

Eldre uten sikkerhetsnett?

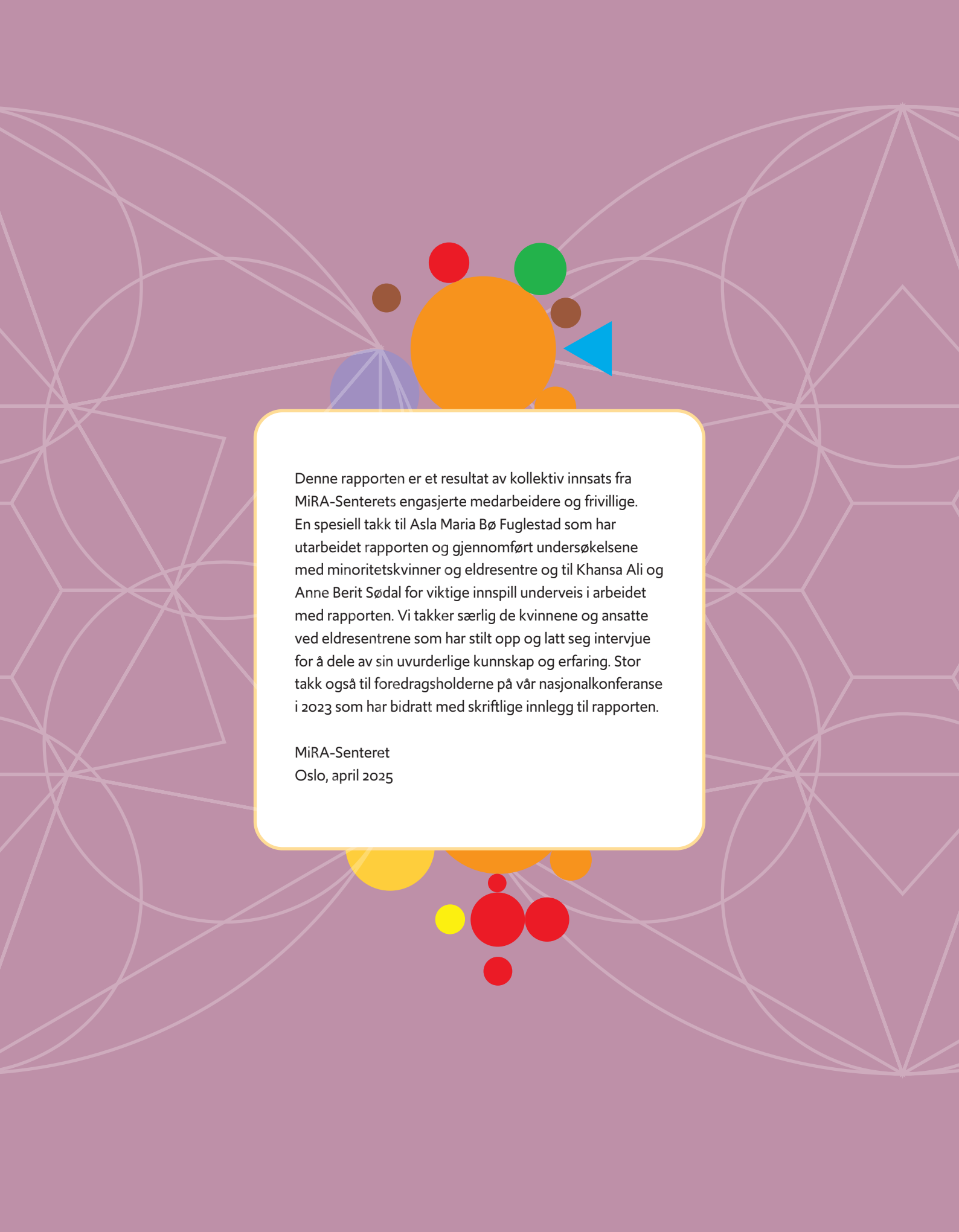
Hvordan sikre minoritetskvinner
en likeverdig alderdom?



RAPPORT FRA
MIRA-SENTERET

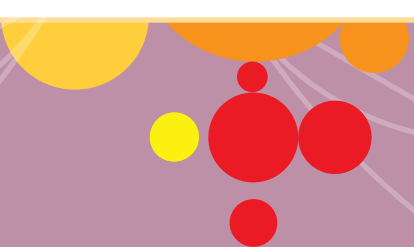


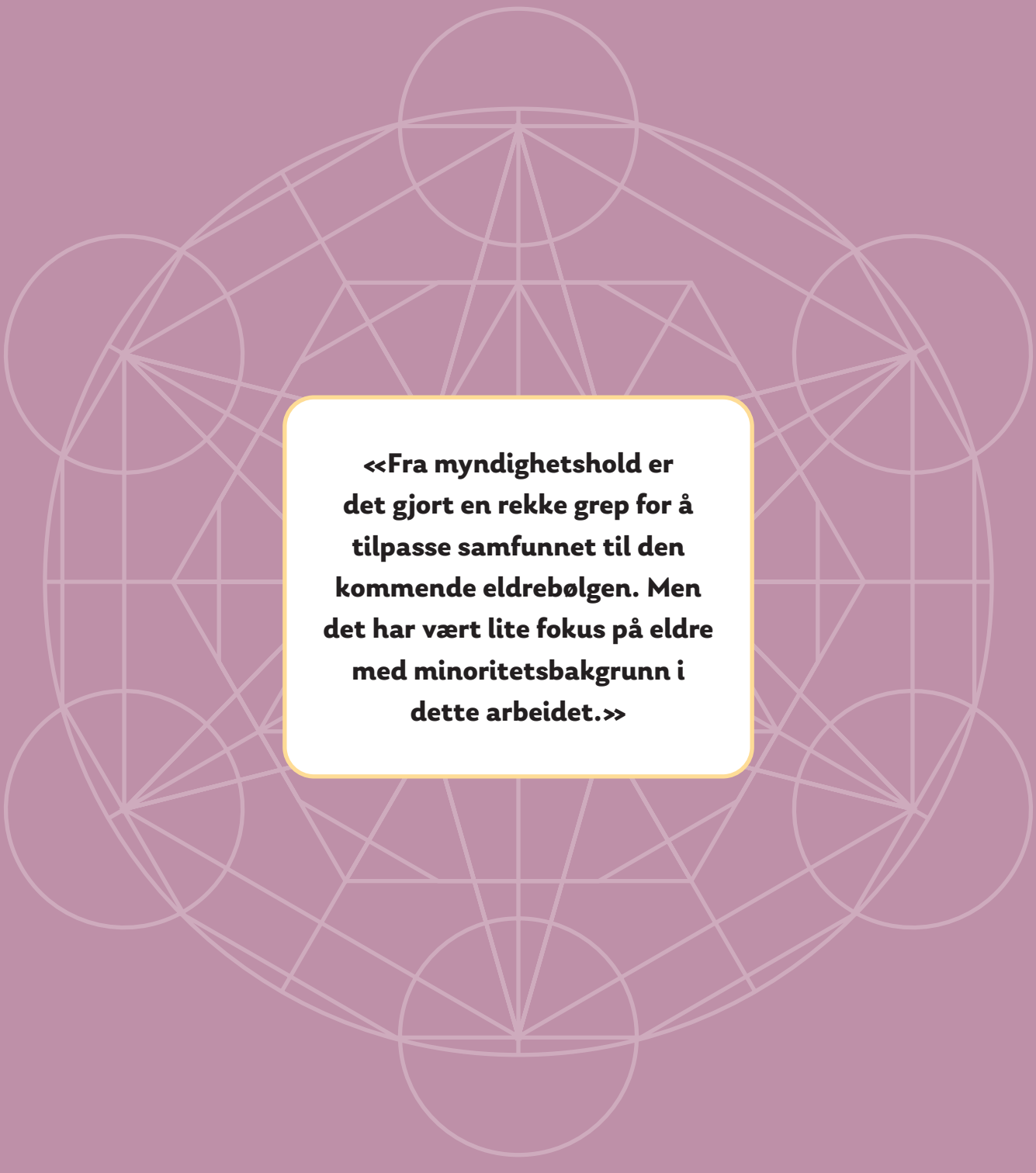
M i R A



Denne rapporten er et resultat av kollektiv innsats fra MiRA-Senterets engasjerte medarbeidere og frivillige. En spesiell takk til Asla Maria Bø Fuglestad som har utarbeidet rapporten og gjennomført undersøkelsene med minoritetskvinner og eldresentre og til Khansa Ali og Anne Berit Sødal for viktige innspill underveis i arbeidet med rapporten. Vi takker særlig de kvinnene og ansatte ved eldresentrene som har stilt opp og latt seg intervjuer for å dele av sin uvurderlige kunnskap og erfaring. Stor takk også til foredragsholderne på vår nasjonalkonferanse i 2023 som har bidratt med skriftlige innlegg til rapporten.

MiRA-Senteret
Oslo, april 2025





«Fra myndighetshold er det gjort en rekke grep for å tilpasse samfunnet til den kommende eldrebølgen. Men det har vært lite fokus på eldre med minoritetsbakgrunn i dette arbeidet.»»

Innhold

Forord	7
Innledning om prosjektet	9
Del 1	
Et overblikk over dagens situasjon og planer for eldreomsorgen framover	13
Andel eldre med innvandrerbakgrunn i dag og framover	13
Levekår	14
Livskvalitet	17
Regjeringens arbeid med å tilpasse samfunnet til den kommende eldrebølgen	18
Ulike strategier i møte med en mangfoldig eldrebølge	24
Del 2	
MiRA-Senterets nasjonalkonferanse i 2023	31
Åpningsinnlegg	32
Jämlikt och hälsosamt åldrande för kvinnor med migrationsbakgrund – utmaningar och möjligheter	34
Older immigrant women and healthcare services – a case of injustice	40
«Du ser det når du tror det» – Vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre	44
Familiemedlemmers rolle i hjemmebasert omsorg for eldre innvandrere i Sverige	50
Mindre enn minstepensjon - om eldre innvanderes pensjonsrettigheter	54
De ekte brobyggerne i samfunnet- ressurspersoner innad i minoritetsmiljøene	62
Gruppesamtaler om minoritetskvinner og alderdom	64
Del 3	
MiRA-Senterets undersøkelse vår 2024	67
Spørreundersøkelse med eldresentre	70
Presentasjon av funn fra intervjuundersøkelsen med minoritetskvinner	74
Økonomi	74
Språklige og digitale utfordringer i møte med det offentlige	76
Aktivitets- og omsorgstilbud – erfaringer og ønsker om tilrettelegging	80
Livskunst – å reise seg etter motgang	93
Drøfting av funn – hvordan sikre minoritetskvinner en likeverdig alderdom?	96
Økonomisk trygghet avgjørende for en god og trygg alderdom	96
Digitalisering fører til avhengighet av pårørende og økt sårbarhet	99
Tilrettelegging og ivaretagelse av språklige, kulturelle og åndelige behov ved omsorgs- og aktivitetstilbud	101
Konklusjon	113
Referanser	114



<<For at eldre minoritetskvinner skal kunne få en god alderdom og et likeverdig tjenestetilbud, er det nødvendig å ha kunnskap om hva som preger eldre minoritetskvinner situasjon og hva de selv ønsker og har behov for.>>

Forord

Levealderen øker, og det blir flere og flere eldre i Norge. Dette gjelder også globalt, hvor andelen eldre vokser og flertallet av de eldre er kvinner. I dag er andelen av befolkningen som er 70 år og eldre, 12 prosent.

I 2060 vil den høye levealderen øke til 21 prosent. Hver femte innbygger vil dermed ha fylt 70 år.¹ Dette har resultert i en økende diskusjon rundt sykehjem, hjemmetjenesten og generell eldreomsorg i det offentlige Norge. Man har også blitt mer bevisst på at man bør, så godt det lar seg gjøre planlegge for sin egen alderdom allerede i ung alder.

Men i den politiske debatten er det en gruppe som har uteblitt; den framvoksende gruppen av aldrende med innvandrerbakgrunn. Arbeidsinnvanderne som kom til Norge på syttitallet begynner å pensjoneres, i tillegg er det en god del eldre både blant bosatte og nyankomne flyktninger. Dette er alvorlig når vi vet at minoritetsbefolkningen, og minoritetskvinner spesielt, ofte kommer dårligst ut både når det gjelder levekår, tilknytning til arbeidslivet og tilgangen på offentlige omsorgstjenester.

Forskning om eldre innvandrere er fortsatt en mangelvare, men de kunnskapsoppdateringer som finnes viser blant annet sammenhenger mellom det å ha innvandrerbakgrunn og å ha kronisk sykdom. Bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester er mindre blant eldre innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Mange eldre innvandrere er også sterkt overrepresentert nederst i inntektsfordelingen sammenlignet med eldre uten innvandrerbakgrunn og kan slik befinne seg i en særlig sårbar situasjon som kan være meget kompleks og påvirke både utsatthet for vold, stigmatisering og diskriminering og den enkeltes trygde- og pensjonsrettigheter.

Som gruppe har eldre mennesker ulike sårbarheter, men de er også verdifulle for samfunnet med masse erfaring og kunnskap. Selv om det er viktig å ta utfordringene som eldrebølgen bringer på alvor, må vi også anerkjenne at de eldre er en viktig ressurs som både må inkluderes og samfunnet må benytte seg av fullt og helt. Globalt bidrar eldre kvinner med viktig støtte til sine familier og lokalsamfunn gjennom sitt betalte og ubetalte arbeid. Uten deres bidrag ville husholdningene gå glipp av økonomiske og sosiale muligheter, lokalsamfunn ville være mindre sammensveiset og samfunnet ville slite med å fungere fullt ut.² Også her i Norge bidrar eldre kvinner med minoritetsbakgrunn med veldig ofte usynlig og ulønnet omsorgsarbeid for blant annet sine barnebarn.

Eldre skal respekteres og inkluderes i samfunnet og gis en verdig alderdom tilpasset den enkeltes behov. For at eldre minoritetskvinner skal kunne få en god alderdom og et likeverdig tjenestetilbud, er det nødvendig å ha kunnskap om hva som preger eldre minoritetskvinnens situasjon og hva de selv ønsker og har behov for. I denne rapporten presenterer vi blant annet funn fra en spørreundersøkelse MiRA-Senteret gjorde våren 2024 som belyser minoritetskvinnens egne erfaringer og tanker om det å møte alderdommen i Norge og drøfter noen viktige grep som burde gjøres for å sikre minoritetskvinner en likeverdig alderdom.

Khansa Ali, leder ved MiRA-Senteret
Oslo, april 2025

¹ Senteret for et aldersvennlig Norge <https://www.aldersvennlig.no/om-oss/dette-jobber-vi-med>

² Age International <https://www.ageinternational.org.uk/policy-research/empowering-older-women/>



Innledning om prosjektet

Et sentralt mål for MiRA-Senterets virksomhet har alltid vært å synliggjøre minoritetskvinnens situasjon i Norge, la minoritetskvinnens stemmer bli hørt, og å kjempe for likestilling og mot diskriminering.

Ettersom stadig flere av innvandrerne i Norge nærmer seg pensjonsalder, blir det viktig å sette søkelys på eldre minoritetskvinnens situasjon. For at eldre minoritetskvinner skal kunne få en god alderdom og et likeverdig tjenestetilbud, er det nødvendig å ha kunnskap om hva som preger eldre minoritetskvinnens situasjon og hva de selv ønsker og har behov for. Fra myndighetshold er det gjort en rekke grep for å tilpasse samfunnet til den kommende eldrebølgen. Men det har vært lite fokus på eldre med minoritetsbakgrunn i dette arbeidet. MiRA-Senteret mener det er viktig at regjeringen i større grad tar grep for å sikre at eldre minoritetskvinner får realisert sin rett til en verdig alderdom, da mye tyder på at dette er en særlig sårbar gruppe. Som vi vil gjøre rede for i denne rapporten, vet vi at eldre innvandrere er mer ensomme enn andre eldre, samt at eldre innvandrere bruker helsetjenester, omsorgstjenester og aktivitetstilbud mindre enn i befolkningen for øvrig. Vi vet også at eldre innvandrerkvinner har svært lave inntekter. På grunn av måten dagens pensjonssystem er innrettet på får mange eldre innvandrere bare en brøkdel av en minstepensjon fra folketrygden og er avhengig av behovsprøvde ytelser for å klare seg. Det er nødvendig å framskaffe mer kunnskap om hvordan dette påvirker livssituasjonen til eldre minoritetskvinner. Det er også behov for kunnskap om hvilke barrierer eldre

minoritetskvinner opplever i møte med aktivitetstilbud og omsorgstilbud for eldre, og om de opplever andre utfordringer enn det menn gjør.

I rapporten presenteres funn fra en undersøkelse gjennomført ved MiRA-Senteret våren 2024 der vi har fokus på nettopp disse spørsmålene. Undersøkelsen består av kvalitative intervjuer med en gruppe minoritetskvinner som nærmer seg alderdommen. I intervjuene deler kvinnene egne ønsker, tanker og bekymringer knyttet til det å bli eldre i Norge. De forteller om hvordan møtet med norsk velferdsstat og eldreomsorg har påvirket dem, hvilke bekymringer de sitter med vedrørende det å flytte på sykehjem eller å besøke bydelens eldresenter og hvordan pensjonssystemet og økonomi påvirker deres hverdag og valgmuligheter. Undersøkelsen bidrar med innsikt til spørsmål som hvordan man kan tilrettelegge for at eldre minoriteter kan videreføre religiøse normer og levevaner på institusjon, hvordan pensjonssystemet kan innrettes for å sikre alle en likeverdig alderdom, i hvilken grad integrering skal være et mål for seniorpolitikken, og hvorvidt faktorer som kjønn og etnisitet spiller inn på det å bli eldre i Norge.

I rapporten presenteres også fem faglige bidrag som belyser disse problemstillingene. Bidragene ble opprinnelig presentert på MiRA-Senterets nasjonalkonferanse i 2023. Da var nemlig tema og tittel for konferansen



nettopp «Likeverdig alderdom for alle – også kvinner med minoritetsbakgrunn». Alle disse innleggene er med og kaster lys over situasjonen til minoritetskvinner i Norden, og danner bakteppet for drøftingen av funnene fra MiRA-Senterets egen undersøkelse om eldre minoritetskvinner gjennomført vår 2024.

Vi har i denne rapporten valgt å primært sette søkelys på omsorgstjenester og aktivitetstilbud til eldre, samt hverdagsutfordringer blant hjemmeboende eldre. Vi har

i mindre grad fokusert på helsevesenet og spørsmålet om hvordan man kan sikre likeverdig helsetjenester til eldre minoritetskvinner. Selv om dette temaet er både relevant og viktig, er det et omfattende tema som vi av kapasitetshensyn ikke har hatt rom for å fokusere på i denne rapporten. Noen av de faglige innleggene fra nasjonalkonferansen berører imidlertid temaet. Spesielt relevant er artikkelen til Sanjana Arora om epistemisk urett. Temaer som informasjonsformidling og erfaringer med tolking berøres også i undersøkelsen. Men ut over det, vil ikke helsetjenestens tilbud være sentralt i denne rapporten.

Før de faglige bidragene fra nasjonalkonferansen presenteres, innledes rapporten med et kort overblikk over dagens situasjon og myndighetenes planer for å tilerettelegge for den kommende eldrebølgen. SSB's rapport fra 2022: *Eldre innvandrere i Norge – Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* er en sentral kilde for overblikket over dagens situasjon som presenteres her. I tillegg presenteres også noen funn om forholdet mellom levekår og livskvalitet fra rapporten: *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*, utgitt av Helsedirektoratet i 2016. Overblikket over dagens situasjon avsluttes med å beskrive ulike strategier som er prøvd ut for å imøtekomme behovene til en mangfoldig eldrebølge i andre land.

«På grunn av måten dagens pensjonssystem er innrettet på får mange eldre innvandrere bare en brøkdel av en minstepensjon fra folketrygden og er avhengig av behovsprøvede ytelser for å klare seg.»



De forteller om hvordan møtet med norsk velferdsstat og eldreomsorg har påvirket dem, hvilke bekymringer de sitter med vedrørende det å flytte på sykehjem eller å besøke bydelens eldresenter og hvordan pensjonssystemet og økonomi påvirker deres hverdag og valgmuligheter.



..., men for kvinner som både bor med og utfører personlig pleie for sine foreldre, ser man at det gir utslag på målinger av stress og svekket livskvalitet.

Et overblikk over dagens situasjon og planer for eldreomsorgen framover

1

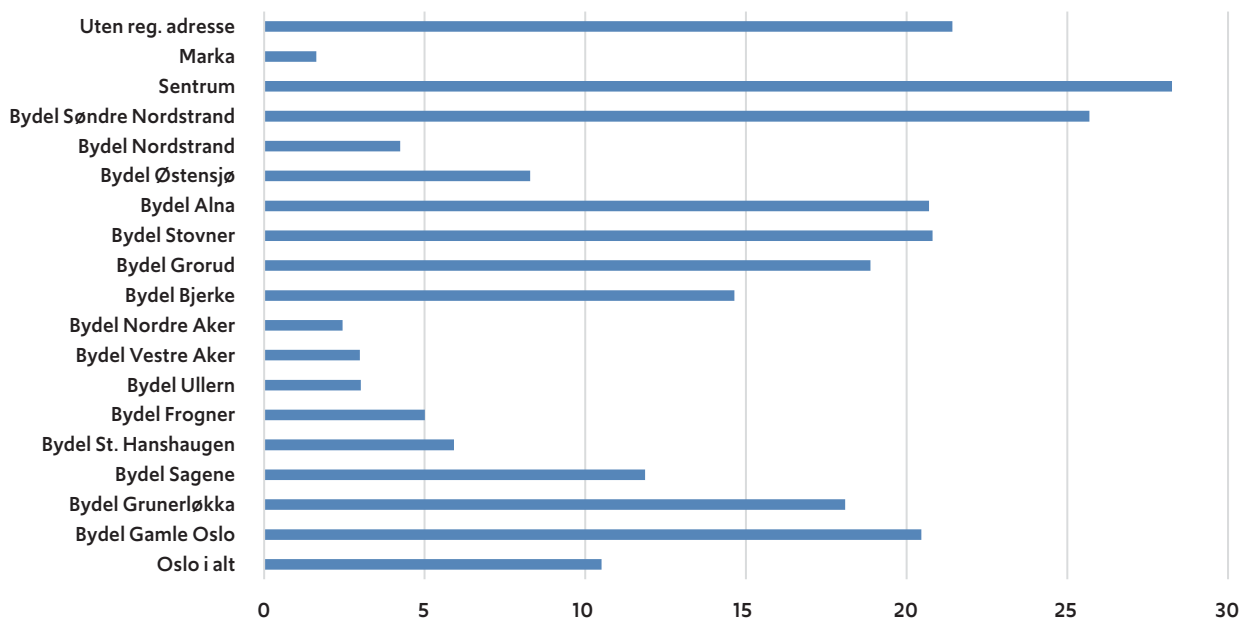
ANDEL ELDRE MED INNVANDRERBAKGRUNN I DAG OG FRAMOVER

Syv prosent av seniorene i Norge (personer over 60 år) har innvandrerbakgrunn (per 2021). Denne andelen vil imidlertid tredobles de neste 40 årene. Dette framkommer av rapporten: *Eldre innvandrere i Norge – Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* (Dzamarija, 2022) som Statistisk sentralbyrå publiserte i 2022. SSB's rapport dokumenterer at 23 prosent av de eldre innvandrerne i Norge er flyktninger og at 75 prosent av innvandrerne har over 20 års botid i Norge. Disse tallene gjelder for hele Norge og omfatter både

eldre innvandrere med bakgrunn fra Europa og eldre innvandrere med bakgrunn fra land utenfor Europa. Ser man bare på andelen eldre med innvandrerbakgrunn fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa utenfor EU er andelen 3,5 % av alle eldre over 60 år i Norge per 2021 (Dzamarija, 2022, s. 14–19).

Statistikkbanken til Oslo kommune viser andelen eldre innvandrere med innvandrerbakgrunn fra de nevnte landområdene per bydel i Oslo. Her ser man at andelen eldre innvandrere er mellom 15 og 28 % i enkelte bydeler. Tallene her er fra 2023:

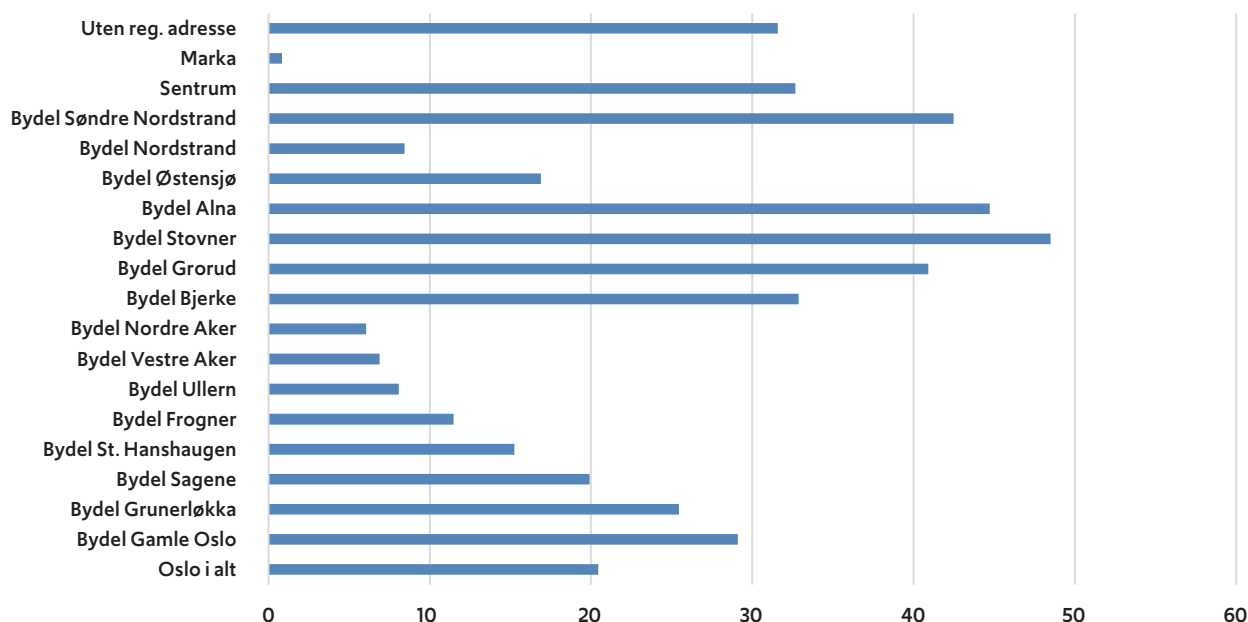
Prosentandel personer i aldersgruppen 67+ med bakgrunn fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa utenfor EU per bydel Oslo per 2023



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank: BEFo25: Folkemengden etter landbakgrunn, aldersgrupper og administrativ bydel (B), 2000–2024.

