

Eldre innvandrere og deres pårørende trenger også hjelp

Reidun Ingebretsen

Eldre innvandrere og deres pårørende trenger også hjelp

Skal vi gi god hjelp til eldre med innvandrerbakgrunn, må vi vite mer om hvordan sykdom og plager forstås og uttrykkes. For ikke alle har ord for demens eller depresjon, og det faller ikke naturlig for alle å snakke åpent om problemer.

Befolkningen i Norge preges av et økende mangfold. Dette skaper nye utfordringer for helse- og omsorgstjenestene. I denne artikkelen spørres det om hva som hindrer og hva som gjør det lettere for eldre innvandrere å få hjelp ved psykiske problemer og demens. Artikkelen bygger på litteraturstudier og egen forskning om eldre innvandreres situasjon i omsorgstjenesten (Ingebretsen, 2010 a, b; Ingebretsen, 2011), pårørendes situasjon ved demens hos eldre innvandrere (Ingebretsen, Spilker & Sagbakken, 2015), og forebyggende helsearbeid blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn (Ingebretsen, Thorsen & Myrvang, 2015).

Dagens situasjon – eldre innvandrere i Norge

Innvandrere fra over 220 land og selvstyrte regioner bor her til lands, og i januar 2016 utgjorde innvandrere (personer født i utlandet med to utenlandsfødte foreldre) 13,4 prosent av befolkningen. Til sammen var 16,3 prosent av befolkningen innvandrere eller norskfødte barn med innvandrerforeldre (SSB, 2016). De bor i alle landets kommuner, men det er flest i hovedstaden. Innvandrerbefolkningen er fortsatt «ung» sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Dette vil endres: I dag utgjør innvandrere kun 4 prosent av alle over 70 år, mens andelen forventes å øke til 27 prosent i 2060 (hovedalternativet for Befolkningsframskrivinger 2016–2100 (SSB, 2016b)).

Mål og idealer i helse- og omsorgstjenesten

Et økende antall eldre innvandrere får konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene. Innvandrere utgjør en sammensatt gruppe som både kan ha andre behov enn majoritetsbefolkningen og bruke tjenestene annerledes. Dette reiser spørsmål om hvordan en gir informasjon om tjenestetilbud og utvikler likeverdige tjenester. I offentlige dokumenter understrekes det at vi fremover i større grad må vektlegge individuelle behov (St.meld. nr. 28, 1999–2000; St.meld. nr. 45, 2002–2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og dermed tilpassede tjenester (St.meld. nr. 25, 2005–2006).

I ulike samfunn er det forskjell på hva man definerer som sykdom, hvordan man presenterer sin lidelse, og hvem man henvender seg til for å få hjelp

I Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008–2009) påpekes det at en god helsetjeneste avhenger av at «pasientens røst både fanges opp av og preger tjenesten» (s. 121). Også verdighetsgarantien (Helse og omsorgsdepartementet, 2010) er basert på individuell tilrettelegging ut fra den enkeltes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. I en befolkning preget av mangfold kan det være ulike syn på hvordan dagliglivet best kan tilrettelegges for å ivareta verdighet og trivsel.

Den nasjonale strategien om innvandreres helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) peker på flere utfordringer knyttet til målet om likeverdige helsetjenester, herunder gode tolketjenester og kompetanseutvikling for ansatte. I vår sammenheng er eldre innvandrere som mister sitt andrespråk ved demens, spesielt relevant. De er en sårbar gruppe som vil utfordre oss i målet om likeverdige tjenester.

Selv om tilbudene til eldre i Norge tar utgangspunkt i individuelle behov, har offentlige dokumenter lagt økt vekt på pårørendes rolle i omsorg for eldre. «Morgendagens omsorg» (Meld. St. nr. 29, 2012–13) gir viktige signaler om samspillet og samarbeidet mellom tjenesteapparatet og brukere/pårørende:

Som en del av en aktiv og tydelig pårørendepolitikk, skal det legges til rette for et mer omforent samspill mellom tjenesteapparatet, pårørende og tjenestemottaker, hvor ansatte og pårørende kjenner innhold, muligheter og grenser for sin og de andre partenes rolle, behov og innsats (s. 61).

Et viktig utgangspunkt er da at familie og slektskapsforhold kan ha ulik betydning for innvandrere med ulike opphavslend.

Familieomsorg og offentlige tjenester

I Norge har det skjedd store forandringer i utbyggingen av eldreomsorgen de siste 60–70 årene. Etter at vi fikk loven om sosial omsorg i 1964, har ikke barn lenger et formelt ansvar for eldre foreldre. Vi ser også at det over tid har skjedd en endring i majoritetsbefolkningen, der man fra å foretrekke familiehjelp har gått over til å foretrekke offentlige tjenester ved behov for omfattende og langvarig pleie (Daatland, 1990; Daatland og Herlofson, 2003). Det er imidlertid store variasjoner mellom europeiske land når det gjelder fordeling av familiehjelp og offentlige tjenester (Daatland og Solem, 2011). Også her til lands ser vi fortsatt mye utveksling av hjelp og støtte mellom generasjonene (Herlofson, 2013).

