommenterer *omsorgslønn*: «Det er en tendens til at det etterspørres mer av typen omsorgslønn for pleie og tilsyn enn hjemmesykepleie slik at tradisjonelle familiemønstre kan opprettholdes.» Det er imidlertid høy terskel for innvilgelse: «Tradisjonelle hjemmetjenester skal nemlig først prøves, men her ligger en del språk/kulturbarrierer.» «Omsorgslønn benyttes i en del til-

feller der det er vanskelig å kunne tilby andre tjenester.» Det kan være noe ulik praksis i kommunene når det gjelder vurdering av kriteriene for tjenestetildeling (se kapittel 4).

9. Inntrykk når det gjelder helseproblemer, hjelpebehov og familie/nettverk

Når det gjelder helseproblemer og hjelpebehov, styrker kartleggingen inntrykket av at eldre med minoritetsetnisk bakgrunn utgjør en svært sammensatt gruppe og med sammensatte problemer. Nedenfor er vist eksempler på erfaringer med problemer som danner bakgrunn for behov for tjenester:

Diabetes, hypertensjon, hjerte-/karsykdommer er mest utbredt.» «Mye dårlig helse, mange 'vondter', somatisering, de eldre er stillesittende. Når hjemmetjenesten 'får lov' til å komme inn, er det mye problematikk.» Herunder nevnes tuberkulose og administrering av medisiner i den forbindelse.

Det kan dreie seg om at noen er utslitte og har belastningsproblemer, mye blir avhengig av deres forhistorie. «Mye hjerte- og slitasjeproblematikk på de gamle, særlig kvinnene. Mye psykosomatisk og depresjon, kostholds- og livsstilrelatert for begge kjønn.»

Det er verdt å merke seg de sammensatte problemer som fordrer både spesi- fikk fagkunnskap, kulturell forståelse av sykdommer og ikke minst det behovet som finnes når det gjelder tilbud ved psykiske, psykosomatiske og psykososiale problemer. Konklusjon fra en kommune er at «mye er likt den norske befolkningen, men vi ser nok en viss overvekt av psykososiale problemer.»

Det synes å være et stort behov for veiledning, oppbygging av nærhet og tillit over tid for evt. å kunne motivere til endring av livsstil, komme ut av isolasjon og ta opp vanskelige situasjoner.

Hjelpebehov/familie/nettverk

Når de først kommer i kontakt med hjelpeapparatet, er inntrykket som for- midles at mange gir uttrykk for et stort hjelpebehov, men at de «lengst mulig vil ha hjelp av familie/personlig nettverk og ikke av det offentlige». Dette har bl.a. med verdighet for partene å gjøre. Der hvor barna selv har egen familie, jobb og har flyttet et stykke unna foreldre, er tendensen til at barna søker supplerende hjelp til sine foreldre fra omsorgstjenesten. Dette er der hvor barn av de gamle har adaptert mer av «norske verdier» og levemåte.

Det er også erfaring med at «Familienettverk og sosialt nettverk ofte er skrøpeligere enn det en tradisjonelt har hatt inntrykk av».

I forhold til familie og nettverk nevnes både brukere med nær familie som i stor grad har stilt opp og personer som ikke hadde nettverk i det hele tatt: «Mange har et nettverk, men ikke alle. I stor grad er det familien som hjelper (der det er et fungerende nettverk). Er hjelpebehovet så stort blir tjenesteapparat kontaktet av pårørende eller personen selv. Vi ser tendenser til endringer i familiestruktur og nettverk med konsekvenser at de eldre blir alene.»

Andre peker på erfaringer med «tette familienettverk som er innflytelsesrike på godt og vondt når det gjelder brukerens mulighet for å bedre funksjonen». Det er også erfaring med boligproblemer og overbefolkning i boligene. De tette familierelasjonene representerer noen ganger de eneste kontaktene for eldre, da de kan ha lite nettverk (og lite norsk nettverk) ellers.

Familien vil i mange tilfeller stå fram som et alternativ til og som et godt supplement til hjelpeapparatet. Familienettverket kan også på ulike måter representere en utfordring i forhold til hjelpeapparatet, dels ved at forestillinger om «tette familienettverk» slår til når det gjelder at noen unndrar seg omsorg de trenger, dels ved at arbeidsforholdene for hjelpeapparatet blir «tette» i forhold til pårørende med mange å forholde seg til og mulige interessekonflikter. I noen tilfelle gir hjelperne også uttrykk for bekymring for om den eldre blir tilstrekkelig ivaretatt og/eller utsatt for vold i familien. Det blir også vist til brudd på stereotype holdninger om familienettverket ved at informantene i økende grad opplever eldre fra etniske minoritetsgrupper som har liten eller ingen støtte fra familie eller andre.

10. Omtrent hvor mange eldre flyktninger og innvandrere i kommunen får i dag tilbud fra hjemmetjenestene?

Når det gjelder antall eldre med minoritetsetisk bakgrunn som får hjelp fra hjemmetjenesten, dreier det seg foreløpig om lave tall, som til dels er vanskelig å angi. Følgende kommentar er typisk: «Dette er et område vi har lite erfaringer på. Vi vet at det er en noe økende innvandrerbefolkning i deler av bydelen, men vi vet ikke hvordan det vil slå ut i forhold til behov for våre tjenester.» Få angir tall som viser det absolutte antall brukere med minoritetsetisk bakgrunn eller den relative andel i forhold til totalt antall brukere i hjemmetjenesten. To bydeler i Oslo har imidlertid oppgitt andeler og viser da til at henholdsvis knapt 2% (N=16) og 10% (N=ca 50) av brukerne har minoritetsetisk bakgrunn. I det siste tilfelle dreier det seg om en bydel som gir tjenester til et asylmottak.

På bakgrunn av informasjon fra kommunene har vi ikke grunnlag for å slutte hvor mange eldre med etnisk minoritetsbakgrunn som samlet sett får hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten. Mange viser til at det dreier seg om et fåtall brukere, men her er det store variasjoner kommuner/bydeler imellom. Hovedinntrykket, som styrkes av det tallmaterialet som foreligger, er imidlertid at det i noen kommuner/bydeler begynner å dreie seg om en del brukere, særlig i hjemmetjenesten. Dette kan anses som et viktig erfaringsmateriale å bygge på i forhold til den forventede økende etterspørsel.

10b. Hvordan er erfaringer fra hjemmetjenestene (+/- erfaringer)?

Når det gjelder erfaringer fra hjemmetjenestene, er det igjen på sin plass med en understreking av variasjon på individnivå og avhengig av familie og kulturbakgrunn. Noen svarer kort: «Det er greie samarbeidsforhold» eller «det går bra». Følgende uttalelse i tre punkter kan tjene som en oppsummering av mange svar:

- Det oppstår i mange tilfeller en god kontakt mellom hjelper og den hjelpetrequende
- Språkproblemene er ofte en kraftig minusfaktor
- Ulik kultur og kjønnsrolletenkning har i noen tilfeller skapt problemer

Noen momenter i svarene er utdypet nedenfor.

Startproblemer

Det kan være vanskelig å komme igang: «Det kan være vanskelig å få startet hjelpen da familien ofte mener at de er best til å gi hjelpen. Det er ofte kommunikasjonsproblemer i starten, avklaring av forventninger kan være vanskelig. Erfaringen er god når en først har fått kommet inn i hjemmet».

Språk og kommunikasjon

Språkproblemer er et gjennomgående tema. Språkproblemene kan gjøre at hjelperne føler seg hjelpeløse og «kunnskapsfattige».

Tidkrevende og lærerikt

Der en får komme til å gi hjelp og lage strategier som overkommer kommunikasjonsbarrierene, oppleves det som positivt. «Det er mye å lære om ulike kulturer, men det er tidkrevende».

Personavhengig

En som har arbeidet aktivt innen feltet konkluderer med at: «Erfaringene viser at de ansatte som har egenskaper som nysgjerrighet, åpenhet, tålmodighet, spørrende holdning, genuin respekt for andre, trygghet på egne grenser og rolle kommer lengst og har flest positive erfaringer å vise til.»

Avklaring av forventninger

Et viktig og vanskelig moment gjelder kulturforståelse og avklaring av forventninger: «De har ofte andre og større forventninger til tjenesten enn det er rimelig å oppfylle, de vil bestemme f. eks. hvem de skal ha besøk av, hvem som gjør hva».

Når det gjelder avklaring av forventninger, er det en erfaring at det kan bli tendens til konflikt rundt hjemmehjelpstjenesten. Dette blir forklart med at hjemmehjelperne ikke kan stille opp i forhold til forventningene som i mange tilfeller ligger langt høyere enn de kan innfri. Dette gapet mellom brukers forventninger og tilbud relateres delvis til hjemmehjelpsinstruksen og delvis til partenes holdninger. «Hjemmehjelpen tar grovere rengjøring, ikke rydding av f.eks. skittentøy og saker og ting, oppvask etter besøk av slekta osv, enkelte opplever at de blir sett på som «tjenere» i disse hjemmene og at de tiltales respektløst». Samme informant konkluderer med at: «Det finnes mange eksempler på helt uproblematiske forhold også. Dette blir til syvende og sist personavhengig, men det er nok en tendens til at en del innvandrere ikke er informert og har for høye forventninger/feilaktige forventninger til hjemmehjelpen.» Sitatet over fanger opp momenter som flere av informantene kommer inn på.

Brudd på hjelperens forventninger

Hjelpere kan på sin side oppleve brudd på sine forventninger til opplegg og kontinuitet i arbeidet:

- Plutselig skal bruker reise midt i behandlingsopplegget og kontinuiteten blir avbrutt
- En må ta hensyn til kjønn i forhold til hvem som skal inn til bruker. For noen er det viktig med personlig pleie fra en av samme kjønn, noe vi ikke alltid klarer å imøtekomme eller ønsker å imøtekomme.

For hjelperne kan brudd på forventninger og rutiner skape frustrasjoner, men samtidig understrekes det at dette er utviklende: «Ansatte lærer stadig om de nye kulturene, får etter hvert ny kunnskap da tilnærming til rehabilitering blir forskjellig ut i fra hver bruker».

Over tid vises det til at det ofte utvikles gode samarbeidsforhold. Dette begrunnes både med at hjelpernes erfaring øker og at flere brukergrupper og deres familier får økt erfaring med det norske samfunnet. Da det på landsbasis vil kunne dreie seg om stadig nye grupper med minoritetsetnisk bakgrunn, kan det være verdt å minne om at hjelpernes erfaring vektlegges og at temaer som kommunikasjon, avklaring av brukernes og hjelpernes forventninger og fruktbare tilnæringsmåter blir videre diskutert.

11. Omtrent hvor mange eldre flyktninger og innvandrere i kommunen får i dag a) tilbud om dagsenter, b) korttidsplass eller c) varig opphold i institusjon?

Opplysninger fra kommunene/bydelene er mangelfulle når det gjelder erfaringer fra dagsenter og institusjonsopphold. Flere konkluderer med at de har lite erfaring på området. Noen av bydelene i Oslo forteller imidlertid om at de har et fåtall pasienter ved henholdsvis dagsenter, korttidsplass og langtidsplass i institusjon. En informant kommenterer at de fleste har norsk statsborgerskap når de kommer så langt som til institusjonsomsorg. Likevel vil jo kulturforskjeller kunne gjøre seg gjeldende. Institusjonsopphold kan også være aktuelt for flyktninger og andre som har vært kort tid i landet, slik at det blir viktig å ivareta rom for forskjellighet.

11b. Hvordan er erfaringer fra tilbudene med dagsenter, korttidsplass og varig opphold i institusjon?

Når det gjelder erfaringer som er høstet fra tilbud ved dagsenter, kortids- og langtidsopphold i institusjon, går 'språk' igjen som en utfordring også der. Ellers vises det til spørsmål om kosthold, religion og nettverk. Familiens engasjement og besøk blir nevnt ved at de ofte er mye til stede ved korttidsopphold i institusjon. En informant fra en bydel i Oslo kommenterer: «Bydelen bruker de personalressurser som finnes. Det er ikke alltid så lett å tilberede mat etter individuell smak, men kjøkkenet prøver å være imøtekommende. En åpen dialog med pårørende hjelper til med å ivareta religiøse behov. Det er ikke vanskelig å imøtekomme de fleste identifiserte problemene. Den store utfordringen er å få spesielle og individuelle behov frem i lyset».

12. Brukes individuell plan i forhold til eldre flyktninger/ innvandrere?

De som svarer på dette spørsmålet, kommenterer at individuell plan brukes uavhengig av personens bakgrunn, dvs. der det er behov for langvarige tverrfaglige og omfattende tiltak over tid. En får ikke noe inntrykk av omfang av praksis på dette området.

13. Er det tilrettelagt for eldre flyktninger/innvandrere når det gjelder utforming av tiltak?

De fleste har ikke spesielt tilrettelagt tiltak. «Tjenestetilbud for eldre flyktninger/innvandrere er de samme som eldre for øvrig». Det vises imidlertid til individuell tilrettelegging, der det tas hensyn til bakgrunn, religion, tidligere vaner for kosthold og andre preferanser. Det er eksempler på at det er utarbeidet noen få særtiltak, som tilbud på eldresenter og språkopplæring (quo vadis). Grønland eldresenter i bydel Gamle Oslo og Grünerløkka eldresenter er eksempler på flerkulturelle sentre. Det er gitt eksempel på at en eldreveileder både kan bidra til åpen dialog med eldre med ulik kulturbakgrunn og være et bindeledd til hjelpeapparatet for øvrig.

Noen viser til at det blir tatt spesielle hensyn der kommunikasjon er en utfordring. «Vi har noe personell med ulik kulturbakgrunn som vi bruker bevisst i forhold til enkeltbrukere der det er hensiktsmessig». Noe informasjon blir oversatt, ellers oversetter familien. Det brukes en del tolk ved vurderingsbesøk. Det er kommentarer i retning av at dette stort sett fungerer, men at det er tungvint og kostbart. Det kan bli informasjonshull og rom for usikkerhet. Bydelen kan ikke kontrollere oversatte vedtak. «Kommunikasjon, skriftlig og muntlig er nok ikke god nok. Det blir for lite spørsmål om hva bruker selv skal/kan /bør ta ansvar for.»

14. Er det tilrettelagt for eldre flyktninger/innvandrere når det gjelder bemanningssituasjonen? (Hvordan? ... hvordan fungerer dette?)

Det er stort sett ikke noen spesiell tilrettelegging for eldre med etniske minoritetsbakgrunn når det gjelder bemanning, men det blir påpekt at dette arbeidet kan være ressurskrevende, at det i vanskelige saker, har vært prioritert å finne hjelpere/ansatte med felles opprinnelsesland/språk som tjenestemottakerne. Dette kan imidlertid også slå negativt ut, da «de er redd for sladder i nettverket; mange vil ikke ha offentlig hjelp fra en landsmann, det kan føles ydmykende. Det varierer fra kultur til kultur og fra person til

person.» Noen viser til at de har mange ansatte med minoritetsetnisk bakgrunn i sin tjeneste:

Bydelen har som hovedregel at sammensetningen i hjelpeapparatet skal gjenspeile bydelens befolkning. Det er en del ansatte med fjernkulturell bakgrunn i bydelen. Dette fungerer ofte bra, men det kan oppstå vel tette relasjoner, dvs. det er av og til en forventning og forespørsel om at ansatte (fra samme språkgruppe/ kultur) kan hjelpe med ting som ligger utenfor det tiltak som er innvilget ved vedtak.

15. I hvilken grad benyttes tospråklig personell og personell med ulik kulturbakgrunn? (Hvordan? ...hvordan fungerer dette?)

Når det gjelder personell med ulike språk og kulturbakgrunn, er det forskjellig praksis i kommunene/bydelen. Noen har som allerede nevnt et vidt spekter av ansatte som til dels brukes bevisst i forhold til brukerne der det er hensiktsmessig:

Vi bruker hverandre i hjemmetjenesten. Går på hjemmebesøk sammen.

Vi har flere ansatte som behersker flere språk. Der det trengs blir disse brukt, som bindeledd til andre tjenester og ved informasjon/tolking.

Det meldes om positive erfaringer:

Språkkompetansen hos personalet er en fordel og blir benyttet der det trengs. Dette fungerer bra.

Andre kommenterer at det i liten grad benyttes tospråklig personell, og der hvor det benyttes er det tilfeldig. Følgende kommentarer fra en informant med erfaring på feltet, viser at det også kan være viktig å rette søkelyset mot arbeidssituasjonen for personell med minoritetsetnisk bakgrunn:

Det stilles nokså store krav til språkforståelse og evnen til å uttrykke seg på norsk hos tospråklige som ansettes, de skal vise veldig godt at de flinke for å få jobb. Det fungerer både på godt og vondt. Noen opplever språket som problematisk, dersom dette ikke sitter så godt inne. Det har oppstått uheldige misforståelser mellom pasienter og ansatte og ansatte imellom. Men det er også rapportert direkte grov rasisme, også fra pasienter; mange opplever at noen eldre kan være temmelig uhøflige hva angår deres etniske tilhørighet og utseende. Mange har også klaget på at de ikke blir tatt helt på alvor av sine kolleger eller overordnede, og at de er blitt forbigått ved ansettelser og lønnsforhøyelser. I en bydel fikk de ansatte med innvandrerbakgrunn veiledning i det å takle hverdagen på jobb i kraft av det å være ikke etnisk norsk. Behovet var

stort og utbyttet også, men dessverre er det ikke lenger et prioritert tilbud. Men det å ha ansatte innvandrere/flyktninger bidro også utvilsomt til økt forståelse og kunnskap hos 'norskingene'. Det ble større toleranse, og de ble benyttet som kulturtolker i en del saker.

16. I hvilken grad behersker de aktuelle brukerne norsk?

Ut fra informantenes erfaring er det store variasjoner m.h.t norskkunnskapene blant de aktuelle brukerne. Variasjonen gjelder på to måter:

- 1) Noen kommuner/bydeler rapporterer om relativt gode norskkunnskaper i sine brukergrupper, mens andre kommenterer at de er dårlige og at det er stort behov for tolk og/eller hjelp fra familien.
- 2) Noen kommuner/bydeler viser til store ulikheter blant de brukergruppene de har med å gjøre med hensyn til språkkunnskaper: «Det varierer – som regel er det slik at de som tar skrittet og ber om hjelp fra det offentlige nettopp er de som kan litt norsk. Virker som de som ikke kan særlig mye/ikke noe norsk heller ikke ber om hjelp. Det kan finnes ulike forklaringer på dette, men det kan jo tyde på at det er brukere som generelt sett har gjort seg mer kjent med norsk språk, samfunn og offentlig hjelpeapparat som også føler de kan be om hjelp.»

Ulikhetene har bl.a. sammenheng med at det i noen kommuner i stor grad dreier seg om etablerte grupper som kom for noen år siden, mens det for andre dreier seg om stadig nye personer og grupper f.eks. i forbindelse med flyktningsmottak. Disse ulike forutsetningene vil skape svært ulike situasjoner for hjelpeapparatet. Noen tenker på språkproblemene som forbigående fordi andre generasjon lærer seg norsk. Andre steder er det snakk om erfaringer med stadig nytt tilsig og endringer i populasjonen med minoritets-etnisk bakgrunn. I praksis må alle kommuner kunne forholde seg til at det stadig kan komme nye grupper og individer med etnisk minoritetsbakgrunn, slik at en ikke kan se språkproblemene som forbigående.

17. Brukes det tolk?

Svarene fra pleie- og omsorgstjenesten tyder på at bruk av tolk er spesielt knyttet til kartlegging for saksbehandling av søknader og ved oppstart av tjenesteyting. Ellers vises det til at det brukes tolk der det er 'nødvendig', men at dette er dyrt og at tilgangen på tolker er begrenset. «De kan ikke alltid stille på kort varsel når informasjon skal utveksles og beslutninger

tas». Ikke alle brukere ønsker tolk: «Benytter tolk i liten grad da brukerne ikke ønsker det selv, av angst for at tolken 'kjenner' for mange». Det kan etableres en praksis, der «det ikke er vanlig å bruke tolk». Ofte benyttes familiemedlemmer som 'tolkingshjelpere'. Samtidig påpekes at en vurderer bruk av tolketjeneste i spesielle tilfelle: «Dersom det er konfliktstoff i familien, hvis vi mistenker det, eller det gjelder å forklare kompliserte og avgjørende rettigheter og plikter, brukes det tolk, men dette er forholdsvis sjelden. Vi tar derfor i realiteten sjansen på store misforståelser...»

18. Hvem fungerer mest som tolk?

Det er ulik praksis mellom kommuner/bydeler når det gjelder hvem som mest benyttes som tolk: pårørende, ansatte eller offentlig tolketjeneste. Følgende svar er fra en bydel i Oslo: «Familien brukes mest som tolk. Der det ikke er familie brukes tolk. Personalet blir brukt i daglig dialog.»

19. Har pleie- og omsorgstjenesten tilgang på offentlig godkjent tolketjeneste?

Alle har tilgang på offentlig godkjent tolk, men praktiske vansker og økonomi kan virke begrensende. Det er kommentar på at tolkene til tider ikke er skolerte nok. «Jeg har mest gode erfaringer, men det har skjedd at en tolk er litt useriøs og blander roller og ikke er helt stø på begreper og ord». Dette kan ramme både hjelpeapparat og bruker: «Mange er redde for offentlig tolk som kan komme til å sladre og baksnakke dem og se ned på familien som ikke gir dem tilstrekkelig hjelp. Denne angsten er høyst reell og velbegrunnet i en del tilfeller». De erfaringene som formidles her understreker betydningen av at de strenge krav som gjelder for språkkunnskap, rolleutforming og konfidensialitet blir fulgt opp.

20. Hvis familiemedlem/andre (ikke off. tolketj.) tolker: Hvordan virker dette?

Mange har kommentarer til spørsmålet om bruk av familiemedlemmer og andre (ikke offentlig tolketjeneste). Erfaringene er delte. De varierer fra sak til sak. Mange kommenterer at det stort sett går greitt, men sitatene nedenfor viser til dilemmaer og betydningen av skjønn og kritisk vurdering fra personalets side:

Hensyn til åpenhet og tillit

Det er ikke overveiende gunstig å bruke barn som tolk da dette kan hemme grad av åpenhet om den enkeltes situasjon. I en innledende fase vil det likevel kunne være nødvendig i oppbyggingen av et tillitsforhold.

Der det er et gjensidig trygghetsforhold fungerer det bra.

Mulige interessekonflikter

Stort sett går det greit, men det er dilemmaer der vi er usikre på hva og hvordan informasjon blir oversatt. Det kan være ulike interesser hos brukeren og familie.

... mistenker av og til at pårørende tolker til sitt eget beste (ref. omsorgslønn). Familie er aldri nøytrale. Vi er avhengig av at de som tolker har samme motiv som vi har. Det er nok ikke alltid dette stemmer, og derfor er det nok best å ikke bruke familie.

Hensyn til normer og familiedynamikk

Det kan bli sensur [dette snakker vi ikke om] og det kan være behov for å formidle/spørre om ting der det ikke er greit å gå gjennom familiedynamikk.

Redusert kontroll fra hjelpeapparatets side

Det varierer veldig. Jeg har saksbehandlet mye vedrørende omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse. Da har det fungert tålelig bra. Men jeg føler jeg har langt mindre kontroll på samtalen, hva som blir formidlet til bruker og hva bruker oppfatter, hva bruker egentlig ønsker.