Ser man på andel personer med innvandrerbakgrunn i aldersgruppa 55–66 år får man en indikasjon på hvordan andelen eldre med innvandrerbakgrunn vil øke i Oslo de neste årene:

Prosentandel personer i aldersgruppen 55–66 med bakgrunn fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst Europa utenfor EU per bydel Oslo per 2023



Kilde: Oslo kommunes statistikkbank: BEFo25: Folkemengden etter landbakgrunn, aldersgrupper og administrativ bydel (B), 2000–2024.

Disse tallene viser tydelig at det er behov for at tilbudet til eldre i samfunnet tilpasses det faktum at vi får en større andel eldre innvandrere blant seniorene de kommende årene. Spesielt viktig er dette i innvandringstette bydeler i Oslo, og andre områder der det bor mange innvandrere.

LEVEKÅR

Økonomi, utdanning og boforhold:

Det framgår av SSBs rapport *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* (2022) at eldre innvandrere er sterkt overrepresentert nederst i inntektsfordelingen sammenliknet med andre eldre. Det er imidlertid store forskjeller mellom ulike innvandrergrupper når det kommer til inntekt. Flyktninger skiller seg ut ved at de har spesielt lav inntekt, mens innvandrere fra

Vest-Europa og de med lang botid skiller seg ut ved å ha best inntekt.

Ser man på inntekten blant eldre innvandrere mellom 60 og 66 år er det innvandrere med bakgrunn fra Syria, Somalia, Irak, Afghanistan og Eritrea som har lavest inntekt. Denne gruppen tjener rundt halvparten av medianinntekten. En relativt stor andel innvandrere i alderen 60–66 år er uten yrkestilknytning – spesielt gjelder dette kvinner. Andelen uføre er også høyere blant eldre innvandrere enn andre i denne aldersgruppen (Dzamarija, 2022, s. 62–73).

Blant innvandrere over 67 år er andelen som mottar minste pensjonsytelse i alderspensjon fra folketrygden (eller mindre) langt høyere enn i befolkningen for øvrig. I befolkningen totalt sett er andelen som får

minstepensjonsytelse når de er over 67 år og eldre ca. 15 prosent (2019). Det er imidlertid store forskjeller mellom kjønnene. Blant menn er det totalt sett 4,3 prosent som får minstepensjon, mens det blant kvinner er 25,3 prosent som får minstepensjon. Blant kvinnelige pensjonister fra Afghanistan, Eritrea, Irak, Syria og Somalia er imidlertid andelen som får minstepensjon (eller mindre) mellom 90 og 100 prosent (Dzamarija, 2022, s. 80).

Andelen eldre innvandrere som bor i en husholdning som mottok sosialhjelp/bostøtte i 2019, er også langt høyere enn i befolkningen for øvrig. Mens det var ca. to prosent av befolkningen over 67 år som mottok sosialhjelp/bostøtte i 2019, var andelen på 63 prosent blant somaliere, 53 prosent blant syrere, og 48 prosent blant afghanere (Dzamarija, 2022, s. 94).

Når det kommer til boforhold, er andelen som eier bolig, relativt stor blant alle personer over 60 år i Norge, også innvandrere. Eldre innvandrere har likevel en lavere eierandel enn i befolkningen for øvrig (eierandelen blant innvandrere over 60 år er 78,5 prosent). Andelen eldre innvandrere som bor trangt, er 7,4 prosent, noe som innebærer at antall rom i boligen er mindre enn antall personer (Dzamarija, 2022, s. 48–53). Det er sju ganger så mange eldre innvandrere som bor trangt sammenliknet med befolkningen ellers. Det er også flere eldre innvandrere som bor i storfamiliehusholdninger, selv om den vanligste boformen blant både innvandrere og andre eldre er å enten bo alene eller sammen med ektefelle/samboer. Det å bo i storfamiliehusholdning som eldre er spesielt utbredt blant innvandrere med bakgrunn fra Pakistan. 38 prosent av innvandrerne fra Pakistan i aldersgruppen 60 til 79 bor i storfamiliehusholdninger. Den gjennomsnittlige husholdningsstørrelsen blant disse er 3,7 personer (Dzamarija, 2022, s. 60).

Det er færre innvandrere med høyere utdanning enn i befolkningen for øvrig. Blant innvandrere på 60 år og eldre fra Tyrkia, Marokko, Pakistan, Syria, Somalia, Eritrea og Afghanistan har 60–70 prosent kun utdanning tilsvarende grunnskolenivå eller ingen utdanning i det hele tatt. Blant eldre innvandrere fra de nordiske landene, resten av Vest-Europa, Polen, Russland og Litauen er tilsvarende andel 20 prosent eller lavere (Dzamarija, 2022, s. 72).

Helse og bruk av helsetjenester:

SSBs rapport presenterer og oppsummerer etablert kunnskap og nyere funn angående migrasjonshelse. Når det kommer til dødelighet, framkommer det at hovedtendensen i en rekke studier av migrasjonshelse er at flyktninger har høyere dødelighet og dårligere helse enn befolkningen ellers, mens andre innvandrere har lavere dødelighet enn befolkningen for øvrig. Spesielt skiller innvandrere som har kommet til Norge på grunn av arbeid eller utdanning seg positivt ut ved å ha lavest dødelighet. Det at innvandrere med kort botid (ikke flyktninger) har lavere dødelighet enn befolkningen ellers, forklares ofte med at det å emigrere til et annet land forutsetter at man har en god helse og tilstrekkelige ressurser. De delene av befolkningen med dårligst helse, vil med andre ord ikke ha ressurser nok til å emigrere til et annet land. Forskjellen mellom innvandreres helse og majoritetsbefolkningen vil imidlertid jevne seg ut med lengre botid. Dødeligheten blant innvandrere blir mer lik dødeligheten blant majoritetsbefolkningen ved lang botid. Grunnen til dette er at «helsefordelene» svekkes av at innvandrere ofte har dårligere levekår og mer belastende arbeid enn andre grupper. Det trekkes også fram en annen forklaring om at det å forlate hjemlandet, og familie, venner, kultur og matvaner, kan forårsake et stress som kan gå ut over helsen (Dzamarija, 2022, s. 95–98).

I SSBs rapport framkommer det også at både generell helse og dødelighet varierer med landbakgrunn. Innvandrere fra land utenfor EØS rapporterer om dårligere helse, enn den øvrige befolkningen, på tross av at dødeligheten som nevnt er noe lavere. Spesielt rapporterer innvandrere om dårligere psykisk helse enn befolkningen for øvrig, men de rapporterer også om dårligere opplevd helse på en rekke andre helseindikatorer (Dzamarija, 2022, s. 95). Innvandrere slutter også tidligere i arbeidslivet enn befolkningen ellers. Det er også noen sykdommer som er spesielt utbredt i noen befolkningsgrupper, mens kreft er mindre utbredt blant innvandrere samlet sett, enn i majoritetsbefolkningen (Dzamarija, 2022, s. 95–101).

Når det kommer til bruk av helsetjenester, er bruken noe mindre samlet sett blant innvandrere enn i den eldre befolkningen for øvrig, med unntak av legevakten. Men



**Det er også behov for kunnskap
om hvilke barrierer eldre
minoritetskvinner opplever
i møte med aktivitetstilbud og
omsorgstilbud for eldre, og om de
opplever andre utfordringer enn
det menn gjør.**

det er store forskjeller mellom grupper både når det kommer til landbakgrunn, botid og alder. Både kvinner og menn fra land utenfor EØS har betydelig lavere bruk av praktisk bistand og helsetjenester i hjemmet etter fylte åtti år (tjenester utført av hjemmesykepleier/autorisert helsepersonell), enn andre. Bruken av sykehjem er også betydelig lavere for både kvinner og menn i denne gruppa enn i befolkningen for øvrig (Dzamarija, 2022, s. 119–121).

LIVSKVALITET

Funnene som presenteres i SSBs rapport tyder på at eldre innvandrerkvinner er mer utsatt enn andre grupper for levekårsutfordringer som svak økonomi og trangboddhet. Hvordan dette slår ut for den enkeltes livskvalitet, belyses i rapporten *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*, skrevet av Thomas Hansen og Svein Olav Daatland på vegne av Helsedirektoratet i 2016. I rapporten presenteres funn fra NorLAG, den norske studien av livsløp, aldring og generasjon. NorLAG er den første landsomfattende og longitudinelle studien av aldring og livsløp i Norge av en viss størrelse. I tillegg bygger rapporten på funn fra LOGG, som er del av en internasjonal, FN-forankret studie (The Life Course, Gender and Generation Study, GGS). LOGG og NorLAG tar blant annet utgangspunkt i skalaer som måler «tilfredshet med livet», «positive og negative affekter», «depresjonsskala» og «ensomhet», «selvaktelse» og «mestring/opplevd kontroll». I rapporten sammenliknes ulike grupper i befolkningen, men innvandrere eller minoriteter skilles ikke ut som egen gruppe. Noen av funnene kan likevel si noe om livskvaliteten til eldre minoritetskvinner.

Dels viser funnene at det langt på vei er en sammenheng mellom dårlige levekår i betydningen lav inntekt, arbeidsledighet og helseproblemer, og depressive symptomer blant eldre. Funn som viser klare forskjeller fra kommune til kommune i Norge når det gjelder andel som oppgir at de har depressive symptomer, kan for eksempel forklares med at andelen med dårlige levekår er høyere i kommuner der det er en høy andel med depressive symptomer. Likeledes viser funn at ensomhet og lav tilfredshet med livet er større blant personer som har vanskelig for å få pengene til å strekke til enn blant personer som er i en god økonomisk situasjon. Samtidig

viser funnene at ti til femten prosent av personene som har lett for å få pengene til å strekke til, føler seg ensomme, deprimerte eller skårer lavt på livstilfredshet med livet. God økonomi er altså ikke nødvendigvis en indikator for god livskvalitet, men andelen som oppgir god livskvalitet er høyere enn blant personer med dårlig råd. Når man ser på hvem som selv oppgir at de har økonomiske problemer i eldre år, viser LOGG studien at risikoen for dette nesten er dobbelt så høy blant kvinner som blant menn (Hansen & Daatland, 2016, s. 47–48f).

MiRA-Senterets undersøkelse, som presenteres i denne rapporten, gir et enda mer utdypende bilde av hvordan det å leve med stram økonomi kan gå ut over den enkeltes psykiske helse og sosiale nettverk.

Også Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse blant innvandrere fra 2016 kunne dokumentere at ensomhet var særlig utbredt blant innvandrere. Denne undersøkelsen fant at innvandrere dobbelt så ofte som majoritetsbefolkningen oppgir å være ensomme ofte, eller av og til (Vrålstad & Wiggen, 2017, s. 80f). I levekårsundersøkelsen settes ikke ensomheten i sammenheng med inntektsnivået til respondentene, men funnene fra LOGG studien kan altså tyde på at det kan være en slik sammenheng. Når det kommer til forekomst av ensomhet blant innvandrere, vil trolig botid i Norge og språkutfordringer også ha stor innflytelse.

I rapporten fra Helsedirektoratet presenteres også funn som sier noe om sammenheng mellom livskvalitet og det å bo sammen med pleietrengende eldre i storfamiliefellesskap. Undersøkelsen viser at det å pleie foreldre som man ikke bor sammen med, ikke gir negative utslag på måling av livskvaliteten til de pårørende, men for kvinner som både bor med og utfører personlig pleie for sine foreldre, ser man at det gir utslag på målinger av stress og svekket livskvalitet. Undersøkelsene viste imidlertid ikke en tilsvarende sammenheng for menn. Blant personer med pleietrengende foreldre gav 25 prosent av mennene og 41 prosent av kvinnene jevnlig pleie til sine foreldre. Hvordan livskvaliteten til hjemmeboende og pleietrengende eldre er sammenliknet med livskvaliteten til eldre som bor på institusjon, framkommer imidlertid ikke av undersøkelsen. I hele LOGG-utvalget var det kun fem prosent av alle med foreldre i live som gav personlig pleie til sine foreldre

(Hansen & Daatland, 2016, s. 63f), men som nevnt framgår det av SSBs rapport *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* (2022), er det at eldre bor sammen med storfamilien vanligere i minoritetsfamilier enn i majoritetsbefolkningen.

Funnene som presenteres i Helsedirektoratets rapport, forteller også noe om hvordan frivillig arbeid påvirker den enkeltes livskvalitet. NorLAG studien indikerer at frivillig arbeid og livskvalitet gjensidig påvirker hverandre positivt over tid. Det å begynne med frivillig arbeid er forbundet med økt livskvalitet over tid, og høy livskvalitet øker sannsynligheten for at man begynner med frivillig arbeid. De skriver også at det er tydeligst sammenheng mellom økt livskvalitet og frivillig arbeid blant personer over 60 år sammenliknet med personer i alderen 40–59 år (Hansen & Daatland, 2016, s. 62). MiRA-Senterets undersøkelse, som presenteres i denne rapporten, er basert på intervjuer med kvinner som (i ulik grad) er engasjert i frivillig arbeid på Senteret. Funnene fra NorLAG studien indikerer at livskvaliteten blant disse kvinnene kan være noe høyere enn det den ville vært om utvalget var basert på kvinner som ikke var engasjert i frivillig arbeid.

Får eldre minoritetskvinner dekket sine grunnleggende rettigheter?

De statistiske undersøkelsene som ligger til grunn for det begrensede overblikket som her har blitt presentert, gir ikke et entydig bilde av livssituasjonen til eldre minoritetskvinner. Men noe som kommer tydelig fram, er at eldre kvinner med innvandrerbakgrunn særlig skiller seg ut ved at de har lav inntekt og er mer avhengig av behovsprøvde støtteordninger. De er også mer sårbare for ensomhet. Når vi vet at det framover blir en stadig større andel eldre innvandrere med minoritetsbakgrunn, blir det viktig at vi får mer inngående kunnskap om denne gruppen, og hvorvidt den lave inntekten fører til at de ikke får dekket grunnleggende rettigheter og behov. I verdighetsgarantien, som vi vil gå nærmere inn på i det følgende, definerer regjeringen noen grunnleggende rettigheter som myndighetene plikter å sikre alle eldre innbyggere. Hvilke planer og tiltak regjeringen har for å sikre at denne verdighetsgarantien blir oppfylt skal kort presenteres her, med fokus på spørsmålet om hvorvidt

planene også vil sikre eldre minoritetskvinner en verdig alderdom.

REGJERINGENS ARBEID MED Å TILPASSE SAMFUNNET TIL DEN KOMMENDE ELDREBØLGEN:

Myndighetene har forskriftsfestet hva som skal være eldreomsorgens verdigrunnlag og minstestandard gjennom Verdighetsgarantien fra 2010. Verdighetsgarantien ble innført av en rødgrønn regjering og begrunnet med at den skulle stadfeste eldreomsorgens verdigrunnlag og bidra til å sikre et bedre og jevnere tilbud til eldre i hele landet (Albert, 2009). I Verdighetsgarantien står det blant annet følgende:

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov.

Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt.

Verdighetsgarantien spesifiserer hvilke grunnleggende behov som skal dekkes for at eldreomsorgen er i tråd med Verdighetsgarantien. Disse grunnleggende behovene omfatter blant annet «en forsvarlig boform», «varierte og tilstrekkelig kosthold» «et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene» og «tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). I løpet av de siste årene har Regjeringen lagt fram en rekke stortingsmeldinger, planer og reformer for å forberede samfunnet på den kommende eldrebølgen og sikre også kommende generasjoner en god og verdig alderdom. Pensjonsreformen er kanskje den mest kjente reformen, men det har også kommet en rekke andre reformer og stortingsmeldinger. Et sentralt tema i reformene er tiltak for å sikre at helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å håndtere den endrede demografiske befolkningssammensetningen. Tiltak for å holde eldre lengre i arbeidslivet, tiltak for å sikre at

samfunnssektorer som transportsektoren, boligsektoren og frivilligheten tilrettelegger for at eldre skal kunne leve aktive liv lengst mulig samt tiltak for å øke kunnskapen om eldres behov er sentrale temaer i reformene. Eldre *innvandreres* behov har ikke vært sentralt i regjeringens planer og reformer, men den økende andelen eldre med innvandrerbakgrunn tematiseres i enkelte sammenhenger. Her presenteres kort noen av de siste års sentrale strategier og reformer med søkelys på hva som sies om eldre innvandreres behov.

Pensjonsreformen 2009

Pensjonsreformen ble vedtatt i 2009 og trådte i kraft 1. januar 2011 og medførte store endringer i pensjonsrettighetene til alle innbyggere i Norge.¹ Ett grep i reformen som påvirket pensjonen til mange innvandrere, er endringen fra «besteårsregelen» til «alle årsregelen». Regelen omhandler hvordan man beregner hvor mye man får utbetalt i pensjon fra folketrygden. Etter gammel pensjonsordning måtte man ha opptjent pensjonspoeng i 40 år (hatt mer enn 1G i inntekt i 40 år) for å få full pensjon, men man tok bare utgangspunkt i de 20 beste årene man hadde vært i jobb når man skulle fastsette størrelsen på pensjonen. Etter den nye pensjonsordningen skal man isteden ta utgangspunkt i «alle årsregelen», det vil si at alle år i inntektsgivende arbeid mellom 13 og 75 år teller med. Bakgrunnen for omleggingen er at det skal lønne seg å jobbe lenge og at flere år som yrkesaktiv og i fulltidsarbeid skal gi høyere kompensasjonsgrad (Pedersen, 2019). Personer som har jobbet færre år i Norge og flere år i redusert stilling, vil følgelig komme dårligere ut av den nye beregningsmodellen. Dette gjelder mange innvandrere som har kommet til Norge i voksen alder. Mange har jobbet færre år i Norge enn eldre uten innvandringsbakgrunn, og spesielt mange kvinnelige innvandrere har jobbet i deltidsstillinger. Det er imidlertid kravet om at man må ha bodd i Norge i 40 år for å ikke få redusert pensjon fra



Folketrygden, som i aller størst grad påvirker pensjonen til mange innvandrere. Dette kravet ble ikke endret med pensjonsreformen, og heller ikke tematisert. I det hele tatt ble det ikke tatt opp i pensjonsreformen hvordan endringene ville påvirke pensjonen til innvandrerbefolkningen i utarbeidelsen av ny alderspensjon. I Odelstingsproposisjonen som ligger til grunn for den nye alderspensjonen (Ot.prp. nr. 37 (2008–2009) *Om lov om endringer i folketrygdloven (ny alderspensjon)*) nevnes bare innvandrere og innvandring i sammenheng med at det gjøres en beregning av fremtidig arbeidsstyrke og fremtidige utgifter til alderspensjon. At reglene vil medføre at enda flere kvinner med innvandrerbakgrunn får svekket sine økonomiske levekår, nevnes altså ikke.

Pensjonsrettighetene til innvandrere ble altså ikke tematisert i pensjonsreformen. De ble imidlertid tematisert i høringsnotatet: *Forslag til endringer i trygderegelverket i lys av asylsøkersituasjonen* lagt fram av Regjeringen i 2016 (Arbeids- og sosialdepartementet, 2016). Notatet ble utarbeidet i kjølvannet av flyktningkrisa i 2015 som en oppfølging av asylforliket fra samme år. I høringsnotatet foreslås det å fjerne en unntaksregel som gir flyktninger fritak fra kravet om full trygdetid for å få en full minstepensjonsytelse. Kravet om at man må ha en trygdetid på 40 år for å ikke få redusert pensjon fra folketrygden innebærer nemlig at mange eldre innvandrere bare har krav på en brøkdel

¹ Denne framstillingen av pensjonsreformen bygger på kapittelet «Innvandringsregulering gjennom skjerpede velferdsordninger» i Bø, B.P. og Fuglestad, A.M. (2021): *Velferdsstatens skyggeside. Rettighetstap for minoriteter*. Utgitt av MiRA-Senteret.

av en minstepensjonsytelse i alderspensjon. Personer med flyktningstatus fikk imidlertid unntak fra kravet om full trygdetid, og fikk følgelig full minstepensjon fra folketrygden. Regelen hadde vært begrunnet med at ingen flyktninger vil få utbetalt penger fra landet de har flyktet fra, og at flyktninger er en særlig sårbar gruppe (Ot. Prp. Nr 65 (1988–1989) s. 48). I høringsnotatet *Forslag til endringer i trygderegelverket i lys av asylsøkersituasjonen* foreslo altså Regjeringen å fjerne denne unntaksregelen, og begrunnet forslaget dels med at norske velferdsordninger ikke skulle gi «asylsøkere insentiver til å velge Norge som destinasjonsland», og dels ved at innstramningene skulle bidra til å sikre velferdsstatens bærekraft. Forslaget om å fjerne unntaksregelen for flyktninger ble vedtatt og trådte i kraft i 2021.² Dermed gjelder kravet om trygdetid også for flyktninger. En konsekvens av dette er at mange innvandrere, både flyktninger og andre innvandrere, ender opp med en pensjon som er langt lavere enn garantipensjonen og blir følgelig avhengig av behovsprøvde ytelser som supplerende stønad, bostøtte og eller sosialhjelp.³

Rett til tros- og livssynsutøvelse

I Verdighetsgarantien inngår retten til «samtaler om eksistensielle spørsmål». Helse- og omsorgsdepartementet sendte også ut et rundskriv i 2009 der det presiseres at personer som er avhengige av kommunale helse- og omsorgstjenester har krav på bistand fra pleie- og omsorgstjenestene for å kunne få realisert sin rett til religionsfrihet (Rundskriv I – 6/2009). Departementet

skriver at kulturelle og åndelige behov skal bli ivaretatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet. Det står også at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide med aktuelle livssynsorganisasjoner og tjenestemottakers familie og nettverk for å sikre at den enkeltes kulturelle og åndelige behov blir ivaretatt, og at dette bør inngå i tjenestemottakerens individuelle plan.

Strategi for et aldersvennlig samfunn 2016

Regjeringen la våren 2016 fram en strategi for et aldersvennlig samfunn: «Flere år, flere muligheter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien fokuserer på målet om å legge til rette for at flere kan stå lengre i arbeid og være aktive i samfunnet. Det vektlegges at eldrepolitikk ikke bare skal handle om omsorgspolitik, men reformering av holdninger og barrierer som holder eldre utenfor arbeidslivet. Det vektlegges blant annet at man må legge til rette for kompetanseutvikling underveis i yrkeslivet. Strategien omhandler også hvordan planlegging av transport, boligbygging, kulturliv og frivillighetspolitikk bør legge til rette for at eldre kan være aktive, samt forskning på hva som fremmer god helse gjennom hele livsløpet. Det legges ikke stor vekt på behov blant eldre med innvandrerbakgrunn i strategien, men én av de kompetansepolitiske strategiene som trekkes fram, er at innvandreres utdanning og yrkeskvalifikasjoner bør utnyttes bedre. Det trekkes også fram at frivilligheten i større grad bør speile en mangfoldig befolkning.

Leve hele livet 2018

Kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Meld. St. 15 (2017–2018)) ble lagt fram i 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og reformperioden var fra 2019–2023. Reformen bygger videre på *Strategi for et aldersvennlig samfunn*, men har i større grad fokus rettet mot helse- og omsorgssektoren. Tiltakene i reformen er basert på erfaringer innhøstet gjennom en rekke dialogmøter og innspillsrunder, samt nyere forskning. Et sentralt grep i reformen er å samle inn eksempler på tiltak som har fungert godt i praksis gjennom dialogmøter med ansatte i sektoren rundt om i landet og oppfordre andre kommuner til å iverksette liknende tiltak i egne kommuner. De overordnede målsetningene i reformen

- 2 Forslagene fra Regjeringen ble ikke vedtatt da de ble presentert for Stortinget i Prop. 85 L (2016–2017) 5. april 2017. Forslagene ble imidlertid igjen fremmet av Regjeringen som del av statsbudsjettet for 2020 (Prop. 1 S (2019–2020)), og fulgt opp gjennom Proposisjon 10 L (2019–2020) og Innstilling 80L (2019–2020). Lovforslaget ble vedtatt 17.12.2019 og bestemmelsene som her er omtalt trådte i kraft 1. januar 2021.
- 3 Mer om innvandreres pensjonsrettigheter i kapittelet: *Mindre enn minstepensjon – om eldre innvandreres pensjonsrettigheter* i del II i denne rapporten, samt i boka *Velferdsstatens skyggeside Rettighetstap for minoriteter* skrevet av Bø, B. P. & Fuglestad, A. M. og utgitt av MiRA-Senteret i 2021.