Generelt yter pårørende mye omsorg til hjelpetrequende eldre (EUROCARERS, 2009), noe som også gjelder her i landet. Selv om det er mange oppgaver å mestre underveis i en demensprosess (Bruvik, 2014; Ingebretsen, 2006; Ingebretsen og Solem, 2002; Næss og Moen, 2014), ser vi at pårørende til personer med demens ofte strekker seg langt for å gi omsorg. Tilsvarende ser vi at pårørendes rolle er viktig også i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008).

Innvandrere i Norge representerer en rekke ulike former for familiepraksis og forventninger om familieomsorg (Kavli og Nadim, 2009). Selv om det blant mange er sterke tradisjoner for familieomsorg, er det store variasjoner. En kan heller ikke regne med et ubegrenset omsorgspotensial blant den yngre generasjon av innvandrere/ barn av innvandrere, selv om deres bakgrunn preges av familieorienterte verdier (Ingebretsen, 2009; Nergård, 2009). I mange tilfeller skjer det en gradvis tilpasning til det nye samfunnet (Forssell, 2010).

Samtidig kan det eksistere særlige barrierer mot å benytte offentlige tjenester (Yeatts, Crow & Folts, 1992). Hvis eldre innvandrere i møte med hjelpeapparatet opplever at hjelpen er lite tilrettelagt ut fra den enkeltes vaner og tradisjoner, vil dette skape et press på pårørende om at det er de som må yte omsorg og forvalte den eldres interesser. En familieorientering med vekt på forpliktelse kan øke risikoen for negative helsekonsekvenser hos omsorgsgiver (Gallagher-Thompson, 2006). Økt kulturkompetanse i hjelpeapparatet er derfor etterlyst (Gallagher-Thompson, 2003; Quershi, Collazos, Ramos & Casas, 2008).

I en befolkning preget av mangfold kan det være ulike syn på hvordan dagliglivet best kan tilrettelegges for å ivareta verdighet og trivsel

NOVA har gjennomført flere prosjekter om eldre innvandrere i helse- og omsorgstjenesten som både viser et behov for tilrettelegging av tjenestene og den viktige rollen pårørende har i omsorgen og i samarbeidet med de ansatte i omsorgstjenesten (Ingebretsen og Nergård, 2007; Ingebretsen, 2009, 2010a, b, c og 2011; Nergård, 2009). Pårørenderollen kan innebære særlige utfordringer ved psykiske problemer og demens. Erfaringer med pårørende til eldre innvandrere viser at pårørende ofte har en sentral rolle som formidlere og brobyggere til omsorgstjenesten. De har få modeller for denne rollen, og de fungerer som omsorgsgivere, koordinatore, oversettere, kulturformidlere og -forvaltere (Ingebretsen, 2009, 2010a). De er dermed «pionerpårørende» – de første som har en pårørenderolle i samspill med det offentlige hjelpeapparat i Norge.

Innvandrere og psykisk helse

Undersøkelser viser høy forekomst av psykiske problemer blant eldre innvandrere, særlig kvinner (Blom 2008; Kumar, Grøtvedt, Meyer, Søgaard og Strand, 2008), uten at dette gjenspeiles i bruk av tjenester i psykisk helsevern (Elstad, Finnvold og Texmon, 2015). Helseundersøkelsen ved Statistisk sentralbyrå viser relativt små forskjeller i helsetilstand mellom innvandrere og den øvrige befolkning når det gjelder somatiske sykdommer, men forskjellene øker dess sterkere det subjektive innslaget i oppfatningen av helsen er, og jo mer sykdomsbildet dreier over mot psykiske lidelser. Her fremstår innvandrere som klart mest belastet. Det er forskjeller mellom innvandrergrupper, men helseproblemer er sterkere relatert til alder og kjønn blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. Eldre kvinner er særlig utsatt (Blom, 2008).

En gjennomgang av forskningslitteraturen viser også at voksne immigranter i Norge har større plager og økt risiko for problemer med den psykiske helsen sammenlignet med befolkningen generelt (Abebe, 2010). Dette tilskrives særlig sosiale og økonomiske forhold. For flyktinger må en ta i betraktning at mange har en traumatisk bakgrunn. Noen grupper av innvandrere kan imidlertid oppleve *mindre* risiko for psykiske problemer enn majoritetsbefolkningen. Dette tilskrives det som kalles «the healthy migrant effect»: De som flytter, kan være ekstra ressurssterke og ha en støttende familiekultur som beskytter mot psykiske helseproblemer (Abebe, Lien og Hjelde, 2012). Det er derfor viktig å ha i mente at vi har å gjøre med ulike og sammensatte grupper av innvandrere (Kumar et al., 2008) som i ulik grad benytter hjelpeapparatet (Elstad et al., 2015).

Synet på helse og hjelpsøking påvirkes av den enkeltes virkelighetsforståelse. I ulike samfunn er det forskjell på hva man definerer som sykdom, hvordan man presenterer sin lidelse, og hvem man henvender seg til for å få hjelp (Ingebretsen, 2009; Neumayer, 2001). Dette gjelder både fysiske og psykiske helseproblemer. Direkte oversettelse av helsebegreper fra ett språk til et annet kan derfor være problematisk og skape misforståelser (Eriksen og Sajjad, 2011).