Det er eksempler på at saksbehandler kan bli tilsidesatt ved at «... tolk og søker starter en diskusjon seg i mellom som ikke blir tolket videre.»

21. Er tolk til stede eller brukes tolk anonymt (pr. telefon) ? Hvordan virker dette?

Det er lite erfaring med bruk av tolk pr. telefon. «Når det blir benyttet tolk, så er han/hun alltid fysisk tilstede.»

22. Brukes andre hjelpemidler/tiltak i kommunikasjonen?

Av hjelpemidler i kommunikasjonen nevnes: tegninger og bilder, samt bruk av tegnspråk, peking, demonstrasjon og modellering. Noen viser til en forenklet ordliste, som gjerne familien er behjelpelig med å lage.

23. Hvilke andre erfaringer er høstet når det gjelder forsøk på *tilrettelegging* av tiltak for eldre flyktninger /innvandrere?

Erfaringene som meddeles er på mange plan. Nedenfor er de gruppert ut fra spørsmål om brukernes forventninger og deltakelse.

Forventninger

Det kan være en opplevelse av at det er høye forventninger til det offentlige hjelpeapparatet. «Det kan virke som om det er en holdning om at «Norge er så rikt ...»

Tiltak i forhold til rehabilitering og tilrettelegging er ikke bestandig sammenfallende med bruker/pårørendes ønsker. En kommenterer at «noen brukere kan være svært opptatt av å få tekniske hjelpemidler fremfor trening».

Ut fra religiøs og/eller kulturell bakgrunn knyttes det spesielle forventninger til kostholdet. «Når det gjelder kosthold, kan det være vanskelig å imøtekomme enkelte ønsker. Men det er aldri noe problem å unngå kost som ikke er ønsket. Pårørende har også stilt opp.»

Når det gjelder deltakelse kan det trenge mye tid for å gi informasjon og motivere eldre med minoritetsetnisk bakgrunn til å delta i aktiviteter og forebyggende arbeid. En erfaring er at de som har nettverk lettere ser ut til å finne seg til rette, mens de som er enslige ofte blir isolert p.g.a. språk.

Kommentar

Samtidig med at det her blir gitt uttrykk for at forventningene ofte er høye og annerledes når brukere med minoritetsetnisk bakgrunn ber om hjelp, er det verdt å ta i betraktning at mange synes å unnlate å be om hjelp og er usynlige for hjelpeapparatet. Det kan virke som det er en polarisering her når det gjelder «for høye» eller «for lave» forventninger. Dette kan både gjenspeile ulikheter i hva hjelperne vektlegger, og at mange brukere/potensielle brukere ikke er sosialisert til å presentere og justere sine ønsker i forhold til det tradisjonelle hjelpeapparat. Dette er også diskutert i litteratur på området (Moen 2005). Også norske brukere etterlyser ofte større fleksibilitet i hjelpeapparatet i forhold til egne/familiens behov (Ingebretsen og Solem 2002).

Ved opplegg for trening etter sykdom og bruk av hjelpemidler, vil ulike former for kulturbakgrunn virke inn på forståelse og motivasjon. I alle tilfelle trengs derfor innsats fra personalets side. I tillegg er den enkeltes nettverk og kommunikasjonsmuligheter avgjørende for deltakelse og trivsel.

24. Pårgår det diskusjoner om tilrettelegging av tiltak for eldre flyktninger/innvandrere? – Hvordan (for/mot-argumenter)?

Svar på dette spørsmålet viser til ulikheter mellom kommuner/bydeler når det gjelder diskusjoner, problematisering og praksis med tanke på tilrettelegging. Noen fastslår at det ikke foregår noen diskusjon om tilrettelegging og viser til at retningslinjene er klare: «Det skal ikke være forskjeller; tiltak styres ut i fra gjeldende lovverk og forskrifter». Andre viser til individuelle tiltak og en praksis der de er orientert mot fleksible løsninger: «Dette prøver vi å få til». «Vi har ikke annet enn individuelle tiltak foreløpig, men vi ser behov for mer systematiske tiltak da eldrebefolkningen er økende også blant innvandrere.»

I noen kommuner og bydeler formidler informantene at det pågår en aktiv diskusjon. Det kan være ulike syn på hva som er 'særbehandling', og hva som gjelder som 'individuelle hensyn'. En bydel understreket behovet for tilrettelegging og diskusjon, nettopp ut fra at «tiltak vi har skal være rettet mot alle, uavhengig av etnisitet, kjønn, religion og legning». Et slikt diskusjonstema har dreid seg om muligheten for egne tilbud i institusjon: «Det har vært snakket om (på politisk nivå) egne avdelinger for innvandrere i sykehjem. Det er like fullt, og av ulike grunner, ikke gjort mer ut av dette».

Et annet diskusjonstema gjelder konsekvensene av å fordele tilbud til eldre innvandrere i spesielle retninger:

Ja det blir diskutert. Det sees en økning i søknad om omsorgslønn for denne gruppa. Det blir ofte argumentert med at den hjelpetrengende ikke kan motta tjenester gjennom det ordinære hjelpeapparatet p.g.a. kulturelle og religiøse forskjeller. Kommunens linje er at vi følger lovverket og at det ikke er et argument for å motta omsorgslønn at den som skal motta hjelp ikke behersker språket. Grunnen til dette er at vi mener omsorgstjenesten har god kompetanse på å gi hjelp til mennesker som av forskjellig årsak ikke er i stand til verbalt å kommunisere med hjelpere. Så som kognitiv svikt, afasi, demente etc.

Dette er et tema som synes å være under debatt flere steder, men der konklusjonene kan gå i ulike retninger.

Det kan oppstå dilemmaer mellom faglige hensyn, tid og økonomiske vurderinger når det gjelder prioritering av tiltak:

Mange mener det ikke skal tilrettelegges særlig. Mener det ikke skal bli for mye særbehandling, men da må det jobbes MYE mer på informasjonssiden. Tror mange misforståelser og konflikter kommer av at det mangler informasjon og kunnskap både hos innvandrerne men også 'norskingene'. Men dette er et felt som fordrer at man er oppriktig interessert i å gjøre noe med det. For tiden er det mest snakk om hvordan klare å holde budsjettene og faglig forsvarlig minimumsnivå. Tror at det å ta stilling til eldre innvandreres behov sees som et luksusproblem og ikke en smart investering i fremtiden. Det blir stadig, sakte men sikkert flere eldre innvandrere blant våre brukere. Dette bør vi ta inn over oss og forholde oss til, tross nedgangstider.

25. Har pleie- og omsorgstjenesten kontakt med flyktningstjenesten (evt. også organisasjon for og/eller med fokus på innvandrere)?

Det er varierende praksis når det gjelder kontakt med flyktningstjenesten, for noen er det ikke aktuelt, andre har kontakt i enkelttilfeller. En bydel har kontakt med asylmottak i bydelen og i den forbindelse også UDI.

Som nevnt har noen på tidligere spørsmål kommentert at det skilles aldersmessig (under 55 år) og ut fra oppholdstid (under tre år) hvem som hører hjemme under flyktningstjenesten. I kommuner med flyktningstjeneste synes samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten å fungere forskjellig. Det kan være grunnlag for å vurdere praksis i den enkelte kommune. Det er kommentarer som viser at noen synes å ha lagt mer vekt på kontakt mellom pleie- og omsorgstjenesten og flyktningstjenesten tidligere, men at samarbeidet er redusert: «Det er ikke et uttalt prioriteringsområde i trange tider».

Utfordringer

26. Hvilke erfaringer er høstet når det gjelder hvordan personell opplever det å arbeide med eldre med ulik kulturbakgrunn?

Når det gjelder personells opplevelse av å arbeide med eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, er følgende områder hyppig nevnt:

Kommunikasjon

Det oppleves som en utfordring at det blir stillet andre krav til bl.a. kommunikasjon.

Startproblemer

Tilbakemeldingen fra personell går på at det kan være problemer i starten, men at ting 'går seg til' når man blir kjent.

Kulturkollisjoner

Eksempler her viser at kulturproblemer kan danne barrierer:

F.eks. ved at hjelpere ikke kommer inn til bruker til avtalt tid, og at det forventes at de skal komme tilbake når det passer familien.

Personalet kan være frustrert over at bruker avviser at f.eks. en mannlig hjelper kan utføre oppdrag, særlig vanskelig i helger/kvelder.

Vi har opplevd utfordringer under ramadan, da enkelte ikke vil ta medisiner, og vår arbeidstid passer dårlig i denne tiden.

Bestillingsvansker

Som tidligere nevnt kan avklaring av forventninger by på problemer. Her blir dette spesielt nevnt i forhold til brukernes bestilling.

For søknadsavdelingen kan det være vanskelig å kartlegge, vurdere behov og fatte enkeltvedtak. Kan være diffust og lite konkret. Den omsorgstrengende og familien kan si at vedkommende 'må ha hjelp til alt', dette kan samsvare lite med medisinske opplysninger.

Holdningsbearbeiding

Her er mange utfordringer, og det finnes en del stereotype holdninger. Informasjon og veiledning er nyttige redskap her!

Samtidig som det er snakk om personalets holdninger, understreker noen at brukernes holdninger også er avgjørende.

Vi tilstreber å ha en holdning som tilsier at vi ikke skal gjøre forskjell i behandling eller tenkning. Vi stiller samme krav til innvandrere som til resten av innbyggerne i forhold til forståelse for hva vi kan bidra med i vår tjeneste.

Krav til personalet

Også på dette spørsmålet er flere inne på at det er individuelle forskjeller, men at vi må ta i betraktning at noen av personalet kan vegre seg eller være usikre i forhold til de nye utfordringene.

Dette varierer fra person til person, fra innvandrer til innvandrer og fra ansatt til ansatt. Men det er en tendens til vegring fordi det nok krever

litt ekstra tid og tålmodighet. Og kanskje en ekstra 'open minded' holdning. Altså overskuddsfenomen for de fleste.

De ansatte er engstelige for å støte folk med annen kulturbakgrunn.

Andre vektlegger den positive og spennende siden av nye krav til personalet:

Det er en spennende utfordring å jobbe med mennesker med forskjellige behov. Å ivareta deres kultur og andre behov er et kontinuerlig holdningsarbeid.

Konklusjoner fra informanter i ulike kommuner/bydeler kan illustrere forskjeller i tilnærming på området. Noen er lite opptatt av temaet: «Dette er ikke et tema som har vært satt på dagsorden. Vi har pr. i dag andre brukergrupper som vi må prioritere.» Andre påpeker at de arbeider med utfordringene når det gjelder kommunikasjon, og at mange er usikre i forhold til kulturforskjeller: «Det krever spesiell skjerping, er mer krevende, utfordrende, er viktig å være åpen for læring og ha intuisjon».

27. Gi eksempler på holdninger, betydningen av kulturell sensitivitet, samspill og samspillvansker

I svarene på spørsmålet over utdypes noen av de områder som allerede er nevnt i teksten foran. Det kan ofte oppstå konflikter mellom egen kultur og hvordan det er å leve i Norge. Dette går bl.a. på å være våken i forhold til kulturforståelse og «sårbare områder» når det gjelder å be om offentlig hjelp. «I hjemlandene er det ofte slik at man skal ta seg av sine eldre slektninger, og det er ikke like lett i Norge. Mange kvinner jobber, de ønsker noe annet ut av livet. Dette kan føre til konflikter både mellom foreldre og barn, mellom ektefeller, og til personlige problemer».

- Det advares mot stereotyper og nedvurdering fra etnisk norske: «Ansatte kan ha holdninger som: De utenfra er 'kravstore', 'kommer hit og får ...', 'de bør i større grad tilpasse seg landet de bor i nå', 'utakknemlige'.»
- Samtidig blir det viktig å ta det opp til diskusjon hvis personalet føler seg støttet: De tror de har fått en tjener, de aner ikke hva en hjemmehjelp er for noe.
- Kommunikasjon er en fellesnevner ved mange av de utfordringene som nevnes. «Kommunikasjon kan være et samspillsproblem, viktig at vi tar hensyn i forhold til bluferdighet rundt hjelp til personlig

hygiene, vi prøver å vise hensyn til ønsker om en f.eks. ville ha besøk av mann eller dame.»

- En personlig kontakt i møte med andre personer er viktig. Respekt og åpenhet er viktig i samspill.
- Kan få hint om at vi diskriminerer dersom det stilles forventninger som bruker/familie ikke er enige i/ forstår.
- Kan oppleve at det «bestilles» en tjeneste og at det er dette som gjelder.
- Ansatte kan være frustrerte og slitne av negative tilbakemeldinger, manglende oppfølging av avtaler (kommer ikke inn), overbefolkede leiligheter, og vansker med å finne ting de trenger i arbeidet.

28. Hva er uløste problemer på dette området?

Selv om de temaer som nevnes som uløste problemer også går igjen på andre spørsmål, nevnes hovedpunkter i informantenes umiddelbare svar på spørsmålet:

- Kulturforskjeller, språkproblemer og dårlig tid.
- Ikke alle i helsevesenet/omsorgstjenesten har den nødvendige empati og gode holdningen. Det er viktig å snakke om fordommer. Personlige variasjoner påvirker mer enn kulturelle variasjoner.
- Åpenhet og kommunikasjon, informasjon og spørsmål som utfordrer stereotype holdninger.
- Forventningsavklaring.
- Vi løser dette etter hvert som det dukker opp, anser det ikke som noe stort problem.

29. Hvilke spørsmål / utfordringer er en hos dere spesielt opptatt av når det gjelder eldre innvandrere?

Ikke alle har gitt uttrykk for spørsmål og utfordringer en er opptatt av, og det er tydeligvis store forskjeller når det gjelder diskusjon og hvor aktuelt temaet oppleves. En av informantene etterlyser mer diskusjon og sier at «ingen er spesielt opptatt av dette pr i dag, egentlig». Eksemplene som nevnes på problemer og utfordringer en er opptatt av gjelder språk, kulturforståelse og forventningsavklaring.

Språk og kulturforståelse

- Kulturforskjeller, språkproblemer og dårlig tid kan skape misforståelser.
- Tolk kan være en utfordring, finne en tilnæringsmåte og ord som gjør at de forstår.
- Vi må sette oss inn i deres helsekultur. Vanskelig å vite hvor man skal skaffe kunnskaper fra om dette.
- Opptatt av tilrettelegging for utøvelse/praktisering av religion.
- Det kan kreve at en må forholde seg til ulike standarder for hus-hjemhygiene.

Forventningsavklaring

Det er eksempel på at personalet kan oppleve at det «bestilles» en tjeneste og at det kan være vanskelig å formidle /få forståelse for hvilke rammer hjelpeapparatet opererer innenfor.

Dersom det kommer opp noe, er det oftest der hvor innvandrere etter vårt skjønn stiller for store krav og eventuelt har for høye forventninger til hjelpen de kan få. De er ikke orientert om hvor høy terskelen for å få hjelp er. Det er kanskje problematisk når man først har tatt det skrittet å be om hjelp, og så kvalifiserer man nesten ikke!

Det blir som regel problemer når noen kun vil ha hjelp av eget kjønn og det er vanskelig å etterkomme, eller når de ikke vil ha hjelp av tradisjonelle tjenester men kun omsorgslønn til nære pårørende. Omsorgslønn er ingen pliktmessig ytelse, den henger høyt, og kommunen kan skjele til sin økonomi og tilby tradisjonelle hjemmetjenester i stedet. Noen ganger synes det også ugreit at en pårørende får uforholdsmessig stort pleieansvar og det burde vært delt med det offentlige. Språk og kultur gjør at de opplever det uaktuelt med offentlig hjelp. De får som regel avslag på f.eks. omsorgslønn, dersom behovet kunne vært dekket av tradisjonelle hjemmetjenester – tross språk og kulturbarrierer.

Kompetanse

30. Hvordan vurderes kommunens egne ressurser og kompetanse på området?

Det er ulike vurderinger av kompetanse fra «Ikke spesielt bra» eller «Kunne ha vært bedre» til «Bydelen har tilstrekkelig med ressurser og kompetanse på området.» Mange viser til at nivået varierer. Det kan være et problem å nyttiggjøre seg eksisterende ressurser: «Vi trenger mer kompetanse i pleie

og omsorg – og vi har det i andre deler av tjenesteapparatet hvis vi tar den i bruk!» Noen har satset på å gi ansatte videreutdanning i «Flerkulturell forståelse», men det kan være strukturelle hindringer for å nyttiggjøre seg erfaringene fullt ut. «Det finnes enkelte ressurspersoner, men kompetansen etterspørres forholdsvis lite, det er tidkrevende å forholde seg til, det er liksom ikke noe hett tema for tiden, det er mer snakk om budsjettammer og omorganisering.»

Ressursnivået blir nevnt som en hindring fra flere hold: «Ressursene er generelt knappe, noe som selvsagt også rammer innvandrere. Når det gjelder kompetanse, oppfattes den som relativt bra, men en sliter ofte med kommunikasjonen.» Andre steder synes problemet mer å være at de ikke har «løftet fram» området, og derfor vanskelig kan uttale seg om kompetanse og kompetansebehov: «Da vi ikke har vært spesielt opptatt av dette som et eget problemområde, er det sannsynlig at vi vil trenge noe økt kompetanse. Revideringen av «Samlet plan» har vært grundig, det er sikkert ressurspersoner i kommunen som kan mye på dette feltet, men vet ikke om de har vært spesielt opptatt av eldres vilkår.»

Vi har ingen spesiell kompetanse i tjenesten og kan heller ikke komme med noen ønskeliste for kompetanseheving. Det vil kanskje være naturlig for personalavdelingen å se på bydelens kompetansebehov.

På bakgrunn av de erfaringer kommunene har formidlet synes det aktuelt å foreslå at kommuner/bydeler vurderer kompetansesituasjonen, og hvordan ressurspersoners kompetanse kan nyttiggjøres innen pleie- og omsorgssektoren og i samarbeid mellom ulike etater (se kap 5).

31. Får den kommunale pleie- og omsorgstjenesten nødvendig veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten på dette området?

og

32. Hvordan er dette innen psykisk helsevern?

Erfaringene fra undersøkelsen tyder på at det er lite veiledning fra annenlinjetjenesten. Samtlige som har svart sier at de ikke får veiledning, to kommuner/bydeler viser spesielt til savn av psykososialt senter for flyktninger:

For en bydel med flyktningsmottak er dette spesielt merkbart: «Savner veldig Psykososialt senter for flyktninger! De jobbet svært godt og grundig, fulgte opp bruker og kommuniserte med og veiledet bydelsansatte!»

Også andre kommuner opplever dette savnet: «Nei, vi får ikke veiledning! Det er også synd at Psykososialt senter for flyktninger er nedlagt, selv om de egentlig bare skulle veilede 2. linjen som igjen skal veilede 1. linjen. Men uansett må kommunen ta fatt i området selv og ta ansvar selv, ikke skylde på svikt hos 2. linjen.»

En kommune kommenterer at det er naturlig å søke råd og samarbeid internt i kommunen: «Det naturlige for oss ville være å kontakte den kommunale flyktnings- og flyktningshelsetjenesten for veiledning.»

Når det gjelder eldre med psykiske problemer, poengterer flere informanter at dette er et viktig område: «Det er flere brukere innen psykisk helsevern som er innvandrere. Det er store utfordringer der både blant eldre og yngre». Det vises til at: «sakene innen psykisk helsevern blir håndtert på vanlig måte, selv om brukeren har innvandrerbakgrunn». Samtidig fastslås imidlertid fra flere hold at det ikke finnes nok kunnskap på dette området innen psykisk helsevern. «Det er tilbud fra DPS, men vi opplever at vi 'ute' har mer erfaring.» Selv om noen kommenterer at «omsorgstjenesten har ansatt personell med spesialutdanning innen psykisk helsevern», er dette et område det anbefales å rette økt søkelys mot. En av informantene kommenterer det slik: «I undersøkelsen skulle det gjerne vært spurt mer om psykisk helse – kanskje det kan komme i en neste undersøkelse?».

På bakgrunn av erfaringene synes det fruktbart å foreslå en tydeliggjøring av behov for veiledning og samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og a) 2. linjetjenesten og b) flyktnings- og flyktningshelsetjenesten, og rette fokus mot tilbud og tjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn som har psykiske problemer (se kapittel 5).

33. Hva savner ansatte i pleie- og omsorgstjenestene av kunnskaper når det gjelder eldre flyktninger/innvandrere?

I kartleggingen var det kunnskapsbehov om kultur og bakgrunnsopplysninger om brukerne som dominerte. «Kulturkunnskap – det gir større trygghet når en vet mer, kanskje større trygghet til å kunne tørre å spørre?» Det understrekes at gruppen av eldre med etnisk minoritetsbakgrunn er svært sammensatt, og at brukerne har svært ulike bakgrunn som skaper ulike forutsetninger for hjelpeapparatet. Også i denne sammenheng nevnes holdningsbearbeiding og kommunikasjon/bruk av tolketjeneste.

Erfaringene som ble formidlet kan munne ut i et forslag om at kunnskapsformidling rettes mot kulturforståelse, inkludert helsekultur og religion. Dette er også et ledd i holdningsbearbeiding. Dessuten bør tolke-

tjenesten vies spesiell oppmerksomhet, både når det gjelder skolering av tolker og erfaringer i samarbeid med tolk (kapittel 5).

34. Gode eksempler på erfaring med bidrag til kompetanseheving i arbeidet med eldre flyktninger/innvandrere

Som bidrag til kompetanseheving nevnes:

- Skolering i kulturforståelse, seminarvirksomhet.
- Etablering av ressursgrupper med gjensidig diskusjon.
- Veiledning.
- Prosjektarbeid som f.eks. 'medisinsk verksted'.
- Samarbeid med pårørende og personen selv, Vern for Eldre.
- Nyttiggjøre seg av informasjon som personell med minoritetsetnisk bakgrunn kan formidle.

35. Ønskeliste med tanke på kompetanseheving når det gjelder eldre flyktninger/innvandrere

- Kurs og opplæring om land/livssyn, kultur og tradisjon.
- Holdningsarbeid og forståelse for menneskeverd.
- Finne ressurspersoner i egen bydel og gi internundervisning.
- Flyktningemottak/kontor mer på banen.
- Bedre samarbeid med sosialkontoret.
- Mer kunnskap om hvordan psykisk helsevern rettet mot eldre flyktninger fungerer i Norge.
- Mer kunnskap om demens hos eldre innvandrere/flyktninger.
- Kontakt med interesse-/innvandrersorganisasjoner eller gruppen (somaliere, vietnamesere etc.) de tilhører som bidrag til kunnskap og kompetanseheving om forventninger til alderdommen.

36. Gode eksempler: «Dette fungerer hos oss»

- Informasjon til ressurspersoner i innvandremiljøet, gode erfaringer som samles på og ryktes/spres.
- Skape et miljø der eldre kan møtes og bli kjent, få snakke fortrolig om sin situasjon, bygge tillit over tid.