Det står også at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal samarbeide med aktuelle livssynsorganisasjoner og tjenestemottakers familie og nettverk for å sikre at den enkeltes kulturelle og åndelige behov blir ivaretatt, og at dette bør inngå i tjenestemottakerens individuelle plan.

er å styrke tilbudet om aktivitet og fellesskap for eldre, tilby bedre og mer variert mattilbud, tidlig innsats ved helseplager, bedre sammenheng i tjenestetilbud samt dialog med og støtte til pårørende. Det er også fokus på at den eldre befolkningen skal legge planer for egen alderdom og at eldre, gjennom seniorråd og pensjonistforeninger, skal involvere seg i det kommunale arbeidet med å tilpasse lokalmiljø, frivilligheten og helsetilbud til den endrede demografiske sammensetningen i befolkningen. Et overordnet ideal er at det skal være mer valgfrihet og variasjon i tilbudet til den eldre befolkningen.

Aktivitetstilbud – lite fokus på særskilte behov blant innvandrere

I stortingsmeldingen «Leve hele livet» gis en oversikt over eldres levekår og helse, samt av utfordringsbildet framover. Her trekkes det blant annet fram at andelen eldre med innvandrerbakgrunn vil øke og at andelen innvandrere over 70 år trolig vil øke fra 4 % til 15 % i løpet av de kommende 30 årene. Det trekkes også fram at innvandrere oftere rammes av ensomhet sammenliknet med befolkningen for øvrig. Det vises her til tall fra Statistisk sentralbyrå som trekker fram at innvandrere dobbelt så ofte som majoritetsbefolkningen oppgir å være ensomme ofte, eller av og til (Vrålstad & Wiggen, 2017, s. 8of). På tross av at det i Stortingsmeldingen påpekes at andelen eldre med innvandrerbakgrunn vil øke og at

ensomhet er spesielt utbredt i denne gruppen, er det få av tiltakene som er spesielt rettet mot eldre innvandrere. Det legges imidlertid vekt på at økt tros mangfold fordrer tilrettelegging for å imøtekomme ulike åndelige behov, og det foreslås at kommunene/helseforetakene anskaffer en oppdatert liste med kontaktpersoner til ulike tro – og livssynssamfunn, samt sørger for å utarbeide en god veileder om mat, ritualer og religiøse høytider. I tillegg beskrives et eksempel fra St. Olavs Hospital i Trondheim, der sykehusprest-tjenesten er supplert med ansettelsen av en kulturkonsulent med bakgrunn fra det muslimske miljøet i Trondheim og en sykehushumanist.

Mat og individuelle behov

Et annet sentralt fokusområde i reformen er å fremme større matglede. Det skal legges mer vekt på kvalitet og valgfrihet, samt gode opplevelser knyttet til måltider og sosialt fellesskap. Også her trekkes det fram at det er behov for økt valgfrihet, og det nevnes at tradisjonsmat og kjente smaker har vist seg å gi gode måltidsopplevelser og at målsetningen for tiltakene er «at den enkelte får ivaretatt sine fysiologiske, psykososiale og kulturelle behov, og samtidig gitt mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner» (6.3). Det spesifiseres imidlertid ikke at innvandrere og minoriteter kan ha behov for annen slags tradisjonsmat for å ivareta sine behov, eller hvordan man kan tilpasse seg ulike religiøse og kulturelle matskikker.

Sammenheng i tjenestetilbudet

Stortingsmeldingen tar opp at mange eldre og deres pårørende opplever det som problematisk at det er så mange ulike ansatte å forholde seg til. I den forbindelse tematiseres overgangen mellom å bo hjemme og få hjemmebaserte omsorgstjenester til å bo på sykehjem. Her trekkes det fram at denne overgangen kan oppleves som spesielt krevende for minoriteter og innvandrere da overgangen kan innebære å bli løsrevet fra egen kultur. Det påpekes også at en slik flytting kan innebære at man bryter med kulturelle normer og forventninger om at familien tar vare på sine egne. (kap. 8). Ut over dette nevnes ikke andre spesifikke behov eller utfordringer eldre innvandrere og deres pårørende kan ha, som behov for tolk, tilpasset helseinformasjon e.l.



Bo trygt hjemme-reformen 2023

I juni 2023 presenterte Regjeringen: *Bo trygt hjemme-reformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Reformen har reformperiode fra 2024 til 2028 og har fire overordnede satsningsområder:

- Levende lokalsamfunn som ivaretar aktivitet og fellesskap
- Tilpassede botilbud og mulighet for å bo trygt i eget hjem lenger
- Kompetente medarbeidere
- Trygghet for brukere og støtte til pårørende

Eldre innvandreres behov og utfordringer trekkes fram i Stortingsmeldingens situasjonsbeskrivelse

I Stortingsmeldingens beskrivelse av situasjonen i dag og utfordringsbildet framover tas situasjonen til eldre innvandrere opp flere steder. Dels tematiseres det i Stortingsmeldingen hvordan kjønn, språk og kulturbakgrunn påvirker betingelsene for en god alderdom. Det tas blant annet opp hvordan kvinner ofte påtar seg mer pårørendeomsorg og i tillegg utgjør majoriteten av de tilsette i helse- og omsorgstjenesten og at overveldende pårørendeomsorg kan påvirke kapasiteten til å stå i fulltidsjobb. I tillegg omtales det som viktig at helse- og omsorgstjenestene tilrettelegger for personer med særskilte behov, og at det tas hensyn til den språklige og kulturelle bakgrunnen til den enkelte. Det tas i den forbindelse opp at minoriteter med annet morsmål enn norsk, som samer og innvandrere, kan miste tillærte språkkunnskaper som følge av demens. Det slås fast at i slike tilfeller kan det være nødvendig å bruke kvalifisert tolk, jf. tolkeloven. I tillegg oppsummeres sentrale funn om eldre innvandreres levekår fra SSBs rapport *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse* fra 2022. Det nevnes også at helsekompetansen blant en del eldre innvandrere er begrenset, og at mange har utfordringer med svake digitale ferdigheter. Det vises også til IMDIs veileder: *Hvordan nå ut med informasjon til personer med innvandrerbakgrunn* (2024) som er rettet mot offentlige virksomheter. I tillegg påpekes det at det er behov for økt mangfoldskompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Få spissede tiltak rettet mot eldre innvandrere

På tross av at det i Stortingsmeldingens situasjonsbeskrivelse trekkes fram at eldre innvandrere har noen særskilte behov og utfordringer, følges dette i liten grad opp i delene om reformens satsningsområder og tiltak. I beskrivelsen av satsingsområdet «Kompetente medarbeidere» framsettes imidlertid en tydelig målsetning om at helse- og omsorgstjenestene skal tilrettelegge for minoriteter og at dette forutsetter både bestemte holdninger og kunnskaper hos de ansatte:

Eldre innvandrere har ikke nødvendigvis same behov og preferanser for helse- og omsorgstenester som majoritetsbefolkninga, og mykje tyder på at det er eit stort behov for å tilpasse tenestene til ei samansett og heterogen befolkning for å sikre eit likeverdig tilbod til alle. Ei inkluderande eldreomsorg må baserast på at samfunnet er mangfaldig, og at tenestene skal tilpassast kvar enkelt brukar og pårørande. Det krevst også openheit og kunnskap om at forventningar og normer som har utgangspunktet sitt i majoritetsbefolkninga, ikkje kan vere grunnlag for å realisere målet om ei helse- og omsorgsteneste som er til for alle (pkt. 5.2.2 side 89).

Det følger imidlertid ingen nærmere konkretisering av hvordan denne målsetningen skal oppnås i praksis. Og når for eksempel eldresentrene trekkes fram som viktige arenaer for å forebygge isolasjon og ensomhet, påpekes det at en del eldresentre har problemer med rekruttering av nye brukere. Dette følges bare opp av en generell oppfordring om å gjøre tilbudet kjent og attraktivt for nye brukere. Det sies altså ingen ting spesifikt om at eldre innvandrere kanskje kan ha behov for at det gjøres tilpasninger i tilbudet eller at det informeres gjennom andre kanaler enn dem eldresentrene tradisjonelt har benyttet seg av. Og selv om det ble nevnt i Stortingsmeldingens innledende situasjonsbeskrivelse at det er færre innvandrere som eier egen bolig, at innvandrere har lavere inntekt og bor trangere enn andre eldre, møtes dette heller ikke av spissede tiltak som skal gjøre det lettere for flere å bli boende i egen bolig.

ULIKE STRATEGIER I MØTE MED EN MANGFOLDIG ELDERBØLGE

Når man skal tilrettelegge for en aldrende befolkning med et større språklig, kulturelt og etnisk mangfold enn det man har hatt tidligere, kan det være formålstjenlig å se hvilke erfaringer og strategier som er prøvd ut i andre land med en mer sammensatt befolkning enn man har hatt i Norge. I noen land har man for eksempel tilrettelagt for etniske og språklige minoriteter ved å lage egne sykehjem spesielt tilpasset ulike minoritetsgrupper. Ett eksempel på et slik sykehjem er Yee Hong Centre for Geriatric Care i Canada. Sykehjemmet retter seg mot kinesiske, japanske og andre sør-asiatiske eldre. I tilknytning til sykehjemmet drives også hjemmesykepleie og aktivitetstilbud for hjemmeboende eldre med asiatisk bakgrunn. Sykehjemmet har ansatte som behersker beboernes språk og har kunnskap om beboernes kulturelle og religiøse bakgrunn. Beboerne kan få mat de er vant med, og det arrangeres konserter, sangkvelder og håndarbeidskvelder der beboerne kan vedlikeholde sin egen kulturtradisjon (Yee Hong Centre for Geriatric Care, 2025). Også i Australia og Nederland har man hatt et system der ulike innvandrersorganisasjoner driver egne sykehjem og andre velferdstilbud for innbyggere med samme etniske bakgrunn, slik at språk og kulturelle skikker er i tråd med beboernes bakgrunn. De siste årene har imidlertid en slik form for tilrettelegging blitt kritisert. En forklaring på hvorfor man i økende grad går bort fra spesialtilbud for ulike etniske grupper er at det nå er så stor variasjon når det kommer til språklig og kulturell tilhørighet blant den eldre minoritetsbefolkningen at det er vanskelig å få tak i ansatte som kan møte beboernes behov (Xiao L. et al., 2023).

En annen forklaring er at endringen speiler et politisk og ideologisk skifte i integreringspolitikken i vestlige land. I artikkelen *Diversity-mainstreaming in times of ageing and migration: implementation paradoxes in municipal aged care provision* argumenterer artikkelforfatterne Carlsson & Pijpers (2021) for at endringen i helse- og eldreomsorgstilbudet til minoritetsgrupper i Nederland speiler en vending fra multikulturalisme til assimilering som politisk ideal og mål for integreringspolitikken. Forfatterne beskriver hvordan man ser den samme trenden i andre europeiske land med

stort kulturelt mangfold, som Storbritannia, Belgia og Frankrike. De forklarer endringen med en økende bekymring for segregering og sosiale problemer blant ikke-vestlige innvandrere i Europa. Dette har ført til en generell motstand mot å støtte opp om tiltak drevet av innvandrersorganisasjoner som har til hensikt å styrke og bevare minoritetsgruppens identitetsforståelse og kultur. Framfor å legge til rette for minoritetsgruppers behov gjennom å ha egne tilbud for ulike etniske grupper har man isteden støttet tiltak som skal bidra til å fremme integrering og samhandling mellom storsamfunnet og minoritetsbefolkningen. I eldreomsorgen har man sett et skifte fra å støtte opp om sosiale omsorgstilbud drevet av innvandrersorganisasjoner, til at man har hatt som uttalt mål at man skal tilrettelegge for minoriteter gjennom å gjøre tilpasninger i den konvensjonelle eldreomsorgen. Det skal tas hensyn til den enkeltes individuelle behov og kulturelle bakgrunn gjennom dialog med omsorgsmottaker. Carlsson & Pijpers problematiserer hvordan det ofte er uklart hva det konkret skal innebære å tilrettelegge for mangfold, og at dette kan føre til at målsetningen ikke realiseres i praksis, eller at man vegrer seg for å snakke om forskjeller på grunn av et ideal om «fargeblindhet». Dermed kan det i mange tilfeller være tilfeldigheter som styrer hvorvidt en institusjon klarer å møte eldre minoriteters behov for språklig og kulturell tilrettelegging eller ikke.

Studier som har hatt til hensikt å sammenlikne hvorvidt innvandreres behov best imøtekommes gjennom egne spesialtilpassede omsorgstilbud eller gjennom individuell tilrettelegging ved konvensjonelle omsorgstilbud har ikke kommet til noen klare svar. I artikkelen *Comparisons on factors affecting residents fulfilling self-determination in ethno-specific and mainstream nursing homes: a qualitative study* slår Xiao L. et al. (2023) fast at ulike studier som har undersøkt dette spørsmålet i en australsk kontekst har kommet til ulike svar:

A few studies compared care outcomes for residents from ethno-specific and mainstream nursing homes and results were inconclusive [8, 14]. For example, one cross-sectional study reported that CALD residents [culturally and linguistically diverse residents] living in



Når man skal tilrettelegge for en aldrende befolkning med et større språklig, kulturelt og etnisk mangfold enn det man har hatt tidligere, kan det være formålstjenlig å se hvilke erfaringer og strategier som er prøvd ut i andre land med en mer sammensatt befolkning enn man har hatt i Norge.

ethno-specific nursing homes had more care needs met and less changed behaviours, which implied better care, compared to CALD residents living in mainstream nursing homes [14]. However, a more recent study reported that CALD residents living in ethno-specific nursing homes showed more unmet care needs and changed behaviours compared with non-CALD residents from the mainstream background living in the mainstream nursing homes using a national cross-sectional survey dataset [8]. (Xiao, L. et al., 2023, s. 81)

Det vil naturligvis være mange ulike faktorer som er med og påvirker kvaliteten på ulike omsorgstjenester, og disse studiene viser at det er vanskelig å måle effekten av ulike former for kulturtilpasningstiltak. Det er imidlertid avgjørende at det å tilrettelegge eldreomsorgen til behovene blant minoritetsgrupper ikke bare ender opp som vage idealer og målsetninger, men fører til konkrete tiltak og praksisendringer. I en norsk kontekst er det nærliggende å dra lærdom av erfaringer gjort ved undervisningssykehjemmet i Karasjok, som har

lang erfaring med å tilrettelegge omsorgstilbudet for en samiskspråklig befolkning.

Karasjok undervisningssykehjem ble bygget opp som del av et treårig prosjekt mellom 1999 til 2002 og er i dag tilknyttet Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester for den samiske befolkningen i Finnmark. Senteret har som formål å legge til rette for likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen både lokalt og nasjonalt (utviklingssenter.no, 2024). Det har vært sentralt å utvikle omsorgstjenester på samisk, tilrettelegge og utvikle samiske mattradisjoner på institusjon og bidra til kompetanseheving og skoloring i samisk språk- og kulturforståelse. På sykehjemmet skal alle pleiere snakke noe samisk og både det fysiske miljøet og aktivitetene reflekterer samisk kulturtradisjon (Aakervik, 2017). Aktivitetene skal bidra til å gjøre hverdagen på institusjon mindre fremmed for beboerne, og gjøre overgangen for hjemmeboende som flytter inn, lettere. Siden 2003 har man hatt et Samisk tun i tilknytning til sykehjemmet og omsorgsboligene. Tunet er bygget opp med mange tradisjonelt samiske elementer,



som blant annet en gamme, et sauefjøs, en lavvo og en arbeidsrampe for plass til tørking av kjøtt, samt en reinsdyrinnhegning (utviklingssenter.no, 2021). Skolen og sykehjemmet har et tett samarbeid, der elever kommer fast til sykehjemmet og deltar på aktiviteter som skal bidra til å styrke deres kulturelle identitet, blant annet ved at beboere er med på å lære elevene tradisjonelt samisk håndverk eller matlaging og deltar på felles salmesang og andakt (Svendsen, 2011, s. 32f). Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester for den samiske befolkningen utvikler blant annet læringsmateriell og holder kurs om hvordan tilrettelegge for samiske pasienter. De har blant annet utviklet en kulturveileder. Utviklingssenteret beskriver innholdet i kulturveilederen på følgende måte:

kulturveilederen [...] sikter for det første mot å gi deltakerne med ulik profesjonsbakgrunn en felles plattform. Den handler lite om faktaorientert kunnskap om det samiske, men om en betraktningsmåte som skjerper bevisstheten når man skal møte og kommunisere med pasienter som oppleves som forskjellig fra en selv. Som profesjonsutøver skal du trene deg i å ha et forskende og nysgjerrig blikk fremfor det å ha fastlåste forståelser og vurderinger. (Utviklingssenter.no, 2024)

Hvordan realisere målsetningen om en likeverdig alderdom i praksis?

Som vi her har beskrevet, følger det både av Verdighetsgarantien og av Regjeringens planer og målsetninger at eldre minoritetskvinner har krav på en verdig alderdom der pleie- og omsorgstjenestene tar hensyn til den språklige, kulturelle og religiøse bakgrunnen til den enkelte. Hvordan dette kan oppnås i praksis, og hvorvidt målsetningene speiler dagens virkelighet, vil være fokus i neste del av rapporten. Vi vil begynne med å presentere forskning og erfaringer fra Norden som kaster lys over hvilke behov eldre minoritetskvinner har, og hvorvidt man i dag lykkes med å sikre denne gruppen en likeverdig alderdom. De faglige bidragene som her presenteres, ble opprinnelig presentert på MiRA-Senterets nasjonalkonferanse i 2023.



REFERANSER

- Aakervik, G.** (2017): Kulturelt tilpasset eldreomsorg også for samer. Fagforbundet.no, 29.03.2017. Tilgjengelig fra fagforbundet.no: <https://www.fagforbundet.no/a/279883/fag/kreativ-omsorg/aktuelt/kulturelt-tilpasset-eldreomsorg-ogsa-for-samer/>
- Albert, H.** (2009): Verdighetsgaranti i eldreomsorgen (Helse- og omsorgsdepartementet). Fagforbundet.no 29.06.2009. Tilgjengelig fra fagforbundet.no: <https://www.fagforbundet.no/a/280282/fag/kreativ-omsorg/aktuelt/verdighetsgaranti-i-eldreomsorgen--helse--og-omsorgsdepartementet-/>
- Arbeids- og sosialdepartementet:** Høringsnotat: Forslag til endringer i trygderegelverket i lys av asylsøkersituasjonen 4. juli 2016. Tilgjengelig fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/horing-om-forslag-til-endringer-i-trygderegelverket-i-lys-av-asylsokersituasjonen/id2506964/?expand=horingsnotater>
- Bø, B. P. og Fuglestad, A. M.** (2021): Velferdsstatens skyggeside Rettighetstap for minoriteter. Utgitt av MiRA-Senteret.
- Carlsson & Pijpers** (2021) «Diversity-mainstreaming in times of ageing and migration: implementation paradoxes in municipal aged care provision» i *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 47:11, 2396-2416. Tilgjengelig fra tandfonline.com: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1369183X.2020.1857231>

- Dzamarija, M.T.** (2022). *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse*. Rapporter, 2022/2. Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra ssb.no: https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge-demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_attachment/inline/cb7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf-4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf
- Hansen, T. & Daatland, S.O.** (2016): *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra helsedirektoratet.no: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-9008c05a8ded:fddecabd64b-b4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet:** *Flere år – flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn*, 3. mars 2016. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet:** *Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*, 4. mai 2018. Tilgjengelig fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?q=innvandrere&ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet:** *Meld. St. 24 (2022–2023) Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, 16. juni 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20222023/id2984417/>
- IMDi (2024):** *Veileder. Hvordan nå ut med informasjon til personer med innvandrerbakgrunn*. Sist oppdatert 27. februar 2024. Tilgjengelig fra imdi.no: <https://www.imdi.no/om-imdi/brosjyrer-handboker-og-veiledere/informasjon-til-personer-med-innvandrerbakgrunn/>
- Oslo kommunes statistikkbank:** *BEFo25: Folkemengden etter land-bakgrunn, aldersgrupper og administrativ bydel (B), 2000–2024*. Tilgjengelig fra: https://statistikkbanken.oslo.kommune.no/statbank/pxweb/no/db1/db1__Befolkning__Folkemengde/OK-BEFo25.px/
- Ot. Prp. Nr 65** (1988-1989) s. 48. Her hentet fra Rettspolitisk forening: *Høringsuttalelse til forslag til endringer i trygderegelverket i lys av asylsøkersituasjonen*, 1. november 2016, side 1. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-forslag-til-endringer-i-trygderegelverket-i-lys-av-asylsokersituasjonen/>
- Pedersen, A.W.** (2019) «alleårsregel». I *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra snl.no: <https://snl.no/alle%C3%A5rsregel>
- Rundskriv I** – 6/2009 *Rett til egen tros- og livssyns-utøvelse*, 1. desember 2009. Tilgjengelig fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-62009-rett-til-egen-tros-og-livssynsu/id587577/>
- Svendsen, K. E.** (2011): «Fremdeles samer» i *Fagbladet* 11/2011 s. 32f
- Utviklingssenter.no** (2021): *Samisk tun - en sansehage i Kárášjoga gielda Karasjok kommune* Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingssenter.no/samisk-kulturforstaelse-i-helse-og-omsorgstjenestene/samisk-tun-en-sansehage-i-karasjoga-gielda-karasjok-kommune>
- Utviklingssenter.no** (2024): *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester til den samiske befolkningen i Finnmark*. Tilgjengelig fra: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester til den samiske befolkningen i Finnmark Sist oppdatert 23.04.24.
- Utviklingssenter.no** (2024): *Samisk språk- og kulturforståelse og likeverdige helsetjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingssenter.no/samisk-kulturforstaelse-i-helse-og-omsorgstjenestene/utviklingssenter-for-sykehjem-og-hjemmetjenester-til-den-samiske-befolkningen-i-finnmark>
- Vrålstad, S. & Wiggen, K. S.** [red.] (2017): *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Statistisk Sentralbyrå Rapporter 2017/13. Tilgjengelig fra ssb.no: https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211?_ts=160ea9e4890
- Xiao L. et al.** (2023): «Comparisons on factors affecting residents fulfilling self-determination in ethno-specific and mainstream nursing homes: a qualitative study». *BMC Geriatr.* 2023 Feb 7;23(1):81. Tilgjengelig fra nih.gov: <https://www.yeehong.com/centre/long-term-care/>
- Yee Hong Centre for Geriatric Care** (2025): *Long-Term Care*. Tilgjengelig fra Long-Term Care: <https://www.yeehong.com/centre/long-term-care/>



Her trekkes det fram at denne overgangen kan oppleves som spesielt krevende for minoriteter og innvandrere da overgangen kan innebære å bli løsrevet fra egen kultur.



**Fra MiRA-Senterets nasjonalkonferanse:
«Likeverdig alderdom
for alle – også for kvinner
med minoritetsbakgrunn!».**

MiRA-Senterets nasjonalkonferanse i 2023

Våren 2023 var eldreomsorg et tema som ble løftet fram i samfunnsdebatten, blant annet gjennom NRK Brennpunkts dokumentarserie «Omsorg bak lukkede dører». Dokumentarserien avdekket alvorlig svikt i eldreomsorgen, som underernæring, tvang og manglende kontroll med medisiner. I kjølvannet av dokumentarserien ble det publisert en rekke artikler som tegnet et bilde av et system der kapasiteten er sprengt og der Verdighetsgarantien brytes på en rekke områder. Våren 2023 kom også NRK-serien «Demenskorset» som synliggjorde betydningen av sosiale og vitaliserende aktivitetstilbud for eldre, samt behovet for å tilrettelegge for at det vil bli flere med demens i årene framover. På tross av dette fornyede fokuset på behov blant eldre, ble ikke eldre minoriteters behov tematisert i den brede samfunnsdebatten. Heller ikke i myndighetenes planer og reformer finner man, som beskrevet, mange tiltak som direkte retter seg mot eldre minoritetskvinners behov. Dette var noe av bakgrunnen for at MiRA-Senteret høsten 2023 arrangerte nasjonalkonferansen «Likeverdig alderdom – også for kvinner med minoritetsbakgrunn». Målet med konferansen var både å bidra til økt oppmerksomhet om eldre minoritetskvinners behov, samt å bidra til deling av fagkunnskap og dialog mellom fagpersoner, minoritetskvinner og ansatte på feltet. På konferansen deltok en rekke fagpersoner fra både Norge og Norden som, gjennom ulike innfallsvinkler, belyste spørsmålet om hvordan alder, kjønn og etnisitet påvirker forutsetningene den enkelte har for en god alderdom. Afsaneh Koochek, universitetslektor og dosent i klinisk ernæring ved Uppsala universitet, holdt innlegg om helsesituasjonen til kvinnelige migranter og om hvordan migrasjon, kjønn og levekår påvirker helsen. Hun framholder at kulturtilpasning både kan

hemme og fremme god helse, og beskriver hvordan man ser en sammenheng mellom svekket helse og endrede levevaner etter migrasjon. Forsker Sanjana Arora fra VID vitenskapelige høgskole i Stavanger holdt innlegg om eldre innvandrerkvinner sine erfaringer i møte med helsetjenester, og hvordan begrepet «epistemisk urett» kan bidra til å kaste lys over opplevelsen enkelte minoriteter har av å ikke bli trodd eller anerkjent for sine erfaringer i møte med helsevesenet. Førsteamanuensis Anja Botngård fra NTNU holdt innlegg om forekomsten av vold, overgrep og forsømmelser mot eldre, og hvilke sårbarhetsfaktorer og tegn som kan indikere at en person kan være utsatt for vold i nære relasjoner. Forsker Micheline van Riemsdijk¹ fra Uppsala universitet holdt innlegg om eldre svenske innvandrere som mottar familiebasert omsorg fra sine familiemedlemmer, og hvilke grunner omsorgsgivere har for å velge familiebasert omsorg framfor offentlige tjenester. I tillegg holdt MiRA-Senterets rådgiver Asla Maria Bø Fuglestad et innlegg som omhandlet innvandreres pensjonsrettigheter og hvordan dagens pensjonsregelverk påvirker livssituasjonen til eldre kvinnelige innvandrere. I det følgende vil innleggene fra nasjonalkonferansen bli presentert. Mange av temaene som presenteres i fagbidragene her, hentes opp igjen i drøftingen av funnene fra MiRA-Senterets egen undersøkelse på slutten av rapporten.