I noen innvandremiljøer er det sterke tabuer og barrierer for åpenhet om psykiske problemer (Jareg, 2007). En britisk undersøkelse blant pakistanske kvinner viser at sykehusinnleggelse, behandling og medisinerer for «mentale lidelser» skaper risiko for stigmatisering av kvinnene og deres familier. Det kan derfor være en fordel å benytte mer nøytrale betegnelser for tjenester og tilbud (Wheeler, 1998). Vi finner også at enkelte innvandrergrupper oppfatter og fremstiller psykiske plager

som somatiske symptomer, noe som underkommuniserer de psykiske plagene (Sørheim, 2000; Sachs, 2011).

Fellesskap med andre fra opprinnelseslandet kan utgjøre en styrke når det gjelder støtte i hverdagslivet, fremtidstro og fremtidsplaner. Ved innvandring til et annet land kan det være mange forhold som virker uoversiktlige og innebærer påkjenninger. Ikke alle føler seg fullt ut akseptert i sitt nye hjemland. Dette var bakgrunnen for prosjektet «Livsmot eller mismot», som ble gjennomført ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i samarbeid med NOVA (Ingebretsen et al., 2015a) (se beskrivelse nedenfor).

Innvandrere og demens

Internasjonale studier peker på at forståelsen av demens varierer mellom kulturelle kontekster (Mukadam, Cooper & Livingstone, 2011). Etniske minoriteter er ofte underrepresentert i demensomsorgen, og oppsøker hjelpeapparatet sent i en demensutvikling (Moriarty, Sharif & Robinson, 2011; Seabrooke & Milne, 2004, 2009). Derfor rettes søkelyset mot tilpasning av tjenester og tilbud til ulike minoritetsgrupper (Alzheimer Society, 2013).

Det er også utfordringer knyttet til diagnostisering. Her må språk, utdanningsnivå og sosioøkonomisk status tas i betraktning. (Nielsen, 2012). Inntil nylig har det vært lite forskningsbasert kunnskap om eldre innvandrere med demens og deres pårørende i Norge. Et ledd i arbeidet med å bøte på dette er prosjektet «Eldre innvandrere og demens», som ble organisert og ledet fra Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) på oppdrag fra Helsedirektoratet (Spilker og Kumar 2016). Delprosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» i samarbeid med NOVA hadde artikkelforfatteren som prosjektleder (Ingebretsen et al., 2015b).

Målsetting i de aktuelle prosjektene

Målet med prosjektet «Livsmot eller mismot» var å få kunnskap om hvordan aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn opplever livskvalitet og utfordringer i hverdagslivet, og hvilke tiltak de foretrekker for å skape trivsel og redusere mismot.

I prosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» var målet å få økt kunnskap om holdninger til demens blant personer med innvandrerbakgrunn, erfaringer med tjenestetilbud og hvordan situasjonen oppleves når et familiemedlem rammes av demens, samt lære mer om hvordan helsepersonell møter denne gruppen.

Metode

Metodene som ble benyttet i prosjektet «Livsmot eller mismot», var individuelle kvalitative intervjuer med fagfolk og ledere av innvandrersorganisasjoner med bakgrunn fra Asia (n = 10) og fokusgrupper med kvinner (50 år +) med bakgrunn fra India og Pakistan (n = 20). Foreløpige funn fra intervjuene ble drøftet i en dialogkonferanse med kvinner med bakgrunn fra mange land (n = 30). Disse erfaringene inngår i datamaterialet. Kvinnene ble rekruttert gjennom organisasjoner og forebyggende helsetiltak.

Pårørende til eldre innvandrere har ofte en sentral rolle som formidlere og brobyggere til omsorgstjenesten

Også prosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» benyttet individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer som metode. Det ble gjennomført intervjuer med 12 pårørende til eldre innvandrere med demens. De hadde bakgrunn fra 9 land. Pårørende ble rekruttert gjennom hjelpeapparatet. Det ble gjennomført 9 fokusgrupper med i alt 51 innvandrere over 50 år (uten demensdiagnose) med bakgrunn fra 10 land om holdninger til demens og erfaringer med hjelpeapparatet generelt. Disse deltakerne ble rekruttert gjennom kontaktpersoner i innvandrer miljøer, organisasjoner og religiøse samfunn. I prosjektet inngikk også fire fokusgrupper med i alt 18 ansatte i helse- og omsorgstjenesten (to grupper representerte hjemmetjenesten og to sykehjem). Disse ble rekruttert gjennom sine arbeidssteder i bydeler i Oslo med høy andel innvandrere. De ansatte hadde bakgrunn fra 11 land. I alt består utvalget av 81 personer fra 23 land. Eldre innvandrere, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten har fortalt om sine holdninger til demens og erfaringer med møter i hjelpeapparatet.

I begge prosjektene ble intervjumaterialet transkribert og tematisk analysert av forskerteamene. For nærmere metodebeskrivelse med faglige og etiske vurderinger vises det til prosjektrapportene (Ingebretsen et al., 2015 a og b).

Metodekommentar

I begge prosjektene vurderes det som en styrke at vi fikk mulighet til å belyse våre spørsmål i dialog med deltakere som hadde ulike erfaringer og innfallsvinkler til våre problemstillinger. Særlig i demensprosjektet er utvalget bredt sammensatt og preget av mangfold. Tilliten til funnenes pålitelighet styrkes av at det er stor grad av samsvar mellom funn fra ulike datakilder. I prosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» gjelder dette uttalelser fra eldre, pårørende og ansatte. I «Livsmot

og mismot» har deltakerne hovedsakelig bakgrunn fra to opprinnelsesland, men dialogkonferansen viste at eksempler på erfaringer ga gjenkjenning også for kvinner med annen innvandrerbakgrunn.