- Gripemulighetene når de byr seg til å skape god dialog og samarbeide med pårørende.
- Se mulighetene og være tålmodig, spre informasjon – tro på at det går seg til i en naturlig prosess, men at det må støttes litt oppunder, påskyndes litt.
- Utvikle kommunikasjonsmetodikk for å avhjelpe språkproblemer.
- Vi tilrettelegger for at spesielle behov blir ivaretatt – behovene kan være veldig forskjellige, viktig at vi er åpne for det.

Oppsummering og diskusjon

Kontakten med kommuner/bydeler hadde en viktig funksjon når det gjaldt å rette søkelyset mot spørsmål knyttet til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn innad i hjelpeapparatet. Spørsmål om lokal informasjon i forkant av arbeidsseminaret og utvelgelse av deltakere til seminaret, synes å ha bidratt til å synliggjøre aktuelle problemstillinger samt tydeliggjøre situasjonen når det gjelder kompetanse og ansvar. Samtidig er det behov for å samle mer utdypende informasjon enn det som var mulig innenfor rammen av det aktuelle prosjektet.

Informantenes svar i denne undersøkelsen kan tyde på at kommunene/bydelene er på noe «ulike steder» i forhold til hvor aktivt de forholder seg til spørsmål knyttet til pleie- og omsorgstjenestens møte med eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. Noen av forskjellene kan forstås ut fra forskjeller i informantenes egen bakgrunn og erfaring på området. Noen av svarene kommer mest fra et administrativt nivå, mens andre kommer fra nøkkelpersoner i praksisfeltet. Det kan til dels være motsetninger mellom offisiell politikk og leders engasjement og det engasjement, og den fagkunnskap som er nedfelt i deler av praksisfeltet. Det er eksempler på at dette blir påpekt som et problem, fordi en er helt avhengig av leders posisjonering i forhold til gjennomslagskraft for tiltak.

Til tross for ulikheter, visse interne spenninger og økonomiske hindringer, er det imidlertid et klart inntrykk at det mange steder foregår en bevisstgjørings- og læringsprosess. Dette er noen steder nedfelt i serviceerklæringer: «Vi viser hverandre respekt uavhengig av etnisk bakgrunn, livssyn og kjønn.»

Erfaring med et flerkulturelt personale blir nevnt som et bidrag til respekt og fleksibilitet: «Det går greit med personalet. Det er så internasjonalt blant de ansatte at de er vant til forskjeller. Det snakkes om å vise

respekt uansett bakgrunn og søke informasjon om brukerens spesielle behov og ønsker.»

Når det gjelder læring og tilvenning, har noen kommuner/bydeler kunnet høste erfaringer over mange år. «Synes det er mer alminneliggjort etter hvert som årene går, vi venner oss til utfordringene og er forberedt på dette. Noen ganger oppstår konflikter. Omsorgstjenesten kan oppleve at det er urimelige forventninger til dem».

Viktigere enn å se om en kommune/bydel rapporterer om det er problemer eller ikke, blir det derfor å vurdere tilnæringsmåter og løsninger i forhold til de spørsmål som oppstår knyttet til kommunikasjon, forventningsavklaring og usikkerhet i forhold til problemer som oppstår. Respekt må gis et innhold i hvert enkelt tilfelle. For å kunne bli trygge og åpne i nye relasjoner må personalet ha mulighet til å få kunnskap og kunne diskutere sine synspunkter og erfaringer underveis.

Det er verdt å merke seg de sammensatte problemer som fordrer både spesifikk fagkunnskap, kulturforståelse og ikke minst tilbud ved psykiske, psykosomatiske og psykososiale problemer. Det synes å være et stort behov for veiledning, oppbygging av nærhet og tillit over tid for evt. å kunne motivere til endring av livsstil, komme ut av isolasjon og ta opp vanskelige situasjoner.

Familien vil i mange tilfelle stå fram som et alternativ til og som et godt supplement til hjelpeapparatet. Familienettverket kan også på ulike måter representere en utfordring i forhold til hjelpeapparatet, dels ved at forestillinger om «tette familienettverk» slår til når det gjelder at noen unndrar seg omsorg de trenger, dels ved at arbeidsforholdene for hjelpeapparatet blir «tette» i forhold til pårørende, med mange å forholde seg til og mulige interessekonflikter. I noen tilfelle gir hjelperne også uttrykk for bekymring for om den eldre blir tilstrekkelig ivaretatt og/eller utsatt for vold i familien. Det blir også vist til brudd på stereotype holdninger om familienettverket ved at informantene i økende grad opplever eldre fra etniske minoritetsgrupper som har liten eller ingen støtte fra familie eller andre. Sammen med økningen i antall eldre med etnisk minoritetsbakgrunn vil disse endringene i familiemønstre kunne bidra til økt behov for pleie- og omsorgstjenester.

4 Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn – oppsummering og diskusjon

Reidun Ingebretsen

Bakgrunn

Eldre med bakgrunn som innvandrere og flyktninger vil i økende grad forventes å bli henvist til ulike deler av helse- og omsorgstjenestene her i landet. For videre planlegging og for å kunne forholde seg til de utfordringer personell i omsorgstjenestene opplever, blir det viktig å kunne kartlegge hvilke konsekvenser økningen i en flerkulturell eldrebefolkning får for det kommunale hjelpeapparatet og hvordan en er i stand til møte disse utfordringene. Utgangspunkt for dette prosjektet var behov for mer kunnskap om hvordan kommunene tilrettelegger tjenester for eldre flyktninger og innvandrere og hvilke behov for hjelp kommunene har for å få det til. Det ble inngått en avtale mellom Sosial- og helsedirektoratet og NOVA om et samarbeid om prosjektet: «Kartlegging av pleie og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn». Prosjektet var opprinnelig planlagt som en mer utdypende kartlegging av situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten. Sosial- og helsedirektoratet ønsket imidlertid å vektlegge et arbeidsseminar som kilde til informasjonsinnhenting. I denne sammenheng er det derfor kun foretatt en enkel kartlegging i forkant av arbeidsseminaret. En vurderer oppfølging med en fase to av prosjektet.

Målsetting

Målsettingen i prosjektet var å samle kunnskap om situasjonen på dette feltet og synliggjøre erfaringer som kan være til nytte for utviklingen av tjenestetilbudet. En ønsket å samle erfaringer fra kommuner/bydeler der en antok at hjelpeapparatet hadde kontakt med eldre med ulik kulturbakgrunn og fra ulike opprinnelsesland.

Utvalg

Utvelgelsen av kommuner skjedde på bakgrunn av registerdata fra SSB. Vi valgte ut kommuner og bydeler med mer enn 200 personer over 60 år med ikke-vestlig minoritetsetnisk bakgrunn. Dette gjaldt ved registreringstidspunktet (31.12.03) i de sju kommunene: Fredrikstad, Bærum, Drammen, Kristiansand, Trondheim, Stavanger og Bergen, samt i ti bydeler i Oslo: Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene, Bjerke, Grorud, Stovner, Alna, Nordstrand S, Østensjø og Frogner.

Metodiske tilnærminger og formidlingsmåter

De aktuelle kommunene/bydelene ble kontaktet med spørsmål om erfaringer med eldre innvandrere/flyktninger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og med invitasjon til et arbeidsseminar. Det var telefonkontakt med ansvarlige for pleie- og omsorgstjenesten, og det ble sendt et spørreskjema pr. e-post. Det ble purret en gang. Det kom svar fra 14 av de 17 kommunene/bydelene. Besvarelsene varierte i detaljeringsnivå og med hensyn til hvor mange av spørsmålene som ble besvart. Ansvarlige fra pleie- og omsorgssektoren har også forholdt seg til forespørselen på ulike måter ved at noen har svart selv, noen har samlet og koordinert informasjon fra ulike enheter, og andre har videreformidlet forespørselen til én eller flere enhetsledere og/eller sentrale medarbeidere på feltet. Informasjonen kommer fra ulike nivåer i administrasjonen/hjelpeapparatet. Det er mange enheter involvert, og flere understreker at de ikke kan svare for hele kommunen/bydelen. Innen tidsrammen for undersøkelsen (tre mnd.) var det ikke mulig å utdype erfaringene gjennom grundige intervjuer med sentrale nøkkelpersoner. Data fra undersøkelsen kan derfor ikke betraktes som fullstendig informasjon om situasjonen i kommunene, men resultatene slik de fremkom er presentert i kapittel 3.

Arbeidsseminar

Også erfaringer og synspunkter fra deltakerne på arbeidsseminaret må forstås på bakgrunn av den enkeltes ståsted. Deltakerne ble imidlertid 'håndplukket' av kommunene/bydelene ut fra den 'bestilling' som lå i invitasjonen til seminaret: «Vi ber om at kommune-/bydelsadministrasjonen gjør denne invitasjonen kjent blant de aktuelle fagpersonene som kan ha kunnskap og erfaring fra dette arbeidet ...»

Invitasjon til arbeidsseminaret ble sendt fra Sosial- og helsedirektoratet og minnet om gjennom henvendelser fra NOVA. En fikk inntrykk av at de fleste kommunene som deltok la vekt på å sende deltakere som var interesserte og hadde erfaring på feltet. Ikke alle aktuelle kommuner og bydeler var imidlertid representert. Noen var forhindret fra å komme, mens de øvrige unnlot å gi begrunnelser.

Arbeidsseminaret som ble arrangert 22/11-04, hadde i alt 27 deltakere. Av disse representerte 16 personer i alt 12 kommuner/bydeler. En fyldig presentasjon med program og utdrag fra innlegg, er presentert i vedlegg 1. Referat fra gruppediskusjon og deltakernes tilbakemelding fra seminaret er vist i vedlegg 2.

Kombinasjonen av NOVAs kontakt med kommuner/bydeler og invitasjonen til arbeidsseminaret fra Sosial- og helsedirektoratet synes å ha hatt en viktig funksjon når det gjaldt å rette søkelyset mot spørsmål knyttet til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn innad i hjelpeapparatet. Spørsmål om lokal informasjon i forkant av arbeidsseminaret og spørsmålet om utvelgelse av deltakere til seminaret, synes å ha bidratt til å synliggjøre aktuelle problemstillinger, samt tydeliggjøre situasjonen m.h.t. kompetanse og ressurspersoner.

Samlet sett synes derfor denne kombinasjonen av kartlegging og arbeidsseminar å ha bidratt til å få frem sentrale og aktuelle temaer hva angår kommunenes ressurser og behov når det gjelder pleie- og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn.

Siden foreløpige resultater skulle presenteres på arbeidsseminaret, var begrunnelsen for svarfrist og purring gitt, slik at dette kan ha bidratt til at såvidt mange som 82 % av de kommunene vi henvendte oss til svarte på skjemaet. Arbeidsseminaret kan dermed ha motivert for å svare (og svare forholdsvis raskt) på kartleggingen. Motsatt kan spørsmål om erfaringer i egen kommune/bydel ha minnet om temaets aktualitet og stimulert interessen for seminardeltakelse. «Spørsmålene og vår diskusjon har gitt oss inspirasjon og motivasjon til å søke ytterligere kunnskap om tema.» Tidsknapphet har imidlertid bidratt til at mange kommuner/bydeler ikke har kunnet gi oversikter over sine brukere og svare detaljert på spørsmål om erfaringer i forhold til brukere med minoritetsetnisk bakgrunn.

Evalueringen av seminaret var god. Seminaret synes å ha fungert som en stimulans ved at det rettet søkelyset mot et viktig felt, der personell noen steder kan føle seg alene med sine erfaringer og sitt engasjement. Det er imidlertid NOVAs vurdering at arbeidsseminarer av denne typen ikke kan forventes å være et hovedverktøy for informasjonsinnhenting på området. I

forslag til oppfølging fra prosjektet anbefales derfor både arbeidsseminarer og videre studier.

Erfaringsformidling

I rapporten er resultater fra forhåndskartleggingen, gruppediskusjon på arbeidsseminaret og tilbakemelding i etterkant beskrevet hver for seg med utgangspunkt i de spørsmål som ble stilt. Selv om vinklingen til spørsmålene er forskjellige for disse tre tilnærmingene, blir mange av temaene gjentatt. Nedenfor er derfor de sentrale erfaringene samlet temamessig ved at svarene fra kartleggingen sees i forhold til diskusjoner og tilbakemeldinger fra arbeidsseminaret.

Sentrale funn

Tallmaterialet viser at det bare er de største kommunene her i landet som har over 200 eldre med ikke-vestlig minoritetsetnisk bakgrunn. Oslo skiller seg ut med mange ikke-vestlige eldre innvandrere; og særlig mange med pakistansk opprinnelse. Det er til dels ulike befolkningsgrupper som dominerer i ulike kommuner. Kjønn- og alderssammensetningen i den eldre innvandrerbefolkningen er annerledes enn i den øvrige norske befolkningen ved at det er relativt færre kvinner og «eldre eldre». Dette kan ha konsekvenser for behovet for pleie- og omsorgstjenester, men en må være oppmerksom på at både kulturelle og helsemessige forskjeller kan medføre at behov for hjelp kan melde seg blant «yngre eldre» og på andre måter enn det vi er vant til i den etnisk norske befolkningen. For den enkelte kommune/bydel kan det være en utfordring å møte de aktuelle og kommende behov i pleie- og omsorgstjenesten også i tilfelle der det dreier seg om et lite antall brukere.

De aktuelle kommuner/bydeler har i liten grad tallfestet andelen brukere med minoritetsetnisk bakgrunn i pleie- og omsorgstjenesten. Selv i vårt utvalg der alle kommuner/bydeler har et minimum av 200 personer over 60 år med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn, er det stor variasjon når det gjelder hvor mye og hva slags erfaring som finnes. Noen kommuner/bydeler har en flerkulturell befolkning og viser til et stort spekter av både brukere og ansatte innen pleie- og omsorgstjenesten. Andre har erfaring med få personer eller få grupper av innvandrere/flyktninger. Denne variasjonen vil være enda større hvis en tar for seg alle landets kommuner. Det kan være ulike utfordringer i større byer sammenlignet med andre kommunetyper. I

prinsippet kan imidlertid alle norske kommuner og bydeler få spørsmål om pleie- og omsorgstjenester til mennesker som kommer til landet fra alle verdenshjørner, mennesker med ulik bakgrunn, ulik botid i landet og med ulike forutsetninger for å kjenne norsk kultur og eldreomsorg. I dette prosjektet var det mange som påpekte at spørsmål om eldre med etnisk minoritetsbakgrunn blir stadig mer aktuelle i årene som kommer. Også de som ikke kjenner utfordringene så konkret fra sitt ståsted i hjelpeapparatet, viser i mange tilfelle til interesse for å lære av erfaringer som er høstet så langt.

Sentrale temaer som går igjen både i kartleggingen før arbeidsseminaret, diskusjoner underveis og tilbakemelding etter seminaret blir diskutert nedenfor. Dette gjelder:

1. informasjon, språk og kommunikasjon
2. spørsmål om forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester, og
3. opplæring, samarbeidsforhold og veiledning til personell

Informasjon, språk og kommunikasjon

De fleste viser til at tjenestetilbudet gjøres kjent gjennom vanlige kanaler i hjelpeapparatet og at de ikke har noe eget informasjonsmaterieell eller strategi for formidling av informasjon til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Det er i liten grad utarbeidet informasjonsmaterieell på ulike språk. Mye er basert på muntlig informasjon fra ulike ledd i hjelpeapparatet, og av hva som fanges opp i den enkeltes nettverk. Det vises til kommunens/bydelens nettsteder, men også her må en regne med språklige og kulturelle barrierer.

Sentrale punkter i det videre arbeidet gjelder spørsmål om (sentral) informasjonsformidling på ulike språk og lokal og muntlig formidling til eldre og gjennom familie, organisasjoner og øvrig nettverk. I den enkelte kommune/bydel blir det avgjørende hvordan dette informasjonsarbeidet organiseres og koordineres, og i hvilken grad en kan satse på forebyggende arbeid med tidlig formidling av helseopplysning og informasjon om tjenester.

På arbeidsseminaret ble det oppfordret til samarbeid innad i hjelpeapparatet og i forhold til andre instanser i kommunen. Leger har en sentral posisjon når det gjelder informasjon. Det er også viktig å nå pårørende med informasjon og etablere en «systematisk jungeltelegraf» når det gjelder helseopplysning og informasjon om tjenester.

Språklig er det store variasjoner m.h.t. norskkunnskapene blant de aktuelle brukerne. Generelt vises det til store språkproblemer. En erfaring er likevel at det synes lettere å be om hjelp for de som kan litt norsk. Både språk og

kjennskap til norsk kultur kan bidra til at terskelen for hjelpsøking blir lavere.

På landsbasis må vi ta i betraktning at det er store variasjoner med hensyn til hvor store og sammensatte grupper av brukere med minoritets-etnisk bakgrunn det er snakk om. Noen kommuner/bydeler får stadig nytt tilsig og endringer i befolkningen med minoritetsetnisk bakgrunn. Andre har mer etablerte grupper av innvandrere som kom for mange år siden. I sistnevnte tilfelle kan noen ha den oppfatning at språkproblemene er «forbigående» fordi andre generasjon lærer seg norsk. Selv om ulikheter i befolkningen slik den er i dag skaper ulike betingelser for hjelpeapparatet, kan imidlertid ingen betrakte disse spørsmålene som «forbigående». Innvandrerbefolkningen vokser mest her i landet. I 2002 stod den for tre fire-deler av den totale befolkningstilveksten (Østby 2004). I praksis må derfor alle kommuner være forberedt på at det stadig kan komme nye grupper og individer med etnisk minoritetsbakgrunn, slik at en må være rustet til å forholde seg til brukere som ikke snakker norsk. En spesiell utfordring kan gjelde ved mottak av asylsøkere og flyktninger med tanke på psykososiale problemer (jfr. St.meld. nr. 49 (2003–2004, s. 76)).

Det er store variasjoner mellom kommuner og bydeler med hensyn til hvilke språk og kulturer som er representert i pleie- og omsorgstjenestens personell. Noen kommuner er mer 'flerkulturelle' i den forstand at de har et vidt spekter av språk- og kulturkunnskap representert i personalgruppen og nyttiggjør seg det i forbindelse med hjemmebesøk, informasjon, tolking og 'kulturoversettelse'. Det blir påpekt at det å ha ansatte med minoritetsetnisk bakgrunn kan bidra til økt forståelse og kunnskap hos «norskingene». Dette kan gjøre personalgruppen bedre rustet til å møte språklige og kulturelle utfordringer. Også når det gjelder eldre fra ulike etniske minoriteter, må en imidlertid benytte andre kriterier enn 'språk' ved beslutningen om hvem som skal hjelpe hvem. Konflikter og redsel for ryktespredning innad i minoritetsgruppen gjør at noen brukere reserverer seg i forhold til hjelpere med samme språk. Dessuten er det viktig at også personell med norsk bakgrunn får erfaring med å kommunisere med brukere fra andre kulturer. I tillegg til tolk er enkle ordlister, tegninger, bilder, tegnspråk, peking, demonstrasjon og modellering hjelpemidler i den praktiske hverdagen.

Erfaringer på dette området viser for øvrig til betydningen av å benytte de muligheter som finnes til å lære kulturforståelse og -toleranse innad i personalgruppene, og å rette søkelyset også mot forståelse og kommunikasjon i møtet mellom personell med minoritetsetnisk bakgrunn og norske brukere. Det krever både språklig og kulturell forståelse å gjøre tjenestene

tilgjengelige for nye brukergrupper. Både nordisk og internasjonal litteratur viser til at transkulturelt personale kan bidra til å øke personalets kulturkompetanse (De Santis 1997, Århus kommune 2002).

Tolk/tolking

Alle kommuner/bydeler har tilgang på offentlig godkjent tolketjeneste, men praktiske vansker og økonomi kan begrense bruken. Tolk brukes mest til kartlegging for behandling av søknader, for å forklare rettigheter og plikter og ved starten av tjenesteytingen. Ikke alle brukere ønsker tolk. Selv ved offentlig godkjent tolketjeneste kan de som nevnt, være engstelige og vise til negative erfaringer når det gjelder brudd på taushetsplikt. Det er noe ulik praksis mellom kommuner/bydeler når det gjelder tolketjenesten. Et hovedinntrykk er at en i pleie- og omsorgstjenestene i stor grad bruker familien til hjelp med tolking der det er mulig, at en benytter tolketjenesten i spesielle tilfeller, og ellers stort sett er avhengig av hvordan personalet kan forstå og gjøre seg forstått.

Når det gjelder bruk av familiemedlemmer til tolking, er erfaringene delte. Flere kommenterer at det stort sett går greitt, men oppfordrer til å vurdere dette kritisk i hver sak. Det er avhengig av gjensidig tillit. En skal være oppmerksom på hvordan familiens normer for hva 'man snakker om' kan prege oversettelsen. Personell kan oppleve redusert kontroll med tanke på hva som viderefremmes. Et av forslagene på arbeidsseminaret gjaldt økt satsing på tolketjenesten, og at den kan benyttes ved behov uten å måtte tenke på kostnadene for kommunen.

Forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester

Et viktig spørsmål er hvordan tjenestene gjøres tilgjengelige for brukerne med minoritetsetnisk bakgrunn. Erfaringene viser at tjenesteapparatet stort sett er avhengig av direkte henvendelse fra brukere selv, pårørende eller samarbeidspartnere innen helse- og sosialsektoren for å få kjennskap til behovene. Noen vektlegger informasjon og oppfølging i forbindelse med forebyggende arbeid gjennom eldresentre og eldreveileder, men ellers er en stort sett henvist til vanlig saksbehandling.

Det kan være problemer med avklaringer av brukernes forventninger til tjenestene. Dels har dette å gjøre med mangelfull informasjon og språkproblemer. Dels har det å gjøre med at hjelpeapparatet ofte kommer sent inn i bildet. En vanlig erfaring er at familien hjelper så lenge de kan. Hvis de kommer til et punkt hvor de ikke klarer mer, kan forventningene til hjelpe-

apparatet være så store at de er vanskelige å imøtekomme fra hjemmetjenestene. Samtidig kan de kulturelle og religiøse forutsetningene gjøre det vanskelig å godta tilbud om opphold i institusjon (jfr. Moen 2002b).

De problemer som er nevnt med forventningsavklaring i hjemmetjenesten gjelder hvilke oppgaver tjenesten skal omfatte og samspillet mellom bruker og hjelper når det gjelder kontroll over tidspunkter, hvilken hjelper som skal komme og gjensidig respekt. Det blir understreket at det ofte går greit og at det er personavhengig. De problemer som oppstår kan i stor grad tilskrives mangel på informasjon.

Det kan også bli et misforhold mellom brukernes og hjelpeapparatets forventninger når det gjelder rehabilitering og egenaktivitet (mosjon, diett etc.). Erfaringer fra forebyggende arbeid viser at tilrettelegging med tid til å bygge relasjoner, forstå kulturbakgrunn og oppfølging over tid er viktig for å opprettholde motivasjon. Det er viktig å kunne se sykdomsforståelse i et kulturelt perspektiv (jfr. Kleinman & Good 1985; Ingestad & Whyte 1995, Valen Sendstad (i denne rapporten)). Dette gjelder også ved spesielle ønsker og forholdsregler med hensyn til kosthold. I alle tilfelle trengs innsats fra personalets side.

Hjelperne kan komme opp i situasjoner der de opplever brudd på egne forventninger i forhold til sine vante rutiner for samspill og avtaler. Et eksempel kan f.eks. være at innvandrere prioriterer en reise til hjemlandet fremfor kontinuitet i et behandlingsopplegg.