¹ Undersøkelsen og manuset som ligger til grunn for Riemsdijks innlegg på konferansen ble utarbeidet i samarbeid med førsteamanuensis Patricia Yocie Hierofani ved Uppsala universitet. Det var imidlertid kun Riemsdijk som presenterte innlegget under konferansen.

Åpningsinnlegg

ved Fakhra Salimi,
daværende leder av MiRA-Senteret



«**Når du blir eldre** vil du oppdage at du har to hender, én til å hjelpe deg selv med, og én annen til å hjelpe andre». Disse fine ordene er uttalt av Audrey Hepburn, Hollywood-skuespillerinnen. Alderdom er altså et tema som angår oss alle.

Jeg vil begynne med å dele noen egne erfaringer. Jeg er født og oppvokst i Pakistan. Da min bestemor ble gammel, bodde hun sammen med oss. Det var interaksjon mellom generasjonene og det var selvsagt at familien skulle ta vare på henne. Slik er det ikke for min generasjon; migrasjonsgenerasjonen. Vi har ikke den samme familie-tettheten og bo-mønsteret lengre. Migrasjon har gjort at disse tingene har endret seg. Da de første arbeidsinnvanderne kom fra Asia og Afrika til Norge, var de unge. De kom som billig arbeidskraft og hadde ikke planlagt å bli eldre i det nye landet. Mange tenkte seg at de skulle jobbe her, spare opp penger, og så reise tilbake igjen. Men det ble en fjern drøm. Den første generasjonen av minoriteter og arbeidsinnvandrere er blitt eldre nå, og vi er fortsatt her.

Minoriteter i alle aldersgrupper er en del av det norske samfunnet og utgjør et mangfold av farger, språk og minoriteter. De har bakgrunn som flyktninger, arbeidsinnvandrere, og ikke minst som hjemmearbeidende kvinner. Kvinner med minoritetsbakgrunn har hatt forskjellige og mangfoldige liv, og dette reflekteres også

i hvilke utfordringer de møter som eldre i hverdagen. Det er mange forhold som kan virke inn på hvorvidt man har tilgang til ressurser som kan gi deg en god helse og en god alderdom. Alder, farge, etnisitet, kjønn og sosioøkonomisk status er faktorer som overlapper og påvirker sårbarheten til individer. For eksempel, vil en eldre kvinne med minoritetsbakgrunn kunne oppleve diskriminering, ikke bare på grunn av sin alder eller sitt kjønn, men også på grunn av sin etnisitet, sitt språk eller sin religion. I omsorgssektoren, en institusjonell kontekst, kreves kulturforståelse og tilrettelegging til et mangfold av språk og religioner for å sikre at alle er godt tatt vare på. Hvis eldreomsorgen er tilrettelagt for en mangfoldig aldrende befolkning kan kvinner med minoritetsbakgrunn få tilgang til ressurser for å håndtere vanskelige situasjoner, både økonomisk og sosialt. Men hvis eldreomsorgen ikke er tilrettelagt, kommer flere eldre med minoritetsbakgrunn, også menn, til å møte store utfordringer. Samfunnsinstitusjoner som helsevesenet, eldreomsorgen og hjelpeapparatet trenger å tilpasse seg det nye mangfoldet i samfunnet. Samtidig er også eldre med minoritetsbakgrunn nødt til å tilpasse seg det nye norske samfunnsmønsteret, noe som krever mestringsstrategier på et individnivå. Dette er en gjensidig prosess.

Eldre med minoritetsbakgrunn trenger ressurser, sterke sosiale nettverk og støtte. Regelverket behøver



**«Når du blir eldre vil du
oppdage at du har to hender,
én til å hjelpe deg selv med, og
én annen til å hjelpe andre.»»**

Audrey Hepburn

også å endres for å sikre en verdig alderdom for alle borgere i Norge. Et eksempel er flyktningkvinner. Krigen i Afghanistan, Libya, Somalia, Palestina, Ukraina og Irak og i mange andre regioner, har skapt sårbare eldre. Mange har blitt drevet på flukt. Når de endelig kommer til trygge land, møter de nye utfordringer, for eksempel i forhold til rettigheter, som pensjonsrettigheter og i eldreomsorgen.

Men kjære venner, til tross for problemer og utfordringer viser mange eldre kvinner med

minoritetsbakgrunn, et høyt mestringsnivå. Det må vi feire! Dagens konferanse handler om hvordan vi skal bygge opp en eldreomsorg, hvor eldre respekteres og inkluderes i samfunnet og gis en verdig alderdom tilpasset den enkeltes behov. Verdig alderdom innebærer at vi har nok penger til å dekke eget livsopphold, at vi har varme i huset, kan betale våre regninger. Verdig alderdom handler også om å ha litt mer enn det som trengs for bare å eksistere. Det handler om å kunne unne seg noe ekstra innimellom. Å kunne reise og besøke slekt og venner en gang iblant, og ikke minst å kunne skjemme bort barnebarna. Verdighet handler om hvordan vi behandler hverandre. Andelen eldre med innvander- og minoritetsbakgrunn øker i samfunnet. Det blir viktig og nødvendig at institusjonell omsorg inkluderer denne gruppen i tiltak for en likeverdig alderdom. I løpet av dagen skal vi sette søkelys på hvordan interseksjonalitet spiller inn på det å bli eldre i Norge. Vi har med oss spennende internasjonale og nasjonale foredragsholdere. Det skal også være tid til erfaringsutveksling og dialog. Vårt mål er å styrke arbeidet for en verdig alderdom og øke bevisstheten om innvandrere- og minoritetskvinneres særskilte situasjon. Jeg ønsker dere en veldig fin konferanse. Jeg håper vi kan ha mange gode diskusjoner i grupper.

Tusen takk!

Jämlikt och hälsosamt åldrande för kvinnor med migrationsbakgrund – utmaningar och möjligheter

Afsaneh Koochek Universitetslektor och docent i klinisk nutrition, Institutionen för kostvetenskap, Uppsala universitet, Sverige

FN:s Internationella Organisation för Migration (IOM) bedömer att migranternas hälsa och levnadsvanor utgör en integrerad del av migrationsprocessen och understryker vikten av att detta uppmärksammas av internationella beslutsfattare och experter. Detta blir särskilt relevant för en effektiv hantering av de betydande migrationsströmmar som förväntas i framtiden.

Det saknas en universellt accepterad definition av begreppen migration och invandrare/migranter, och deras innebörd varierar mellan olika regioner i världen. I denna artikel grundar sig förståelsen av termerna migration och migranter på definitionen från FN:s International Organization for Migration (IOM) (McAuliffe & Khadria, 2020). Organisationens definition presenterar en omfattande och generell beskrivning av en migrant som en individ som har förflyttat sig eller flyttat från sin vanliga bostadsort över en internationell gräns, oavsett de specifika orsakerna till denna förflyttning. Denna definition inkluderar således både flyktingar och migranter som genomför förflyttningen med motiv som sträcker sig från förbättring av levnadsvillkor genom arbete eller utbildning till familjerelaterade skäl.

MIGRATION OCH HÄLSA I ETT INTERNATIONELLT PERSPEKTIV

I en era präglad av global rörlighet och kulturell mångfald ställs äldre migranter inför unika utmaningar och möjligheter som påverkar deras hälsa och välbefinnande. Under

de senaste decennierna har migration framstått som en betydande faktor i omvandlingen av samhällen världen över, och dess påverkan på äldre befolkningsgrupper har blivit alltmer framträdande.

Vid ankomsten till ett nytt land uppvisar immigranter oftast färre kroniska sjukdomar och är i bättre hälsa jämfört med den inhemska befolkningen i det nya landet de flyttar till. Detta fenomen är känt som «the healthy migrant effect» (HME) (Marmot et al., 1984) och har dokumenterats i flera forskningsstudier bland immigranter i länder som USA (Cunningham et al., 2008), (Singh et al., 2013), Kanada (Beiser, 2005), (McDonald & Kennedy, 2004), samt i mindre omfattning i Europa (Moullan & Jusot, 2014) och Australien (Anikeeva et al., 2007).

Hypotesen bakom HME är att migranter utgör en selekterad grupp, där medlemmarna besitter högre motivation och resurser, inklusive förbättrad ekonomisk ställning samt bättre fysisk och psykisk hälsa, jämfört med dem som väljer att stanna kvar i sina ursprungsländer. Med andra ord utgör dålig hälsa ett hinder för utvandring (McDonald & Kennedy, 2004). Trots att immigranter initialt uppvisar bättre hälsa, tenderar deras övergripande hälsotillstånd att försämrans snabbt efter några år i det nya landet, huvudsakligen på grund av förändrade levnadsvanor (Alyousif & Methews 2018), (Gilbert & Khokhar, 2008), (Holmboe-Ottesen & Wandel 2012), (Koochek et al., 2008).

På andra sidan kan dålig hälsa vara en motivationsfaktor för migration bland äldre individer och deras



anhöriga. Äldre personer med nedsatt hälsotillstånd kan känna en önskan att flytta till ett nytt land för att komma närmare sina barn och andra nära anhöriga som i sin tur kan vårda sina äldre och sjuka föräldrar. (Bentham, 1988), (Maheswaran et al., 2018).

I svensk forskning som har undersökt det HME från ett nordiskt perspektiv framkommer variationer i hälsoutfallen efter migration. Dessa variationer tycks kopplade till ursprungslandet för migranterna och vilka specifika hälsovariabler som har studerats. Intressant nog stämmer inte HME heller alltid överens med resultaten för migranter från västvärlden, där majoriteten av migrationen ofta sker frivilligt, i jämförelse med migranter från länder utanför Europa, där emigrationen i många fall sker ofrivilligt (Helgesson et al., 2019).

PROCESSEN BAKOM ÄNDRADE LEVNADSVANOR OCH HÄLSA EFTER MIGRATION – ACKULTURATION

Internationella studier har tidigare indikerat att genetiska faktorer inte ensamt kan förklara förekomsten av kroniska sjukdomar hos olika grupper av migranter. Förekomsten av dessa sjukdomar tros därför sannolikt vara kopplad till andra miljö- och livsstilsfaktorer, såsom ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet.

En banbrytande studie av tre grupper av japaner i Japan, Hawaii och San Francisco visade för första gången att matvanorna i det nya landet har en väsentlig inverkan på förekomsten av kroniska sjukdomar bland individer med samma genetiska bakgrund (Kato et al., 1973), (Robertson, 1977). Senare forskning har stödande resultat och visar att förändrade matvanor efter migrationen har starka samband med ökad dödlighet bland migranter i olika regioner, inklusive Europa, Amerika och Australien (Holmboe & Wandel, 2012), (Dixon et al., 2000), (Koochek, 2008), (Kouris-Blazos et al., 1996), (Patel et al. 2006).

En kraft som driver förändrade levnadsvanor bland migranter är processen av kulturanpassning, även kallad «ackulturation». Detta representerar den kulturella förändringsprocess genom vilken migranter anpassar sig till värdlandets kultur (Ayala et al., 2008). Ackulturation är en komplex interaktion mellan kulturer, där individer genomgår anpassningar till det nya landets levnadsvanor och kultur. Amerikanska och europeiska studier har dokumenterat samband mellan graden av ackulturation och riskfaktorer för kroniska sjukdomar (Gilbert et al., 2008), (Ayala et al., 2008), (Rechel et al., 2013), (Wallace et al., 2010), (Berry, 2006).

En av de mest använda modellerna för att förstå ackulturation, det vill säga vad som händer när två kulturer möts, har introducerats av Berry och hans kollegor (Berry, 2006). Denna modell föreslår fyra anpassningsstrategier som individer vanligtvis använder i mötet med den nya kulturen vid migration: assimilation, separation, integration och marginalisering. Modellen sammanfattas enligt följande:

- *Integration* innefattar både bevarande av den ursprungliga kulturen och anpassning till den nya kulturen.
- *Assimilering* innebär anpassning till den nya landets kultur, där den ursprungliga kulturen förloras.
- *Separation* innebär att den ursprungliga kulturen bevaras utan anpassning till den nya kulturen.
- *Marginalisering* innebär förlust av den ursprungliga kulturen samtidigt som den nya kulturen avvisas.

HÄLSOSAMT ÅLDRADE

Åldrandet av befolkning utgör en växande och till synes irreversibel trend. Enligt Statistiska Central Byrån (SCB), för Sveriges del innebär detta att nästan var fjärde invånare år 2070 kommer att vara över 65 år, jämfört med ca var femte i dag (Befolkningsprognos för Sverige, 2022). Dessutom förväntas antalet personer som är 80 år och äldre öka från dagens dryga halvmiljon till ca. en miljon i slutet av 2040-talet (Sveriges framtida befolkning 2014–2060, 2022).

Denna demografiska utveckling ställer en betydande utmaning för framtidens hälso- och sjukvård som idag är huvudsak utvecklat för att diagnostisera och behandla akuta tillstånd samt hantera komplikationer av kroniska sjukdomar. Medan den omedelbara konsekvensen av ökad andel äldre är uppkomsten av en del av befolkning som lider av flera kroniska sjukdomar samtidigt. Detta bidrar till ökad vårdkonsumtion och minskad hälsorelaterad livskvalitet, i stor utsträckning på grund av bristen på preventiva program (World Health Organization, 2019).

I sin första rapport om åldrande och hälsa definierar Världshälsoorganisationen (WHO) hälsosamt åldrandet som processen att utveckla och bibehålla den funktionella förmågan som möjliggör välbefinnande under äldre år (World Health Organization, 2015). Enligt rapporten, representeras funktionsförmåga av alla hälsorelaterade

aspekter som gör det möjligt för individen att vara och göra det de har anledning att värdesätta i livet. Rapporten stöder också FNs Globala mål för hållbar utveckling och diskuterar aspekter som är värdefulla för äldre människor:

- Tillgodose sina grundläggande behov, inklusive hälso- och sjukvård samt långtidsvård, personlig och ekonomisk säkerhet, samt dekvat bostad.
- Möjlighet att lära sig nya saker, utvecklas och fatta beslut
- Förmåga att vara rörlig.
- Möjlighet att bygga och upprätthålla relationer.
- Möjlighet att bidra till samhället.

Det är värt att notera att år 2021 hade (över 142 miljoner, vilket motsvarar 14 % av alla personer som var 60 år eller äldre globalt sett, inte möjlighet att tillgodose sina grundläggande behov (World Health Organization, 2021).

JÄMLIKT ÅLDRADE FÖR KVINNOR MED MIGRATIONSBAKGRUND

Under de senaste decennierna har den globala migrationen ökat i alla världsdelar, inklusive Skandinavien. Generellt sett har kvinnor varit mestadels osynliga i internationella studier om migration, och den tidigare rådande uppfattningen antog implicit att de flesta migranter var män. En tydlig trend mot «feminisering av migration» har dock observerats sedan 1960-talet, främst på grund av den ökande andelen kvinnor som utgör nästan hälften av världens migranter (Siddique, 2003). I takt med den globala feminiseringen av migration har andra demografiska trender också visat på en ökande andel äldre människor i befolkningen, vilket i sin tur har lett till en betydande ökning av äldre migranter. Över tio procent av immigranterna i Norge och 20 procent av immigranterna i Sverige är 60 år eller äldre, vilket motsvarar sju respektive tjugo procent av alla äldre i Norge och Sverige. Samtidigt är över 54 procent av alla utlandsfödda som är äldre än 65 år i dessa länder kvinnor (Folkmängden efter födelseland, ålder och kön. År 2000–2022, 2023), (Immigration and emigration. Total, Norwegian and foreign citizenship, 2023).

Parallellt med dessa demografiska trender är skillnaderna i hälsa mellan olika grupper av äldre med olika migrationsbakgrund påtagliga. Bland vissa undergrupper

av äldre vuxna är de med lägre socioekonomisk status särskilt utsatta och löper en högre risk för ohälsa och funktionshinder. Migrationsbakgrund korrelerar i vissa fall också med lägre socioekonomisk status eller sämre hälsa. Det förekommer även tydliga könsskillnader, där äldre kvinnor i alla nordiska länder generellt sett löper större risk för fattigdom och har lägre pensioner än äldre män. Detta beror oftast på kortare arbetslivserfarenheter och lägre löner för kvinnor jämfört med män (Flood & Mitrut, 2010).

Andra studier har också dokumenterat hälsoskillnader bland äldre befolkningar med hjälp av olika hälsoindikatorer. Sammanfattningsvis rapporterar äldre med migrationsbakgrund sämre självskattad hälsa

jämfört med icke-migranter (Health disparities among older immigrants in the United States, 2003), (Koochek et al., 2007). Specifikt, med tanke på prevalensen av kroniska tillstånd i äldre vuxna befolkningar, indikerar tillgänglig litteratur att äldre som tillhör etniska minoriteter är mer benägna att lida av ett större antal kroniska tillstånd och/eller funktionsnedsättningar (Koochek et al., 2008), (Qureshi et al., 2022). Till exempel har äldre iranier i Sverige en högre risk för kardiovaskulära sjukdomar jämfört med äldre svenskar i samma åldersgrupp. I synnerhet har äldre kvinnor med migrationsbakgrund den största skillnaden i prevalensen av obesitas och lägst skattad hälsorelaterad livskvalitet jämfört med äldre män med migrationsbakgrund och äldre kvinnor med icke-migrationsbakgrund (Koochek, 2008).

Dessa hälsorisker antas vara resultatet av en rad faktorer, såsom förändringar i levnadsvanor, upplevelser av rasism och diskriminering, fysiskt krävande yrken, svårigheter att integrera i samhället samt otillräcklig medicinsk vård, vilka kan ha en kumulativ effekt på hälsan genom hela livsförloppet (Rote & Markides, 2015).

Tidigare studier har också visat att kvinnor ofta får sämre vård än män, där de screenas mindre regelbundet för sjukdomar och får mindre aggressiv behandling samt sämre uppföljning (Heise et al., 2019). Dessutom löper kvinnor med migrationsbakgrund en högre risk att insjukna efter migration jämfört med män (Barstad, 2017), (Rote & Markides, 2015). I det globala sjukvårdssystemet

fokuserar vården inom kvinnohälsa främst på reproduktiv mödravård, vilket innebär att äldre kvinnors vårdbehov ignoreras (De Leon Siantz, 2013). Samtidigt har äldre kvinnor med migrationsbakgrund i Norden sämre hälsa och mindre tillgång till hälso- och sjukvård jämfört med majoritetsbefolkningen och män generellt sett (Debesay et al., 2022). Kommunikationsproblem, såsom bristande språkkunskaper och

okunskap om lokala lagar, samt otillräcklig kännedom om individuella rättigheter och sjukvårdssystem, är specifika faktorer som begränsar tillgängligheten till vården (Lebano et al., 2020)

SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Trots den växande andelen kvinnor bland världens migranter, är majoriteten av forskningen om migration inriktad på manliga migranter i arbetsför ålder. Kvinnor och äldre med migrationsbakgrund erhåller sällan vetenskapligt och politiskt fokus. Som följd utsätts äldre kvinnor med migrationsbakgrund för ackumulerade effekter av olika former av diskriminering, inklusive ålder, etnicitet och kön. Därav ökar risken för försämrad ekonomisk, social och hälsomässig status. Isolering och utanförskap kan utgöra det ultimata resultatet av låga inkomster, bristande pensioner samt ogynnsamma arbets- och bostadsförhållanden.

Migranter, särskilt de som är födda utanför Europa, har en tendens att förändra sina levnadsvanor när de etablerar sig i det nya landet. Denna förändring har i

«Generellt sett har kvinnor varit mestadels osynliga i internationella studier om migration, och den tidigare rådande uppfattningen antog implicit att de flesta migranter var män.»

många fall resulterat i uppkomsten av flera riskfaktorer för kroniska sjukdomar och funktionshinder. Enligt integrationsdefinitionen som en strategi för att anpassa sig till den nya kulturen, vore det önskvärt om immigranterna kunde bevara hälsosamma levnadsvanor från sina ursprungsländer samtidigt som de anammar en ny hälsosam kultur i det nya landet. I denna process spelar hälsoprofessionerna och socialarbetare inom vården och samhället en avgörande roll genom att guida personer med migrationsbakgrund i att lära sig det nya landets språk samt att planera realistiska mål som kan uppnås och bibehållas för att främja immigranternas övergripande hälsa och välbefinnande.

Målsättningen bör inriktas mot deltagande i en aktiv och hälsosam livsstil, där fysisk aktivitet tillsammans med andra individer kan leda till ökad vardagsmotion och sociala aktiviteter. Dessa aspekter kan i sin tur fungera preventivt mot ohälsa generellt sett, och särskilt mot minnesnedsättning och psykisk ohälsa.

Forskare, i samarbete med internationella beslutsfattare och experter, bör utmana det sociala stigma som associeras med åldrandet, särskilt bland äldre kvinnor med migrationsbakgrund. Framtida åtgärder för att hantera ålderism bör vara intersektionella, vilket innebär att man inte bara tar hänsyn till ett åldersperspektiv utan också inkluderar kulturella sammanhang med hänsyn till etnicitet och kön.

Det krävs därmed ett mer intersektionellt tillvägagångssätt för att uppfylla FN:s globala mål att främja hälsa och välbefinnande, jämställdhet mellan könen samt minska ojämlikheter i hälsa och åldrande för kvinnor med migrationsbakgrund.

REFERENSER

- Anikeeva O, Bi P, Hiller JE, Ryan P, Roder D, Han G-S.** Trends in cancer mortality rates among migrants in Australia: 1981–2007. *Cancer Epidemiology*. 2012;36(2):e74–e82.
- Alyousif Z, Mathews AE.** Impact of migration on diet, physical activity, and body weight among international students moving from the Gulf Countries to the United States. *Case Rep J*. 2018;2(7).
- Ayala GX, Baquero B, Klinger S.** A systematic review of the relationship between acculturation and diet among Latinos in the United States: implications for future research. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008;108(8):1330–44.
- Barstad A.** *Innvandring, innvandrere og livskvalitet. En litteraturstudie.* Statistics Norway; Rapporter 2017/3.
- Befolkningsprognos för Sverige** [Internet]. Statistiska centralbyrån, SCB 2022 [cited 2022-04-10].
- Beiser M.** The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*. 2005;96(2):30–44.
- Bentham G.** Migration and morbidity: implications for geographical studies of disease. *Social Science & Medicine*. 1988;26(1):49–54.
- Berry JW.** Contexts of acculturation. In: Berry SJW, editor. *The Cambridge handbook of acculturation psychology*. Cambridge University Press; 2006. p. 27–42.
- Cunningham SA, Ruben JD, Narayan KV.** Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health & Place*. 2008;14(4):623–35.
- Debesay J, Nortvedt L, Langhammer B.** Social Inequalities and Health among Older Immigrant Women in the Nordic Countries: An Integrative Review. *SAGE Open Nursing*. 2022;8.
- De Leon Siantz ML.** Feminization of migration: a global health challenge. *Global Advances in Health and Medicine*. 2013 Sep;2(5):12–4.
- Dixon LB, Sundquist J, Winkleby M.** Differences in energy, nutrient, and food intakes in a US sample of Mexican-American women and men: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *American Journal of Epidemiology*. 2000;152(6):548–57.
- Flood L, Mitrut A.** Ålderspension för invandrare från länder utanför OECD-området. Old-age pension for immigrants from outside the OECD area. 2010.
- Folkmängden efter födelseland, ålder och kön.** År 2000–2022 [Internet]. Statistiska centralbyrån, SCB 2022 [cited 2023-12-10].
- Gilbert PA, Khokhar S.** Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutrition Reviews*. 2008;66(4):203–15.
- Heron MP, Schoeni RF, Morales L.** *Health disparities among older immigrants in the United States.* Population Studies Center. University of Michigan, 2003.
- Heise L, Greene ME, Oppen N, Stavropoulou M, Harper C, et al.** Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*. 2019 Jun 15;393(10189):2440–54.
- Helgesson M, Johansson B, Nordquist T, Vingård E, Svartengren M.** Healthy migrant effect in the Swedish context: a register-based, longitudinal cohort study. *BMJ Open*. 2019;9(3):e026972.