Deltakernes beskrivelser av behov og forhold til hjelpeapparatet har klare paralleller i de to prosjektene. Samtidig gir ikke funnene grunnlag for å generalisere til alle innvandrere eller «eldre innvandrere» som gruppe. Likevel bidrar de enkelte deltakernes stemme og deres eksempler til innsikt og refleksjon om mangfold. De peker på hvilke behov og ønsker eldre innvandrere og deres pårørende kan ha, hvordan man best kan komme dem i møte, og hva som kan hindre at de får god hjelp. Nedenfor blir erfaringer fra begge prosjektene (heretter kalt «Kvinneprosjektet» og «Demensprosjektet») beskrevet og drøftet samlet.

Resultater

Barrierer mot hjelpsøking og strategier for å overvinne dem

Faktorer som kan hindre hjelpsøking, beskrives først ut fra problemforståelse, åpenhet/tabuforestillinger og syn på familiens ansvar for omsorg. Deretter rettes blikket mot hjelpeapparatet med spørsmål om hvordan hjelpetilbud gjøres kjent, er tilgjengelige og gir hjelp tilpasset den enkeltes behov.

Problemforståelse

I «Kvinneprosjektet» forteller kvinnene at det ikke har vært vanlig for dem å sette ord på psykiske problemer. De snakker mer om kroppslige plager, og har ikke vært vant til å se en sammenheng mellom kroppslige og psykiske plager.

«Demensprosjektet» viser at hukommelsesproblemer og begynnende demens på den ene siden kan oppfattes som del av en normal aldringsprosess. På den andre siden kan demens med atferdsproblemer ses som tegn på «galskap». Begge oppfatningene kan bidra til at eldre og deres pårørende unnlater å søke hjelp.

Åpenhet/tabu/skam

Både «Kvinneprosjektet» og «Demensprosjektet» viser at det eksisterer ulike oppfatninger om sykdom og helse og hva som forårsaker plagene. Dette påvirker både om man søker hjelp i det hele tatt, og hvor man i så fall finner det naturlig å søke hjelp. Noen av deltakerne forteller at plagene tolkes som et resultat av sosialt påført magi eller som straff fra gud. Da er det mer nærliggende å forholde seg passiv eller oppsøke vismenn, gjennomføre religiøse ritualer eller bønn, enn å oppsøke

helsevesenet. Ser en hukommelsesproblemer og atferdsvansker som et mulig tegn på sykdom, er det større sannsynlighet for at man oppsøker hjelpeapparatet. (Ingebretsen et al., 2015b).

Deltakerne forteller at de får ulike impulser til å forstå sine plager. Mange har pårørende og kjente som arbeider i helsevesenet. I «Kvinneprosjektet» forteller kvinner i fokusgruppene at de har utviklet fortrolige venninneforhold der de kan være åpne om sine problemer og bekymringer. De nevner også ressurspersoner i innvandremiljøene som viktige støttespillere og brobyggere inn i hjelpeapparatet. Dette gjelder også psykologhjelp.

Deltakerne forteller at redsel for ryktespredning kan prege kontakten med hjelpeapparatet og bruk av tolketjenester. Begge prosjektene gir eksempler på at tabuer og negative forestillinger om psykisk helse virker negativt på den enkeltes selvfølelse. I tillegg kan hele familien bli stemplet. Både eldre selv og pårørende uttrykker bekymring for sladder og for at familiens gode navn og rykte kan bli skadet. Et eksempel er at det kan gå ut over barnas sjanser på ekteskapsmarkedet dersom en av foreldrene har uttalte tegn på demens eller psykiske lidelser.

Familieorientering

I de tilfellene der negative holdninger til et av familiemedlemmenes problem kan komme til å prege hele familiens anseelse, blir dette fort et argument for å holde problemer innad i familien. Men familieorienteringen kan også komme til uttrykk ved at familien føler et ekstra ansvar for å hjelpe eldre familiemedlemmer. Da blir ofte alle omsorgsressurser i familien benyttet maksimalt før de søker hjelp gjennom det offentlige hjelpeapparat (Ingebretsen, 2015).

Hukommelsessvikt og språkproblemer i et «fremmed land» kan ytterligere forsterke følelsen av hjelpeløshet, og skape ekstra avhengighet av familien. Barn av innvandrere med demens gir ofte uttrykk for at de føler en sterk forpliktelse til å ta seg av sine foreldre. Samtidig må de forholde seg til andre forventninger i dagens Norge, som tett oppfølging av egne barn og forventninger om at både menn og kvinner skal delta i arbeidslivet. Dette gjør at det blir vanskelig å etterleve tradisjonelle idealer om familieomsorg. Det gir et krysspress som kan skape dilemmaer og konflikter, både for den enkelte og familiemedlemmer imellom. En datter forteller at hun måtte søke psykisk helsevern om hjelp for sin utagerende mor. Hun ble sterkt kritisert og avvist av familiemedlemmer som bodde utenlands: «De sier at jeg har et kaldt hjerte.»