Selv om det kan oppstå frustrasjoner, vektlegger mange i hjelpeapparatet kulturmøter og lærdom en høster i praksis som utviklende og som bidrag til fleksibilitet i tilnæringsmåter. Det er interessant å merke seg at de som har hatt erfaring med eldre innvandrere en stund, ofte understreker at det kan utvikles gode samarbeidsforhold. Dette begrunnes både med at hjelpernes erfaring øker, og at flere brukergrupper og deres familier får økt erfaring med det norske samfunnet. Da det på landsbasis vil kunne dreie seg om stadig nye grupper med minoritetsetnisk bakgrunn, er det verdt å ivareta og videreformidle erfaring på området fra de kommuner og bydeler som har mest erfaring. Samtidig er det som nevnt viktig å være åpen for de store innbyrdes forskjellene mellom ulike grupper og individer.

En konklusjon som kan trekkes på bakgrunn av erfaringer fra prosjektet så langt, er at temaer som kommunikasjon, avklaring av brukernes og hjelpernes forventninger og erfaringer med både fruktbare tilnæringsmåter og eventuelle kulturkollisjoner bør bli gjenstand for videre utdyping gjennom forskning og følges opp med undervisning, diskusjoner og veiledning i praksisfeltet. Her er det inspirasjon å hente fra internasjonale og nordiske

prosjekter (jfr. Ekblad 1996, Larsen 2000, Wallace et al. 1996, Moon 1998, Emami, Torres, Lipson, Ekman 2000, Heikkila og Ekman 2003, Mortensen 2003, Bygholm 2004).

Erfaringer som er formidlet fra pleie- og omsorgstjenesten kan tyde på en viss polarisering av forventningene. På den ene side kan det eksistere for lave forventninger fra eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, ved at mange er usynlige for hjelpeapparatet. På den annen side rapporteres det i noen tilfelle om at det blir stilt «for høye» forventninger i forhold til de rammer tjenestene har. Dette kan skyldes ulike forhold. Det kan være lokale variasjoner. Svarene kan gjenspeile ulikheter i hva hjelperne vektlegger og at brukergruppene er sammensatte. Så lenge ikke folk kjenner tjenestetilbudet er de rimeligvis avventende. Når de så får kjenneskap til «velferdsstatens goder» gjennom mer og mindre grundig informasjon, er ikke nødvendigvis ønskene tilpasset tilbudene. Som eksempel nevnes at noen kan ha fått en forestilling om at omsorgslønn er noe man kan leve av. Et råd som formidles fra informanter i undersøkelsen er derfor at fastlegene og andre i hjelpeapparatet legger vekt på å informere om tilbud på en slik måte at det ikke skapes urealistiske forventninger. En må regne med at brukere/potensielle brukere ikke uten videre er sosialisert til å presentere og justere sine ønsker i forhold til det tradisjonelle hjelpeapparatet. Noen opererer kanskje mer med modeller som er hentet fra familieomsorg. Samtidig må en regne med at det er en brytningstid også for tradisjonell familieomsorg. Danske erfaringer viser at eldre flyktninger og innvandrere i økende grad søker offentlig hjelp. Hjemmehjelp kan være et viktig bidrag til tilfredshet blant eldre med minoritetsetnisk bakgrunn (Bygholm 2004).

Gapet mellom forventninger og tilbud vil kunne gjøre seg ekstra sterkt gjeldende når brukere kommer i kontakt med hjelpeapparatet først når de opplever behovene er så store at de trenger hjelp med «alt». Det er verdt å merke seg at også norske brukere kan etterlyse mer fleksibilitet i tjenestene i forhold til egne behov. Derfor kan runder med forventningsavklaring være nyttige både for brukere, hjelpere og selve tjenestetilbudet.

Tilrettelegging av tjenester

Det synes å være store ulikheter mellom kommuner/bydeler når det gjelder diskusjoner, problematisering og praksis med tanke på tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Noen viser til lovverket som begrunnelse for at det ikke skal legges opp til «forskjellsbehandling», mens andre viser til betydningen av individuell til-

rettelegging og fleksible tilbud nettopp for at brukerne med ulik kultur- bakgrunn skal kunne få et godt tilbud.

I kommuner og bydeler vi har vært i kontakt med kan det være ulike syn representert når det gjelder hva som er 'særbehandling', og hva som gjelder som 'individuelle hensyn'. Dette kan være et aktuelt tema både med tanke på forebyggende arbeid, hjemmetjenester og institusjonstilbud. Når det gjelder de spesielle tilbud som gis, er særlig *omsorgslønn* gjenstand for diskusjon. Flere viser til at dette er en tjeneste som i økende grad blir etterspurt. Det trengs ofte mer informasjon og klargjøring av hva tjenesten innebærer. Det er ikke nok å formidle at et tilbud finnes. Det kan trengs en grundigere innføring i tilbudets muligheter og begrensninger. Selv om en respekterer ønsket om hjelp fra familien og har fokus på brukerens språk, kultur og religion, understrekes det at en faglig vurdering må omfatte også andre sider av brukerens behov. En må vurdere brukerens situasjon i familien; i hvilken grad familien kan ivareta omsorgsoppgavene på en god måte eller om det evt. er risiko for omsorgssvikt. En vurdering kan gå ut på at det trengs andre former for kompetanse og tilbud i tillegg til familiens innsats. Det blir påpekt at språkproblemer ikke i seg selv bør være noen hindring for innsats fra pleie- og omsorgstjenesten, siden en nettopp der har utviklet god kompetanse i å gi hjelp til mennesker som av forskjellig årsak ikke er i stand til verbalt å kommunisere med hjelper.

En erfaring som formidles er at hjelpeapparatet har lettere for å følge opp ved økende omsorgsbehov når det er etablert kontakt med brukerne relativt tidlig. I noen tilfeller kan bruk av omsorgslønn til pårørende medføre at både bruker og den pårørende bli svært isolert, og det blir problemer med å yte nødvendig faglig hjelp når det trengs.

Også hensynet til og vurdering av familiehjelperes situasjon kommer inn i bildet. Som for andre brukergrupper dreier det seg ofte om vekting av ulike kriterier for tildeling av hjelp. Denne diskusjonen og spørsmål om hvordan man skal informere om og tilby tjenester på måter som virker inkluderende, er aktuelle temaer på dagsorden i pleie- og omsorgstjenestene.

Tilrettelegging av tjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, enten det dreier seg om bevisste valg eller en profilering av tjenester som bare «blir sånn» underveis, bør sees i forhold til aktuell debatt om inkludering eller integrering eller segregering av nye befolkningsgrupper. Etter seminaret ble det etterlyst en offentlig diskusjon på hva vi i denne sammenheng legger i begrepet *integrering*.

Et dilemma som ble beskrevet gjaldt nettopp omsorgslønn:

Vi mener å registrere at enkelte minoritetsgrupper prioriterer å søke om omsorgslønn fremfor andre avlastningstiltak hyppigere enn andre grupper. Dette kan tolkes som et uttrykk for integrering (tilpasning til det norske samfunnet) men det kan også ses som et uttrykk for *segregering* der man isolerer seg i sin egen kultur. Det kan også tenkes at unge (kvinnelige) familiemedlemmer blir bundet til pleie- og omsorgsoppgaver i hjemmet, som kan komme i veien for deltakelse i utdanning og arbeidsliv, noe som på sikt vil minske mulighetene for integrering. I hvor stor grad skal slike vurderinger inngå i en vurdering av søknad om omsorgslønn? – Her trengs en klarere offentlig målsetting. Når vi har det, kan det enkelte tjenestested utvikle sine rutiner. Da vil de kunne utvikle tiltak som er tilpasset brukere, pårørende og ansatte.

I den offentlige debatt blir det ofte fastslått at alle skal ha rett til de samme tjenester. I de senere årene har likestilling og like muligheter blitt mer vektlagt enn likhet. I stedet for likhet kan vektlegging av like muligheter bety retten til ulikhet. I den nye Stortingsmelding som omhandler «Mangfold gjennom inkludering og deltakelse» i et flerkulturelt samfunn (St.meld 49 (2003–2004)) blir begrepene integrering, segregering og assimilering diskutert. Begrepene brukes om innvandrerbefolkningens ulike tilpasninger til det norske samfunn.

Begrepet *integrering* betegner målet om likestilling gjennom like muligheter, rettigheter og plikter til deltakelse for alle, uansett opprinnelse (St.meld. nr. 17 (1996–97):9) Assimilering vil si å bli lik majoritetsbefolkningen ved å gi avkall på egen etnisk identitet og tilhørighet. Mens integrering signaliserer at innvandrere innen visse rammer kan føre videre kulturell og religiøs egenart, er tiltak med sikte på å presse innvandrere eller andre minoriteter til å gi opp særpreg for å bli mest mulig lik majoriteten, er eksempler på assimileringspolitik (ibid). Segregering innebærer fysisk eller sosial atskillelse og det blir liten kontakt mellom ulike sosiale og etniske miljøer. Det blir presisert i St.meld. nr. 49 (2003–2004) at regjeringen ikke ønsker et slikt samfunn (ibid: 29).

I St.meld. nr. 49 (2003–2004) diskuteres forskjellige betydninger av integrering. Den ene hovedbetydningen omhandler metode – integreringsprosessen. Den andre betydningen dreier seg om integrering som mål. Men begrepene gir ulike assosiasjoner og betydninger (ibid.:28.). Presisering av begrepene er vanskelig, og inkludering blir delvis brukt som erstatning for «integrering». Inkludering benyttes også som det motsatte av ekskludering. Videre står det skrevet: «Den som oppfordrer til inkludering, sier indirekte at noen har et ansvar for å få det til. Noen må åpne og invitere inn. Regjeringen

mener at ansvaret normalt hviler på majoriteten, eller dem som har makt til å lukke ute, eller ta dem inn (ibid.:30).

Som nevnt innledningsvis er det eksempler fra Sverige på spesielt tilpassede tjenester for ulike grupper av eldre innvandrere som italienere og syrere (Ponzio 1996), finner, grekere og jøder (Ronström 1996) og irakere (Emami et al. 2000). Erfaringer fra Danmark viser at inkludering kan innebefatte tilnærminger som forebyggende hjemmebesøk, rådgivning og bruk av tospråklig personell (Larsen 2000, Århus kommune 2002, 2003).

Også her i landet må det tas høyde for at eldre mennesker har ulike behov og ønsker avhengig av tilhørighet til ulike etniske grupper (inter-etnisk), men også som følge av individuelle tilpasninger innen egen etnisk gruppe (intra-etnisk). Derfor må fokus være både på kollektive og individuelle tilpasninger. Noen kulturelle trekk vil for eksempel gjelde alle muslimer, mens noen vil gjelde for enkelte muslimer. I tillegg til kulturkunnskaper om de ulike eldres bakgrunn, er det også nødvendig å få informasjon om hva eldre har av individuelle ønsker og behov. Den omfattende og kompliserte debatten om segregering, integrering og assimilering, kan kortfattet oppsummeres med at for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn vil alle tre tilpasninger være aktuelle alt etter deres tilknytning og tilhørighet til egen etnisk gruppe og majoritetssamfunnet.

I stortingsmeldingen (St.meld. nr. 49 (2003–2004)) blir det poengtert at det er fare for at folk snakker forbi hverandre, dersom målene for integrering ikke er presise og etterprøvbare (s. 28). Ifølge meldingen er det «en utfordring å lage mål som er realiserbare i den forstand at de tar hensyn til at det er store variasjoner i målgruppens utgangspunkt.» (s. 28). Folk kan delta ulikt innen ulike områder, de kan være ulikt «integrert» i ulike sammenhenger. «Det er en del av retten til å velge annerledes.» (s. 28). Regjeringens mål er «et inkluderende samfunn uten sosial utstøting, marginalisering og ulikhet i muligheter. Inkludering forutsetter samtidig villighet til å delta.» (ibid.:30). Som nevnt ovenfor kan dette imidlertid gå på tvers av en del eldre menneskers behov og ønsker for en viss segregering, der tilbaketrekking fra majoritetssamfunnet, kontakt med familieliv og eget etnisk nettverk oppleves som en «god alderdom» (jfr. Moen 2002a).

Når begrepene integrering og segregering benyttes om tilrettelegging av offentlige omsorgstjenester for eldre innvandrere, forbinder vi det ofte med særtiltak. I noen sammenhenger der det er mulig ut fra brukergrunnlaget, kan særtiltak som *segregerte tilbud* til eldre være en løsning. Et eksempel på et slikt tilbud kan være egne sykehjem for urdu/punjabi-talende muslimer. I større byer kan dette eventuelt la seg gjøre. *Integrerte tilbud* vil

kunne være en avdeling i et sykehjem, der eldre som snakker urdu/punjabi samles. *Assimilerte tilbud* vil da dreie seg om forventninger til at minoritetsetniske eldre kan benytte majoritetens tilbud uten særtiltak som skaper kulturell og religiøs kontinuitet og tilknytning for de eldre.

Utfordringen er ikke å lage en kokebok for tilnærming til ulike grupper av eldre innvandrere. Sammen med kunnskap om ulike etniske minoriteter, fordres individuell tilrettelegging. Kultur, forventning og omsorg er sentrale begrep og «ulike løsninger er veien til helheten».

I tillegg til at omsorgstjenestene sees i lys av løpende sosialpolitisk debatt i forhold til integrering, understrekes betydningen av at økonomiske hensyn ikke må gå foran de faglige vurderingene. «Det blir stadig, sakte, men sikkert flere eldre innvandrere blant våre brukere. Dette bør vi ta inn over oss og forholde oss til, tross nedgangstider», mener en kommunalt ansatt.

Opplæring og veiledning av personell

Erfaringene som er formidlet i forbindelse med kartlegging og arbeidsseminar kan tyde på at kommunene/bydelene er på noe «ulike steder» i forhold til hvor aktivt de forholder seg til spørsmål knyttet til pleie- og omsorgstjenestens møte med eldre med etnisk minoritetsbakgrunn. Selv om alle kommunene hadde minst 200 personer over 60 år med ikke-vestlig etnisk minoritetsbakgrunn, er erfaringsgrunnet forskjellig. De erfaringene som har blitt formidlet, kan også være preget av at de kommer fra ulike nivåer i organisasjonen. Det kan til dels være motsetninger mellom offisiell politikk, leders engasjement og det engasjement og den fagkunnskap som er nedfelt i deler av praksisfeltet. Til tross for ulikheter, visse interne spenninger og økonomiske hindringer, er det et klart inntrykk at det mange steder foregår en bevisstgjørings- og læringsprosess. I erfaringer fra praksis blir kontakt med flerkulturelt personale nevnt som et bidrag til respekt og utvikling av fleksibilitet. I noen kommuner er snakk om en alminneliggjøring av situasjonen der en har blitt vant til utfordringene og er forberedt på å møte stadig nye brukergrupper, mens andre er mer i startgropa.

For alle blir det viktig å vurdere tilnæringsmåter og løsninger i forhold til de spørsmål som oppstår knyttet til kommunikasjon, forventningsavklaring og usikkerhet i forhold til problemer som oppstår. Respekt må gis et innhold i samspillet mellom bruker og hjelpeapparat i hvert enkelt tilfelle. For å kunne bli trygge og åpne i nye relasjoner må personalet ha mulighet til å få kunnskap og kunne diskutere sine synspunkter og erfaringer underveis.

I pleie- og omsorgstjenesten synes det i fortsettelsen å være viktig å ivareta personalets behov for kunnskap, mulighet til å diskutere erfaringer

og få veiledning. Der det er høstet erfaring med personer med minoritets-etnisk bakgrunn i flyktningetjenesten eller andre etater i kommunen, kan det være nyttig å diskutere erfaringer på tvers av brukernes alder og på tvers av personalets tilknytning til ulike enheter.

Som eksempel til inspirasjon i dette arbeidet kan nevnes et dansk informasjonsmateriale om eldre etniske minoriteter som et samarbeidsområde i kommuner og i samarbeid med organisasjoner. Barrierer og løsningsmuligheter blir diskutert (Kommunenes Landsforening 2002). Det er også laget et temahefte om kommunenes informasjon til eldre flyktninger og innvandrere (Larsen 2000). Se også svensk litteratur om kulturmøter i omsorgsarbeid (bl.a. Magnússon 2002, Silva og Ljungquist 2003).

På arbeidsseminaret ble det uttrykt behov for undervisning og diskusjon om temaer knyttet direkte til de praktiske utfordringene som pleie- og omsorgstjenestene har i forhold til informasjonsformidling, kommunikasjon og organisering av tjenester. Det ble uttrykt ønske om både teoretisk fagkunnskap og mulighet til å drøfte praktiske erfaringer med utgangspunkt i ansattes, brukeres og pårørendes opplevelse av situasjonen. Her synes det viktig at ulike kommuner/bydeler får mulighet til å lære av hverandres erfaringer. Arbeidsseminarer kan videre fungere som stemningsrapporter for utviklingen av feltet.

Anbefalinger til kommunenivå på bakgrunn av prosjektet går ut på at de foretar en vurdering av kompetansesituasjonen og hvordan ressurspersoners kompetanse kan nyttiggjøres innen pleie- og omsorgssektoren og i samarbeid mellom ulike etater; at de tilbyr undervisning og vier tolketjeneste spesiell oppmerksomhet. I tillegg anbefales å tydeliggjøre behov for veiledning og samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og andrelinjetjenesten og flyktningtjenesten når det gjelder tilbud om hjelp med psykiske problemer til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn.

Som det blir poengtert i den svenske utredningen som er nevnt i innledningen (SOU 2003:91), er det også her i landet behov for å fortsette å rette oppmerksomheten mot språk, helse, diskriminering, behov for kulturelt fellesskap og mangel på kunnskap i forhold til eldre innvandrere. I pleie- og omsorgstjenestene er det viktig å skape en språklig plattform det er mulig å bygge videre på, men en må i tillegg arbeide for en bredere forståelse av den enkeltes bakgrunn og livssituasjon.

I St.meld. nr. 45 (2002–2003) og St.meld. nr. 49 (2003–2004) vises det til betydningen av fleksible og individuelle løsninger for å kunne møte utfordringene og imøtekomme nye brukergrupper av eldre.

5 Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn – forslag til tiltak

Reidun Ingebretsen

Forslagene i rapporten bygger på erfaringer og innspill under kartlegging av kommunenes ressurser og behov og erfaringer formidlet på arbeidsseminaret. Forslagene stiles til Sosial- og helsedirektoratet som oppdragsgiver, men initiativ og tiltak vil kunne foregå på ulike nivåer. Noen forslag er mest relevante for direktoratet, mens andre peker spesielt på innsats i kommunene.

Statlig oppfølging, forskning og undervisning

Ressursgruppe

Sosial- og helsedirektoratet bør knytte til seg og delta i en ressursgruppe med representanter fra forskningsmiljø, universitet/høgskoler og fra hjelpeapparatet i kommuner med erfaring fra pleie- og omsorgstjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Det er allerede etablert et samarbeid mellom NAKMI (Nasjonalt Kompetansesenter for minoritetshelse), NOVA, Høgskolen i Gjøvik og andre miljøer på området. De nevnte instanser var med i dette prosjektets referansegruppe. Referansegruppen representerte ulike fagområder og miljøer og kan evt. danne stammen og sikre kontinuiteten i en slik ressursgruppe. Gruppens mandat blir å bidra til å opprettholde fokus på feltet, følge utviklingen, inspirere til videre forskning og til registrering og formidling av nye erfaringer. Gruppen kan fungere som referansegruppe for nye prosjekter og formidling når det gjelder pleie- og omsorgstjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn.

Nordisk samarbeid

Det foreslås å satse på nordisk samarbeid. Nordisk litteratursøk og kontakt med kjente forskere/praktikere på feltet kan danne utgangspunkt for studiereiser, nettverksbygging og prosjektsamarbeid med sentrale personer og miljøer i de øvrige nordiske land, kanskje særlig Sverige og Danmark (Se litteraturliste for referanser fra nordiske land). Også internasjonale kontakter er under etablering.

Forskning

I videre forskning er det behov for mer kunnskap om sentrale spørsmål knyttet til:

- a) Forebyggende arbeid, tilrettelegging av informasjon og veiledning
- b) Samarbeid mellom hjelpeapparat og flergenerasjonsfamilier når det gjelder ulike former for hjelpebehov i eldre år. En vil spesielt nevne hjelpebehov ved demens og psykiske problemer. Samarbeidet mellom første- og annenlinjetjenesten er også et sentralt tema.
- c) Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn; spesielt deres forventninger til og møte med pleie- og omsorgstjenesten og systematisering av erfaringer fra pleie- og omsorgstjenesten.

Det foreslås at direktoratet vurderer å sette av øremerkede midler for å stimulere til forskning og forsøksvirksomhet på området. Som et første skritt i videre forskning på feltet foreslås en oppfølging, fase to av prosjektet «Kartlegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn», der en på bakgrunn av den kartlegging som er foretatt, kan nyttiggjøre seg det kontaktnett som er etablert i første del av prosjektet til nærmere studier av omsorgstjenestens erfaringer. Ikke minst vil dette kunne gjelde i forhold til eldre innvandrere med demens og psykiske problemer som kan forventes å være ekstra sårbare i møtet med hjelpeapparatet. Mye av det som kom frem i forbindelse med arbeidsseminaret er mer generelle betraktninger. Fase to av prosjektet kan presentere og drøfte eksempler og konkrete erfaringer fra praksis i forhold til tjenestenes målsetting og kvalitetskrav. NOVA anbefaler en videre oppfølging.

Handlingsplan

Den forskning som foreligger og utvikles i løpet av de nærmeste årene kan vurderes som grunnlag for en sentral handlingsplan.

Satsing på kurs og kompetanseheving sentralt

Det foreslåes en oppfølging gjennom et nytt arbeidsseminar om ca to år. Aktuelle temaer er bl.a.:

1. Kunnskap om områder som kan være tabubelagte innen enkelte minoritetsgrupper (kreft, demens, psykiatri) og forventninger i forhold til sykdom og pleie- og omsorgstjenester. Hvordan takle dette i praksis?

2. Kommunikasjon – hvordan komme i dialog og nå ut til eldrebefolkningen med informasjon/forebyggende kunnskaper?
3. Hvordan bør pleie- og omsorgstjenester tilrettelegges med tanke på inkludering av eldre med minoritetsetnisk bakgrunn i og utenfor institusjoner?
4. Arbeidseminaret kan ivareta noe av det behovet som har kommet til uttrykk når det gjelder kunnskap, erfaringsutveksling og stimulans. Ved å legge opp til fokusgrupper, vil arbeidsseminaret også bedre kunne sikre informasjon om status og aktuelle problemstillinger enn ved bruk av tradisjonelt gruppearbeid.

Nasjonal nettbasert infobank

Som grunnlag for en sentral nettbasert infobank om pleie- og omsorgstjenester for eldre, foreslås det å foreta en nærmere kartlegging av hva som gjøres i andre nordiske land og i land som Tyskland, Nederland og England når det gjelder nettbasert informasjon på ulike språk. Målet er å tilby en service der en kan velge hvilke språk en vil søke finne informasjon om tjenestene på. En slik tjeneste må kunne ajourføres og evt. fungere interaktivt.