- Holmboe-Ottesen G, Wandel M.** Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food & Nutrition Research*. 2012;56(1):889.
- Immigration and emigration.** *Total, Norwegian and foreign citizenship* [Internet]. Statistisk sentralbyrå, Statistics Norway 2023 [cited 2023-12-10].
- Kato H, Tillotson J, Nichaman MZ, Rhoads GG, Hamilton HB.** Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: serum lipids and diet. *American Journal of Epidemiology*. 1973;97(6):372–85.
- Koochek A, Montazeri A, Johansson S-E, Sundquist J.** Health-related quality of life and migration: A cross-sectional study on elderly Iranians in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes* 2007;5:60.
- Koochek A, Mirmiran P, Azizi T, Padyab M, Johansson S-E, Karlström B, et al.** Is migration to Sweden associated with increased prevalence of risk factors for cardiovascular disease? *European Journal of Preventive Cardiology*. 2008;15(1):78–82.
- Koochek A.** Avhandling: *Elderly Iranians in Sweden: The impact of migration on risk factors for cardiovascular disease*. Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, 2008.
- Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Trichopoulos A, Polychronopoulos E, Trichopoulos D.** Health and nutritional status of elderly Greek migrants to Melbourne, Australia. *Age and Ageing*. 1996;25(3):177–89.
- Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, et al.** Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC public health*. 2020 Dec;20(1):1–22.
- Maheswaran R, Strong M, Clifford P, Brewins L.** Socioeconomic deprivation, mortality and health of within-city migrants: a population cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(6):519–25.
- Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L.** Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet* (London, England). 1984;1(8392):1455–7.
- McAuliffe M, Khadria B.** *World migration report 2020*. Geneva: International Organization for Migration. 2019.2.
- McDonald JT, Kennedy S.** Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*. 2004;59(8):1613–27.
- Moullan Y, Jusot F.** Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *The European Journal of Public Health*. 2014;24(suppl_1):80–6.
- Patel J, Vyas A, Cruickshank J, Prabhakaran D, Hughes E, Reddy K, et al.** Impact of migration on coronary heart disease risk factors: comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. *Atherosclerosis*. 2006;185(2):297–306.
- Qureshi SA, Kjøllesdal M, Gele A.** Health disparities, and health behaviours of older immigrants & native population in Norway. *PLoS ONE* 2022;17(1).
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M.** Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*. 2013;381(9873):1235–45.
- Robertson TL, Kato H, Gordon T, Kagan A, Rhoads GG, Land CE, et al.** Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: coronary heart disease risk factors in Japan and Hawaii. *The American Journal of Cardiology*. 1977;39(2):244–9.
- Rote S, Markides K.** Migration and Health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*: Second Edition. Elsevier Inc. 2015. p. 407–410
- Siddique MA.** Women in migration and development: Review and analysis. In *United Nations Division for the Advancement of Women (DAW) Consultative Meeting on 'Migration and Mobility and how this movement affects Women'* Malmö, Sweden 2003.
- Singh GK, Rodriguez-Lainz A, Kogan MD.** Immigrant health inequalities in the United States: use of eight major national data systems. *The Scientific World Journal*. 2013.
- Sveriges framtida befolkning 2014–2060** [Internet]. Statistiska centralbyrån, SCB 2014. [cited 2022-04-10].
- Wallace PM, Pomery EA, Latimer AE, Martinez JL, Salovey P.** A review of acculturation measures and their utility in studies promoting Latino health. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2010;32(1):37–54.
- World Health Organization.** *World report on ageing and health*. World Health Organization; 2015 Oct 22.
- World Health Organization.** *Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care*. Published online. 2019.
- World Health Organization.** *Decade of healthy ageing: baseline report*. World Health Organization; 2021 Jan 14.
- Delar av texten tidigare är publicerad på nutriti-
onsfakta.se. <https://nutritiionsfakta.se/2021/09/30/manga-invandrare-byter-goda-matvanor-mot-samre-i-sverige-dietisten-har-en-roll-att-lotsa-fram-till-det-basta-av-tva-kulturer/>

Older immigrant women and healthcare services – a case of injustice

Sanjana Arora Forsker ved VID vitenskapelige høyskole i Stavanger



INTRODUCTION

Approximately 5 % of the population consists of older immigrants above the age of 70 years. In 2060, this population is estimated to be 24 % (Tønnessen & Syse, 2021). Many immigrants, who first arrived in early or middle adulthood, have aged and continue to age in Norwegian society. Immigrants in Norway have diverse country backgrounds, including Northern European countries and the US, Eastern Europe, as well as Asia, Africa, and Latin America (SSB, 2022). Research has shown that immigrants experience several challenges in accessing healthcare services (Arora et al., 2019, Bangstad et al., 2022; Goth, 2012; Harris et al., 2020; Kumar and Diaz et al., 2019; Mbanya et al., 2019; Pettersen et al., 2022;

Tveit et al., 2022). These challenges include, but are not limited to, language barriers, unfamiliarity with healthcare systems, different cultural influences or values, as well as experiences of discrimination and racism.

In general, older immigrants tend to have a less desired ageing trajectory than non-immigrants i.e., they do not age the same way as non-immigrants (Dolberg et al., 2018). In Norway, many older immigrants have lower income (especially labour immigrants, refugees and those coming from outside Nordic and western European countries) and a large number of older immigrant women in particular have lower labour market participation (SSB, 2022). They are more likely to be disadvantaged by the effects of lifelong intersections of

economic and social discrimination (Ferrer et al., 2022; LaFave et al., 2022). Older immigrant women, in particular, also fare worse in many health indicators (Debesay et al., 2022).

Equity in access to healthcare is an important policy goal in Norway (Meld 28, 2020–2021). This implies provision of fair and equal services to people irrespective of social, ethnic, economic or geographical differences. Knowledge about barriers to accessing healthcare services is thus vital for improving how services are delivered.

In this article, I draw from my PhD research on experiences of using healthcare services in Norway by older Pakistani women and unpack some of the barriers experienced by them in accessing healthcare services. I then discuss the barriers, in light of the concept of epistemic injustice.

ABOUT THE STUDY

The findings are drawn from my PhD research conducted in the period from 2016–2020. The study used a qualitative research design based on semi-structured in-depth interviews with older Pakistani women and their informal caregivers. 16 interviews with older Pakistani women and one focus group discussion with seven older Pakistani women were carried out. Older participants were aged between 48 and 81 years old and had been living in Norway for 26–46 years. Ten informal caregivers were also recruited; eight were daughters and two were daughters-in-law, aged between 23 and 40 years old. All but two of the caregivers were born in Norway. All participants were recruited using snowball sampling through key informants, a mosque and an activity centre. The interviews focused mainly on their experience with GPs, the main providers of primary health care in Norway and the gatekeepers to more specialised care. More information about the sample and the overall research project can be found in my PhD thesis and other research articles (see Arora et al., 2019; 2020a; 2020b)

EPISTEMIC INJUSTICE IN HEALTHCARE ENCOUNTERS

In 2007, Miranda Fricker, a feminist philosopher, coined the term “epistemic injustice”. Epistemic injustice is the

“idea that we can be unfairly discriminated against in our capacity as a knower based on prejudices based on gender, social background, ethnicity, race, sexuality, tone of voice, accent, and so on” (Byskov, 2021, pg.1) In the context of healthcare, epistemic injustice can occur when a patient is not believed, ignored or dismissed, even if they are the ones who have knowledge about their own pain and illness. In short, it occurs when one is not perceived as credible by their healthcare providers.

In my research, I found that some older immigrant women experienced that healthcare practitioners did not take them seriously. They felt as if they were perceived as someone who tells their pain more than it actually is and as one who does “drama” (Arora et al., 2019). These feelings were also reflected in the accounts of their younger family caregivers.

Such encounters led to a sense of insecurity among older immigrant women, and they felt that they had to resort to telling their pain more than it actually is, in order to be taken seriously (Arora et. al., 2019). Prior research has also shown that there exist stereotypes about immigrants as having low threshold of pain or having a type of “ethnic or cultural pain”, which influences how they are perceived by healthcare practitioners (Chahal and Poulsen, 2008). Ill people and women in general have been found to be at risk of not being believed in their healthcare encounters and thereby experience epistemic injustice (Carel and Kidd, 2014; Macphee, 2019; Heggen and Berg, 2021). However, research has shown that those with multiple stigmatized identities are more at risk of experiencing this (Yates et al., 2023; Young et al., 2019). The identity of being an immigrant can carry stigmatizing notions of being abusers of welfare benefits (Eriksen, 2013). The participants often attributed their poor experiences to such stereotypical negative narratives on immigrants, which affected the way they are perceived in healthcare. Similarly, being old can be associated with stereotypes of being warm but also of being fragile and incompetent (Cuddy et al., 2009; Nelson et al., 2011). This combination of potentially multiple stereotyped and stigmatized identities, likely puts older minority women more at risk of experiencing epistemic injustice in healthcare encounters.

In my research, younger caregivers were more vocal about their older family members' experiences of being treated different. They also spoke about their older family members being questioned and criticised for not having learnt the Norwegian language despite having lived here for several years (Arora et. al., 2019). Being criticised for not having learnt Norwegian can lead to feelings of un-deservingness among older minority women. Moreover, their perceptions of being treated differently on account of ascribed un-deservingness were grounded in both their inability to speak the language as well as due to being an immigrant and the associated prejudices of being abusers of welfare benefits (Arora et al., 2019). Studies have shown that normative ideas about deservingness and un-deservingness can influence how social and healthcare services are delivered to minority patients (Ratzmann & Sahraoui, 2021; Laenen et al., Holmes et al). Experiences of feeling undeserving in healthcare encounters can take away the credibility to speak and advocate for oneself in healthcare. Epistemic injustice in this sense can be experienced both through not being believed as well as from being withheld from the credibility to speak, during healthcare encounters. This can have further implications on the level of trust and feelings of safety in healthcare for older minority women.

CONCLUSION

The findings from this study discussed in light of Miranda Fricker's concept of epistemic injustice draw attention to the subtle and hidden ways in which older immigrant women experience barriers in accessing healthcare services in Norway. As such injustices are hard to pinpoint, and even harder to prove, because they tend to be normalised (Fricker, 2007), they do not form part of the mainstream discourse on barriers to healthcare. Discourse on barriers to healthcare thus tend to focus on culturalist explanations, ignoring the structural barriers and power imbalances in healthcare encounters. Working towards ensuring cultural safety of patients i.e., being aware of differences, decolonising, considering power relationships, and being reflective of practices, is needed to ensure equity in healthcare encounters (Curtis et al., 2019).

REFERENCES

- Arora, Sanjana; Straiton, Melanie Lindsay; Bergland, Astrid; Rechel, Bernd; Debesay, Jonas** (2020). Renegotiating formal and informal care while ageing abroad: Older Pakistani women's healthcare access, preferences and expectations in Norway. *Journal of Migration and Health*. Vol. 1–2.
- Arora, Sanjana; Rechel, Bernd; Bergland, Astrid; Straiton, Melanie Lindsay; Debesay, Jonas** (2020). Female Pakistani carers' views on future formal and informal care for their older relatives in Norway. *BMC Health Services Research*. Vol. 20.
- Arora, Sanjana; Straiton, Melanie Lindsay; Rechel, Bernd; Bergland, Astrid; Debesay, Jonas** (2019). Ethnic boundary-making in health care: Experiences of older Pakistani immigrant women in Norway. *Social Science and Medicine*. Vol. 239.
- Bangstad, S., Rønningen, N. M., Larsen, E. N., Sandset, T., & Massao, P. B.** (2022). Kartlegging av rasisme og diskriminering i møte med Oslo kommune. Available from: https://www.kifo.no/wp-content/uploads/2022/05/Kartl_ras_Oslo_k_rapport_m_omsl.pdf.
- Byskov, M. F.** (2021). What makes epistemic injustice an "injustice"? *Journal of Social Philosophy*, 52(1), 114–131.
- Carel, H., & Kidd, I. J.** (2014). Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 529–540.
- Chahal, R., Poulsen, R.**, 2008. 'Ethnic Pain': the Struggle for Equitable Treatment in the Danish Healthcare System. *Humanity in Action*.
- Cuddy, A. J., Fiske, S. T., Kwan, V. S., Glick, P., Demoulin, S., Leyens, J. P., ... & Ziegler, R.** (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *British journal of social psychology*, 48(1), 1–33.
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S. J., & Reid, P.** (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International journal for equity in health*, 18(1), 1–17.
- Debesay, J., Nortvedt, L., & Langhammer, B.** (2022). Social inequalities and health among older immigrant women in the Nordic countries: An integrative review. *SAGE open nursing*, 8, 23779608221084962.
- Dolberg, P., Sigurðardóttir, S. H. and Trummer, U.** (2018). Ageism and older immigrants. In: Ayalon, L. and Tesch-Römer, C. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 177–191). Berlin: Springer.

- Ferrer, I., Brotman, S., & Koehn, S.** (2022). Unravelling the Interconnections of Immigration, Precarious Labour and Racism Across the Life Course. *Journal of Gerontological Social Work*, 1–25.
- Eriksen, T. H.** (2013). *Immigration and national identity in Norway*. Migration Policy Institute, 2013, 1–18.
- Fricker, M.** (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Goth, U.G.** (2012). *Immigrants' Use of General Practitioner Scheme: a Mixed Method Study of Analyzing Access of Primary Health Care Service Facilities in Acute but Not Life-Threatening Medical Situations*. Faculty of Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway.
- Harris, S. M., Binder, P. E., & Sandal, G. M.** (2020). General practitioners' experiences of clinical consultations with refugees suffering from mental health problems. *Frontiers in Psychology*, 11, 412.
- Heggen, K. M., & Berg, H.** (2021). Epistemic injustice in the age of evidence-based practice: The case of fibromyalgia. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 1–6.
- Holmes, S. M., Castañeda, E., Geeraert, J., Castaneda, H., Probst, U., Zeldes, N., ... & Fjeld, H.** (2021). Deservingness: migration and health in social context. *BMJ global health*, 6(Suppl 1), e005107.
- Kumar, B. N., & Diaz, E.** (2019). *Migrant Health: A Primary Care Perspective*: CRC Press.
- Laenen, T., Rossetti, F., & Van Oorschot, W.** (2019). Why deservingness theory needs qualitative research: Comparing focus group discussions on social welfare in three welfare regimes. *International Journal of Comparative Sociology*, 60(3), 190–216.
- LaFave, S. E., Suen, J. J., Seau, Q., Bergman, A., Fisher, M. C., Thorpe Jr, R. J., & Szanton, S. L.** (2022). Racism and older Black Americans' health: A systematic review. *Journal of Urban Health*, 99(1), 28–54.
- Macphee, Megan** (2019). «Hysterical Women: Pain Bias and Epistemic Injustice in Medicine» *Granite*. Volume 3, Issue 2 pages 12–19
- Mbanya, V. N., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E., & Kumar, B. N.** (2019). Access to Norwegian healthcare system—challenges for sub-Saharan African immigrants. *International journal for equity in health*, 18, 1–13.
- Meld. St. 38** (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet. Prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/>.
- Nelson, TD** (2011) Ageism: the strange case of prejudice against the older you. In Wiener, RL and Willborn, SL (eds), *Disability and Ageing Discrimination: Perspectives in Law and Psychology*. New York, NY: Springer, pp. 37–42
- Pettersen, R. J., & Debesay, J.** (2023). Substance use and help-seeking barriers: a qualitative study of East African migrants' experiences of access to Norwegian healthcare services. *BMC health services research*, 23(1), 1–14.
- Ratzmann, N., & Sahraoui, N.** (2021). Conceptualising the role of deservingness in migrants' access to social services. *Social Policy and Society*, 20(3), 440–451.
- Statistics Norway** (2022). *Immigrants and Norwegian-born to immigrant parents*. Accessed from: <https://www.ssb.no/en/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- Tveit SKM, Sandset T, Michelet KM** (2022) *Kunnskapsoppsummering om rasisme og diskriminering: Hva vet vi, blindsoner og veien videre*. Norge. MINOTENK – Minoritetspolitisk Tenketank. Available from: https://minotenk.no/wp-content/uploads/2022/08/MINOTENK_lavoppl.pdf
- Tønnessen, M., & Syse, A.** (2021). Growing numbers of older immigrants in Norway's future labour force – and how low emigration among older immigrants can make it possible to project their future education, employment and urbanity
- Yates, S., Gladstone, B., Foster, K., Silvén Hagström, A., Reupert, A., O'Dea, L., ... & Hine, R.** (2023). Epistemic injustice in experiences of young people with parents with mental health challenges. *Sociology of Health & Illness*.
- Young, J. A., Lind, C., Orange, J. B., & Savundranayagam, M. Y.** (2019). Expanding current understandings of epistemic injustice and dementia: Learning from stigma theory. *Journal of Aging Studies*, 48, 76–84.

«Du ser det når du tror det» – Vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre

Anja Botngård RN, MSc, PhD, Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

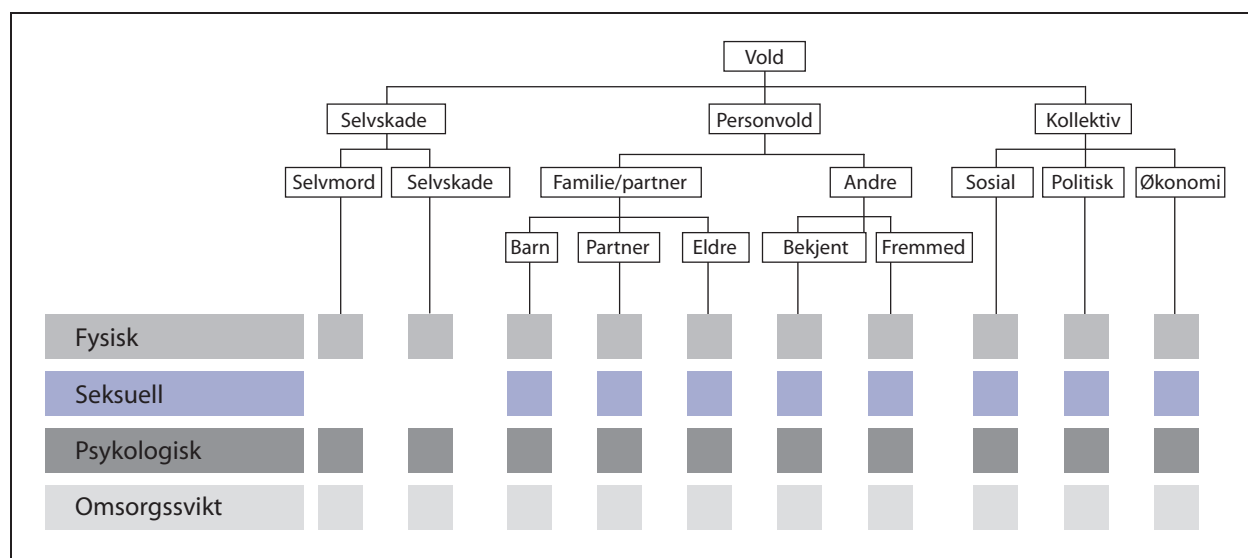
Vold i nære relasjoner inkludert vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre har blitt definert som et stort folkehelse-, samfunns- og menneskerettighetsproblem (WHO, 2022). I 2002 publiserte Verdens helseorganisasjon (WHO) rapporten «World report on violence and health», hvor de ulike formene for vold skisseres. Denne figuren har blitt oversatt til norsk og brukt i, blant annet, Regjeringens Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021) (Prop. 12 S (2016–2017) (figur 1). Figuren

illustrerer tre hovedgrener av vold; selvskade, personvold og kollektiv vold, ulike utøvere, samt subtyper av vold.

BEGREP, DEFINISJONER, FOREKOMST OG KONSEKVENSER

Vold er et komplekst fenomen, og forskere har brukt ulike begrep for å beskrive dette fenomenet; overgrep, omsorgssvikt, mishandling, forsømmelser, neglekt, krenkelser, samt ulike definisjoner og operasjonaliseringer.

Figur 1: WHO's voldsmodell



Kilde: (Prop. 12 S (2016–2017), s. 87)

Tabell 1. Subtyper og eksempler

Subtype	Eksempler
Psykisk vold	Latterliggjøre, fornedre, skremme, true, kontrollere, terrorisere, ignorere, stigmatisere, negativ sosial kontroll mm.
Fysisk vold	Latterliggjøre, fornedre, skremme, true, kontrollere, terrorisere, ignorere, stigmatisere, negativ sosial kontroll mm.
Økonomiske/materielle overgrep	Tyveri av penger, verdisaker, medisiner eller eiendeler, bli presset til å gi bort penger, eiendeler eller pantsette eiendom, forfalske testament/verdipapirer, eller hindre eldre personer i å disponere egne midler mm.
Seksuelle overgrep	Verbal seksuell trakassering, beføling med/uten klær, bli tvunget til å se pornografi, uberettiget påtrengende og/eller smertefulle prosedyrer ved stell av underlivet, orale overgrep, anale overgrep, eller voldtekt mm.
Omsorgssvikt	Mangelfull pleie, ernæring, hygiene, påkledning, nødvendig tilsyn, eller manglende oppfølging av medisinsk behandling/tannbehandling mm.

Kilde: (Krug et al., 2002; Hall et al., 2016)

I dette innlegget brukes begrepene «vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre», og WHO sin definisjon: «enkeltstående eller gjentatte handlinger eller mangel på riktige handlinger, som forårsaker skade, nød eller lidelse hos en eldre person, som skjer i et forhold hvor det i utgangspunktet er en forventning om tillit. Kan oppstå i nære relasjoner eller i institusjonelle omgivelser, og kan ta mange former inkludert fysiske, psykiske, økonomiske/materielle, seksuelle overgrep og omsorgssvikt» (WHO, 2022, s. 21). WHO definerer en eldre person som over 60 år, mens i flere europeiske land blir en eldre person definert som over 65 år. I tabell 1 skisseres de ulike subtype, samt eksempler på vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre.

Det finnes ikke et godt anerkjent verktøy eller datainnsamlingsmetode for å måle omfanget av vold,

overgrep og omsorgssvikt mot hjemmeboende eldre eller eldre i institusjon. Dette har ført til at forskere har brukt ulike begrep, definisjoner, datainnsamlingsmetoder og verktøy, som igjen har skapt variasjon i rapporterte forekomsttall mellom studier og land. De siste årene har det blitt publisert flere systematiske oversiktstudier og metaanalyser på forekomsten av vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre, og disse er skissert i tabell 2. Det antas derimot å være store mørketall, relatert til faktorer som at eldre ikke tør å varsle fra i frykt for hva som kan skje, de vet ikke hvor de skal henvende seg eller melde fra, kognitiv svekkelse eller demens som gjør at de ikke er i stand til å varsle fra, eller de føler på en sterk skam eller skyldfølelse. Konsekvensene av å bli utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt kan derimot være store og langvarige, både psykisk og fysisk (WHO, 2022).

Tabell 1. Subtyper og eksempler

Forekomst (siste 12 mnd.)		Hjemmeboende eldre		Hjemmeboende eldre kvinner (globalt)	Eldre i sykehjem	
		Globalt	Norge		Globalt	Norge
	Psykisk vold	11,6%	3,6%	11,8%	32,5%	40,5%
	Fysisk vold	2,6%	1,3%	1,9%	9,3%	9,6%
	Økonomiske/materielle overgrep	6,8%	0,6%	3,8%	-	1,1%
	Seksuelle overgrep	0,9%	0,5%	2,2%	1,9%	0,4%
	Omsorgssvikt	4,2%	0,7%	4,1%	12,0%	46,9%
Samlet forekomst:		15,7%	7,2%	14,1%	64,2%	60,3%
		Yon et al. (2017)	Sandmoe et al. (2017)	Yon et al. (2019a)	Yon et al. (2019b)	Botngård et al. (2020)

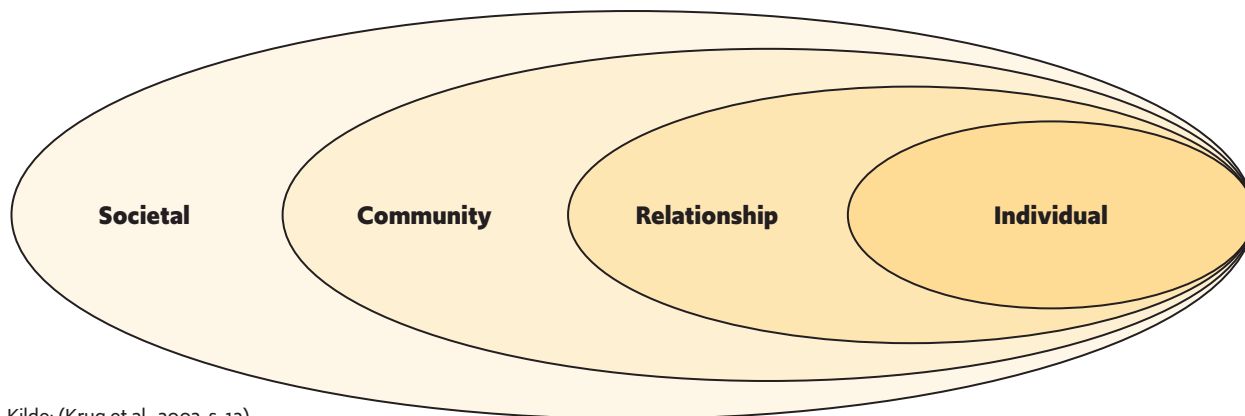
Kilde/illustrasjon: <https://www.who.int/multi-media>

RISIKOFAKTORER

Flere risikofaktorer har blitt assosiert med vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre, og Bronfenbrenners økologiske modell er en mye brukt modell for å illustrere disse risikofaktorene som finnes på ulike nivå.

I 2002 publiserte WHO en noe forenklet økologisk modell med fire nivå; individ, relasjon, nærsamfunn og storsamfunn, fremstilt med nøstede sirkler som illustrerer kompleksiteten (figur 2).

Figur 1.3. Ecological model for understanding violence



Kilde: (Krug et al., 2002, s. 12)

Systematiske oversiktsstudier har pekt på flere risikofaktorer på ulike nivå (Pillemer et al., 2016; Storey, 2020). **Individnivå (utsatt eldre)**: dårlig fysisk/psykisk helse, kognitiv svikt/demens, rusproblematikk, avhengighet av utøver (økonomisk, sosialt, emosjonelt), det å være kvinne, eller tidligere utsatthet for vold og overgrep selv. **Individnivå (utøver)**: dårlig fysisk/psykisk helse, rusproblematikk, avhengighet av den eldre personen, dårlig holdning til eldre, tidligere utsatthet for vold og overgrep selv. **Relasjon (mellom utsatt eldre og utøver)**: høy omsorgsbelastning og konfliktfylt forhold. **Nærsamfunn**: geografisk lokasjon (urbane strøk) og manglende sosialt nettverk. **Storsamfunn**: samfunn/kulturer med høy alderisme (aldersdiskriminering). I FN-rapporten om vold mot kvinner og jenter fra 2016 fremheves det i tillegg at kvinner fra marginaliserte grupper har en økt risiko for vold gjennom hele livet og i eldre år (De forente nasjoner, 2016). Rapporten skisserer ulike risikofaktorer som at kvinner har lavere utdanning, som igjen fører til større avhengighet av partner eller voksne barn i eldre år, kvinner har dårligere helse relatert til dårlige oppvekstforhold, graviditet, fødsel, og at flere kvinner føler en sterk kontroll fra samfunnet/kulturen som gjør at de ikke forlater sine voldelige partnere (De forente nasjoner, 2016).