En vanskelig migrasjonsprosess kan bidra til at barn av innvandrere føler ekstra forpliktelse overfor sine foreldre. En sønn som nøler med å søke plass for sin mor på sykehjem, begrunner nølingen slik: «Min mor har måttet forlate alt hun har hatt i livet. Skal hun nå også miste familien?»

Han vil gjøre alt som står i hans makt for å forhindre at hun må oppleve ytterligere tap og omstilling, selv om han og familien er utslitte.

Pårørende til eldre innvandrere med demens forteller at det uansett hvordan den eldre fungerer, er en selvfølge for dem å hjelpe. En svigerdatter sier at hun ser det som sin oppgave å stelle svigermoren. Hvis hun ikke klarer oppgavene og må be om hjelp, betyr det at hun ikke strekker til. Sett slik kan det å søke offentlig hjelp fortone seg som et tegn på egen utilstrekkelighet som pårørende.

Et annet eksempel gjelder en sønn som gjorde en enorm innsats for å hjelpe sin demensrammede far også etter at faren flyttet til sykehjem. Sønnen blir nærmest forbauset når han blir spurt om hvordan dette er for ham selv. Han er lite opptatt av at han er sliten. Hans hovedargument er: «Det er jo min far» (Ingebretsen, 2015b).

Noen pårørende forteller at de av respekt for og lojalitet til den eldre nøler med å fortelle hjelpeapparatet om hvor hjelpetrengende den eldre faktisk er. Ansatte i omsorgstjenesten gir også uttrykk for at familier med innvandrerbakgrunn ofte venter med å søke hjelp til den eldre er sterkt redusert. En slik skjerming av den eldre kan medføre både at den eldre får utilstrekkelig oppfølging, og at pårørende blir ekstra utsatt for belastninger.

Behov for informasjon og tilrettelegging av tilbud i hjelpeapparatet

I begge prosjektene ønsket vi å lære mer om hvordan deltakerne opplever hjelpeapparatet, og hva som er viktig for dem med tanke på god hjelp.

Informasjonsbehov

I «Kvinneprosjektet» forteller deltakerne at eldre med innvandrerbakgrunn kan gå glipp av informasjon om tilbud og tjenester hvis informasjon bare gis på norsk. De ønsker derfor informasjon på ulike språk, men vektlegger også behovet for norskopplæring.

Erfaringer fra «Demensprosjektet» viser et stort behov for mer informasjon både om demens og tjenestetilbudet. Det trengs både skriftlig og muntlig informasjon, og den må gis på ulike språk. Det etterlyses også flerspråklig folkeopplysning via media.

I begge prosjektene understreker deltakerne at innvanderers organisasjoner og møtesteder er viktige arenaer for kunnskapsformidling og informasjon.

Tilrettelegging

I den direkte kontakten med hjelpeapparatet er både språk og kulturforståelse viktige forutsetninger for god hjelp. Deltakerne understreker at fastlegen har en sentral rolle. Noen av deltakerne i

«Kvinneprosjektet» vil helst bruke sitt morsmål for å beskrive opplevelser og plager, selv om de praktiserer norsk i dagligtale. Hvis det ikke finnes fagfolk med samme språk, etterlyser de en velfungerende tolketjeneste. Samtidig understreker deltakerne at helsepersonell må ha kjennskap til innvandreres bakgrunn, tradisjoner og referanseramme. Ellers kan det lett oppstå misforståelser.

Det er eksempler på at kvinner som har søkt profesjonell hjelp, blir møtt med holdninger som forteller om liten forståelse og lydhørhet for deres normer og verdier, slik som lettvinde råd om å bryte ut av forhold eller «tenke på seg selv» når det er familieproblemer. En viktig forutsetning for å benytte tilbud er å bli møtt med respekt for sine verdier.

Aldrende kvinner i «Kvinneprosjektet» legger stor vekt på egne møtesteder for kvinner der de møter lydhørhet og får styrket selvtillit og mestring gjennom språkopplæring og helseinformasjon. Disse møtestedene oppleves som helsefremmende og trygge arenaer for sosialt samvær, læring og aktivitet. Tilrettelegging innebærer å ta hensyn til kulturelle/religiøse oppfatninger om helse og et godt liv, blant annet ved å ivareta den enkeltes bluferdighet ved trening og fysisk aktivitet.

Også i «Demensprosjektet» etterlyser flere deltakere uformelle møtesteder som et bidrag til å skape kontakt, forsinke demensutvikling og gi mulighet til gjensidig hjelp og støtte.

Når det gjelder tilbud om hjemmetjenester, dagsentrer og opphold i sykehjem, vektlegger deltakere i begge prosjekter individuell tilrettelegging og respekt for den enkeltes vaner, normer og tradisjoner. Mulighet til kommunikasjon på morsmålet kan både være en del av tilretteleggingen og en forutsetning for å kunne følge opp den enkeltes ønsker og behov.

I «Demensprosjektet» forteller pårørende om både positive og negative erfaringer med tilrettelegging av tjenester i hjelpeapparatet. Pårørende som har vært i kontakt med hukommelsesklinikker og utredningsenheter, er stort sett fornøyde med det tilbudet de har fått ved kartlegging. Noen har imidlertid innvendinger når det gjelder oppfølging. De ønsker tilrettelegging av dagtilbud for innvandrere med demens og tilbud til deres pårørende.