Oppfølging av registerdata

For å følge utviklingen av potensielle brukere av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, og for å lette planleggingen både på statlig og kommunalt nivå, foreslås et samarbeid med SSB når det gjelder jevnlig registreringer på kommune/bydelsnivå av antall eldre med minoritetsetnisk bakgrunn i ulike deler av landet, også med tanke på prognoser for deres behov for pleie- og omsorgstjenester.

Utdanningsbehov

Som et virkemiddel i forhold til å møte de eksisterende og økende utfordringene i pleie- og omsorgstjenesten foreslås økt satsing på studietilbud på høyskolenivå når det gjelder vektlegging av temaer som 'flerkulturelt helsearbeid blant eldre' og 'aldring og etnisitet'.

Tolketjeneste

Prosjektet pekte på flere momenter når det gjelder tolketjenesten, tilgjengelighet, skoloring av tolker og kostnader. En bør vurdere refusjonsordninger for kommuner som har store utgifter til tolk, slik at ikke økonomiske hensyn hindrer bruk og skaper unødige misforståelser.

Samarbeid med organisasjoner

Det foreslås økt samarbeid mellom norske interesseorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner når det gjelder informasjon og sykdomsforebyggende tiltak overfor eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Dette samarbeidet vil kunne foregå både sentralt og lokalt. En bør også vurdere samarbeid mellom disse organisasjonene og offentlige tjenester. Dette kan f.eks. gjelde kurs og informasjon ved ulike former for funksjonssvikt, sansetap og vanlige sykdommer i eldre år.

Forslag beregnet på kommunene

Oversikt over befolkning og brukere med minoritetsetnisk bakgrunn

Kommuner/bydeler anbefales å følge utviklingen av befolkningen, potensielle brukere og brukere av omsorgstjenesten nøye med tanke på å møte utviklingen og planlegge tjenestetilbudet også for eldre med etnisk minoritetsbakgrunn (jfr. St.meld. nr. 49 (2003–2004, s. 120.)

Informasjon til brukere og pårørende

Viktige områder for informasjon til brukere og pårørende gjelder forebygging av helseproblemer og orientering om tjenestetilbudet; rettigheter, frivillighet og hvor en skal henvende seg.

Møtesteder

Både med tanke på informasjon, kontakt og forebyggende helsearbeid er det viktig å vurdere hvilke naturlige møteplasser for eldre som finnes lokalt og hvordan eldresentre og andre møteplasser er tilgjengelige for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Også for eldre kan språkundervisning danne et viktig utgangspunkt for informasjon og kontakt.

Kompetansesituasjonen

De enkelte kommuner/bydeler vurderer sin kompetansesituasjonen når det gjelder tjenester til eldre med etnisk minoritetsbakgrunn og tar stilling til mulige tiltak, bl.a. med hensyn til hvordan ressurspersoners kompetanse kan nyttiggjøres innen pleie- og omsorgssektoren og i samarbeid mellom ulike etater.

Kurs og kunnskapsformidling

Kommunene anbefales å holde kurs og kunnskapsformidling med tanke på kulturforståelse, kommunikasjon, forventningsavklaring og informasjonsformidling til ulike brukergrupper.

Veiledning

Kommunene anbefales å tydeliggjøre behov for veiledning og samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og a) annenlinjetjenesten og b) flyktninge- og flyktningehelsetjenesten, og herunder rette fokus mot tilbud og tjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn som har psykiske problemer.

Samarbeid

Det foreslås fokus på samarbeid mellom de kommunale pleie- og omsorgstjenester og sosialkontor, trygdekontor, fastleger, flyktningkontor, Vern for eldre, og innvandrersorganisasjoner. Der hvor konsentrasjonen av folk med minoritetsetnisk bakgrunn er stor, bør det vurderes å utarbeide en handlingsplan.

Tolketjeneste

Tolketjeneste vies spesiell oppmerksomhet, både når det gjelder hvordan den brukes og erfaringer i samarbeid med familiene.

Vedlegg 1: Program og seminarinnlegg¹

Program – Arbeidsseminar Pleie- og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetetnisk bakgrunn

TID: Mandag 22. november 2004

STED: Scandic hotell Edderkoppen. St Olavs plass 1

- Kl 10.00–10.15 Åpning og innledning ved Sosial- og helsedirektoratet
v/ avdelingsdirektør **Øystein Olsen**, Avdeling for kommunale tjenester
- Kl 10.15–10.30 Personer med etnisk minoritetsbakgrunn. Hvem er de, hvor bor de, hvor gamle er de? v/ forsker **Tor Inge Romøren**, NOVA
- Kl 10.30–11.00 Flerkulturell sykepleie. En kartlegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med ikke vestlig innvandrerbakgrunn i en middels stor norsk by, v/ **Bente Thyli**, Høyskolelektor/ stipendiat, høyskolen i Gjøvik
- Kl 11.15–12.15 Ansvar og omsorg for minoritetsetniske eldre,
v/ forsker **Björg Moen**, NOVA
«Jeg trives godt, men» Mangfold i sykehjem,
v/**Meenakshi Johar**, avdelingsleder Grünerløkka sykehjem, Oslo
Personer med minoritetsetniske bakgrunn og utvikling av demens,
v/overlege **Arnhild Valen-Sendstad**, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Diskusjon
- Kl 13.00–13.15 Innledning til gruppearbeid om tema: Gode pleie- og omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn, hva har vi, hva er behovet, v/ forsker **Reidun Ingebretsen**, NOVA
- Kl 13.30–14.30 Gruppearbeid
- Kl 14.30–15.30 Fremlegg i plenum
Diskusjon
Oppsummering, veien videre

¹ Innleggene fra arbeidsseminaret følger i den rekkefølge de ble presentert. For Tor Inge Romørens innlegg se kapittel 2, og for Reidun Ingebretsens innlegg se kapittel 3.

ÅPNING OG INNLEDNING

v/avdelingsdirektør Øystein Olsen
Sosial- og helsedirektoratet,
avdeling for kommunale velferdstjenester

Velkommen!

Dere som er tilstede i dag er ikke tilfeldige utvalgte fra tilfeldige kommuner, men representerer kommuner som vi har henvendt oss til med forespørsel om å dele de erfaringer dere har med oss om pleie- og omsorgstjenester til personer med minoritetetnisk bakgrunn. Vi ønsker kunnskap fra dere om hva som finnes og hva det er behov for.

Kunnskapen på dette området er ikke stor her i Norge i og med at vi ikke har hatt innvandring over lenge tid. Forskningen fra land med lang tradisjon på innvandring viser at personer har valgt å reise tilbake til sitt opprinnelige hjemland i alderdommen. Denne tendensen er av mange årsaker i ferd med å snu og vi må være forberedt på at pleie- og omsorgstjenestene står ovenfor nye utfordringer. Jeg antar at vi vil ha mye å lære av andre lands erfaringer, men først og fremst skal vi medvirke til at de erfaringer som finnes i kommuner og bydeler kommer fram.

Om oppdraget

I St.meld. nr. 45 (2002–2003) «Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene» som ble behandlet i Stortinget denne våren står det at Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å «settje i gang ei kartlegging av ressursar og behov i kommunane når det gjeld tilrettelegging av pleie- og omsorgstenester til minoriteter».

I stortingsmeldingen heter det «Fleksible og individuelle løsninger er det viktigste svaret på utfordringene vi står ovenfor når vi skal utforme omsorgstilbudet i et moderne samfunn. Et slikt grep krever blant annet:

- Tjenestetilbud ut fra behov og uavhengig av bosted
- Individuelle planer og spesifiserte enkeltvedtak
- Harmonisering av helse- og sosiallovgivningen».

Avtale mellom Regjeringen og KS

- sørge for å bedre kvaliteten og etablere enklere ordninger i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten
- gi innbyggerne pleie- og omsorgstjenester i nødvendig omfang og med forsvarlig og god kvalitet
- utvikle tjenestene videre slik at de blir mest mulig brukerrettet, effektive og omstillingsdyktige
- lokalt basert kvalitetsarbeid
- individbaserte tjenester
- aktiv medvirkning fra brukere og ansatte
- sterkere fokus på valgfrihet og opplevd kvalitet

Vi kan også vise til St.meld. nr. 49 fra Kommunale og regionaldepartementet (2003–2004) «Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Ansvar og frihet» hvor pleie- og omsorgstjenester tas opp som et tema.

I Kvalitetsforskriften for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene av 01.07.2003 står det:

§ 1 Formål:

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

§ 2 Virkeområde:

Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres.

En tjeneste av god kvalitet beskrives i Nasjonal strategi for utvikling av kvalitet i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli» følgende:

Tjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge
- involverer brukene og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Konkretisering av oppgaven

Sosial- og helsedirektoratet har store oppgaver i å medvirke til kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenestens generelt og Avdeling for kommunale velferdstjenester har ansvar i pleie- og omsorgstjenesten spesielt.

Pleie- og omsorgstjenester omfatter som dere kjenner til alle eldre i befolkningen, barn foreldre og eldre og skal gis uavhengig av diagnose, kultur eller religion.

Dette arbeidsseminaret retter oppmerksomheten mot kommuners erfaringer med eldre personer med minoritetetnisk bakgrunn og deres behov for pleie- og omsorgstjenester.

- Hvilke utfordringer innebærer det å yte pleie- og omsorgstjenester til denne delen av befolkningen
- Hvilke erfaringer har kommunene
- Hvilke tiltak bør iverksettes på lokalt og statlig nivå for å kunne øke kvaliteten i tjenestetilbudet.

Ut fra data fra Statistisk Sentralbyrå er det 17 kommuner og bydeler som har et større antall personer over 60 år med minoritetsetnisk bakgrunn boende i sin kommune.

Direktoratet har inngått et samarbeid med forskningsinstituttet NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) ved forskerne Reidun Ingebretsen og Tor Inge Romøren om å gjennomføre prosjektet. På bakgrunn av intervjuer med fagfolk i kommunene, innspill og drøftinger på blant annet på dette seminaret vil det bli skrevet en rapport.

Avslutning

Jeg ønsker dere lykke til med denne dagen og håper på mange nyttig innspill som vi kan bygge videre på. Utfordringene er mange, men dere som har skoen på vet best hvor den trykker og kan gi de beste rådene.

«Helse og omsorg i lokalsamfunnet i et flerkulturelt perspektiv med fokus på omsorgsformer for eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn»

Bente Thyli

Doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Gjøvik,
avdeling for helsefag

Økende kulturelt mangfold og ulike levemåter i det norske samfunnet utfordrer måten vi utformer helsetjenestene på.

Forskningsprosjektet «Helse og omsorg i lokalsamfunnet i et flerkulturelt perspektiv med fokus på omsorgsformer for eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn» (2003–2006) er innrettet mot sykepleietjenesten i en middels stor norsk kommune. Prosjektets hensikt er å utvikle kunnskap om flerkulturell sykepleie med fokus på utfordringer innen tilpasning og tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre pasienter med ulik bakgrunn og levemåter

Prosjektet omfatter en innledningsvis kartlegging av omfang, innhold og organisering av offentlige pleie- og omsorgstjenester til eldre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn bosatt i kommunen. Studien vil også belyse sykepleieres praksiserfaringer i forhold til et stadig økende antall kultur-møter i yrkessituasjonen. Fokus vil imidlertid være på eldre personer fra ikke-vestlige opprinnelsesland, og deres opplevelser av aldring, mestring og livskvalitet knyttet til behov for pleie- og omsorgstjenester ved stigende alder og økt sykdomsbelastning.

Det vil bli publisert arbeider fra prosjektet senere. Det er mulig å henvende seg for nærmere opplysninger til: bente.thyli@hig.no

Björg Moen, NOVA

Kulturelt og religiøst mangfold i eldrebefolkningen er en utfordring for eldreomsorgen i årene fremover. Sykehjem og andre omsorgstilbud er i dag tilrettelagt for eldre som har norsk etnisk bakgrunn. Dersom offentlige og private tjenester og tilbud skal kunne bidra til en god alderdom for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn, fordrer dette justeringer og endringer i dagens velferdstjenester. Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn er en ganske ny kategori eldre. Foreløpig møter vi få eldre med minoritetsetnisk bakgrunn i omsorgssektoren. En forklaring kan være at Norge har en ung innvandrer- og flyktningebefolkning. En del eldre bor også sammen med ektefeller eller familiemedlemmer som sørger for sine eldre. Men innvandrerbefolkningen eldes og familistrukturer endres. Mange eldre har eller vil få behov for omsorgstjenester.

Eldre innvandrere i Norge

Det er særlig tre tilnærminger som peker seg ut i forsøket på å forstå minoritetsetniske Eldres hverdagsliv i Norge; Det er perspektiver som setter søke-lyset på 1) migrasjon og translokal eller transnasjonal tilpasning, 2) forskjeller i menns og kvinners hverdagsliv og 3) generasjonsrelasjoner.

Migrasjon og translokal tilpasning

De fleste mennesker med pakistansk bakgrunn har kommet via *kjedemigrasjon* fra samme områder i Pakistan. Arbeidsmigranter i Norge skaffet arbeid og bolig for familiemedlemmer i Pakistan, som igjen skaffet arbeid til andre på hjemstedet. De kan derfor ha tette nettverk av familier og slekt i Norge. Dette er et migrasjonsmønster en for det meste finner med utgangspunkt i landsbyer. Folk fra større byer har ofte ikke tilsvarende tette familienettverk, og har måttet opparbeid seg nettverk i Norge. Gjennom reiser til Pakistan og besøk fra slektninger i Pakistan, telefonsamtaler og via internett opprettholder eldre nær kontakt til hjemstedet i Pakistan. Dersom de er

² Innlegget er et utdrag fra Moens artikkel i: Randi Nord, Grethe Eilertsen, Torhild Bjerkheim (red.) (2005). *Eldre i en brytningstid*. Gyldendal akademiske.

pensjonister eller ikke lengre deltar i arbeidslivet har de anledning til å tilbringe lengre perioder i hjemlandet. De har hva vi kan kalle en *translokal tilpasning*; de forholder seg til ett sted i Pakistan og ett i Norge (Danielsen, Moen og Helset 2004). Noen har bygget hus der, eller de bor hos slektninger. Helse, økonomi og trygderegler i Norge gir muligheter for et translokalt liv, men det setter også noen begrensninger for hvor lenge og hvor ofte de kan reise til Pakistan. En del ønsker å bosette seg i Pakistan på sine eldre dager, men barn og barnebarn knytter dem til Norge.

Gjennom ekteskap med personer fra hjemlandet, familiebesøk, forretningsforetak, husbygging og deltakelse i ritualer som brylluper og begravelser, opprettholdes kontakten til familie og venner på hjemstedet i Pakistan. *Transnasjonal tilpasning* styrker båndene til familie og venner i hjemlandet, og vil kunne underbygge etnisk tilhørighet og identitet. Eldre med pakistansk bakgrunn kan derfor tilbringe en tid hos en sønn i Tyskland, for deretter å bo en periode hos en datter i England.

Hjemreiser til Pakistan er viktig for eldre av mange grunner, og helsemessige årsaker er det mange som nevner. Flere hevder at i Pakistan blir de kvitt muskelsmerter, og får generelt bedre helse. De blir kvitt mange plager når de får sol og varme, og opplever sosialt samvær med familie og venner. Men enkelte opplever også at de blir sykere i Pakistan på grunn av klimaet. Et godt liv forbindes likevel med hjemstedet i Pakistan. En eldre mann beskriver det gode liv slik: Når jeg er i Pakistan ber jeg fem ganger om dagen i moskeen, fordi moskeen ligger rett utenfor der jeg bor. Og hele familien kommer dit. Da treffer vi hverandre og vi snakker sammen. Det er et godt liv,» sier den eldre pakistanske mannen.

Pakistanske eldre gir uttrykk for at det viktigste i alderdommen er «familien og Koranen». Mange ber fem ganger om dagen, de besøker moskeer, de leser Koranen, diskuterer islam, og de ber for det neste livet. Mange eldre, spesielt kvinner, har opplevd uønskede brudd med hjemlandet. De lever med savn og hjemlengsel og hva vi kan kalle kulturelle tap. Det beste livet får de innenfor en pakistansk kulturell og religiøs ramme i Norge og i Pakistan med kjente vaner og tradisjoner.

Myth of return er et begrep som har vært forbundet med migrasjon; det er myten eller drømmen om å reise tilbake. Folk som utvandret hadde tanker om å være noen år i utlandet, tjene penger for så å reise tilbake. For de fleste ble det ikke slik. Drømmen om å reise tilbake har fulgt mange utvandrere gjennom deres voksne liv og inn i alderdommen, for så å bli realisert først når de dør. Omtrent alle pakistanske eldre blir begravd på hjemstedet i Pakistan. I Oslo har enkelte begravelserbyråer spesialisert seg på

hjemsendelse av kister. Det er også opprettet begravelserfond i pakistanske nettverk der folk sparer penger. Pengene kan benyttes til hjemsendelse og begravelse i hjemlandet. Begravelserfondene er ofte knyttet til slektskapsgrupper, men også moskeer har slike fond (Døving 2000).

Ønske om å begraves i hjemlandet kan tolkes som uttrykk for en transnasjonal tilpasning og tilhørighet til hjemstedet. Den engelske antropologen Pnina Werbner beskriver hvilken betydning begravelseritualer har i en migrasjonskontekst. Hun hevder at et tegn på at folk har slått seg til i motakerlandet er at de gravlegger sine familiemedlemmer der. Begravelsesstedet konstituerer kanskje det mest betydningsfulle symbolske uttrykk for migranters holdning til dere opphold i England (ibid.). Når pakistanske eldre fortsatt ønsker å begraves i hjemlandet, forteller dette at de sannsynligvis aldri slo seg helt til i Norge.

Kvinner og menns eldrelev

Mange menn har hatt tungt arbeid, ofte flere jobber, liten fritid fordi de foretrakk å jobbe og tjene mest mulig penger. En del snakker dårlig norsk fordi de har jobbet på steder der det var mange med pakistansk bakgrunn. De har heller ikke hatt tid til å gå på norskkurs. Når de faller ut av arbeidslivet, får de vansker med å skaffe seg ny jobb. Dessuten har de fått helseproblemer som gjør at de ikke kan påta seg tungt, manuelt arbeid lengre.

En eldre pakistansk mann forteller at han måtte slutte i sitt arbeid da han var rundt 50 år. Han fikk arbeidsledighetstrygd, deretter sosialtrygd i tillegg til uførepensjon. Han ønsker arbeid, men kan ikke fortsette å gjøre tungt arbeid på grunn av ryggskader. Han forteller at dette er en vanlig karriere blant mange av hans jevnaldrende. De blir deprimerte fordi de har lite å gjøre, men finner ikke arbeid. Arbeidsmigranter kom til Norge for å tjene penger, og de hadde et håp om å bli velstående. Mange har fått en bedre materiell standard enn de ville fått i hjemlandet. Enkelte ble velstående, men en del har lave inntekter og er økonomisk avhengig av familiemedlemmer eller offentlige stønader (Moen 2002a).

Mange eldre kvinner i pakistanske familier i Norge ser det som sitt privilegium å være fri for arbeidsoppgaver; Det er de yngres tur til å overta. Den eldre kvinnen etterser og sørger for at de yngre gjennomfører arbeidsoppgaver. Dette er deres privilegium etter å ha sørget for ektemann, barn, svigerforeldre og andre familiemedlemmer i mange år. Et eldrelev med valgfrie arbeidsoppgaver oppfattes som en verdig alderdom i mange pakistanske familier i Norge. En eldre pakistansk kvinne forteller om sin

hverdag. Hun bor sammen med ektemannen i en boligblokk i Oslo. Hennes fem voksne barn med familier bor i atskilte leiligheter i samme blokk. Hver dag besøker hun alle familiene – hun går fra leilighet til leilighet for å forsikre seg om at alle har det bra. Hun har ingen arbeidsoppgaver, men holder øye med at barn får nok mat osv. Besøkene tar det meste av hennes dag. Dette er kanskje det nærmeste en kommer et landsbyliv i hjemlandet. Hennes svigersønn beskriver henne som en kvinne med mye omsorg. I norske familier vil dette sannsynligvis bli betraktet som utidig innblanding i voksne barns familieliv.

Men eldrollerollen – og spesielt eldre kvinners rolle – er i endring i den pakistanske storfamilien. Mange eldre er ikke lengre kun mottakere av omsorg og tjenester fra familiemedlemmer, de bidrar også selv dersom de har helse til det. De deltar med arbeidsoppgaver i hjemmet, og de må ta seg av barnebarn når foreldre arbeider eller er under utdanning. Enkelte eldre kan få mye å gjøre og tilbringer mye tid alene i løpet av dagen. Å komme seg ut av huset kan by på vanskeligheter.

Mange pakistanske eldre lever i samsvar med purdah-tradisjoner. Det vil blant annet si at de praktiserer kjønnssegregering, som legger føringer på kvinners bevegelsesmuligheter utenfor hjemmet og deres atferd i forhold til fremmede menn (Mandelbaum 1993, Weiss 1994, Watson 1994). Dette kan bidra til at eldre kvinner har liten kontakt med majoritetssamfunnet, og de får derfor vansker med å klare seg utenfor familien. Hvordan kvinner og menn forholder seg til kjønnssegregering og purdah-tradisjoner kan variere. Religiøs tilknytning kan virke inn, i tillegg til kulturelle vaner og tradisjoner. Kvinner som et helt liv har levd i samsvar med purdah-tradisjoner, kan få vansker med å tilpasse seg omsorgstilbud som ikke tar høyde for dette. Kvinner som har arbeidet utenfor hjemmet hele sitt voksne liv inntil pensjonsalder, vil sannsynligvis ikke ha samme behov for spesielt tilrettelagte omsorgstjenester.

Familiene har det vi kan kalle et «pakistansk liv» i hjemmet. De bruker pakistanske klær, spiser pakistansk mat med enkelte norske innslag, ser pakistanske og indiske filmer og mange får inn pakistansk TV-kanal. På veggene henger bryllupsbilder av deres barn, bilder av barnebarn, moskeer og kalligrafi fra Koranen. Selv eldre kvinner som har arbeidet utenfor hjemmet og hatt nær tilknytning til majoritetssamfunnet, har et «pakistansk liv» i hjemmet, familien og det sosiale nettverk. Familiemedlemmene kan likevel ha ulik grad av tilknytning til majoritetssamfunnet og også til Pakistan. Eldre kvinner har ofte liten kontakt med majoritetssamfunnet, kanskje kun gjennom helsetjenester. En del eldre kvinner har utdanning og

har arbeidet hele sitt voksne liv, og fortsetter å arbeide inntil pensjonsalder. Eldre menn som ikke lenger er i arbeid kan også ha liten kontakt med majoritetssamfunnet, men deltar mer i livet utenfor hjemmet, blant annet i moskeer og i innvandrersorganisasjoner. I en og samme familie kan det derfor være hva vi kan betegne ulike kulturelle generasjoner, med ulike sosialiseringshistorier (Rudie 2001).

Generasjonskontrakten

Samholdet i den pakistanske flergenerasjonsfamilien ser fortsatt ut for å være tett, selv om en del eldre og yngre bor hver for seg. Tall fra SSB (Folke- og bolig tellingen 2001) viser også at rundt 60 prosent av pakistanske familier har fem medlemmer eller flere som bor sammen. Vi kan ikke lese ut av statistikken om det gjelder flere generasjoner, eller om det er kjernefamilier med tre eller flere barn. Mine erfaringer fra pakistanske nettverk er at mange familier består av tre generasjoner. Jeg har også kontakt med flere familier der det bor opptil fire generasjoner i samme hudhold.