MULIGE TEGN OG SIGNALER

Det finnes ulike tegn og signaler på at eldre blir utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt, og kunnskap om dette kan bidra til å avdekke slike handlinger. Mulige tegn på at en eldre person blir utsatt for fysisk vold er blåmerker, arr (nye/gamle), brudd (nye/gamle), brennmerker, sår etter reimer eller smerter (konkrete/diffuse) (Lachs & Pillemer, 2015). Psykisk vold kan observeres gjennom direkte verbale overgrep, eller det kan være mer subtile tegn på en dominerende utøver, sosial isolasjon, eller negativ sosial kontroll (Lachs & Pillemer, 2015). Mulige tegn på økonomiske/materielle overgrep kan være at den eldre personen har uventet manglende evne til å betale for mat, husleie, regninger eller medisiner, eller gjennom en forverring i helseplager eller vekttap relatert til mindre/ingen penger for å hente ut medisiner eller kjøpe mat (Lachs & Pillemer, 2015).



Mulige tegn på seksuelle overgrep kan være blåmerker, sår eller kutt i underlivet, kjønns sykdommer eller hyppige urinveisinfeksjoner (Lachs & Pillemer, 2015). Mulige tegn på omsorgssvikt kan være ubehandlet eller dårlig behandlet sår, underernæring, dehydrering, eller dårlig hygiene (Lachs & Pillemer, 2015).

HVA GJØRES INTERNASJONALT OG NASJONALT?

Både WHO og FN har de siste årene hatt et økende fokus på vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre, og i en av de siste rapportene til FN; «Tackling abuse of older people», skisseres flere hovedprioriteter hvor en av prioritene er å bekjempe aldersdiskriminering (De forente nasjoner, 2022) (figur 3).

2018, opprettet Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, TryggEst; et vern av risikoutsatte voksne. TryggEst er en modell/systematikk utarbeidet for kommuner, i deres arbeid med å forhindre, avdekke og håndtere saker av vold og overgrep mot sårbare voksne og eldre. En

Figur 3. FNs rapport om vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre



Kilde: (De forente nasjoner, 2022; infographics)

rekke kommuner og bydeler har allerede tatt det i bruk, og flere kommuner har planlagt oppstart (Bufdir, u.å). Evaluering fra pilotprosjektet til TryggEst viste at antallet innmeldte saker seksdoblet seg i kommuner der TryggEst hadde blitt etablert (Tøssebro et al., 2019).

I 2021 ble det vedtatt i Stortinget at det skulle etableres nasjonale retningslinjer og meldeplikt når man har grunn til å tro at eldre blir utsatt for vold og overgrep (Dokument 8:218 S (2020-2021)). Høsten 2023 lanseres en ny Opptrappingsplan for å forebygge vold i nære relasjoner, og det er forventet at planen inneholder nasjonale tiltak for å forebygge vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre.

REFERANSER

Barne- ungdoms og familiedirektoratet. (2023, 24. november).

TryggEst. <https://www.bufdir.no/vold/tryggest/>

Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., & Malmadal, W. (2020).

Elder abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC health services research*, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4861-z>.

De forente nasjoner (2016). *Violence Against Women & Girls*. https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg_brief_on_older_women.pdf

De forente nasjoner (2022). *Abuse of older people: a hidden problem – UN Decade of Healthy Ageing*. <https://www.who.int/multi-media/details/abuse-of-older-people--a-hidden-problem---un-decade-of-healthy-ageing>

Dokument 8:218 S (2020-2021), **Innst. 485 S** (2020-2021)

Representantforslag om nasjonale retningslinjer og meldeplikt i eldreomsorgen for å motvirke vold og overgrep mot eldre. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=84321>

Hall, J. E., Karch, D. L., & Crosby, A. E. (2016). *Elder Abuse Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Core Data Elements For Use In Elder Abuse Surveillance*, Version 1.0.: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/37909>

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder Abuse. *The New England journal of medicine*, 373(20), 1947–1956. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404688>

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56(2), S194–205

Prop. 12 S. *Opptappingsplan mot vold og overgrep* (2017–2021). <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d-84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000ddpdfs.pdf>

Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T., & Hjemdal, O. K. (2017). *Violence and Abuse against Elderly People in Norway*. (9/2017). https://www.nkvt.no/content/uploads/sites/2/2019/10/NKVT_report_9_17_violence-against-the-elderly.pdf

Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50(101339), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>

Tøssebro, J., Olsen, T., Elvegård, K. & Paulsen, V. (2019) *TryggEst: Bedre beskyttelse av voksne utsatt for vold og overgrep*. NTNU Samfunnsforskning og FAFO. https://samforsk.no/uploads/files/Publikasjoner/TryggEst_delrapport-2-WEB.pdf

WHO. *Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*. Geneva: World Health Organization; 2022

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5(2).

Yon, Y., Mikton, C., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2019b). The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 20(2), 245–259. <https://doi.org/10.1177/1524838017697308>

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019a). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67.

Likeverdig alderdom for alle – også for kvinner med minoritetsbakgrunn!



Eldre skal respekteres og inkluderes i samfunnet og gis en verdig alderdom tilpasset den enkeltes behov.

I takt med en økende eldre befolkning i Norge øker også andelen eldre med innvanderbakgrunn og det blir helt elementært å mestre å inkludere denne gruppen for å gi alle en likeverdig alderdom.

Hva vet vi egentlig om hvordan faktorer som kjønn og etnisitet spiller inn på det å bli eldre i Norge?



NASJONALKONFERANSE 2023
Oslo Kongressenter, Follohuset
Youngs gate 21, 0684 Oslo
19. oktober 2023
kl. 08.30–17.30

MiRA-SENTERET – ET STED FOR DEG!

MiRA-Senteret er et sted av og for kvinner og unge jenter med minoritetsbakgrunn. I fellesskap fremmer og synliggjør vi de ressurser og potensialer minoritetskvinner og unge jenter har. Vi har i snart 35 år arbeidet med spørsmål knyttet til likestilling og juridiske rettigheter for kvinner og unge jenter med minoritetsbakgrunn i Norge. Gjennom juridisk bistand, krisehjelp, informasjons- og bevisstgjøringstiltak, nettverksarbeid, politiske utspill, samt kulturelle og sosiale aktiviteter søker vi å bedre minoritetskvinnens levekår i Norge.

MiRA-SENTERET
Besøksadresse: Storgata 53A (3. etasje)
Postadresse: PB 1749 Vika, NO-0121 Oslo
Telefon: 22 11 69 20
Epost: post@mirasenteret.no

www.mirasenteret.no
 @MiraSenteret
 @MiRAressurssenter
 [mira_ressurssenter](https://www.instagram.com/mira_ressurssenter)

M i R A

Familiemedlemmers rolle i hjemmebasert omsorg for eldre innvandrere i Sverige

Micheline van Riemsdijk og Patricia Yocie Hierofani Uppsala universitet

Befolkningen eldes globalt. Nå er nesten ti prosent av verdens befolkning over 65 år og antallet og andelen eldre vil øke over tid samtidig som levealderen øker (World Health Organization 2020). Dette innlegget handler om Sverige, der hele 20 prosent av befolkningen er over 65 år (Socialstyrelsen 2023). Spørsmålet om eldreomsorg er følgelig en særlig viktig sak i Sverige. I år 2020 var 13 prosent av pensjonistene i Sverige født i utlandet (ibid.). Den største andelen av innvandrerne kom fra Finland, Jugoslavia, Polen, Irak og Tyskland (ibid.). I Sverige, som i andre land, vil andelen eldre over 65 år øke (ibid.). Med disse demografiske endringene er det viktig å sette søkelys på omsorg til eldre med minoritetsbakgrunn.

Eldre innvandrere er ofte avhengige av sin ektefelle, barn og/eller (stor-) familie for omsorg (Martineau and Plard 2019). I Sverige bruker de eldre innvandrerne offentlig omsorgstjenester mindre enn svenskfødte eldre (Songur 2021). De kan mangle informasjon om offentlige omsorgstjenester og diskriminering eller frykt for diskriminering kan være et hinder for bruk av offentlig omsorgstilbud (Tavernier and Draulans 2018; Ajrouch 2005).

Det er vanlig at familiemedlemmer gir omsorg til eldre og det fins flere grunner til det. For det første er familiebasert omsorg ofte tuftet på fortrolighet og trygghet fordi man kjenner hverandre (Milligan and Tarrant 2018). Men det er viktig å påpeke at det kan forekomme vold i nære relasjoner (se Anja Botngårds innlegg). For det andre kan familiemedlemmer og eldre ha lav tillit til offentlige omsorgstjenester. For det tredje

kan de være misfornøyde med kvaliteten på offentlige omsorgstjenester. Da kan familien mene at de selv kan gi bedre omsorg enn det den offentlige hjemmetjenesten kan. Dette kan gjelde både innvandrerfamilier og svenskfødte familier. Men familier med innvandrerbakgrunn kan ha en annen omsorgsfilosofi enn omsorgssystemet i mottakersamfunnet (Han et al. 2008; Weng and Nguyen 2011).

Dette kapittelet handler om omsorg for eldre innvandrere som bor hjemme og trenger hjelp med daglige gjøremål. Vi fokuserer både på praktisk og sosial hjemmebasert omsorg. Praktisk omsorg kan innebære at man får hjelp med for eksempel å handle, rengjøring, matlaging og legebepesøk. Sosial omsorg kan bestå av samtaler og at noen følger et eldre familiemedlem til sosiale og religiøse aktiviteter. Sosial omsorg er spesielt viktig for at eldre ikke skal føle seg ensomme.

CASE-STUDIE: FAMILIEBASERT OMSORG OG OFFENTLIG OMSORG FOR ELDRE MED INNVANDRERBAGGRUNN

Dette innlegget undersøker hvordan omsorgsgivere med innvandrerbakgrunn opplever familiebasert omsorg og offentlig omsorg. Vi fokuserer på tre typer omsorg: 1) familiebasert omsorg; 2) offentlig omsorg og 3) begge deler. Som del av denne studien gjennomførte Patricia Yocie Hierofani intervjuer med 19 omsorgsgivere. Informantene var mellom 30 og 85 år og besto av 16 kvinner og tre menn. Intervjuene ble gjort i 2021 i Uppsala og Stockholm og alle intervjuene ble gjort på svensk. Patricia Yocie spurte om 1) hvordan familiemedlemmer

opplevde familiebasert omsorg og offentlig omsorg; og 2) hvilken institusjonell støtte de trengte. Vi undersøkte også omsorgsopplevelser av eldre med innvandrerbakgrunn i Sverige, men det er utenfor rammen av dette kapittelet (se Hierofani and van Riemsdijk 2024). I de kommende avsnittene vil vi presentere fire temaer som kom frem i våre intervjuer med omsorgsgivere: plikt, gjensidighet, språk og matvaner.

PLIKT OG GJENSIDIGHET

To temaer som ble diskutert i flere intervjuer var plikt og gjensidighet. Familiebasert omsorg hviler ofte på barns pliktfølelse og en forventning om gjensidighet i familier. Tahani¹, en omsorgsgiver fra Irak forklarer:

Jeg tror at det er naturlig for oss. Vi tar det ikke som: «Å, jeg kaster bort livet mitt for å ta vare på [mine foreldre].» Det er bare en del av kulturen vår. Vi oppfatter det som vi er forpliktet til å gjøre det. De er vår familie.

Tahani ser det som sin plikt å ta vare på sin mor. Det finnes ett engelsk konsept som heter *filial care* som vi oversetter til «barnets omsorgsplikt», at barn føler det som sin plikt å forsørge sine foreldre (Lan 2002; De Valk and Schans 2008).

Soraya, en omsorgsgiver fra Iran, kom til Sverige med sine barn. Noen år senere kom hennes mor til Sverige og tok seg av Sorayas barn. Soraya forteller:

Jeg var den som kom [til Sverige] først. Det var lenge siden. Da [moren min] besøkte oss, var barna små. Hun var ung da. Hun bestemte seg for å ta vare på barna mine. Hun ble [i Sverige] for min skyld.

Omsorg mellom Soraya og hennes mor er et eksempel på sirkulær omsorg. Først tar moren seg av Sorayas barn, og Soraya tar vare på sin mor når hun blir eldre. Sirkulær omsorg gis og returneres mellom generasjoner.

¹ Vi bruker pseudonymer for å beskytte identiteten til intervju-deltakerne våre.



SPRÅK

Et annet tema som ofte ble diskutert av informantene – og på konferansen – var språk. Språk er viktig for å kunne gi omsorg av god kvalitet. Språk er en av grunnene til at familiemedlemmer bruker mer familiebasert omsorg enn offentlige tjenester. Vi kan illustrere dette perspektivet med Mona, en omsorgsgiver fra Irak, som tar seg av sin svigermor:

Mitt problem med [offentlige] hjemmetjenester er at de sender noen som ikke kan snakke hennes [svigermor] språk. De ringte og spurte: «Vær så snill, kan du oversette?» Det er krevende.

Når Mona er på jobb ringer noen og spør om hun kan oversette selv om hun ikke er «på vakt» som omsorgsgiver. Det urimelige kravet til omsorgsgivere og behovet for omsorg på ens morsmål eller rett til en tolk var også diskutert på konferansen. Noen større kommuner i Sverige tilbyr hjemmetjenester på morsmålet. Det finnes også kommunal psykologisk støtte og avlastningstjenester for pårørende. Men informasjon om begge tjenestene er gitt på svensk, og det hender at denne informasjonen ikke når familiemedlemmer med minoritetsbakgrunn. Hvis avlastningstjenesten ikke tilbyr

omsorgstjenester på morsmålet kan omsorgsgivere føle at kvaliteten på omsorgen ikke er bra nok.

MATVANER

Informanter diskuterte også matvaner, som Afsaneh Koochek tok opp i sin presentasjon. Det er viktig at eldre får mat som de liker for at de spiser nok mat. Tre av 19 omsorgsgivere laget mat til sine foreldre. Hamza, en omsorgsgiver fra Tyrkia, hadde betalt for hjemlevering av middager for sine foreldre. Men foreldrene likte ikke den «svenske» maten og derfor bestemte Hamza seg for å lage mat selv:

De [Hamzas mor og far] likte ikke maten. De ville ikke spise maten fordi den var langt unna matkulturen vår. Så jeg måtte enten ta med mat hjem, eller jeg lagde noen ganger mat til dem.

Måltider som eldre får fra hjemtjenesten skiller seg fra deres «matkultur», som Hamza uttrykte det. Den kulturelle betydningen av mat kan bli oversett av offentlige omsorgstjenester, som ofte er tilpasset majoritetsbefolkningens behov (Herat-Gunaratne et al. 2020).

KONKLUSJON

Det er et viktig spørsmål hvordan verdig aldring ser ut fra ett minoritetsperspektiv. Utilfredshet med offentlige tjenester kan ligge til grunn for at både svenskfødte familier og familier med minoritetsbakgrunn velger å gi omsorg selv. Men det finnes spesifikke omsorgsfaktorer i familier med minoritetsbakgrunn. En av dem er «barnets omsorgsplikt», men det er ikke så mange familiemedlemmer som bor på samme sted lenger og mange barn har jobb. Det finnes også behov for informasjon og tjenester på morsmålet sånn at familiemedlemmer kjenner til offentlige omsorgstilbud og avlastningstjenester. Og det er viktig at eldre kan få mat de er vant med fra hjemlandet. Vi konkluderer med at når andelen eldre med minoritetsbakgrunn øker, blir kulturell kompetent omsorg enda mer nødvendig - eller som Fakhra Salimi, leder på MiRA-Senteret sa: «likeverdig eldreomsorg krever en kulturforståelse».

ANERKJENNELSER

Dette innlegget er et sammendrag av en artikkel om hjemmebasert omsorg for eldre innvandrere (Hierofani og van Riemsdijk 2024). Hjertelig takk til MiRA-Senteret for invitasjonen til å presentere vår forskning og for en spennende konferanse. Forskningen ble finansiert av Forte, Forskningsrådet for helse, arbeidsliv och velferd (2020–01555).

REFERANSER

- Ajrouch, K.J.** 2005. «Arab-American immigrant elders' views about social support.» *Ageing and Society* 25 (5): 655–673.
- De Valk, H.A.G, and D Schans.** 2008. «They ought to do this for their parents: perceptions of filial obligations among immigrant and Dutch older people.» *Ageing and Society* 28 (1): 49–66.
- Han, H.-R, Y.J Choi, M.T Kim, J.E Lee, and K.B Kim.** 2008. «Experiences and challenges of informal caregiving for Korean immigrants.» *Journal of Advanced Nursing* 63 (5): 517–526.
- Herat-Gunaratne, R, C Cooper, N Mukadam, P Rapaport, M Leverton, P Higgs, Q Samus, and A Burton.** 2020. «In the Bengali vocabulary, there is no such word as care home: caring experiences of UK Bangladeshi and Indian family carers of people living with dementia at home.» *The Gerontologist* 60 (2): 331–339.
- Hierofani, Patricia Yocie, and Micheline van Riemsdijk.** 2024. «A typology of family caregiving for older immigrants: perspectives from care receivers and care providers.» *International Journal of Migration, Health and Social Care*. <https://doi.org/10.1108/IJMHC-06-2022-0063>.
- Lan, P.-C.** 2002. «Subcontracting filial piety: elder care in ethnic Chinese immigrant families in California.» *Journal of Family Issues* 23 (7): 812–835.
- Martineau, A., and M Plard.** 2019. «Are elderly immigrants meeting the challenges of successful aging? Review of literature on the aging of elderly migrants in France» *Cybergeog: European Journal of Geography*. <https://doi.org/10.4000/cybergeog.33224>.
- Milligan, C, and A Tarrant.** 2018. «Social and cultural geographies of ageing.» In *Geographical Gerontology: Perspectives, Concepts, Approaches*, edited by M.W. Skinner, G. J. Andrews and M.P. Cutchin, 43–55. Abingdon; New York, NY: Routledge.
- Socialstyrelsen.** 2023. *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023*. (Stockholm).
- Songur, W.** 2021. «Older migrants' use of elderly care in Sweden: family affects choice between home help services and special housing.» *European Journal of Social Work* 24 (3): 481–491.



Jeg tror at det er naturlig for oss.

Vi tar det ikke som:

**<<Å, jeg kaster bort livet mitt for å ta vare
på [mine foreldre].>> Det er bare en del av
kulturen vår. Vi oppfatter det som vi er
forpliktet til å gjøre det. De er vår familie.**

Mindre enn minstepensjon – om eldre innvandreres pensjonsrettigheter

Asla Maria Bø Fuglestad rådgiver ved MiRA-Senteret

For å svare på spørsmålet om hvordan man kan legge til rette for en likeverdig alderdom for alle, nærmere bestemt hvordan man kan legge til rette for at også minoritetskvinner kan få mulighet til en god alderdom i Norge, så er det relevant å se på hvilke økonomiske rettigheter eldre minoritetskvinner har – altså pensjonsregelverket. De fleste vil vel riktig nok mene at faktorer som nære relasjoner, god helse, og en opplevelse av trygghet har enda større betydning for hvorvidt man får en god alderdom enn økonomi. Men, som jeg vil komme inn på i dette innlegget, så kan likevel økonomiske rettigheter få store konsekvenser for nettopp disse faktorene – altså relasjoner, helse og trygghet.

På MiRA-Senteret møter vi kvinner som forteller om livet i storfamiliehusholdningen, om hvordan liten plass, støy fra naboer som krangler, eller en ødelagt oppvaskmaskin som ingen har råd til å reparere, kan tære på det som i utgangspunktet er gode relasjoner, eller om hvordan det å måtte spørre egne barn om penger til å betale for en uforutsett regning, kjennes belastende. Og som jeg vil komme tilbake til, vil også helsen og hvor utsatt du er for vold i nære relasjoner, påvirkes av om du har selvstendig inntekt, eller om man er økonomisk avhengig av dem du bor sammen med.

Men først vil jeg begynne med å si litt om innvandreres pensjonsrettigheter. Og da må jeg begynne med å understreke at denne framstillingen er en forenklet framstilling. Reglene som avgjør hvor mye man får i pensjon, er ganske kompliserte, og jeg er ikke noen pensjonsekspert. Denne framstillingen vil primært fokusere på forskjellene mellom innvandrere

og personer som har bodd hele livet i Norge, når det kommer til pensjonsrettigheter.

PENSJON OG TRYGDETID¹

På et helt overordnet nivå så kan man si at pensjonen for de aller fleste hovedsakelig består av pensjon fra folketrygden og dels av tjenstepensjon opptjent gjennom arbeidsgivers pensjonsordning. Hvor mye man får i pensjon fra folketrygden og fra arbeidsgivers pensjonsordning varierer, og avgjøres blant annet av hvor mye man har tjent, hva slags pensjonsordning man har og hvor lenge man har jobbet. Og etter Pensjonsreformen, har det også en del å si hvilket årskull man er født i.

Men både før og etter Pensjonsreformen har man en ordning som skal sikre at alle har en minimumsinntekt som eldre. Tidligere het denne ordningen minstepensjon – og nå er den erstattet av en ordning med garantipensjon fra folketrygden. Har man for eksempel vært hjemmевærende hele livet eller det meste av livet, får man garantipensjon fra folketrygden. Garantipensjonen ligger i dag (2024) på 233 746 kr i året for enslige – ikke veldig mye med andre ord.

Garantipensjonen forutsetter som nevnt ikke at man har vært i jobb, men, det mange ikke vet, er at garantipensjonen (i likhet med minstepensjonsordningen man hadde tidligere) forutsetter at man har bodd i Norge i

¹ Informasjonen om pensjon og trygdetid som gjengis her, bygger på NAV's nettsider om pensjon tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/alderspension#minstepensjon>.

minst førti år, altså at man har 40 års trygdetid for å få full ytelse. Det betyr at innvandrere, som kanskje er norske statsborgere, og har bodd i Norge i over 20 år, likevel har mye svakere pensjonsrettigheter enn andre innbyggere.

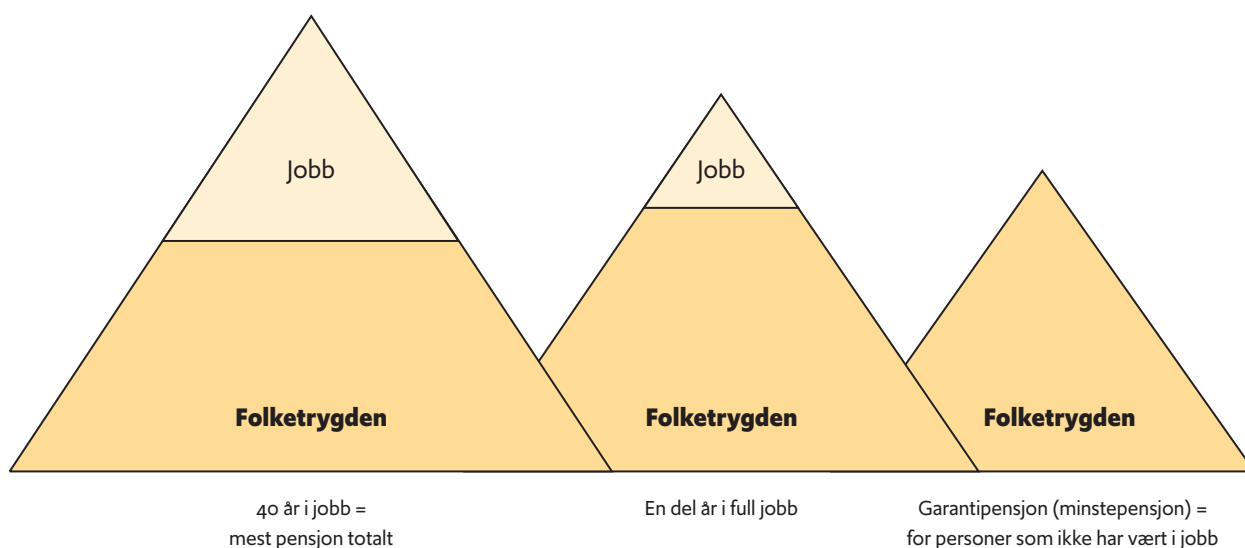
Jeg har laget en illustrasjon, figur 1, om hvordan pensjonssystemet er bygget opp. Her ser man illustrasjon av pensjonsbeholdningen til personer med full trygdetid, altså personer som har bodd hele livet i Norge. Man ser at pensjonen primært er bygget opp av pensjon fra folketrygden (alle tre), og i tillegg, tjenstepensjon (lysegult) fra arbeidsgiver, og man ser at størrelsen på pensjonen varierer ut i fra hvor lenge man har vært i jobb og hvor mye man har tjent. Personen til høyre illustrerer

en person med garantipensjon – altså en person som bare har pensjon fra folketrygden.