Familieorientering og samarbeid med helse- og omsorgspersonell

I «Kvinneprosjektet» uttrykker flere eldre kvinner at de vil bo for seg selv og ikke være en belastning for sine barn. Andre forteller at barna har nok med sitt, og at deres alternativ da er offentlige omsorgstjenester. Måten den eldre og familien blir møtt på i hjelpeapparatet, blir avgjørende for å benytte tilbud. Det er eksempler på at det første møtet med dagsenter eller sykehjem blir så vanskelig på grunn av språkproblemer og utilstrekkelig tilrettelegging at den eldre og familien ikke ønsker å benytte tilbudet.

I begge prosjektene er deltakerne opptatt av at det er tillit og et nært samarbeidsforhold mellom pårørende og ansatte i hjelpeapparatet. De legger vekt på dialog underveis, slik at partene kan planlegge best mulig omsorg for den eldre. Det krever bevisstgjøring og forventningsavklaring mellom den enkelte eldre, familien og hjelpeapparatet.

Undersøkelser viser høy forekomst av psykiske problemer blant eldre innvandrere, uten at dette gjenspeiles i bruk av tjenester i psykisk helsevern

Både eldre selv og pårørende ønsker seg lavterskeltilbud og kontaktpersoner det er enkelt å henvende seg til. Familiemedlemmer kan streve med å sette ord på hva de selv opplever, og hva de trenger av hjelp, derfor er det viktig for dem å bli møtt med lydhørhet.

I våre undersøkelser legger både eldre, pårørende og ansatte selv vekt på at ansatte i helse- og omsorgstjenesten trenger opplæring for å kunne forholde seg til et mangfold av brukere. Dette gjelder kunnskap om språk, tradisjoner og verdier – ikke minst forståelse av forventninger om familieomsorg.

Diskusjon

Prosjekterfaringene viser at det er en rekke forhold som kan hindre eldre innvandrere og deres pårørende i å få hjelp. Negative holdninger til psykiske problemer og demens kan bidra til at de utsetter å be om hjelp. I tillegg vil språk og kommunikasjon være avgjørende for innvandreres problemdefinerings, kontakt med hjelpeapparatet, diagnostisering og behandling. Som tidligere diskutert i faglitteraturen (Jareg, 2007), viser våre funn at ikke alle har ord for depresjon eller demens, og at psykiske problemer ofte kan komme til uttrykk gjennom kroppslige plager. Derfor må man ta utgangspunkt i den enkeltes problemforståelse, og formidle kunnskap og forståelse på en måte som tar hensyn til ulike holdninger til psykiske problemer og demens.

I dette arbeidet blir det viktig å ta hensyn til at det er stor variasjon i en sammensatt gruppe av innvandrere, og at innvandreres holdninger og oppfatninger bare er en av flere faktorer som virker inn på hjelpsøking. Andre viktige faktorer er informasjon om tjenestene og hvordan tilbud og tjenester gjøres tilgjengelige og tilpasses brukerne (jf. Yeatts et al., 1992; Mukadam et al., 2011; Seabrooke & Milne, 2009).

På systemplan er det en ekstra utfordring for hjelpeapparatet å gi informasjon om tilbudet på en måte og i et språk den enkelte forstår. Selv om hjelpeapparatet har ansvar for å tilby tolketjeneste

ved behov (Helsedirektoratet, 2014), viser prosjekterfaringene at dette ikke alltid blir fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Våre funn viser at pårørende ofte får en aktiv rolle i kontakten med hjelpeapparatet. Det er tidligere vist for omsorgstjenester generelt (Ingebretsen, 2009, 2010). Ved demensutvikling blir behovet for en slik aktiv pårørenderolle ekstra stort.

En sterk familieorientering vil virke inn på pårørendes forhold til hjelpeapparatet. Mange innvandrere kommer fra land med vekt på familieomsorg, og de har liten erfaring med offentlige omsorgstjenester. Variasjonen både mellom og innad i ulike grupper av innvandrere er likevel stor. Barn av innvandrere som vokser opp i Norge, vil i ulik grad bli preget av og praktisere tradisjoner og normer fra foreldrenes opprinnelsesland.

Våre undersøkelser viser at forventninger om familieomsorg kan være forbundet med mye stress for pårørende. Dette er i overensstemmelse med tidligere funn (Gallagher-Thompson, 2006). Samtidig møter vi motforestillinger mot å definere hjelpebehovene til et familiemedlem som et «problem», fordi familieomsorg blir regnet som en selvfølge. Enten en kaller det belastninger eller ikke, vil langvarig omsorgsarbeid kunne medføre risiko for sykdom og slitasje hos pårørende.

Våre funn viser ulike tradisjoner for hvor mye en snakker om sine bekymringer utad, og hva slags «snakkekultur» en er vant med. Hensynet til familielojalitet og redsel for ryktespredning kan være en grunn til ikke å snakke så mye utad om problemer i familien, men det kan også være tvil om det hjelper å «snakke om problemer». Vi bør derfor være åpne for ulike tilnærminger ved intervensjon.

I faglitteraturen vises det til positive erfaringer med bruk av kognitive og psykoedukative tilnærminger overfor pårørende med asiatisk bakgrunn (Gallagher-Thomsen, 2003). Pårørende ble motivert til stressmestring og avkobling med den begrunnelse at det ville gjøre dem til bedre omsorgsgivere. Også våre prosjekterfaringer viser at det ikke alltid oppleves legitimt for pårørende å ønske seg fritid og avkobling «bare for sin egen del». En tilnærming med opplæring kan være lettere å godta. Samtidig etterlyser flere av deltakerne i våre undersøkelser også familieorienterte tilnærminger og tilbud om psykologbistand til pårørende.