En eldre pakistansk kvinne uttrykker mange eldres forventninger når hun sier: «Hos oss bor voksne barn hjemme og barn lærer fra de eldre at skal ta seg av dem. Foreldrene gir omsorg til sine barn, og barna må gi omsorg til foreldrene. Det er gjensidighet i omsorgen.» Eldre jeg har intervjuet i tidligere undersøkelser (Moen 1993, Moen 2002a) uttrykker forventninger til at deres barn påtar seg ansvaret for dem i alderdommen. Flere nevner at spesielt dersom de blir syke trenger de hjelp fra sine familiemedlemmer. Yngre i familien forteller at deres foreldre tok vare på dem da de var små og hjelpeløse, derfor er det deres ansvar å ta vare på foreldrene når de blir gamle og hjelpeløse.

Omsorg for eldre i pakistanske familier understøttes av religiøse påbud. Eldre har en sterk posisjon i islam, og forventninger til omsorg for eldre har en solid forankring i den pakistanske familien. Det forbindes med skam å ikke påta seg dette ansvaret, og det får konsekvenser for familiens ære (Shaw 2000). Ideer om ære og skam har klar forankring i pakistansk familielev, og det knyttes sterke følelsesmessige reaksjoner til atferd som innebærer skam. Dette understreker hvor vanskelig det kan være for mellomgenerasjonen å ikke mestre omsorgen for sine gamle foreldre.

Enkelte av kvinnene som kommer fra Pakistan begynner å sette spørsmålstegn ved plikten til omsorg for eldre. Ikke alle aksepterer å ta omsorgen for svigerforeldre, dersom familierelasjonene for eksempel er konfliktfylte. Trangbodddhet kan være en annen årsak til at folk flytter fra hverandre. Lave

inntekter kan være en årsak til at flere generasjoner velger å bo sammen, men det kan også bidra til at familiemedlemmer bor hver for seg.

Offentlig omsorg

Når familieomsorgen endres, øker behovet for offentlige tjenester. Hjemmebaserte tjenester kan være en godt hjelpetiltak for eldre med minoritetsbakgrunn. Kulturell og religiøs kontinuitet synes å være spesielt viktig for eldre. Dette kan per i dag best skje i den pakistanske familien. Hjemmetjenestene kan bidra til at de eldre kan fortsette å bo hjemme og opprettholde en «pakistansk livsstil». Dette forutsetter at familiemedlemmer påtar seg en del omsorgsoppgaver. Mange arbeidsoppgaver kan falle på yngre i familien. Hjemmearbeidende kvinner kan risikere å få omsorgsansvar både for barn og eldre. Avlastning i form av offentlige tjenester kan da være en løsning for å klare dette.

I en av Oslos bydeler er det kommet frem en løsning som både familien og sykehjemmet kan akseptere. En eldre mann er sterkt hjelpetrengende, han må ha hjelp til å spise, kle seg og har mistet taleevnen. Han bor tre uker på sykehjem, og tre uker hjemme. Når han er hjemme blir han pleiet av sin kone, og får også hjelp fra sin sønn og svigerdatter som bor sammen med dem. Hjemmetjenestene kommer hver dag og hjelper han i seng. Hans kone er svært sliten etter å ha pleiet han i lengre tid, men hun kommer seg litt de tre ukene han er på sykehjem. Bydelen ønsker at han skal bo kontinuerlig på sykehjem, men det ønsker ikke konen. Hun vil selv ta omsorgen for han, selv om det gir henne helseproblemer. Sykehjem og hjemmetjenester er imidlertid løsninger som gjør at han fortsatt kan bo hjemme i perioder (Moen 2003).

I tilfeller der familiemedlemmer påtar seg ansvaret for eldre hjelpetrengende, kan omsorgslønn være et alternativ til hjemmehjelptjenester. Når kvinner likevel er hjemmearbeidende, kan omsorgslønn være et godt bidrag til familiens økonomi. Men kvinner kan risikere at familiemedlemmer legger press på henne for at hun skal motta omsorgslønn. Dette kan bli en ytterligere belastning for kvinner, som allerede kan ha en stressende hverdag. En annen side ved omsorgslønn, er at eldre ikke får den profesjonelle oppfølgingen de har behov for. Familiemedlemmer har kanskje ikke tilstrekkelige kunnskaper om omsorgsbehov, utover daglig stell av den eldre.

Integrering eller segregering i offentlig omsorg

Integrering eller segregering er et tema som til stadighet dukker opp i sammenheng med tilrettelegging av offentlige tiltak og tjenester. Dette gjelder for eldrecentre så vel som for sykehjem og andre tilbud. Det kan synes som om segregering er en god løsning i mange sammenhenger. En trygg forankring i eget miljø kan bidra til ønske om integrering. Manglende språkkunnskaper er en barriere for å etablere flerkulturelle miljøer. Å være sammen med folk som har samme språklige, kulturelle og religiøse bakgrunn er vesentlig for mange eldre. En hverdag uten å kunne snakke med noen, oppleves som svært tyngende. Savn og hjemlengsel blir tydeligere og ensomhetsfølelse forsterkes. Dette kan få konsekvenser både for den psykiske og fysiske helsen. Spesielt mennesker som ikke kan lese har behov for andre de kan snakke med.

For mange pakistanske eldre kan egne avdelinger i etablerte sykehjem og med tospråklig personale være en god løsning. Dette skulle kunne la seg gjøre der konsentrasjonen av folk med innvandrerbakgrunn er tett. Eventuelt kan egne institusjoner etableres dersom antallet eldre gjør dette mulig. I Oslo er det for eksempel bygget eget aldershjem og sykehjem for eldre jøder. Et samarbeid mellom innvandrerorganisasjoner, religiøse organisasjoner og kommuner kan vise seg nyttig for planlegging og tilrettelegging av tilbud og tjenester til eldre. Eldre med minoritetsetnisk bakgrunn har ulike behov. I tillegg til å ha ulike bakgrunner, har de ulike tilpasninger i Norge. Mange vil ikke ha vansker med delta eller bo sammen med folk som snakker norsk eller har norske vaner, mens for andre vil dette være vanskelig. Det er en uoverkommelig oppgave å planlegge og tilrettelegge en eldreomsorg som ivaretar alle de ulike behov og ønsker for en god alderdom som er representert i det flerkulturelle Norge. Det er viktig å være lydhør og sensitiv for at forskjeller finnes, og så langt som mulig forsøke å forstå hvilke verdier og vaner som er av *særlig* betydning for eldre. Fleksibilitet og åpenhet for endringer og justeringer av tjenestetilbud er nødvendig for å gjøre dem tilgjengelige også for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn.

Meenakshi, Johar

avdelingsleder Grunerløkka sykehjem, Oslo

Tusen takk for invitasjon og anledning til å dele erfaringer i arbeid med eldre innvandrere. Det har vært et privilegium å få jobbe i Grunerløkka bydel, med dens heterogene befolkning, noe som har gitt meg en verdifull erfaring. Det er disse erfaringene jeg nå vil dele med dere.

Sykehjemmet

Grunerløkka sykehjem er lokalisert i et område av byen der det bor mange familier med innvandrerbakgrunn. Sykehjemmet har fire avdelinger, en somatisk, en for rehabilitering, og en for demens og demens/psykogeriatri. Sykehjemmet er kommunalt. Personalet omfatter folk med bakgrunn fra minst 20–25 forskjellige etniske grupper, som arbeider på alle nivåer. Vi forsøker å bruke de ressursene som personalet representerer, ved å bruke det på tvers av avdelingene.

Beboere

Sykehjemmet har 111 beboere – de fleste over 70 år. Den yngste er i underkant av 40 år, den eldste over 100. De fleste er etnisk norske, men en har somalisk bakgrunn, en er fra Uganda, og en er fra Marokko. På dagsenteret er det for tiden ingen med innvandrerbakgrunn. Tidligere har det vært beboere med pakistansk, irakisk og thailandsk bakgrunn. Disse beboerne utgjør den erfaringsbakgrunnen som jeg vil ta utgangspunkt i.

Først vil jeg presentere en historie om en av disse beboerne, som kom som flyktning til Norge for ca. 10 år siden. Han ble plassert på sykehjemmet fordi han sluttet å snakke, spise og drikke hjemme, der han bodde sammen med kona og en voksen sønn. De hadde da bodd i Norge noen måneder, etter at de hadde flyktet fra krigen. Årsaken til at han reagerte slik han gjorde, var at han hadde minner om svært dramatiske opplevelser fra hjemlandet. Begge sønnene hans ble hugget i hjel i hans eget hjem, mens han satt bundet fast og ble tvunget til å være vitne til denne hendelsen. Den tredje sønnen overlevde, fordi han ikke var tilstede da dette skjedde.

Så kom familien til Norge, og mannen ble plassert på sykehjem. Hvordan skulle man imøtekomme hans behov? Det var vanskelig å finne ut av hans behov, fordi han nærmest var stum. Det lille han klarte å si, sa han på sitt eget språk og kun til kona og sønnen, som ble en slags tolk. De kommuniserte med oss på hans vegne, ved hjelp av tegnspråk og litt engelsk. Kona kom med mat, men han spiste kun når han følte for det. I ettertid ser jeg at det burde vært skaffet en tolk, for å kunne kommunisere bedre med familien. Kona hans følte seg svært frustrert og hjelpeløs over situasjonen. Hun vandret rastløst frem og tilbake i korridoren, og virket desperat etter noen som kunne forstå akkurat det hun prøvde å formidle oss.

Mannen var fullstendig passiv og avhengig av hjelp til alt, til tross for at han ikke hadde noen fysiske hemninger. Det virket som han hadde gitt opp viljen til å fortsette å leve, etter alt han hadde opplevd. Uansett hvor mye vi prøvde, følte vi at det ikke var noe vi kunne gjøre for han. Vi var maktesløse i situasjonen, og den mangelfulle kommunikasjonen med familien gjorde ikke situasjonen bedre.

Han sluttet å spise og drikke, og etter noen få dager døde han.

Dette er et eksempel på hvor hjelpeløse vi er, i møte med uvante situasjoner, og med pasienter og pårørende som har svært annerledes erfaringer og bakgrunn enn oss, og de fleste av våre norske pasienter.

Her kunne vi trengt mer kunnskap og ekstern hjelp.

Mitt neste eksempel omhandler en situasjon hvor det ble gjort for mye ut av det vi trodde var pasientens bakgrunn:

Vi visste lite om hans bakgrunn, men utifra navnet hans sluttet vi oss til at han var muslim, og kom fra et afrikansk land. Derfor utarbeidet vi en «plan» for hvordan vi skulle imøtekomme hans behov når det gjaldt mat etc. I begynnelsen snakket han ikke med noen, på grunn av sykdom, men da han etterhvert begynte å snakke, viste det seg at han hadde vokst opp i en norsk familie. Han hadde vokst opp med norske tradisjoner og vaner, og ville ikke ha noen særbehandling. Han hadde nesten glemt at han var muslim, inntil han kom til sykehjemmet, og personalet gjorde han til en. Dette er et eksempel på at vi ikke satte oss godt nok inn i hvem han var, men baserte oss på antydninger. Papirene som inneholdt personlige opplysninger, kom først senere.

Vi spør ikke beboere om sensitiv data før de er trygge på oss, og dette kan skape problemer, ikke minst hvis pasienten har en innvandrerbakgrunn.

I sammenheng med dette seminaret, har jeg stilt noen spørsmål til beboerne her på sykehjemmet. Jeg har spurt dem om hva de synes om å være på et

sykehjem, når flertallet av beboerne er etnisk norske; om de føler seg godt ivaretatte, trygge, og klarer å formidle sine behov, og også får muligheten til å utøve sin religion.

Hva sier beboerne:

Beboerne har forskjellige erfaringer og opplevelser av å komme på sykehjem med hovedsakelig etnisk norske beboere. Det er en situasjon de ikke har kunnet forestille seg, eller hatt mulighet til å forberede seg på, og er noe helt nytt for dem.

De føler at personalet ikke har nok tid til dem, men dette skiller dem ikke i vesentlig grad fra resten av beboerne. Likevel føler de at de blir tatt godt vare på i det daglige, og de fleste føler seg trygge, men de opplever også at det kan være vanskelig å få formidlet følelser og spesielle behov.

Ingen opplever problemer i praktisering av sin religion eller når det gjelder kost og kultur. Dette viser seg bl.a. i at de bruker klær fra sin kultur. Vi har en stående avtale med kjøkkenet på Sofienberg om leveranse av mat tilpasset den enkelte beboer, slik at for eksempel muslimer aldri vil få servert svinekjøtt.

Hva sier personalet:

Personalet synes at det er en spennende utfordring å jobbe med beboere med minoritetsetnisk bakgrunn. Det er en rik erfaring å ta med videre. Med de fleste beboerne vi har for tiden, er språket ingen hindring, siden de kommuniserer godt på norsk. Men språket kan være et *problem* blant innvandrere i demensomsorgen, noe som er lite utforsket. Personalet synes at den flerkulturelle ressursfordelingen på sykehjemmet er en fordel.

Respekt for individet, åpenhet rundt diagnose og symptomer, og god dialog både med pasienten og pårørende, om tilbud og begrensninger er viktig i all behandling, og en særlig utfordring overfor disse pasientene. Personalet ønsker mer kunnskap rundt tradisjoner knyttet til dødsfall og begravelse innen forskjellige kulturer og livssyn.

Eldresenter:

Det er mange sider ved Grünerløkka Eldresenter som er interessante. Senteret har etter hvert utviklet tilbud som er brukerstyrt, og har særtiltak i forhold til de med spesielle behov. Det er disse behovene som legger grunn-

lag for forskjellige grupper. Vi har kvinnegrupper på torsdager, mannsgruppe på onsdager, og en blandet gruppe på mandager.

Brukerne kommer fra flere bydeler, og representerer flere land; deriblant Pakistan, India, Irak, Marokko, Afghanistan, Filippinene og Vietnam. Forholdet mellom noen av disse kulturene er i utgangspunktet konfliktfylt, så vi diskuterer ikke politikk. De aller fleste ser frem til å møte hverandre, og føler de har mye å snakke om.

Det har vist seg at menn deltar i flere aktiviteter både inne og ute enn kvinner.

Mange føler behov for å få nyheter fra hjemlandet, og her har PC- og internett opplæring vist seg særdeles nyttig. Det viser seg at de her også tilegner seg kunnskap om kosthold, sykdommer, og helse generelt.

Brukerne får både generelle og tilpassede foredrag, deriblant diabetesundervisning til menn og kvinner fra det indiske subkontinent ved blant annet en indremedisiner som opprinnelig er fra Pakistan, og dermed gir forelesning på deres eget språk.

Dette har resultert i at flere brukere forteller at de har lagt om kostholdet og mosjonerer mer enn de gjorde tidligere. Dette er veldig viktig, da vi vet at brukere fra disse områdene er overrepresentert i hjerte-karsykdommer og diabetes. Her har eldresenteret en veldig viktig oppgave i forebygging.

Eldresenteret har sosionomtilbud hver torsdag spesielt beregnet på innvandrerguppen. Mange av disse har økonomiske problemer relatert til ikke opparbeidet trygd samt at de ikke kvalifiserer i det norske arbeidsmarked. Det er kjent at økonomiske problemer forverrer psykisk og fysisk helse.

Mange sliter med kroniske generelle smerter i kroppen og «annerledes» symptombilder som de føler ikke blir forstått eller tatt på alvor hos fastlegen.

Mange av brukerne er isolerte i sitt eget lille nettverk, både frivillig og ufrivillig, og har til dels svært lite kontakt med samfunnet rundt seg.

Her kan eldresenteret virke som en brobygger.

Det er et tankekors at det ikke er noen representanter med utenlandsk bakgrunn i bydelens eldreråd.

Mange av brukerne lengter etter sine hjemland. Drømmen om å reise tilbake, gjør at de lever i en transittfase. De ønsker å tilbringe sin alderdom i sitt hjemmeland. De føler at de ikke har tilhørighet her, selv om mange av dem har bodd her over 25 år. Til tross for dette er det få som reiser tilbake for godt.

Landene de kommer fra fortsetter å utvikle og endre seg, mens de som nå bor her forblir i den virkeligheten de forlot, og blir dermed stadig mer konservative.

Det er delte meninger om hvorvidt de vil ønsker seg et muslimsk sykehjem, framfor et «vanlig» sykehjem, hvis dette skulle bli en realitet. Det forventes og ønskes av de fleste eldre med innvandrerbakgrunn at barna eller øvrig familie skal ta seg av dem.

Like fullt er familiestrukturen i endring blant innvandrerfamilier i Norge. De beveger seg vekk fra storfamilien og mer mot kjernefamilien. Dette er et dilemma.

Hvordan jobbe videre?

- For å lykkes med arbeidet er det viktig at informasjon og kommunikasjon finnes på det språket som personene forstår.
- Budskapet bør være enkelt og forståelig, og tiltak skal være gjennomførbare, samt at det bør tas hensyn til kultur og vaner. Gjentakelse av dette budskapet er sentralt, for en ordentlig gjennomføring.
- Aktiv bruk av tolketjenesten er viktig for å få et bedre innblikk i pasientens situasjon (tolketjeneste burde vært sentralt finansiert).
- Det er nødvendig at helsepersonell har et brukerperspektiv, gode holdninger, empati og evnen til å forstå hele pasienten.
- Sammen kan vi finne ut av hva som trengs for å gi øket tilgjengelighet, og bedre tilrettelegging av pleie og omsorgstjenester til eldre innvandrere.

v/overlege Arnhild Valen-Sendstad

Rosenborgsenteret/Klinikk for Medisin,

Lovisenberg diakonale Sykehus, Oslo

Definisjon av innvandrere

Med innvandrerbefolkningen regnes den delen av befolkningen som har to foreldre som begge er født utenfor Norge (SSB 2003). De deles ofte i første-generasjon og andregenerasjon innvandrere, der førstegenerasjon er de som selv er født utenfor Norge, og andregenerasjon er de som er født i Norge med utenlandsfødte foreldre. Denne artikkelen beskriver for det meste den første gruppen. Innvandrerbefolkningen utgjør 330.000 personer, av disse er 277.300 førstegenerasjon. 30.000 er mellom 50 og 60 år, 30.000 er over 60. Til gruppen innvandrere med vestlig bakgrunn regnes personer fra Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania. Til ikke-vestlige innvandrere regnes alle som kommer fra resten av verden, og disse utgjør 70 % av innvandrerne. Innvandrere bor mer sentralt enn resten av befolkningen, og særlig de fra ikke-vestlige land bor i Østlandsområdet.

Evidence-baserte data

Det er få data tilgjengelig om incidens av de ulike demensformene fra andre land og etnisiteter utenom de vestlige land. I Europa og Nord-Amerika synes det mer vanlig med Alzheimer sykdom enn med vaskulær demens, i kontrast til noen rapporter fra Russland, Japan og Kina. Vaskulær demens antas å være årsaken til mer enn 50 % av demens-syndromene i Japan. Et unntak her er en stor undersøkelse fra Shanghai der Alzheimer antas å være årsaken til 65 % av all demens (Qizibash, et al. 2002). I mange u-land er infeksjonssykdommer og spesielt ubehandlet HIV en årsak til demensutvikling hos yngre pasienter.

Hvordan identifisere en person med demens fra en etnisk minoritetsgruppe?

Det kan være vanskelig å finne ut om en pasient med annen kultur eller språklig bakgrunn har en demenstilstand. Pasienten selv kan gi uttrykk for bekymring over hukommelsesproblemer, men som regel er det et medlem av familien som forteller om en endring. Komparentopplysninger blir viktige i

denne pasientgruppen. Hvis pasienten begynner å få problemer med ADL (aktiviteter i dagliglivet), som f.eks. skifte av klær og personlig hygiene, eller begynner å snu på døgnnet, kan det være et uttrykk for en demenssykdom. Både norske og danske studier har avslørt at eldre innvandrere med demensproblemer er sjeldent registrert i primærhelsetjenesten (Moen 2003) (Lindblad & Amtrup 1998). Det kan tyde på at enten er gruppen med kognitiv svikt svært liten, eller så søker denne gruppen mindre hjelp enn de har behov for (Lindblad & Amtrup 1998).

Hvordan diagnostisere en eldre innvandrer med demens?

For å diagnostisere en demenssykdom er det foruten kliniske og relevante laboratorieundersøkelser, viktig med en grundig anamnese fra et annet familiemedlem som kjenner pasienten godt. Aktuelle og tidligere sykdommer må kartlegges. I tillegg bør pasienten også gjennomgå kognitive tester.

En innvandrer kan i sitt nye tillærte språk ha problemer med å forstå setninger, til å artikulere seg og finne de rette ordene. Enda vanskeligere er det når pasienten på grunn av demenssykdommen har glemt sitt nye språk og bare klarer å forstå sitt opprinnelige morsmål.

Når en innvandrer blir undersøkt, bør man unngå å bruke noen i pasientens familie til å være tolk. Pårørende kan holde tilbake informasjon for å beskytte og skjerme pasienten. En offentlig godkjent tolk bør benyttes der det er mulig (Ot.prp. 1998–1999). Denne er velutdannet, har fått spesiell opplæring og skal være nøytral. Selv konkrete ord kan bety ulikt i de forskjellige sammenhengene og tolken skal kjenne til dette. Dersom det hersker den minste tvil om språkbeherskelse, skal det bestilles tolk. Telefontolking kan brukes selv om det ikke anbefales i denne pasientgruppen. Tolketjenesten dekker over 30 språk, og er et tilbud som er gratis for pasienten men betales av oppdragsgiver (evt. institusjon).

Bevissthet rundt valg og tolkning av tester

Valg av tester blir vanskeligere når lege og pasient snakker forskjellig språk. Tester som Mini Mental Status (MMS) og klokketesten bør forsøkes utført aller helst med tolk tilstede. Mange av testene som benyttes er kulturspesifikke og det kan skape problemer både for pasienten og legen. Nevropsykologer (der disse er tilgjengelig) kan benyttes da de har mange ulike kognitive tester som kan anvendes. De har også kunnskaper om hva som kan påvirke testresultatene og kjenner deres begrensninger. Selve diagnosen demens og

hvilken type demenssykdom bør helst stilles av en lege med erfaring innen demensdiagnostikk etter en grundig undersøkelse og totalvurdering.

Risiko for feildiagnostisering

Lege og pasient/pårørende kan ha kommunikasjonsproblemer selv med tolk til stede. De språklige og kulturelle barrierene kan være av både av verbal og ikke-verbal karakter (Lovisenberg Diakonale Sykehus 2002). Svekkelse/avvik fra det normale kan være vanskelig å oppfatte. Ulike psykiske lidelser som f.eks. post-traumatisk stress-syndrom og depresjon kan manifestere seg på forskjellige måter. Andre medisinske tilstander som kan gi kognitiv svikt bør alltid utelukkes før en demensdiagnose kan stilles.