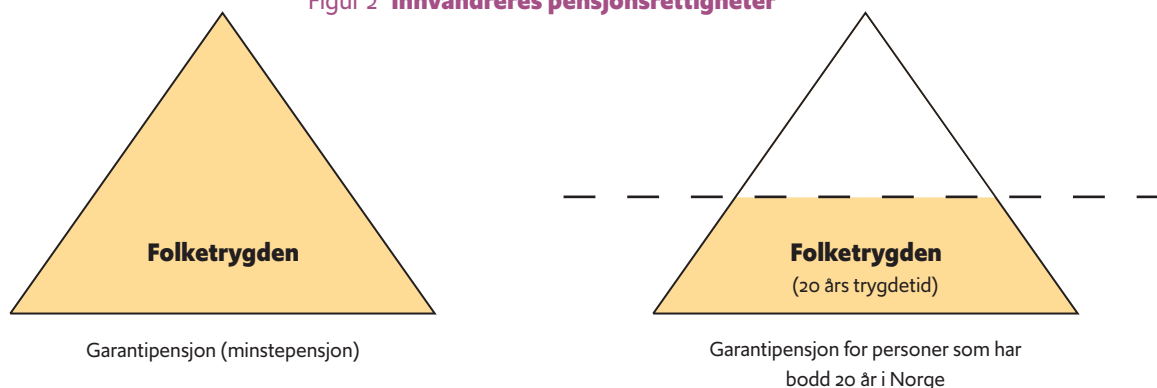
Ser man på en illustrasjon, figur 2, om innvandreres pensjonsrettigheter ser man imidlertid hvordan botid påvirker pensjonen.

Trekanten til høyre illustrerer hvordan 20 års botid i Norge, altså halvparten av full trygdetid på 40 år – gir halv garantipensjon fra folketrygden. Disse reglene påvirker også innvandrere som har vært i jobb i Norge en del år. De vil jo få tjenstepensjon i tillegg til pensjon fra folketrygden, men på grunn av kort trygdetid, kan personer med noen år i jobb likevel ende med pensjon

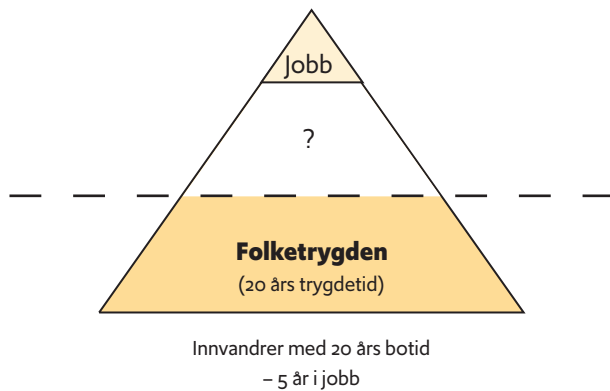
Figur 1 Ulik pensjon på grunn av ulik lønn/år i jobb



Figur 2 Innvandreres pensjonsrettigheter



Figur 3 5 år i jobb



godt under garantipensjonsnivå – fordi pensjonen fra folketrygden er såpass redusert, figur 3.

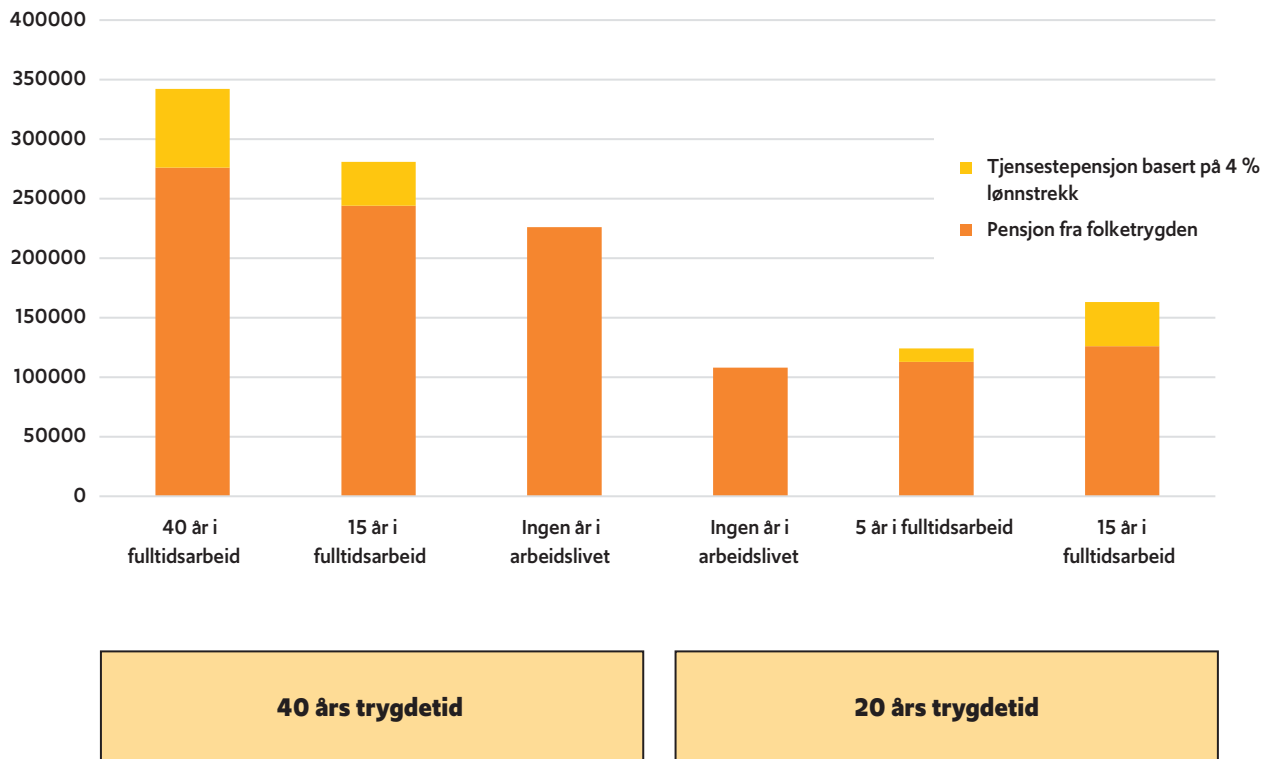
I figur 4 ser dere en enda mer presis framstilling av dette forholdet mellom botid og pensjon.

Her illustrerer de tre søylene lengst til venstre pensjonsbeholdningen til personer som har bodd hele livet i Norge, mens de tre søylene lengst til høyre illustrerer pensjonsbeholdningen til personer som har bodd 20 år i Norge før pensjonsalder. Alle søylene er basert på at personene har den samme lønnen, men antall år i arbeidslivet varierer. Og som det framgår av diagrammet, er full garantipensjon for en person som har full trygdetid betydelig høyere enn pensjonsbeholdningen til en

Figur 4 Botid og pensjon

Pensjonen fra folketrygden er regnet ut ved hjelp av NAVs forenklede pensjonskalkulator – basert på lønn tilsvarende medianlønn for 2022: 572 000 kr.

Tjenestepensjonen er regnet ut ved hjelp av Sparebank Sørs pensjonskalkulator basert på lønn i privat sektor med 4 % lønnstrekk til pensjon.



person som har vært 15 år i jobb, men bare har 20 års botid i Norge.²

BEGRUNNELSE OG GYLDIGHET

Argumentasjonen som ligger til grunn for disse reglene er blant annet at personer som har kort trygdetid i Norge, kanskje har opparbeidet seg pensjon i andre land, som de kan få utbetalt i Norge (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2011, s. 104). Og Norge har trygdeavtaler med en del land, som muliggjør dette. Men veldig mange av innvandrerne i Norge har ingen opparbeidede pensjonsrettigheter i andre land. Dermed er det mange innvandrere som ender opp med svært lite i pensjon fra Folketrygden.

Tidligere hadde man en unntaksregel som sa at personer med flyktningstatus skulle få en full minstepensjon fra folketrygden, selv om de ikke har 40 års trygdetid. Unntaksregelen var begrunnet med at ingen flyktninger vil få utbetalt penger fra landet de har flyktet fra (Rettspolitisk forening, 2016). Fra 1. januar 2021 ble imidlertid unntaksbestemmelsene opphevet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2019). Så nå gjelder kravet om trygdetid også for flyktninger. Dermed er det mange, både innvandrere og flyktninger, som ender opp med en pensjon som er langt lavere enn garantipensjonen.

Nylig har NAVs praksis med å gi personer med kort trygdetid på grunn av utenlandsopphold i EØS-land mindre enn minstesats i alderspensjon og uføretrygd vært oppe i Efta-domstolen. Efta-domstolen slo 18. april 2024 fast at NAV ikke har lov til å gi personer som

har oppholdt seg innenfor EØS, mindre enn minstesats i pensjon og uføretrygd (Lied, 2024). Dommen i Efta-domstolen ble siden behandlet i Trygderetten 16. september 2024, der retten støttet Efta-domstolen i at NAVs praksis har vært lovstridig (Trygderetten. no, 2025). Dersom ikke staten anker denne dommen innen 17. mars 2025, vil dommen bli stående, og NAV må endre sin praksis. Dette vil kunne få avgjørende betydning for pensjonsrettighetene til innvandrere fra EØS-området. Det er imidlertid lite trolig at det vil føre til en praksisendring i saker til personer som har oppholds seg utenfor EØS.

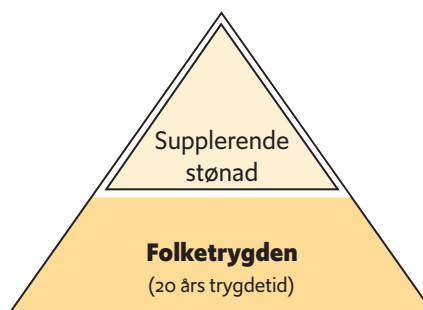
Supplerende stønad

I og med at garantipensjonen er en minimumsyttelse, er det ikke mulig å leve av en pensjon som er noe særlig lavere enn det. Man har derfor innført en ordning kalt supplerende stønad, som gjelder for personer som har relativt kort botid i Norge. Supplerende stønad skal gi personer med svært lav pensjon fra folketrygden, en ytelse på nivå med minstepensjon. Mange innvandrere vil derfor ha en pensjon som dels består av pensjon fra folketrygden, og dels av supplerende stønad (figur 5).

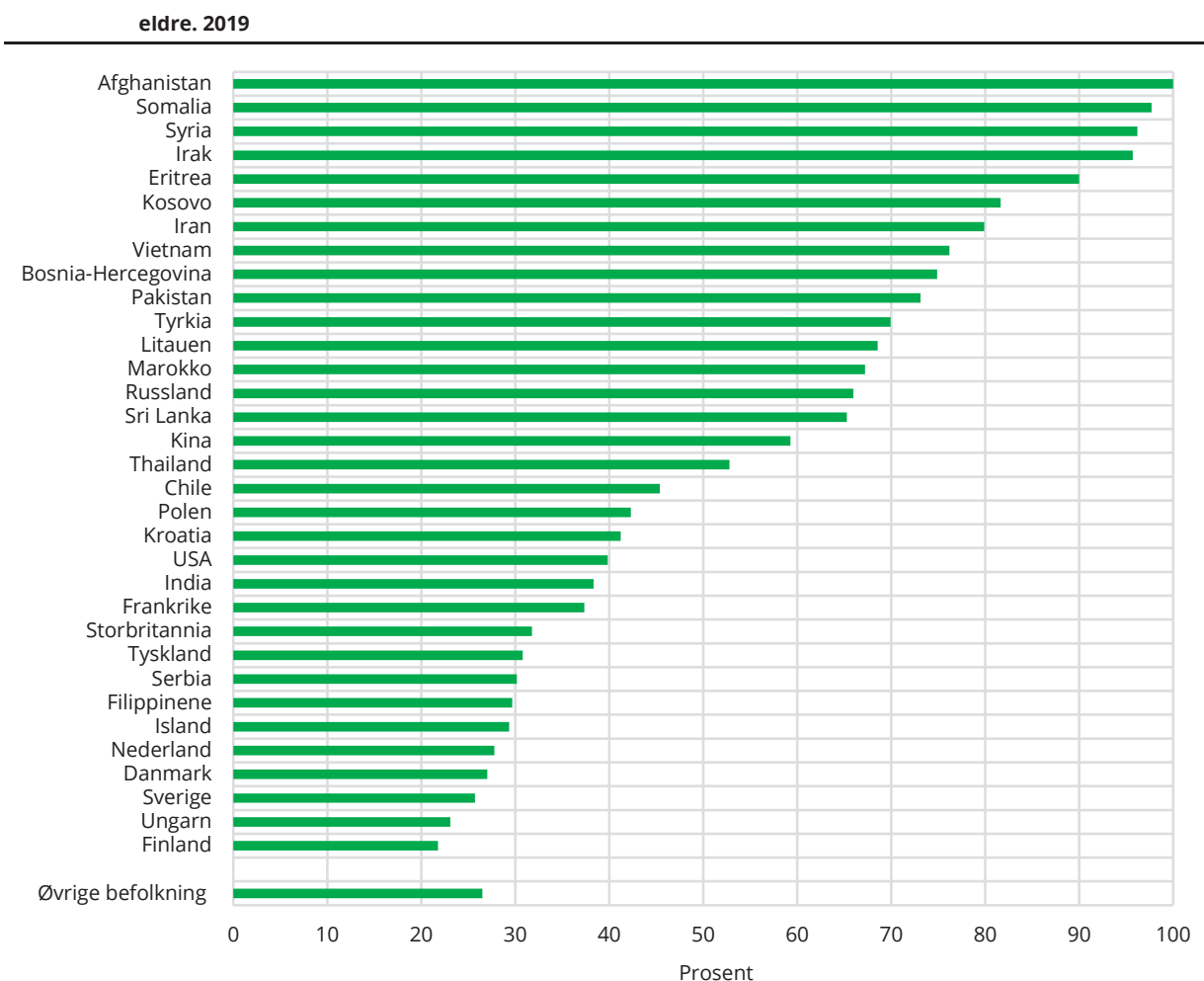
Men til forskjell fra pensjon fra folketrygden, er supplerende stønad en behovsprøvd ordning. Det vil si at det er en form for sosialhjelp man bare får hvis man ikke har noen andre måter å forsørge seg selv på. Har man for eksempel spart opp en del penger, må de brukes opp før man får supplerende stønad. Og om man får seg en liten inntekt ved siden av pensjonen, reduseres stønaden krone for krone. Stønaden reduseres også om man har en ektefelle med inntekt, eller om man har noen verdier i et annet land. Man kan heller ikke ta med pensjonen sin

² Diagrammet skal illustrere hvordan pensjonsbeholdningen påvirkes av trygdetiden. Det gir imidlertid et upresist bilde, da kalkulatorene kun skal gi en estimert beregning av pensjonen. Beregningene er basert på personer født i 1963, det vil si at de er 61 år gamle i 2024. Valget av alder henger sammen med at personer født i 1963 og senere er omfattet av de nye reglene om pensjon som gradvis har blitt innført gjennom pensjonsreformen. Beregningen av tjenstepensjon er basert på at personene har jobbet i privat sektor og beregning av pensjon fra folketrygden forutsetter at personen har bodd 31 år i utlandet etter fylte 16 år, og kom til Norge 47 år gamle (dvs. at personen har 20 års trygdetid ved 67 års alder). Jeg har også forutsatt at personen ikke har noen ektefelle/samboer med inntekt.

Figur 5 **Supplerende stønad**



Figur 6 **Andelen alderspensjonister med minste pensjonsnivå fra folketrygden.
Innvandrerkvinner 67 år og eldre (2019)**



Kilde: Inntekts- og formuesstatistikk for husholdninger. Statistisk sentralbyrå.

ut av landet med unntak av kortere reiser, slik som man vanligvis kan med pensjon fra folketrygden. Og man må også søke om stønaden på nytt hvert år, og møte til kontrollsamtale to ganger i året der man dokumenterer sin økonomi. Det er altså betydelige forskjeller mellom det å ha pensjon fra folketrygden og denne ordningen med supplerende stønad.

Konsekvenser av dagens regelverk

Konsekvensen av det regelverket jeg her har beskrevet er, som nevnt, at svært mange eldre innvandrere har

veldig dårlig råd, spesielt gjelder dette kvinnelige innvandrere. Det kommer tydelig fram på SSB's statistikker over inntektsfordelingen i landet (Dzamarija, 2022, s. 80).

Denne oversikten viser hvor stor andel kvinnelige innvandrere fra ulike land som får minstepensjon. Man kan se nederst på diagrammet at det er ca. 27 prosent av kvinner uten innvandrerbakgrunn som får minstepensjonsnivå. Mens i enkelte innvandrergupper er andelen på mellom 90 og 100 prosent, som mottar minstepensjon fra folketrygden. I det følgende vil jeg si

litt om hvordan det å ha dårlig råd og være avhengig av behovsprøvde ytelser, kan medføre at eldre innvandrere har noen ekstra sårbarhetsfaktorer som det er viktig at ansatte i eldreomsorgen er oppmerksomme på.

Behovsprøvde ytelser er både praktisk krevende og psykisk belastende

For det første kan det å være avhengig av behovsprøvde ytelser i seg selv være en belastning som medfører både psykisk stress, praktiske utfordringer og økt ensomhet. På MiRA-Senteret har vi utallige ganger sett hvor belastende det er for mange eldre å få meldinger på ditt «nav.no» som de ikke forstår, og hvor mange praktiske problemer som følger av at man ikke klarer å laste opp riktig skjema eller klarer å printe ut kontoutskrifter eller dokumentere utenlandsreiser på riktig måte. Flere ganger har kvinner fortalt at de unngår å gå til legen, eller ta seg en tur til MiRA-Senteret eller på kafé, fordi de ikke

har råd til bussbilletten eller kaffekoppen eller å måtte betale egenandel hos legen. At de har rett til kommunalt frikort, som gjør at de ikke trenger å betale egenandel opp til frikortgrensen, er noe mange ikke vet, og derfor heller ikke søker om. Og selv om en uforutsett regning i noen tilfeller kunne blitt dekket om de søkte om ekstra sosialhjelp, er det mange som rett og slett ikke orker å prøve å søke, fordi de synes selve søknadsprosessen er så krevende.

Avhengighet av familiemedlemmer forsterker risiko for isolasjon og forsømmelse

Mange blir prisgitt hjelp fra familiemedlemmer for å klare å håndtere den digitale kontakten med NAV og andre hjelpetjenester. Men ikke alle pårørende har like god oversikt over hjelpetilbudet som finnes eller kapasiteten til å følge opp behovene til sine eldre familiemedlemmer. Dette kan gjøre at en del eldre ikke får tjenester de kunne





... det å ha dårlig råd og være avhengig
av behovsprøvde ytelser, kan medføre
at eldre innvandrere har noen ekstra
sårbarhetsfaktorer som det er viktig at
ansatte i eldreomsorgen er oppmerksomme på.

ha hatt krav på. Og ikke alle eldre har pårørende til å hjelpe seg. Noen blir som følge av dette mer isolert enn de hadde trengt å være på grunn av svært lav inntekt.

Det å være avhengig av familie eller personer i eget nettverk for å søke om tjenester gjør deg også ekstra sårbar for utnyttning. Alle eldre mennesker som har svake digitale ferdigheter kan være sårbare for økonomisk vold og utnyttning. For eldre minoriteter vil denne sårbarheten være spesielt høy, da mange gjerne både har svake digitale ferdigheter, svake norskerferdigheter og i tillegg har mindre kunnskap om hvordan systemene i Norge fungerer.

Vold i nære relasjoner rammer også eldre

Svak økonomi medfører også et psykisk press som kan forsterke konflikter innad i en familie eller mellom ektefeller. Og forskning viser at vold i nære relasjoner også rammer eldre, og noen ganger i form av partnervold, andre ganger i form av vold, utnyttning og omsorgssvikt fra andre familiemedlemmer.³ Vi har ikke oversikt over omfanget av vold mot eldre minoriteter i Norge, men det er kjent at svak økonomi er en faktor som bidrar til økt risiko for vold. Det faktum at behovsprøvede ytelser som supplerende stønad ikke sikrer deg selvstendig inntekt, kan også ha problematiske konsekvenser for personer utsatt for vold i nære relasjoner. Som nevnt vil en kvinne som bor sammen med sin ektefelle, få lite eller ingen supplerende stønad om ektefellen har tilstrekkelig inntekt fordi ektefeller har gjensidig forsørgelsesplikt. Dette kan bidra til å forsterke et ulikt maktforhold mellom ektefellene.

Begrepet «negativ sosial kontroll» er gjerne et begrep assosiert med unge jenter utsatt for en svært streng oppdragelse med lite frihet. Men det å leve med streng kontroll og lite frihet preger også livet til en del eldre kvinner. Mange av disse kvinnene har ikke noen oversikt over egen økonomi og er lite vant til å ta kontakt med offentlige instanser på egenhånd. Noen forteller også at de er lært opp til å akseptere vold og kontroll fra ektefellen, og at de mener at de ikke vil kunne klare seg alene.

3 Se for eksempel innlegget til Anja Botngård om i denne rapporten om vold mot eldre.

Likeverdig alderdom?

For å sikre at alle eldre kvinner og menn får en likeverdig alderdom, er det viktig at hjemmetjenesten og ansatte i helsevesenet eller andre instanser som er i kontakt med eldre, har kunnskap om sårbarhetsfaktorer for vold og kontroll, samt setter inn ekstra hjelpetiltak til sårbare grupper. Dette kan for eksempel være mer oppsøkende kontakt, bruk av profesjonell tolk og hjelp til å håndtere digitaliserte tjenester. Det er også viktig at ansatte i eldreomsorgen har kunnskap om hvordan den økonomiske realiteten er for mange eldre innvandrere.

REFERANSER:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2011):

Prop. 130 L (2010–2011). *Endringer i folketrygdloven* (ny uføretrygd og alderspensjon til uføre, side 104. Godkjent i statsråd 27. mai 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-130-l-2010--2011/id644804/>

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2019):

Prop. 10 L (2019–2020) *Endringer i folketrygdloven og enkelte andre lover*. Godkjent i statsråd 1. november 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-10-l-20192020/id2676058/>

Dzamarija, M.T. (2022). *Eldre innvandrere i Norge. Demografi, boforhold, inntekt, formue og helse*. Rapporter, 2022/2. Statistisk sentralbyrå, side 80. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/artikler/eldre-innvandrere-i-norge.demografi-boforhold-inntekt-formue-og-helse/_attachment/inline/cb7dac40-d211-4b7e-b435-9ac91ec37381:47310c1740eaf-4b1a054f7a92073f79836883241/RAPP2022-02.pdf

Lied, V.G. (2024) Efta-dom mot NAV *Klassekampen* 18. mai 2024.

nav.no: Alderspensjon. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/alderspensjon#minstepensjon>

Rettspolitisk forening (2016): Høringsuttalelse til forslag til endringer i trygderegelverket i lys av asylsøkersituasjonen 1. november 2016, side 1. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-forslag-til-endringer-i-trygderegelverket-i-lys-av-asylsokersituasjonen/id2506964/?uid=9b3e8730-8bff-488c-87d6-cc955a735864>

Trygderetten.no: Femmedlemskjennelse i sak om garantitillegg etter EOS-reglene. Tilgjengelig fra: <https://trygderetten.no/nb/article/femmedlemskjennelse-i-sak-om-garantitillegg-etter-eos-reglene>
Lastet ned 25. februar 2025.

De ekte brobyggerne i samfunnet – ressurspersoner innad i minoritetsmiljøene



Som del av konferansen ble det gjennomført en samtale som ble ledet av daværende nestleder Khansa Ali, sammen med to ressurspersoner ved MiRA-Senteret, Samiha Nejmi og Houria Hajji. Disse kvinnene har en viktig rolle i arbeidet med å forebygge utenforskap og diskriminering ved å spre rettighetsinformasjon til sitt nettverk og i sine nærmiljø gjennom tiltaket «Mødre som veiledere». Samtalen gikk ut på å dele erfaringer rundt det å bli eldre innvandrere i Norge, hvordan vi kan jobbe for å snakke mer åpent om aldringsperspektivet og hvordan ressurspersonene jobber med å spre kunnskap om ulike temaer som berører minoritetsbefolkningen, og på den måten skape trygghet i sine nærmiljø og nettverk i Oslo. Kvinnene trakk frem deres egne møter

med eldreomsorgen og helsevesenet, både som pasient selv og som pårørende, der de har sett og opplevd utfordringer som gjør at det å bli eldre skaper en del bekymringer. Kvinnene avsluttet med å gi noen gode råd til hvordan hjelpeapparatet kan tilrettelegge helse- og omsorgstjenester for eldre med minoritetsbakgrunn i fremtiden. Blant annet ønsker de at det i større grad skal tilrettelegges for at man kan opprettholde kulturelle levevaner og praksiser når man bor på sykehjem, at det alltid skal brukes sertifiserte tolker og at personer som jobber i omsorgen selv har minoritetsbakgrunn.

Her følger et lite utdrag av samtalen med kvinnene:



SAMIHA NEJMI, KVINNE 60 ÅR

«Man blir eldre hvert år, det er naturlig, jeg har ikke noe imot å bli eldre. Jo eldre du blir, desto mer svekkelse får du i kroppen, spesielt etter sykdom i en lang periode. Mange minoritetskvinner har mange sykdommer, det er ikke bare, bare, å flytte å bo i et annet land. Det er krevende å lære språket, det er ikke gjort på 123. Jeg kom som en voksen dame til Norge, jobbet og lærte norsk. Begge mine barn er født og oppvokst her. Det har vært krevende, men vi er flinke til å ta vare på hverandre. Vi har en annen kultur og vår rolle som mødre er litt annerledes. Jeg har to ansvarsområder, ett i hjemmet ett utenfor. Så lenge jeg har små barn må jeg ha varm mat, det er viktig for oss.

Eldre folk må ha likeverdige tjenester. Jeg har en syk mann, som fikk Alzheimer og som nå bor på sykehjem. Han jobbet i helsevesenet tidligere, før han ble syk, og han sa alltid at hvis han ble syk en gang, ville han ikke bo på sykehjem. Han så hva sykehjem betyr, men med hans sykdom kan han ikke være hjemme lengre. Og det kommer en dag jeg da jeg blir eldre også».