Det stiller store krav til tilgjengelighet og tilrettelegging av tjenestetilbud hvis vi skal følge opp det som står i Meld. St. 29 (2012–13): «Pårørende skal ikke oppleve seg tvunget inn i en rolle som omsorgsperson eller påta seg omfattende omsorgsoppgaver fordi det offentlige tjenestetilbudet blir utilstrekkelig» (s. 59).

Ikke alle eldre innvandrere har mulighet til eller foretrekker omfattende familieomsorg. Prosjekterfaringene viser at det er variasjon i forventningene om familieomsorg også fra den eldre generasjon. Mange legger vekt på møteplasser der de treffer andre og utvikler fellesskap og gjensidig støtte også utenfor familien. Slike arenaer er viktige for informasjon og erfaringsutveksling. Samtidig har noen behov for profesjonell hjelp. Da trengs det kulturkompetanse blant ansatte i psykisk helsevern og helse- og omsorgstjenesten.

Opplæring for ansatte i helse- og omsorgssektoren for å møte eldre innvandreres behov blir sterkt understreket både fra eldre selv, pårørende og ansatte som har deltatt i de aktuelle prosjektene. Behov for opplæring er også understreket i flere forskningsrapporter tidligere (Ingebretsen, 2010, 2011) og i offentlige dokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Viktige aspekter ved kulturkompetanse er at en er oppmerksom på at den enkeltes bakgrunn på ulike måter kan ha innvirkning på hvordan en gir uttrykk for og oppfatter plager (Quershi et al., 2008). Det kan være behov for tilpasninger i diagnostisering og behandling. Ikke minst er det viktig å være bevisst eget ståsted og risiko for feilslutninger fordi en tar ting for gitt. Dette gjelder i alle deler av helse- og omsorgstjenestene og for alle yrkesgrupper – også psykologer.

Etniske minoriteter er ofte underrepresentert i demensomsorgen

Denne artikkelen er mest bygget på erfaringer fra kommunale helse- og omsorgstjenester og tiltak for helsefremmende arbeid. For psykisk helsevern har det i mange år blitt etterlyst større satsing på psykologisk behandling til eldre generelt (Ingebretsen, 1977; Solberg 2014 a og b). For eldre innvandrere kan det være enda flere barrierer både for å be om – og få – adekvat hjelp. Et flerkulturelt perspektiv er derfor viktig i videre forskning og klinisk arbeid på dette feltet.

Konklusjon

For å gi god hjelp til eldre med innvandrerbakgrunn blir det viktig å rette oppmerksomhet mot hvordan sykdom og plager forstås og uttrykkes. Ikke alle har ord for demens eller depresjon, eller føler det naturlig å snakke åpent om problemer. Det blir avgjørende hvordan hjelpeapparatet gir informasjon og tilrettelegger tilbud for å møte de behov eldre innvandrere og deres familier har for hjelp. Møteplasser og organisasjoner kan være viktige arenaer for informasjon og støtte. I dette arbeidet er det viktig å samarbeide med innvandrere og deres organisasjoner og satse på utvikling av kulturkompetanse og fleksible tilbud i ulike deler av hjelpeapparatet.

Referanser

- Abebe, D.S. (2010). *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A research Review*. NAKMI-rapport. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Abebe, D.S., Lien, L., & Hjelde, K.H. (2012). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16, 60–7.
- Alzheimer Society (2013). All Party Parliamentary Group on Dementia. www.alzheimer.org.uk
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. Rapport 35. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bruvik, F.K. (2014). *Persons with dementia and their family carers. Quality of life, burden of care, depression and the effect of psychosocial support* (Doktoravhandling). Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Daatland, S.O. (1990). What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1–15.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2003). Lost solidarity or changed solidarity. A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537–560.
- Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Fagbokforlaget.
- Elstad, J.I., Finnvold, J.E. og Texmon, I. (2015). Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlands bakgrunn. NOVA-rapport nr. 10/15.
- Eriksen T.H. & Sajjad T.A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- EUROCARERS (2009). «Family care in Europe». Factsheet. (www.vilans.nl).
- Forssell, E. (2010). Anhörigomsorg i migrantfamiljer. I Torres, S. & Magnússon, F. (red.): *Invandrarskap, äldrevård och omsorg*. Gleerups Forlag, 93–105.
- Gallagher-Thompson, D. (2006). The family as the unit of assessment and treatment in work with ethnically diverse older adults with dementia. I G. Yeo, & D. Gallagher-Thompson (red.): *Ethnicity and the Dementias*. London: Routledge.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D.W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L.W. (2003). Change in Indices of Distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives with Dementia: Site-specific results from the REACH National Collaborative Study. *The Gerontologist* 43, 4, 580–591.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Forskrift om verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien. (www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrif...)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Nasjonal strategi om innvandreres helse.
- Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester*. IS-1512. (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/>)
- Helsedirektoratet (2014). *Rett til tolk*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://helsenorge.no/rettigheter-som-syk/rett-til-tolk>
- Herlofson, K. (2013). *Generasjonsbånd. Kvinners og menns familierelasjoner i aldrende samfunn*. (Doktoravhandling) Universitetet i Oslo. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.
- Ingebretsen, R. (1977). Psychotherapy with the elderly. *Psychotherapy, Research and Practice*, 14, 319–332.
- Ingebretsen, R. (2006). *Flytting til institusjon. Demens i parforhold*. Tønsberg. Forlaget Aldring & Helse.
- Ingebretsen, R. (2009). Familien tar seg vel av ‘dem’ eller? Individuell tilrettelegging og familieorientering i omsorg for eldre med innvandrerbakgrunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6, 2, 129–141.
- Ingebretsen, R. (2010a). Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. Brukeres, pårørendes og ansattes perspektiver. NOVA-rapport 11/2010.
- Ingebretsen, R. (2010b). Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer. NOVA-rapport 15/2010.
- Ingebretsen, R. (2010c). Omsorgstjenester for eldre med innvandrerbakgrunn i Norge – hvordan ivareta mangfold og individualitet? I S. Torres og F. Magnússon (red.). *Invandrarskap inom äldreården och omsorgen*. Gleerups forlag, 129–149.
- Ingebretsen, R. (2011). Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. NOVA-rapport 28/11.
- Ingebretsen, R. (2015a). Pårørende som ressurs og ressurser til pårørende. I S. Husebø og M.S. Holm (red.). *Verdighetsboken – omsorg for gamle*. Fagbokforlaget, 155–166.
- Ingebretsen, R. (2015b). Det er jo min far! Erfaringer fra pårørende til eldre innvandrere med demens. *Demens & Alderspsykiatri*, 19, 4, 8–12.
- Ingebretsen, R. & Solem, P.E. (2002). *Aldersdemens i parforhold*. NOVA-Rapport 20/02.