Komorbiditet – hyppighet av lidelser

Psykiske lidelser er vanligere blant innvandrere enn resten av befolkningen, men det er stor variasjon mellom opprinnelseslandene. Kvinner er i større grad enn menn plaget av psykiske lidelser (Sosial- og helsedirektoratet 2004). For begge kjønn er effekten av aldring større enn for norskfødte. Dette kan skyldes faktorer som hard fysisk arbeidsbelastning med blant annet flere jobber i kombinasjon med psykiske belastninger i forbindelse med migrasjon. Innvandrere kan ofte eldes på et tidligere tidspunkt enn den øvrige befolkningen uten disse påkjenningene (Thoner 1997). Hos mange innvandrere forekommer det hyppig også somatiske lidelser som diabetes mellitus, cardio- og cerebrovaskulære lidelser, muskel/leddproblemer, infeksjonsproblematikk, anemi og ernæringsproblemer.

Forskjellig familiesituasjon

Mange eldre mener at familien yter den beste omsorgen. I muslimske familier er det ofte en skam ikke å makte omsorgen for de eldre, enten det er ovenfor ektefelle, foreldre eller svigerforeldre (Sosial- og helsedirektoratet 2004). For innvandrere skal det derfor ofte mer til før de velger å oppsøke helsevesenet med et eldre familiemedlem som ikke fungerer. Kognitiv svikt og demenssykdom blir vurdert som en naturlig aldringsprosess eller det kan sees på som et resultat av guddommelige maktens vilje.

Erfaringer viser at det sosiale nettverket ikke alltid fungerer like bra hos alle innvandrerne, noe som kan ha mange årsaker. Sårbarheten er stor hvis familien ikke støtter den syke. Relasjonen til egen familie og landsmenn er avgjørende for evnen til å klare seg når sykdommene melder seg.

Vedlegg 2:

Erfaringer fra Arbeidsseminar om pleie og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn

Reidun Ingebretsen

Denne delen bygger på erfaringer fra gruppediskusjonene og deltakernes tilbakemelding etter det seminaret som ble arrangert i Oslo 22/11 2004 med tittelen «Pleie- og omsorgstjenester til eldre personer med minoritetsetnisk bakgrunn». Synspunktene er forsøkt bundet sammen. Egne kommentarer er markert i teksten.

Erfaringer fra gruppediskusjoner

På arbeidsseminaret ble deltakerne delt inn i tre arbeidsgrupper som fikk fire gruppeoppgaver til diskusjon. Nedenfor er nevnt stikkord og kommentarer fra gruppens presentasjon av sine erfaringer i tilknytning til hver av gruppeoppgavene.

- 1) Diskuter utfordringer med å gi tjenester av god kvalitet til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Gi eksempler på dilemmaer, positive og negative erfaringer som vi kan lære av**

Tjenestenes tilgjengelig ble her et hovedmoment i diskusjonen. Dilemmaer ble særlig knyttet til:

- a) språk* – betydningen av forståelig skriftlig og muntlig informasjon
- b) kultur* – betydningen av å diskutere forventninger og omsorgsbegrepet ut fra den aktuelle kulturbakgrunn.

Det ble understreket at god kvalitet i omsorgstjenesten er nært knyttet til omsorgsrelasjonen og de ferdigheter og forutsetninger en som hjelper bringer med seg i møte med brukerne. «Mye av det vi yter er dialog.» Da blir språk/kommunikasjon og kulturforståelse sentralt.

Når det gjelder kulturforståelse, kan en nærliggende løsning være å forsøke å koble brukere med hjelpere av samme nasjonalitet. Dette er ikke uten videre problemfritt for brukerne med tanke på kjennskap, anonymitet og sosiale og kulturelle barrierer innad i gruppene. Det blir spesielt viktig å

understreke taushetsplikt, da mange brukere føler seg usikre i forhold til ryktespredning. Med dette for øye ble det likevel fremhevet at det i mange kommuner/bydeler arbeider så mange med minoritetsetnisk bakgrunn at det kan være overkommelig å skaffe brukerne en kontaktperson som snakker samme språk.

Det ble imidlertid understreket at en ikke kan betrakte personell med innvandrerbakgrunn som noen som fungerer «på siden av» det ordinære hjelpeapparatet. De arbeider innenfor de samme rammer som annet personell, med begrensede ressurser, tidsknapphet og krav til effektivitet og kan ikke uten videre imøtekomme alle brukernes forventninger.

Kommentar: I forlengelsen av denne diskusjonen ligger viktige spørsmål om hvor fleksibelt hjelpeapparatet er med tanke på individuell og kulturell tilrettelegging. Dette er spørsmål som fordrer en løpende diskusjon og et reflektert og ansvarlig forhold både til de såkalt «vanlige» tilbud og til ulike former for «særomsorg».

En kommer ikke utenom de utfordringer som ligger i at også norske hjelpere må komme i kontakt med brukere av ulike nasjonaliteter og med ulik kulturbakgrunn. De må få kunnskap, ha tilgjengelig tolketjeneste og mulighet til å søke råd og reflektere sammen slik at de kan møte en variert gruppe av brukere. Det blir en viss parallell til at personell med minoritetsetnisk bakgrunn som arbeider i omsorgstjenestene forholder seg til norske brukere. Disse hjelperne har gjennom opplæring og erfaring fra sitt opphold i Norge, oftest bedre bakgrunn for å kommunisere med norske brukere enn en norsk hjelper i utgangspunktet har for å kommunisere med f.eks. en pakistansk eldre bruker. En viktig fellesnevner er likevel kulturmøter og tilretteleggelse av best mulig betingelser for slike møter i pleie- og omsorgstjenestene.

Fra noen deltakere ble det advart mot å legge så stor vekt på forskjeller mellom ulike kulturer og grupper at det på den ene siden kan resultere i handlingslammelse og på den andre siden bli selvforsterkende. Risikoen for at «særomsorg» kan gå på bekostning av felleskap og utvikling av flerkulturell trygghet bør vurderes og diskuteres.

Utfordringen er ikke å lage en kokebok for tilnærming til ulike grupper av eldre innvandrere. Sammen med kunnskap om ulike etniske minoriteter, fordres individuell tilrettelegging. Kultur, forventning og omsorg er sentrale begrep og «ulike løsninger er veien til helheten».

2. Diskuter ut fra den enkeltes rolle og erfaring:

- Hva opplever du som de største utfordringene?
- Hvordan kan tjenestene gjøres bedre ?

Følgende hovedmomenter inngikk i svarene:

- a) Å nå den som trenger det mest
- b) Gi informasjon om hjelpetilbudet før hjelpebehovet er akutt
- c) Kommunikasjon - å kunne forstå hverandre
- d) Tilstrekkelig tid og økonomiske rammer til å kunne tilby gode tjenester
- e) Ikke overproblematisere eller forenkle problematikken
- f) Det dreier seg om å «se» enkeltindivider og å se «likheter i forskjellene»
- g) Fare for at man ikke tør nærme seg av redsel for å gjøre noe feil/bli sett på som rasist

Kommentarer: Det ble påpekt at tjenestene kan gjøres bedre ved å gripe fatt i de utfordringene som er nevnt over og ha en løpende diskusjon. For å få dette til nevnes fra ansattes side tid og språk (kommunikasjon) som hovedmomenter. Det ble påpekt at noen brukere/pårørende kan ha uklare begrep om hva som ligger i en tjeneste som f.eks. «omsorgslønn», og at det trengs informasjon om hva godtgjørelsen innebærer. Det er viktig å ta de eldre brukerne selv med i vurderingen av hvilke tjenester de er tjent med. Det kan være behov for tolketjeneste i slike situasjoner, men samtidig ble det understreket av det er urealistisk å bruke tolk over alt, 24 timer i døgnet. En er derfor også avhengig av pårørende som tolkingshjelpere, samt at en kan lette kommunikasjonen om de enkelte oppgavene ved å sikre forståelsen gjennom enkle ord og evt. bilder.

3. Forslag til prioriterte informasjonstiltak om tjenestetilbud til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn

- på kommunalt nivå
- på statlig nivå

og

4. Forslag til prioriterte tiltak som bør iverksettes for å kunne øke kvaliteten i tjenestetilbudet

- på kommunalt nivå
- på statlig nivå

Gruppeoppgave 3 og 4 blir diskutert under ett da informasjon om og tilbud om tiltak er nært koblet sammen.

Følgende momenter er foreslått som tiltak på *kommunalt* nivå:

- a) Oppsøkende virksomhet (men hva med pengene?)
- b) Bruk av tolketjeneste (venne seg til å kunne bruke når nødvendig og uten å måtte tenke på kommunale utgifter)
- c) Kontakt med ulike foreninger og organisasjoner for innvandrere
- d) Yngre får informasjon som kan komme eldre til gode. Informasjon på skoler og andre steder der foreldre til barn med innvandrerbakgrunn kan nås og bringe informasjon videre til andre familie-medlemmer. Betrakte tiltak for eldre som en «familiesak»
- e) Informasjonskontor i bydelen/kommunen bør gjøres kjent og rustes opp til å møte forespørsler fra folk med ulik språklig og kulturell bakgrunn
- f) Fastlege – det ble minnet om at fastlege har informasjonsplikt og om betydningen av løpende gjensidig informasjon mellom legene, trygdekontor og hjelpeapparat/tilbud for øvrig
- g) Bruke ansatte som kilder til kulturkunnskap
- h) Kontakt med 'vern for eldre'
- i) Tilby norskundervisning (uansett «status» og aldersgruppe) og bruke norskundervisningen som arena for informasjonsformidling

Kommentar: Forslag på *kommunalt nivå* er mye konsentrert om å treffe innvandrere som trenger informasjon, og at hjelpeapparatet gjør seg tilgjengelig. Tilgjengelighet går både på tilnæringsmåte og språk. Det blir vektlagt at en må kunne gå nye veier for å spre informasjon og ikke tenke snevert bare på direkte informasjon til eldre selv eller i tilknytning til spesifikke tiltak for eldre. Dette fordrer samarbeid både innen hjelpeapparatet og i forhold til andre instanser i kommunen. Det krever en «systematisk jungeltelegraf».

I diskusjonen kom det også frem at manglende oppdatering av navnelister, skifte av navn og bosted, samt reisevirksomhet kan by på ekstra problemer med å gi informasjon og tilbud til en del eldre med minoritetsetnisk bakgrunn.

Forslag på *statlig nivå* er knyttet til to hovedområder:

- Statlig dekning av utgifter til tolk
- Informasjonsformidling, gjennom sentralt dataprogram som kan konverteres til flere språk

Kommentar: Det første momentet har sammenheng med at hensynet til kommuneøkonomien kan begrense bruk av offentlig godkjent tolketjeneste i situasjoner der dette ville ha vært på sin plass. Behov for tolketjeneste vurderes ut fra behovet for å kunne gi god informasjon, klargjøre kommunikasjon, hindre misforståelser og evt. vridning/siling av informasjon som kan skje ved bruk av familiemedlemmer eller andre involverte som tolkingshjelpere.

Med en rekke kulturer og språkgrupper representert rundt i kommunene innebærer oversettelse av aktuell informasjon en stor oppgave. Det er eksempler på at informasjon er oversatt til noen språk. Med stadig flere minoritetsetniske innbyggere i Norge anbefales at mye av den generelle informasjonen utarbeides sentralt og er tilgjengelig på ulike språk over internett. I tillegg til informasjon om tjenesteapparatet og tilbud, vil det være aktuelt å informere om nettsteder der f.eks. helseopplysning og informasjon om forebyggende arbeid er tilgjengelig på ulike språk. Eksempler på slike nettsteder er: www.bpassoc.org.uk (på 6 språk) og www.urdupoint.com (urdu).

Tilbakemelding etter arbeidsseminaret

Det er ti deltakere som har kommet med skriftlig tilbakemelding fra arbeidsseminaret. Momenter fra disse svarene gjengis nedenfor. Det vil være noen gjentakelser av temaer som er tatt opp tidligere, men beskrivelsen nedenfor følger skjemaet for tilbakemeldinger.

1. Temaer som bør utdypes på seminarer av denne typen

Kunnskapsbehov

Et tema som foreslås er diskusjon av selve *kunnskapsbehovet*. «Hvilke kunnskaper er det behov for blant helse- og sosialpersonell.» «En bør diskutere hva en savner og trenger av kunnskap på de ulike stedene i hjelpeapparatet.»

Deler av dette kunnskapsbehovet blir spesifisert og direkte meldt: «Vi trenger kunnskap om de enkelte minoritetsgrupper, om *tabuområder* (kreft, demens, psykiatri) og deres *forventninger* i forhold til sykdom og pleie.»

Noen var interessert i temadager, der for eksempel temaer som «demens» ble diskutert ut fra ulike faglige og kulturelle perspektiv.

Videre er det ønske om høytenkning og drøfting knyttet til sentrale begrep som helse, kultur og kommunikasjon. Det trengs diskusjoner av «problematikk som er sammensatt, og der en mangler et samlet erfaringsgrunnlag».

Mange ønsker å ta opp temaer knyttet direkte til de praktiske utfordringene som pleie- og omsorgstjenestene har i forhold til informasjonsformidling, kommunikasjon og integrering.

Informasjonsformidling

- Forebygging: «Hvordan nå ut til eldre-befolkningen med informasjon/kunnskaper som kan virke forebyggende?» Dette spørsmålet gjelder både helseinformasjon og formidling av informasjon om tjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn og deres familier. «De eldre innvandrerne er her, men vi får ofte litt sent tak i dem fordi familien håndterer dem så lenge de kan. Da er ofte forventningen større enn vi kan imøtekomme.»
- Holdningsarbeid: Det dreier seg ikke bare om å formidle at et tilbud finnes. Det kan trenge en grundigere diskusjon av tilbudets muligheter og begrensninger. Dette gjelder både ved hjemmetjenestene og i institusjoner.

Kommunikasjon

Kommunikasjon er som tidligere nevnt, et av de temaer der det etterlyses mer kunnskap og diskusjon. I tilbakemeldingen ble dette konkretisert til å gjelde:

- Idédugnad om hvordan komme i dialog og utvikle den.
- Informasjon om tolketjeneste i praksis.
- Holdninger som barrierer for kommunikasjon, utvikling av kultursensitivitet.
- Om den omvendte skepsis, når etniske nordmenn ikke ønsker å motta tjenester fra personer som ikke er norske av fødsel.

Organisering av tjenester/integrering

Spørsmål om organisering av tjenester omfatter spørsmål langs hele skalaen av tjenester i hjemmetjenesten, institusjonsomsorg og i forhold til frivillig hjelp:

- Fokus på eldresentrenes tilrettelegging og tilgjengelighet
- Hvordan bør tjenestene – inkludert sykehjem - tilrettelegges
- Brukervalg – en alternativ tilnærming i organiseringen av pleie- og omsorgstjenester mot denne målgruppen?
- Vurdere tiltakene som bør settes inn i relasjon til de differensierte tiltak kommunene har til øvrige brukergrupper innen pleie- og omsorgstjenesten
- Hva kan interesseorganisasjoner/frivillige organisasjoner bidra med?

Kommentar: Ved kunnskapsformidling, ble betydningen av både mer teoretisk fagkunnskap og erfaring understreket. En deltaker nevnte spesielt «kombinasjonen av høyt faglig nivå, teoretisk forankring og fersk praktisk erfaring» slik dette ble formidlet av en av innleiderne på arbeidsseminaret som et eksempel til etterfølgelse.

Med hensyn til *arbeidsform* ellers ble det lagt vekt på å organisere seminarer med mulighet til høyttenking og drøfting med utgangspunkt i praktisk erfaring. «Ta utgangspunkt i opplevelsene til dem det gjelder; ansatte, brukere og pårørende.» Noen ga uttrykk for at de gjerne skulle ha diskutert med representanter fra bydeler og kommuner med mer erfaring enn dem selv. Samtidig er det en viktig erfaring at det ikke er så mange som har mye erfaring med målgruppen. «Jeg hadde trodd at mange hadde mye mer erfaring enn oss.»

2. Viktige områder å ta fatt på når det gjelder formidling av informasjon til målgruppene

Svar på spørsmålet over ble konkretisert i forhold til henholdsvis brukere, pårørende og ansatte:

Brukere:

- Om forebygging av de mest vanlige helseproblemer/sykdommer.
- Om tjenestene, hva de kan og ikke kan forvente gjennom orientering om
 - a) pleie og omsorgstjenestens samlede tilbud
 - b) rettigheten til å få nødvendig hjelp
 - c) at ordningene er frivillige, og at brukeren velger selv
- Det bør være brosjyrer om rettigheter og muligheter på ulike språk

Pårørende:

- Oppfølging av eldres helse– informasjon om tegn på sykdom, som f.eks. demens. Kosthold. Behandling av sykdommer
- Orientering om tilbud, rettigheter, og hvor de kan henvende seg når de eldre har behov for tjenester/tiltak (se også pkt. a, b, c under bruker)
- Forventingsavklaring mellom familien og hjelpeapparatet

Kommentarer til brukere og pårørende som målgruppe for informasjon:

Kommentarer viser at en bør tenke *helhetlig* på informasjon til brukere og pårørende. «Pårørende er vel så viktige som brukerne selv, fordi det i

målgruppen i enda større grad enn ellers er pårørende som er linken mellom bruker og tjenesteapparatet.» I forhold til eldre fra etniske minoriteter kan dette ha sammenheng med at de yngre familiemedlemmene ofte snakker bedre norsk. Mulige spenninger på grunn av endringer i familiemønsteret kan gjøre det ekstra viktig å forholde seg både til brukerne og pårørende. «Pårørende er svært sentrale, ettersom familiemønstrene endres i 2. generasjon.»

I tillegg til generell informasjon, f.eks. gitt gjennom innvandrersorganisasjonene, understrekes *individuell tilnærming*: «Informasjonen til brukere og pårørende må tilpasses behov og forutsetninger.» Det betyr blant annet at informasjonen må komme når man trenger den. Det er erfaring med at informasjon som formidles gjennom samtaler og trygge omgivelser blir godt mottatt og sprer seg i miljøene. Det er også viktig å ikke skape urealistiske forventninger. Fastlegene har en vesentlig rolle her, så det er viktig at de kan informere, men uten å skape urealistiske forventninger.»

Ansatte:

For ansatte og ledere understrekes en rekke momenter som både gjelder konkret informasjon om forutsetninger knyttet til innvandrere og hjelpeapparatet, rolleforventninger og vekt på egne opplevelser og erfaringer. Viktige eksempler er:

- Kulturkunnskap/forståelse: Informasjon om forskjellige kultur og ulike tenkemåter – med vekt på språk, religion, mat, sykdomsforståelse, vaner, ritualer, tradisjoner etc.
- Hvordan kartlegge behov hos eldre med ulik kulturbakgrunn
- Informasjon om at det blir flere med innvandrerbakgrunn som får et hjelpebehov
- Understreking av de rettskravene til hjelp som gjelder – at en må gi hjelp selv om det er hindringer i veien, f.eks. kommunikasjon
- Vekt på ansattes egen rolle/opplevelse. «En må være seg selv, men ha bevissthet og kulturforståelse i forhold til andre»
- Ansatte må gis tid og rom for å jobbe med informasjonen

Ledere:

Ledernes rolle og funksjon i forhold til informasjonsarbeid blir sterkt understreket

- Informere om behovsprognoser for ulike grupper av flyktninger/innvandrere
- Informasjon om løsningsmuligheter; bygd på erfaringer

- Lederne må få tilsvarende informasjon som ansatte. «Ledere er første bud, vi er helt avhengig av at lederne har uttalt at 'dette må vi satse på, ha fokus på og prioritere'.»
- Lederens oppgave er å sørge for at de ansatte har tilstrekkelig kunnskap og kan skape en god holdning med respekt for andre mennesker
- Lederne må motivere til å initiere arbeidet. Et ledd i dette arbeidet er å «Vektlegge oppgradering/utdannelse i flerkulturelt helsearbeid.»

Kommentar:

Det anbefales å arrangere orienteringsmøter der de som er i direkte kontakt med målgruppen formidler behov og problemstillinger og beskriver mål og tiltaksplan. For å effektivisere samarbeidet mellom flere fagpersoner rundt den enkelte i målgruppen, påpekes det at en god handlingsplan er avgjørende. Når det gjelder ansatte, er det viktig å vite hvor man finner kunnskap og kunne oppsøke veiledning ved behov. Dette innebærer at ledere bør ha en viss kompetanse på området, eller at veiledning må være tilgjengelig på annet vis. Samtidig bør det være generell opplæring til alle. En deltaker sier f.eks.: «Etter min mening bør alle hjemmehjelpere vite at Koranen er hellig, slik at man ikke strener bort til hylla for å tørke støv av den.»

3. Tiltak overfor målgruppene

Synspunkter i forhold til tiltak for henholdsvis brukere, pårørende, ansatte og ledere presenteres nedenfor:

Brukere:

- Eldresentrene må tilrettelegges for eldre innvandrere
- Starte kurs i forebyggende arbeid
- Tilby mosjonsaktiviteter
- Etablere helsestasjoner for eldre
- Organisere informasjon om rettigheter
- Foreta en kartlegging av brukernes ønsker som grunnlag for å iverksette tiltak (og faktisk iverksette dem)
- Tilby gratis tolketjeneste ved alle førstegangssamtaler

Det understrekes at et grunnlag for tiltakene er å lytte til de erfaringene brukerne og deres pårørende har. «Slik blir muligheter gjort kjent for brukere og ansatte/ledere.» Et annet viktig grunnlag for tiltak er å «møte fremmede kulturer med våre systemer på en respektfull måte».

Pårørende

Informasjon/informasjonsarbeid er nevnt som det viktigste tiltaket å igangsette i forhold til pårørende. Forslag til måter å tilrettelegge informasjonen på: Individuelt tilpasset informasjon i hjemmet, i form av gruppeseminarer, samarbeids- og nettverksmøte og lignende (se også svar på oppgave 2).

Ansatte

Tiltak for ansatte er også mye orientert mot tilbud om undervisning og diskusjon:

- Bedre undervisningstilbud på høgskolene
- Seminarer
- Internettundervisning
- Diskusjonsgrupper på arbeidsplasser. Når det gjelder temaer til diskusjon på arbeidsplassen, foreslås bl.a. følgende: «Gi ansatte trygghet på utførelsen av arbeidet, selv om det er språk- og kulturforskjeller» og «Diskutere betydningen av respekt for andre minoritetsgrupper selv om de ikke er venner i hjemlandet.»

Ledere

I tillegg til faglig oppdatering, understrekes lederes ansvar for:

- Å utvikle og koordinere informasjonsarbeid (til alle grupper nevnt over)
- Å lage planer for utvikling innen feltet, blant annet på bakgrunn av behovsprognoser
- Å vurdere lokale tilpasninger, f.eks. mulighet for å samle/koordinere tjenester, se om en kan få til en god kobling mellom brukere og ansatte
- Å påta seg ansvar for at ansatte prioriterer kunnskaper om eldre innvandrere
- Å ivareta tiltak for ansatte (som å etablere diskusjonsgrupper på arbeidsplasser – se over)
- Å rette fokus på tjenesten i forhold rettferdighetsprinsippet/individuell behandling: «Lederne i samarbeid med ansatte må utforme og tilpasse tiltak overfor målgruppen – med utgangspunkt i de ressurser som allerede fins i organisasjonen.» «Lederne må en alltid ha med uansett hvis omsorgsapparatet skal ha noe som helst 'særfokus' – her er mange nyanser.»
- Sentral prioritering: «Temaet må få høyere prioritet på lederplan i kommuner, bydeler og direktoratet»

Kommentar:

Variasjoner og betydningen av individuell tilpasning understrekes. Det foreslås å satse mer på samarbeidsnettverk som fungerer og gir synergieffekter. Det påpekes også at det oppstår dilemmaer, og det etterlyses klarere offentlige målsettinger med tanke på innholdet i begrepet integrering: «Her er det nok store lokale variasjoner. I vår bydel har vi mange flere ansatte enn brukere med minoritetsbakgrunn, men jeg forsto på seminaret at situasjonen kan være motsatt andre steder. Det er også store individuelle variasjoner bl.a. med hensyn til den enkeltes integrering. Tiltak må derfor tilpasses.»

Alt i alt hvor tilfreds er du med arbeidsseminaret?

På en skala fra 1 (ikke tilfreds) til 7 (meget tilfreds) fikk arbeidsseminaret «karakterer» fra 4 til 7; i snitt: 5,7.

Mange forhold virker inn på en slik vurdering. Et generelt inntrykk, som også fremkom av muntlige tilbakemeldinger, er at deltakerne var fornøyd med at det ble tatt initiativ til et arbeidsseminar og stort sett var tilfredse med innholdet. Det var kommentarer på at noen kommuner/bydeler manglet, og at en del sentrale personer i de enkelte kommuner/bydeler var savnet. En deltaker gav f.eks. arbeidsseminaret karakteren 6, men tilføyde at dersom en leder fra kommunen også hadde vært med, ville hun ha vært enda mer fornøyd og gitt karakteren 7. Dette illustrerer hvor viktig det er at informasjon og diskusjon på feltet foregår i samarbeid mellom ledere og ansatte.

Rammen om møtet var ikke helt heldig når det gjaldt lokaler, utstyr og støynivå. Brannalarmen gikk også slik at deltakerne måtte forlate lokalet 20 minutter før beregnet og før evaluering og avslutning var fullført. Dette bidrar til å forklare lav svarprosent på evalueringsskjemaet, da dette måtte ettersendes. For noen av dem som svarte kan likevel denne fremgangsmåten ha bidratt til at de brukte mer tid på å beskrive forslag til temaer, informasjon og tiltak enn de ville ha gjort i løpet av ti minutter på selve seminaret.

I denne sammenheng ble det ikke satset på noen detaljert evaluering av de enkelte innlegg og gruppearbeidet, men det var kommentarer på at det kunne være vanskelig å holde fokus i gruppene og at en hadde håpet på mer praktisk erfaringsformidling fra andre kommuner/bydeler. Det var kommentarer som: «Jeg tror det er svært nyttig med *arbeidsseminar*. Vi trenger å utveksle erfaringer og inspirere hverandre.»

Konklusjon på bakgrunn av tilbakemeldinger

En konklusjon fra seminaret er at det bør satses på fortsatt seminarvirksomhet: «Dette er et arbeid som er i kontinuerlig endring og for å få til noe, må vi hele tiden utveksle erfaringer og informasjon fra praksis.» Det ble understreket at det er viktig at kunnskap både samordnes og spres på tvers av etater og kommunegrenser fordi erfaringen foreløpig er så begrenset i den enkelte kommune/bydel.

Når det gjelder arbeidsformen, er en konklusjon med tanke på planlegging av arbeidsseminarer i fortsettelsen at en med utgangspunkt i de temaer som er nevnt legger mer vekt på diskusjon og erfaringsutveksling underveis. Heller enn å lære alt av noen som «kan det», blir det spørsmål om å kunne legge til rette for at flere kan lære sammen. Samtidig må det hele tiden trekkes forbindelseslinjer til viktige begrepsdiskusjoner og rådende ideologier og mål for tjenestene.

En hovedkonklusjon for det videre arbeid med problemstillinger knyttet til pleie- og omsorgstjenester for eldre med minoritetsetnisk bakgrunn er at dette krever en *sentral prioritering* nedfelt på lederplan i kommuner/bydeler og på statlig nivå gjennom Sosial- og helsedirektoratet. Viktige problemstillinger i det videre arbeidet på feltet er knyttet til:

- Informasjon og forebyggende tiltak rettet mot brukere og pårørende.
- I forhold til personell understrekes betydningen av undervisning og oppfølging på arbeidsplassen gjennom veiledning og diskusjonsgrupper.
- Det trengs mer kunnskap om brukerenes behov og
- videre undersøkelser av erfaringer som er høstet innen pleie- og omsorgstjenestene.

Gjennom erfaring fra videre arbeidet under de punktene som er nevnt over, kan en bl.a. høste erfaringer som kan bidra til den diskusjon seminardeltakerne etterlyste når det gjelder *integrering/segregering* og hvordan tiltak kan virke inkluderende.

Summary

The older immigrant population is increasing in Norway, and among them those with a non-western background who represent a particular challenge for the community care services.

In the St. meld. nr 45 (2002 - 2003) the Norwegian Directorate of Health and Social Welfare was called on to initiate an investigation of resources and needs in the communities in this area. The Directorate asked NOVA (Norwegian Social Research) to carry out this study, and map out the social care services for older people with ethnic minority background.

The present report summarizes the experiences, challenges and resources in this area in municipalities with more than 200 older immigrants of a non-western origin. This is the case in eight of the largest cities in the country, and in ten of the townships in Oslo. These municipalities and townships participated in the project; they responded to a questionnaire to explore their experiences and plans, and they were represented in a seminar to summarise and evaluate the challenges.

The various ethnic groups are differentially located. The majority of around 6 500 older (60+), non-western immigrants live in Oslo, where they in some townships constitute up to 20-25 % of the population in their age group. They are much fewer (2-4 % of the 60+) in other cities. Even a small number of ethnic minority elders may be a challenge to the service system in terms of language and cultural competences, and the challenge is expected to grow when the older immigrant population grows.

A great variety of experiences and challenges were reported. Three issues were in particular highlighted: (1) Information, language, and communication, (2) Adaption of services and expectations, and (3) training of staff.

A number of recommendations for action on the national and local levels are presented. Among them are multi-language information about services in paper and via internet, systematic registration of needs among minority elders, and research and systematic exchange of information between administrators and practitioners, including relevant interest groups and organisations.

Litteratur

- Ahlberg, N. L. (1991): Traumatiserte flyktninger i eksil. Fra årsak til mening. I *Sykdom, sjel og samfunn. Festskrift for professor Nils Johan Lavik*. Oslo. Pax Forlag. 1991, 117–132.
- Ahlberg, N. L. (2000): *No five fingers are alike. What exiled Kurdish women in therapy told me*. Oslo. Solum.
- Ahlberg, N. L. (2003): *The Public Gaze of Medicine: Minorities and health care*. Norwegian Centre for Minority Health Research (NOCMI).
- Akiyama, H., Antonucci, T.C. og Campbell, R. (1990): Exchange and Reciprocity among two Generations of Japanese and American Women, i Sokolovsky, J.: *The Cultural Context of Aging*. Bergin & Garvey Publishers. New York.
- Allard, P. (2001): De mest sårbara drabbas. Tidskriften *Äldre i Centrum*, nr 1, ss 13–14.
- Amris, S. & Prip, K. (2000): Smerter hos torturofre. Mulige smertemekanismer og behandling.) *Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger*, 10, 1, s. 5-13.
- Antirasisistisk senter/Norsk folkehjelp (1999): *Eldre innvandrere: en verdig alderdom i Norge?* Oslo. Rapport fra konferanse i Folkets hus 1. Desember 1998.
- Baluyot, C.M.A. (1999): *Primary Nursing Health Care Services and Ethnic Minority Elderly Patients*. Hovedfagsoppgave i Sykepleievitenskap. Universitetet i Oslo.
- Bartholdy, J. (2002): *Ældre indvandrere: Et spirende blomsterbed*. *Sygepleiersken*, Blad 16/2002.
- Birkeland, R. (1990): Om å bli gammel i et annet land. Prosjektrapport. Oslo kommune.
- Blom, S. & Lie B. (2002): Holdninger til innvandrere og innvandring. Spørsmål i SSBs omnibus i august/september 2002. Notater. Statistisk sentralbyrå 2002/75.
- Blom, S. (2002): Innvandrenes bosettingsmønster i Oslo. Statistisk sentralbyrå. SSB SØS-107.
- Borchgrevink, M. (2001): Fra asken til ilden eller ny livskraft? Flyktningers psykiske helse og norsk politikk og praksis. *Linjer*, 11, 2/2001, Psykososialt senter for flyktninger (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-2001/Borchgrevink.hmt).
- Bygholm, L. (2004): *Ældre flygtninge og indvandrere i Århus kommune*. *Gerontologi og Samfund*, 20,2, 34–35.
- Da Silva, B. A. & Ljungquist, M. (2003): *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

- Dahl, G. (2002): Innvandrere og trygd. Notat 2002/55. Statistisk sentralbyrå.
- Danielsen, K., Moen, B. og Helset, A. (2004): Transnasjonale og nasjonale eldrelev. En studie av stedets og hjemmets betydning i eldre år. I Ø. Fuglerud (red.): *Andre bilder av "de andre"*. Transnasjonale liv i Norge. Pax Forlag. Oslo.
- Davidsen, J. (2001): *Alderdom i flerkulturelt samfunn: rapport utgitt med støtte fra Sosial- og helsedepartementet*. Oslo: Norsk kommuneforbund.
- Dawes, T. & Thoner, G. (1996): Aldring og etnisitet. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, *Ger-Art* 4/96.
- De Santis, L. (1997) Building healthy communities with immigrants and refugees. *Journal of Transcultural Nursing*, 9 (1), p. 20–31.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. and Kleinman, A. (1996): *World Mental health. Problems and priorities in Low-income Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Downs, M. (2000): Dementia in a socio-cultural context: an idea whose time has come. *Aging and Society*, 20, 2000, 369–375.
- Døving, C.A. (2000): *Punjab-Oslo-Punjab (eller Klemetsrud?)*. En rapport om begravelsespraksis blant pakistanere i Oslo. Universitetet i Oslo.
- Daatland, S.O. og Herlofson, K. (2004): *Familie, velferdsstat og aldring. Familie-solidaritet i et europeisk perspektiv*. NOVA-rapport 7/04.
- S. O. Daatland & S. Biggs (eds.) (2004): *Aging and diversity. Multiple pathways and cultural migrations*. University of Bristol. The Policy Press.
- Ekman, S.L. (1993): *Monolingual and bilingual Communication between Patients with Dementia Diseases and their Caregivers*. Umeå University Medical Dissertations, new series no 370.
- Emami, A., Torres, S., Lipson, J.G., Ekman, S.L. (2000): An ethnographic study of A Day Care Center for Iranian immigrants seniors. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (2), p.169–188.
- Eshraghi, F. (2003): "Jag kom til Sverige för att få vara med min son..." *Äldre invandrares upplevelser av hemtjänstinsatser eller hemvårdsbidrag i Botkyrka kommun*. Stockholm: kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldrevård.
- Evandrou, M. (2003): Ethnic inequalities in health in later life. *Health Statistics Quartely*. 08, Winter, 20–28.
- Forssell, E. (2004): *Skyddandets förnuft. En studie om anhöriga til hjälpbehövande äldre som invandrat sent i livet*. Stockholm. Stockholms Universitet. Institutionen för socialt arbete. Sosialhögskolan, rapport 109–2004.
- Grbic, A. (2002): *Kulturmöten i hemtjänst. En intervjuundersökning med förslag til handlingsplan*. Stockholms läns landsting. Äldreforskning Nordväst FoU-rapport 2. 2002.

- Hanssen, I. (1996): *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanssen, I. (1998): *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Hauff, E. (1999): Vietnamesiske flyktninger i Norge – Noen refleksjoner i etterkant av et forskningsprosjekt. *Linjer*, 9, 2, (nettadr: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer2-1999/vietnam.htm)
- Heikkilä, K., Ekman, S.I. (2000): Health Care Experiences and Beliefs of Elderly Finnish Immigrants in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing* 11 (4), p. 281– 289.
- Heikkilä, K., Ekman, S.L. (2003) Elderly care for ethnic minorities – wishes and expectations among elderly Finns in Sweden. *Ethnicity and Health* 8 (2) p.135–146.
- Helsingør Kommune (2001): Flygtninge og indvandrere bliver også ældre. Anbefalinger til kommunal indsats. Social- og Sundhedsforvaltningen, Helsingør Kommune.
- Holmberg, G. (2002): *Sju äldre invandrare. Boende, miljö och trivsel i miljonprogramområdet i Sollentuna*. Stockholms läns landsting. Äldreforskning nordväst Fou-rapport 4/2002.
- Holstein, M. B. (1998): Etics and Alzheimer`s Disease: Widening the Lens. *Journal of Clinical Etics*, 9, nr 1, 13–22.
- Holt, K. (2002): Veiledningsprogram for ansatte i Oslo kommune som arbeider med flyktninger – noen erfaringer. *Linjer* , 12, 1, (nettadr: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer1-2002/Veiledningsprogram.htm)
- Ingebretsen, R. & Solem, P.E. (2002): *Aldersdemens i parforhold*. NOVA Rapport 20/02.
- Ingebretsen, R. (2003): Demens fra par- og familieperspektiv. *Aldring og livsløp*, 20, 4, 2003.
- Integrasjonsverket (1999): *Äldre invandrare. Rapport från ett nordiskt integrasjonsseminarium*. Norrköping. Digital Print.
- Ingstad, B. & Whyte, S.R. (1995): *Disability and culture*. University of California Press.
- Jakobsen, M. & Solberg, Ø. (2002): Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser. Psykososialt senter: *Linjer*. 12, 1 (nettadr.:www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/1-2002/medikamenter.hmt).
- Jareg, K. & Petersen, Z. (2000): Tolkning i psykiatrisk og psykologisk behandling. *Linjer*. Fra Psykososialt senter, 10, 1, (nettadr.:www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-2000/tolkning.htm).
- Kilian, J. (1999): *Verken – eller * Både – og. Om mennesker med innvandrerbakgrunn og funksjonshemninger*. Bergen. Samrå.
- Kleinman, A.& Good, B. (1985): *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural psychiatry of Affect and Disorder*. Los Angeles. University of California Press.

Kommunernes landsforening (2002): *Ældre etniske minoriteter i kommunerne – et nyt samarbejdsområde?: Et inspirationsmateriale om mulighederne i kommunale samarbejder og om samarbejder med lokale organisationer på et nyt område.* KL Danmark.

København kommune (2004): *En sund og værdig alderdom – dialogmøter med ældre flygtninge og indvandrere i København.* Sundhedsforvaltningen, København Kommune.

Larsen, K.T. (2000): *Kommunernes information til ældre flyktninge og indvandrere i Danmark.* Minoritetsafdelingen, Mellomfolkligt Samvirke.

Lavik, N.J., Solberg, Ø. og Varvin, S. (1997): Psykisk helse blant flyktninger. Samspill mellom symptomer, traumatisering og eksil. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 25, 117: 3654–8.

Lindblad, P. & Amtrup, K. et al. (1998): *Etniske minoriteter og Demens.* Fredrikshavn, Dafolo Forlag.

Lindblad, P. & Mølgaard (1995). *Hvad med os? Etniske minoriteter – en udfordring i fremtidens ældreomsorg.* Fredrikshavn, Dafolo Forlag.

Lovisenberg Diakonale Sykehus (2002): *Etnisitet og Helse. Symposium IV.*

Luppen kunskapscentrum (2003): *Att åldras i främmande land – kulturmöten inom vård och omsorg för äldre.* FoU-cirkel hösten 2001 och våren 2002. Arbetsrapport 2:2003.

Löfwander, M., Dyhr, L. (2002): Transcultural general practice in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 20: 6–9.

Magnússon, F. (red) (2002): *Etniska relationer i vård och omsorg.* Lund: Studentlitteratur.

Mandelbaum, D. G. (1993): *Women's Seclusion and Men's Honor.* The University of Arizona Press, Arizona.

Moen, B. (1993): *Eldre innvandrere i Gamle Oslo.* Norsk gerontologisk institutt, rapport 4–1993.

Moen, B. (2000): *Arbeid for og med eldre fra minoritetsetniske grupper.* Oslo: Norsk Folkehjelp.

Moen, B. (2002a): *Når hjemme er et annet sted. Omsorg for eldre med minoritets-etnisk bakgrunn.* NOVA Rapport 8/02.

Moen, B. (2002b): *Eldresenter på ukjent vei. Flerkulturelle møter mellom eldre mennesker.* NOVA Rapport 16/02.

Moen, B. (2003): *Usynlige eldre. Tiltak for mennesker med funksjonshemming fra minoritetsetnisk gruppe.* Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Fao-skrift 1/2003.

- Mortensen, S.L. (2003): Ældre flygtninge og indvandrere i Århus kommune. *Gerontologi og Samfund*, 19, 1,10–11.
- Nord, R., Eilertsen, G., Bjerkheim, T. (red.) (2005): *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Odelstingsproposisjon nr. 12 (1998–1999): Loven om pasienters rettigheter.
- Olsson, E. (2000): Behind doors. Social categorization in a multiethnic care setting for the elderly. Umeå/Norrköping: MERGE. Papers on Transcultural Studies No. 1/00.
- Ponzio, S. (1996): Äldre och invandrare. Gamla italienare och assyrier/syrianer i Stockholm. Stockholms socialtjänsts forsknings- og utvecklingsbyrå FoU-rapport nr 1996: 18.
- Pudaric, S., Sundquist, J. & Johansson, S.-E. (2003). Country of birth, instrumental activities of daily living, self-rated health and mortality: a Swedish population-based survey of people aged 55–74. *Social Science & Medicine*, 56, 2493–2503.
- Qizibash, N. & Schneider, L et al. (2002): *Evidence-based Dementia Practice*. Blackwell Science.
- Ronström, O. (2002): The Making of Older Immigrants in Sweden: Identification, Categorization, and Discrimination. In: L. Anderson (ed.): *Cultural Gerontology*. USA. Greenwood Publishing group, Inc., p. 129–138.
- Ronström, O. (red.) (1996): *Vem ska ta hand om de gamla invandrarna?* Stockholms socialtjänsts forsknings- og utvecklingsbyrå FoU-rapport nr 1996: 3.
- Rudie, I. (2001): Om kohorter og kulturelle generasjoner. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 1–2, 2001.
- Shaw, A. (2000): *Kinship and Continuity. Pakistani Families in Britain*. Amsterdam: Harwood academic publishers.
- Smith, M.P. og Guarnizo, L.E. (1998): *Transnationalism from below*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Sokolovic, A. (1998): *Eldre flyktninger i Bergen: kartlegging av eldre flyktnings situasjon, med spesiell vekt på forhold til /bruk av kommunale tjenester*. Bergen kommune, Innvandrerkontoret.
- Sosial- og helsedirektoratet: «Innvandrere og helse – identifisering av utfordringer». Innspill fra arbeidsseminaret 8. januar 2004.
- SOU (1997): invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre. Rapport til Utredningen om bemötande av äldre. Stockholm: Statens offentliga utredningar, 1997:76, Socialdepartementet.
- SOU 2003:91. *Vård och omsorg*. Bilagedel C til SOU 2003:91.
- St.meld. nr. 17 (1996–97): Om innvandring og det flerkulturelle Norge. Kommunal- og regionaldepartementet.

St.meld. nr. 50 (1996–97): Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet. Sosial- og helsedepartementet

St.meld. nr. 8 (1998–99): Om handlingsplan for funksjonshemmede 1998–2001.

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

St.meld. nr. 49 (2003–2004): Mangfold gjennom inkludering og deltakelse. Ansvar og frihet. Kommunal- og regionaldepartementet.

Statistisk sentralbyrå (2002): *Folke- og bolig tellingen 2001*.

Syed, H.R., Vangen, S. (2003): Health and Migration: A review. In Norwegian Centre for Minority Health Research Papers 2:2003, in N. Ahlberg (ed.): *Norwegian Centre for Minority Health Research*, Oslo.

Sørensen, S. (2003): Etniske eldre får problemer. *Nyhetsmagasinet Danske kommuner*, 34, 36–37.

Sørheim, T.A. (2000): *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Thoner, G. (1997): *Tiltak for eldre innvandrere*. NOVA Rapport 26/97.

Torres, S. (2001): Understanding 'successful aging': cultural and migratory perspectives. Uppsala University, Department of Sociology.

Valle, R., Yamada, A.-M. and Barrio, C. (2004): Ethnic differences in social network help-seeking strategies among Latino and Euro-American dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 8, 6: 535–543.

Van Delft, C. (2001): Bruk av tolk i terapi – noen betraktninger fra en terapeuts synspunkt. *Linjer*. Fra Psykososialt senter, 11, 1 (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-2001/BrukAvTolk.htm).

Varvin, S. (1999): Hva kan vi vite om ekstreme traumer? Psykososialt senter, *Linjer*. 9, 1 (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-1999/traumer.htm)

Warnes, A. M, Friedrich, K, Kellaher, L. and Torres, S.: (2004): *Ageing and Society*, 24, 307–326.

Watson, H. (1994): *Women and the veil: Personal responses to global provess*. I Ahmed, S.A og Donnan, H. (red): *Islam, Globalization and Postmodernity*. London: Routledge.

Weiss, A.M. (1994): Challenges for Muslim women in postmodern world. i Ahmed, S.A og Donnan, H. (red.): *Islam, Globalization and Postmodernity*. London: Routledge.

Werbner, P. (1990): *The Migration Process. Capital, Gifts and Offerings among British Pakistanis*. Oxford :Berg.

www.bpassoc.org.uk – nettsted for helseopplysning på 6 språk

www.urdupoint.com er pak.site, språk: urdu

Yeo, S. K. (2003): *Tvårkulturella möten i äldreomsorgen. Exempel från Botkyrka kommun*. Stockholm: kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldrevård.

Østby, L. (2002): The demographic characteristics of immigrant population in Norway. Statistisk sentralbyrå 2002/22.

Østby, L. (red.) (2004). *Innvandrere i Norge – Hvem er de, og hvordan går det med dem?* Del I – Demografi. Statistisk sentralbyrås notater, 2004/65. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Østby, M (2001): utfordringer i kultursensitiv terapi. Psykososialt senter: *Linjer*. 11, 2 (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/2-2001/MarianneOestby.htm).

Øverland, G. (2002): Menneskeverd på sykehus: Innlagte minoritetspasienter i psykiatrien på Vest-Agder sykehus. Psykososialt senter: *Linjer*. 12, 1 (nettadr.: www.med.uio.no/ipsy/pssf/linjer/1-2002/menneskeverd.htm).

Århus kommune (2002): *Brugerundersøgelse. Pleje- og omsorgsbehovet blandt ældre flygtninge og indvandrere*. Århus kommune: Videncenter for tilbud til ældre flygtninge og indvandrere, Lokalcenteret Gellerup.

Århus kommune (2003): *Omsorgsmønstre blandt ældre flygtninge og indvandrere. Erfaringer fra forebyggende hjemmebesøg til flygtninge og indvandrere mellom 60 og 75 år*. Århus kommune: Videncenter for tilbud til ældre flygtninge og indvandrere, Lokalcenteret Gellerup.