- Ingebretsen, R. & Nergård, T.B. (2007). Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet. NOVA-rapport 13/07.
- Ingebretsen, R. Spilker, R.S. og Sagbakken, M. (2015b). *Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten*. NAKMI/ NOVA: NAKMI-rapport 1–2015. (vist i tekst som Ingebretsen et al., 2015b)
- Ingebretsen, R., Thorsen, K. og Myrvang, V.H. (2015). *Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. «Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig»*. Forlaget Aldring og helse. (vist i tekst som Ingebretsen et al., 2015a)
- Jareg, K. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Rådet for psykisk helse. Utvalgsrapport.
- Kavli, H.C. & Nadim, N. (2009). Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier. Fafo-rapport 2009: 39.
- Kumar B.N., Grøtvedt L., Meyer H.E., Sjøgaard A.J., & Strand, B.H. (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile*. Rapport 7. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Meld. St. 29 (2012–13). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Moriarty, J., Sharif, N., & Robinson, J. (2011). Black and minority ethnic people with dementia and their access to support and services. Social care institute of excellence, *Research Briefing 35*, march 2011. (www.scie.org.uk/publications)
- Mukadam, N., Cooper, C., & Livingstone, G. (2011). A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26, 12–20.
- Nergård, T.B. (2009). Mangfoldig omsorg. Tre innvandrergrupper forteller om sine forventninger til alderdommen. NOVA-rapport 16/09.
- Neumayer, S.M. (2001). Kulturelle møter mellom helsearbeider og klient/pasient. I *Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger*, 11, 1, 16–19.
- Nielsen, R. (2012). *Evaluation of dementia patients from ethnic minorities. A European perspective*. (Doktoravhandling) København, Nationalt Videnscenter for Demens.
- Næss, A. & Moen, B. (2014). Dementia and migration: Pakistani immigrants in the Norwegian welfare state. *Ageing and Society*, 34, October, 1–26.
- Quershi, A.; Collazos, F.; Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, 49–58.
- Sachs, L. (2011). Transkulturell psykiatri. Antropologiska studier i normalitet. I Sundgren, M. & Topor, A. (red.). *Psykiatri som social verksamhet*. Stockholm: Bonnier utbildning.

- Seabrooke, V. & Milne, A. (2004). Culture and Care in Dementia. A study of an Asian Community in North West Kent. *Alzheimer's & Dementia Support services*.
- Seabrooke, V. & Milne, A. (2009). Early intervention in dementia care in an Asian Community. *Quality in Ageing, 10*, 4, 29–36.
- Solberg, P.O. (2014a). Eldrepsykologi: Økt behov – liten status. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51*, 300–304.
- Solberg, P.O. (2014a). Åpner opp gjengrodde stier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 51*, 394–398.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015).
- Spilker, R.S. & Kumar, B.N. (2016): Eldre i ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. NAKMI rapport 1 2016. <http://www.nakmi.no>
- Statistisk sentralbyrå (2016a). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016. <https://www.ssb.no/innvbef>
- Statistisk sentralbyrå (2016b). Befolkningsframskrivinger, 2016–2100. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram>
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 28 (1999–2000). Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 45 (2002–2003). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- St.meld nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørheim T.A. (2000). *Innvandrerfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yeatts, D.E., Crow, T., & Folts, E. (1992). Service Use among Low-income Minority Elderly: Strategies for Overcoming Barriers. *The Gerontologist, 32*, 24–32.
- Wheeler E.L. (1998): Mental illness and social stigma: experiences in a Pakistani community in the UK. *Gender and Development, 6*, 1, 37–43.