HOURLA HAJJI, KVINNE 59 ÅR

«For meg er det normalt at vi blir eldre, vi alle skal bli eldre en dag. Jeg har begynt å tenke fremover. Jeg håper jeg holder meg frisk, men jeg har mange ulike sykdommer. Men jeg lever, jeg går ut, jeg gjør alt. Til min lege sier jeg, jeg må ut, jeg må være på MiRA-Senteret. Jeg er aktiv på MiRA-Senteret hele tiden. Jeg står opp, lager litt mat og går til MiRA-Senteret.

Jeg har en mann som er syk. Det gjorde meg redd. Jeg har lært mye på MiRA-Senteret. Mange ting jeg ikke klarte før, for når vi kom til Norge skjønte vi ikke så mye. Men jeg har lært mye etter å ha deltatt på kurs og fått informasjon. Til og med mine barn har vokst opp på MiRA-Senteret. Min datter var 7 år når jeg begynte på MiRA-Senteret og sønnen min var 4 år. Datteren min er gift nå. Hun er 28 år og sønnen min er 23 år. Jeg er heldig. Jeg jobber som frivillig veileder på MiRA-Senteret. Jeg deler informasjonen jeg får fra MiRA-Senteret med min familie og naboer på Bjørndal. Vi går turer og deltar på svømming. Jeg tar med damer som ikke snakket norsk på turer, men det er behov for flere aktivitets-tilbud, særlig i Bjørndal for eldre».

Gruppesamtaler om minoritetskvinner og alderdom

På programmet til nasjonalkonferansen var det også satt av tid til gruppesamtaler der alle deltakerne kunne komme med sine synspunkt og erfaringer knyttet til konferansens tematikk. Gruppesamtalene var sentrert rundt problemstillingene «Hvordan påvirker kjønn og etnisitet mulighetene for en likeverdig alderdom?» og «Pårørendes omsorgsrolle i familier med innvandrerbakgrunn». Deltakerne på konferansen var både minoritetskvinner tilknyttet MiRA-Senterets nettverk, ansatte i eldreomsorgen og helsesektoren, samt forskere og andre fagpersoner med interesse for tematikken minoritetskvinner og eldreomsorg. I det følgende gjengis noen av betraktningene som ble tatt opp i gruppesamtalene.

Et tema som ble drøftet i forbindelse med spørsmålet om hvordan etnisk bakgrunn og kjønn påvirker den enkelte i alderdommen, var den **krevende omstillingen**

«Ensomhet var også et tema som ble tatt opp. En deltaker trakk fram hvordan det å ikke ha ansvar for familien lengre kan føre til at man blir ensom.»

mange eldre innvandre må igjennom. En kvinne tok opp at i hennes hjemland har eldre kvinner en viktig funksjon i storfamilien ved at de tar seg av sine barnebarn samtidig som de får hjelp av egne barn når de blir pleietrengende. Det at generasjonene lever mer adskilte liv i Norge, oppleves fremmed, og kan være vanskelig å forholde seg til. En deltaker beskrev hvordan også eldre menn kan oppleve at de mister sin identitet når de slutter i jobben, da mange innvandrerforeldre har jobbet veldig hardt for å sikre barn trygghet i et nytt land, og investert alt i familie og jobb. Når barna flytter ut, og man slutter i jobben, kan det oppleves som man mister sin identitet.

Ensomhet var også et tema som ble tatt opp. En deltaker trakk fram hvordan det å ikke ha ansvar for familien lengre kan føre til at man blir ensom. Når man har brutt opp fra nettverket man hadde i sitt opprinnelsesland, og har brukt mye tid og krefter på jobb og familieliv i Norge, kan det føre til at man har et mindre nettverk her. Samtidig kan det være vanskelig å returnere til hjemlandet på grunn av at barna bor her. Det ble også påpekt at ensomhet kan være tabubelagt for mange å snakke om, da det er mange misoppfatninger om psykiske helseproblemer.

Utfordringer med språk og informasjonstilgang ble også tatt opp. Noen tok opp hvor viktig det er at man lærer seg norsk, samtidig ble det påpekt at demens kan føre til at enkelte mister tillærte språk. Forsøk i Sverige med egne sykehjem basert på språktilhørighet ble trukket fram, og noen av deltakerne mente man bør gjøre liknende forsøk her. Underforbruk av tolk ble tatt opp, samt verdien av at ansatte i eldreomsorgen er



flerspråklige og behersker samme språk som beboerne. En ansatt fra helsesektoren trakk fram at de opplevde et stort underforbruk av deres tilbud om ergoterapi blant eldre minoriteter, noe hun mente kunne ha å gjøre med manglende kjennskap til tilbudet.

En kvinne tok opp at det er viktig at aktivitetstilbud for eldre utformes i tråd med brukernes ønsker og behov. Hun opplevde at mange aktiviteter som blir tilbudt, ikke er tilpasset eldre minoritetskvinnens behov. Hun mente det vil senke terskelen for å delta om de ble inkludert i prosessen med å utvikle tilbud, og fikk mere eierskap og en viktigere rolle i å organisere aktiviteter. En deltaker mente det vil senke terskelen for mange minoritetskvinner om man hadde flere aktivitetstilbud der det var egne grupper for kvinner.

En av deltakerne trakk fram at det var viktig å huske på ressursene som finnes i minoritetsmiljøene, og fortalte at hun hadde nær kontakt med miljøet tilknyttet en moské i Stavanger som hun mente fungerte som en storfamilie for mange. Hun påpekte også at det er viktig å ta hensyn til eldres åndelige behov, ikke bare deres materielle behov, da religionsutøvelse kan være en viktig del av livet for mange.

Relatert til temaet om pårørendes omsorgsrolle i familier med innvandrerbakgrunn tok en kvinne opp at det er problematisk om idealet og forventningen om hjemmebasert omsorg står i veien for likestillingen. Hun trakk fram hvor viktig barnehageutbyggingen har vært for kvinners muligheter til å komme inn i arbeidslivet, og etterlyste en liknende satsning i møte med eldrebølgen. Hun påpekte at man har noen tiltak som skal kompensere for pårørendes omsorgsoppgaver for eldre familiemedlemmer, som omsorgslønn, men at det er veldig lite, og at det er behov for flere tiltak for å forhindre at omsorgsforpliktelser medfører utbrenthet, sykdom og tapte karrieremuligheter for kvinner.

Flere av de andre deltakerne bekreftet at idealet om hjemmebasert omsorg fortsatt står sterkt, men at det i dagens samfunn er svært krevende å realisere. En av deltakerne problematiserte hvordan mange minoriteter møtes med fordommer og forventninger basert på deres kulturelle tilhørighet. Hun påpekte hvordan det er svært problematisk om man stiller større forventninger til hva en svigerdatter i en minoritetsfamilie kan påta seg av omsorgsoppgaver enn det som forventes av personer fra majoritetsbefolkningen.



Hvordan påvirker praktiske forhold som økonomi, utfordringer med språk og informasjonstilgang og ensomhet hverdagen?

MiRA-Senterets undersøkelse vår 2024

Våren 2024 gjennomførte MiRA-Senteret en undersøkelse som besto av kvalitative intervju med minoritetskvinner som nærmer seg alderdommen. Målet med undersøkelsen var å få fram hvordan eldre minoritetskvinner selv opplever sin hverdag i det de nærmer seg alderdommen, og hvilke utfordringer og behov de opplever som presserende. I tillegg vil vi synliggjøre hvilke ønsker og visjoner de har når det kommer til hvordan eldreomsorgen og samfunnet som sådan burde innrettes for å sikre alle en likeverdig alderdom. Metoden som er valgt for å få fram kunnskap om eldre minoritetskvinner situasjon, ønsker og visjoner er semistrukturerte intervju. I forkant av intervjuene ble det laget en intervjuguide der sentrale temaer og spørsmål var forberedt. De overordnede temaene var:

- hvordan påvirker praktiske forhold som økonomi, språk og digitale ferdigheter din hverdag?
- hva er forskjellene i synet på eldre i Norge og i ditt opprinnelsesland?
- hvilke erfaringer og ønsker har du angående aktivitet- og omsorgstilbud for eldre i Norge i dag?
- hvordan ønsker du selv at din alderdom skal bli?

I tillegg til kvalitative intervju med minoritetskvinner gjennomførte Senteret også en kortere spørreundersøkelse over telefon med ledere ved 7 ulike eldresentre i Oslo. Spørreundersøkelsen handlet om hvorvidt de har mange brukere på eldresentrene med minoritetsbakgrunn, og om det er gjort tiltak ved eldresentrene for å nå ut til, eller tilrettelegge for eldre med minoritetsbakgrunn i bydelen.

VALG AV INFORMANTER

Det er flere faktorer som ligger til grunn for valg av informanter. Dels skulle kvinnene selv ha innvandret til Norge og enten være pensjonert, eller nærme seg pensjonsalder. Kvinnene som er valgt ut, har alle en tilknytning til MiRA-Senteret. Noen er aktive brukere av senteret og er del av prosjektet «Mødre som veiledere».¹ Andre har deltatt sporadisk på aktiviteter på Senteret, men er mindre aktive. Tilknytningen til MiRA-Senteret gjorde at det var lett å komme i kontakt med kvinnene. Vi ønsket også at det skulle være en viss spredning i hvor kvinnene kom fra. Det er syv kvinner som er valgt ut. Kvinnene har bakgrunn fra 6 ulike land. Flertallet har bakgrunn fra ulike land i Midtøsten, men én kommer fra Sør-Amerika og en kommer fra Sørøst-Asia. Kvinnene har bodd mellom 20 år og 38 år i Norge. Flertallet har bodd her over 30 år. Den yngste informanten er 52 år. Resten er mellom 60 og 73 år gamle. Flertallet av kvinnene har vært i jobb tidligere, men bare én er fortsatt i jobb. Et par av kvinnene har primært vært hjemmевærende.

Det var også en forutsetning at kvinnene kunne tilstrekkelig norsk til å la seg intervju uten tolk. Valget om å kun intervju kvinner som behersker en del norsk, ble først og fremst gjort av ressurshensyn. Valget om å intervju kvinner som behersker norsk og har en tilknytning til MiRA-Senteret, innebærer at vi utelukker individer som i større grad er isolert fra storsamfunnet og fra frivilligheten. Dette vil kunne påvirke resultatene av

¹ Det vil si at de har over en periode på ett år deltatt på en kursserie på MiRA-Senteret, jobbet frivillig ved å spre informasjon om kvinners rettigheter i eget nærmiljø, stått på stand med MiRA-Senteret og vært med å arrangere aktiviteter på Senteret.

undersøkelsen. Funnene fra undersøkelsen må følgelig fortolkes med dette i mente.

SEMI-STRUKTURERT INTERVJU

Kvinnene ble intervjuet én og én. Intervjuet ble gjennomført på rundt 30 til 45 minutter og det ble tatt lydopptak av intervjuet. Kvinnene ble informert om formålet med undersøkelsen, at det var frivillig å delta og at intervjuene ville bli transkribert og anonymisert. Deltakerne ble også informert om de overordnede temaene for samtalen på forhånd. Alle intervjuene ble gjennomført på norsk, på MiRA-Senteret, uten bruk av tolk.

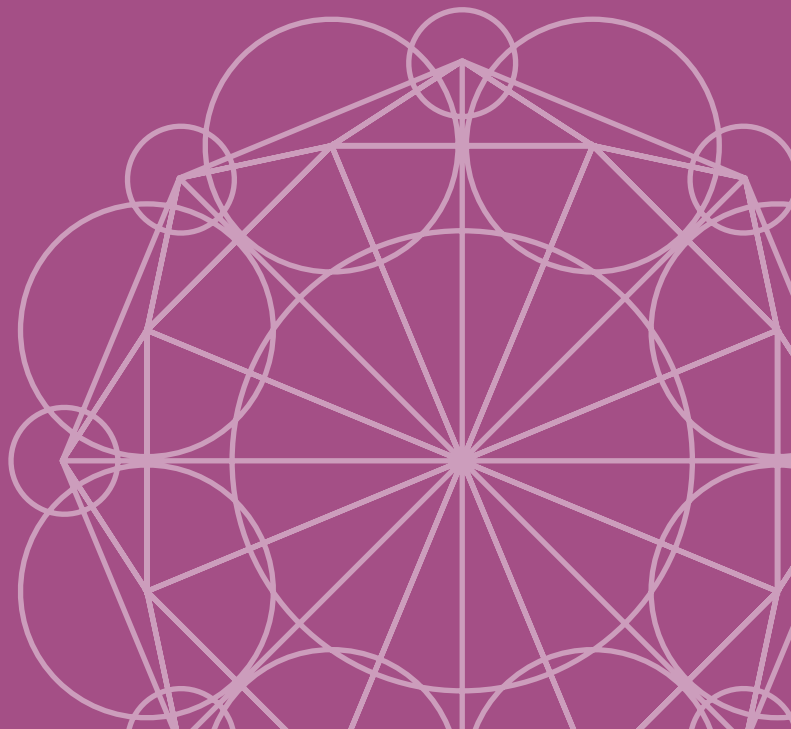
Etter intervjuene ble samtalen transkribert. Deretter ble det laget en forkortet versjon av intervjuene. I og med at kvinnene ikke har norsk som morsmål, er noen

«Intervjuene har til formål å avdekke hva eldre innvandrere forbinder med en god alderdom, hvordan det er å være gammel i det landet de kommer fra, og hvordan de opplever det er å bli gammel i Norge.»

ord og formuleringer som kvinnene brukte, ikke på korrekt norsk. Enkelte steder kan dette gjøre meningsinnholdet uklart, men i de fleste tilfeller kom det klart fram av konteksten hva kvinnene vil si. I de forkortede versjonene av intervjuene er småfeil rettet opp. Målet var å holde ordlyden så tett opp til ordlyden kvinnene selv bruker i intervjuene som mulig, samtidig som språkfeil rettes, slik at meningsinnholdet kommer klarest mulig fram. I de

forkortede versjonene av intervjuene er gjentakelser og temaer som går utenfor undersøkelsens fokus klippet ut. Selv om et sentralt mål med undersøkelsen er å formidle minoritetskvinnens egne tanker, ønsker og behov, vil funnene fra undersøkelsen som gjengis her, være preget av denne utvelgelsen og fortolkningen av kvinnenens uttalelser. Valg av spørsmål og problemstilling vil også forme det som kommer fram i intervjuene. I tillegg kan det hende at svarene kvinnene gir er påvirket av hvem som intervjuer dem. Det faktum at intervjuet gjøres av en som er etnisk norsk kan føre til at kvinnene vegrer seg for å være for direkte i sin kritikk av «det norske systemet». Kvinnene har imidlertid en opparbeidet tillit til MiRA-Senteret og er kjent med Senterets arbeid med å fremme minoriteters rettigheter og kritisere ulikhet og diskriminering. Det at intervjuet gjøres av en som er ansatt på MiRA-Senteret kan kanskje føre til at kvinnene ikke vegrer seg like mye for å dele kritiske erfaringer.

I arbeidet med å forberede intervjuene har en artikkel skrevet av Berit Johannessen, June Jacobsen Steen og Jan-Erik Hallandvik og publisert i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning i 2013 vært en viktig inspirasjonskilde. Denne artikkelen er basert på funn fra kvalitative intervjuer med 10 eldre personer med innvandrerbakgrunn. Intervjuene har til formål å avdekke hva eldre innvandrere forbinder med en god alderdom, hvordan det er å være gammel i det landet de kommer fra, og hvordan de opplever det er å bli gammel i Norge. I likhet med MiRA-Senterets undersøkelse har denne studien altså en bred innfallsvinkel, som skal gi en beskrivende framstilling av hva eldre minoriteter selv vurderer som viktig for egen alderdom. I og med at denne studien ble gjennomført for over 10 år siden, kan det være interessant å se om det er noen forskjeller eller likheter i svarene som framkommer. Begge undersøkelsene har imidlertid et lite utvalg respondenter, så ulikheter kan også skyldes tilfeldigheter mer enn endrede holdninger på grunn av tid. En viktig forskjell mellom undersøkelsene er at undersøkelsen fra 2013 omfatter både kvinner og menn, mens MiRA-Senterets undersøkelse bare omfatter kvinner. Under drøftingen av funnene fra MiRA-Senterets undersøkelse vil vi komme tilbake til likhetstrekk og forskjeller mellom denne studien fra 2013 og MiRA-Senterets undersøkelse.



Spørreundersøkelse med eldresentre

Vi valgte å supplere de semistrukturerte intervjuene med en kortere spørreundersøkelse over telefon med ledere ved sju ulike eldresentre i Oslo. I og med at eldresentrene trekkes fram som viktige tiltak for å bidra til aktivitet og fellesskap, ønsket vi å få fram kunnskap som sier noe om minoritetskvinner benytter seg av eldresentrenes tilbud. Spørreundersøkelsen handlet om hvorvidt de hadde mange brukere på eldresentrene med minoritetsbakgrunn, og om det var gjort tiltak ved eldresentrene for å nå ut til, eller tilrettelegge for eldre med minoritetsbakgrunn i bydelen. Intervjuene bidrar også til å kaste lys over spørsmålet om i hvilke grad og på hvilken måte integrering skal være et mål for aktivitetstilbud for eldre.

Det er altså gjennomført intervjuer med ansatte ved sju eldresentre i Oslo. Eldresentrene som er valgt ut ligger i bydeler med høy andel eldre innvandrere. I bydelene som er valgt ut, er innvandrerandelen av befolkningen over 67 år mellom 12 og 25 prosent. Noen av bydelene har flere eldresentre, og da er ansatte ved kun ett av eldresentrene blitt intervjuet (tilfeldig valgt).

Andel brukere med innvandrerbakgrunn

På spørsmål om hvor stor andel av brukerne ved eldresentrene som hadde innvandrerbakgrunn, var det stor variasjon mellom bydelene. De fleste eldresentrene rapporterte om at andelen brukere med innvandrerbakgrunn var langt lavere enn andelen eldre med innvandrerbakgrunn i bydelen skulle tilsi. To av bydelene skilte seg imidlertid ut med høy andel brukere med innvandrerbakgrunn. I begge disse bydelene var det ca. 20 prosent av de eldre i bydelen som hadde innvandrerbakgrunn. Ved det ene eldresenteret var andelen av eldresenterets brukere med minoritetsbakgrunn på

50 %, mens det andre hadde litt over 20 %. Begge disse bydelene hadde gjort en rekke tiltak for å nå ut til eldre innvandrere (eksempler på tiltak beskrives lengre ned i teksten).

Andel ansatte med innvandrerbakgrunn

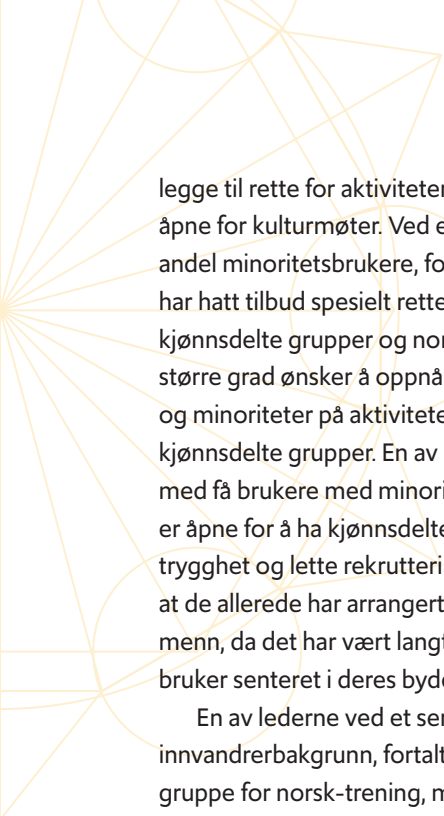
Når det kom til spørsmålet om noen av de ansatte ved sentrene hadde innvandrerbakgrunn, rapporterte alle om at noen av de frivillige ved senteret hadde innvandrerbakgrunn, samt at de jevnlig tok imot personer med innvandrerbakgrunn til arbeidstreningstiltak gjennom NAV. Ett av eldresentrene med høy andel brukere med innvandrerbakgrunn fortalte at de også har faste ansatte med innvandrerbakgrunn.

Populære aktiviteter

Ved eldresentrene med få brukere med minoritetsbakgrunn oppga de fleste lederne at de ikke ser noe mønster i hvilke aktiviteter som er særlig populære blant minoriteter da det er så få brukere totalt sett. Én rapporterte om at håndarbeidsgruppen skilte seg ut ved å ha flere eldre med minoritetsbakgrunn enn andre grupper. Ved sentrene der det kommer mange minoriteter, trekkes treningsgrupper fram som særlig populært blant minoritetskvinner, mens kaféområdet og mattilbudet brukes mye av de mennene som kommer. Norskurs og data-kurs trekkes også fram som populære, samt større feiringer og kulturarrangementer.

Aktiviteter utviklet for å nå ut til eldre minoriteter

Når de blir spurt om eldresenteret har utviklet noen aktiviteter som spesielt har til hensikt å tiltrekke seg minoriteter, er det flere som vektlegger at de ønsker å



legge til rette for aktiviteter som favner alle, og som kan åpne for kultur møter. Ved ett av sentrene som har høy andel minoritetsbrukere, forteller de at de periodevis har hatt tilbud spesielt rettet mot minoriteter, som kjønnsdelte grupper og norsk trening, men at de nå i større grad ønsker å oppnå en blanding av etnisk norske og minoriteter på aktivitetene, og at de har avviklet kjønnsdelte grupper. En av lederne ved et av sentrene med få brukere med minoritetsbakgrunn forteller at de er åpne for å ha kjønnsdelte grupper, om det kan skape trygghet og lette rekrutteringen. Informanten fortalte at de allerede har arrangert et herrelag for å rekruttere menn, da det har vært langt flere kvinner enn menn som bruker senteret i deres bydel.

En av lederne ved et senter som har få brukere med innvandrerbakgrunn, fortalte at de prøvde å tilby en gruppe for norsk-trening, men at det bare kom én person og at de derfor droppet det. Hun forklarte også at hun synes det er viktig at man primært har aktiviteter som er åpne for alle, og at man ikke lager egne arenaer for ulike grupper med spissede tilbud. Hun synes man isteden bør introdusere minoriteter for tilbudene som finnes og prøve å samle folk. Hun forteller at det er en møteplass i bydelen som er spesielt tilrettelagt for minoriteter, og at det der nesten bare kommer personer med minoritetsbakgrunn. Hun synes det er uheldig at man ikke får til å samle folk med ulike landbakgrunn. Hun mener at mange har mer til felles enn man tror, og fortalte om hvordan hun for eksempel nylig observerte en eldre norsk mann som hadde opplevd krigen i Norge, og som delte sine erfaringer med en mann med innvandrerbakgrunn som også hadde opplevd krig. Hun påpekte at ensomhet er en utfordring i alle grupper, og at mange synes det er en stor bygg å komme til eldresenteret alene. Hun la imidlertid til at det kan være særlig vanskelig å inkludere folk med dårlige norskkunnskaper, og at de prøver å ta vare på dem som kommer innom med minoritetsbakgrunn, men at de ofte har erfart at de bare kommer én gang.

Ved senteret der de hadde testet ut kjønnsdelte grupper, forklarte lederen at det var flere grunner til at de avviklet dette. Dels hadde det med kapasitet å gjøre. De erfarte at menn også ønsket å delta på treningstilbudet som på den tiden bare var åpent for kvinner, og de hadde ikke kapasitet til å ha to ulike grupper. Hun begrunnet

også avviklingen ut ifra verdimeslige standpunkter. Hun forklarte at hun synes det er viktig at bydelen legger til rette for møter på tvers av befolkningen. Hun påpekte at det finnes mange alternative foreninger og spesifikke grupper som man kan benytte seg av, men hun mener at de på bydelsnivå skal tilrettelegge for mangfold. Selv om det er naturlig at man trekkes mot personer med liknende bakgrunn, mener hun at det å bli kjent på tvers er berikende for mange, og noe eldresentrene bør legge til rette for. Hun forteller at når de avviklet de kjønnsdelte gruppene, var det en del som vendte seg til kjønnsblandingen, men at noen gikk over til å bruke tilbud som bare er for kvinner gjennom andre organisasjoner og foreninger.

Mat-tilbud

De fleste eldresentrene rapporterte om at de tilbyr variert mat, men at norsk tradisjonsmat er mest populært. Alle sentrene sier at de har vegetar-alternativ og fisk flere ganger i uka, og at fisk er spesielt populært blant mennene med minoritetsbakgrunn. Ett av eldresentrene tilbød halal-kjøtt. En av lederne fortalte at de har prøvd å tilby mer variert mat ved at frivillige eller personer på arbeidstrening lager mat fra sitt opprinnelsesland. Det må imidlertid balanseres med mer tradisjonelle retter, da mange vil ha mat de er vant med. Flere forteller at kvinner med minoritetsbakgrunn i liten grad kjøper mat, og om de gjør det, er det primært en vaffel og kaffe, ikke middag.

Tradisjoner og høytider

På spørsmål om sentrene primært markerer norske tradisjoner og høytider eller også andre høytider, gir lederne ulike svar. Én av lederne trekker fram at eldresentrene skal være politisk og religiøst nøytrale, og at de derfor er veldig forsiktige med å markere religiøse tradisjoner. Hun forklarer at de arrangerer julemiddag og har et Lucia-arrangement, men at feiringene ikke har religiøst innhold. Hun mener dette skillet ble enda viktigere etter skillet mellom stat og kirke. Hun forklarer at de heller ikke har besøk av politikere i valgkampen. Lederne ved flere andre sentre sier at de primært markerer de tradisjonelle norske høytidene. De trekker ikke fram viktigheten av å være politisk og religiøst nøytrale, men sier at de ønsker å legge til rette for at alle som ønsker kan delta.



« Ett av sentrene forteller at de ønsker at de kulturelle aktivitetene skal speile bruker-gruppa, og at de nylig har hatt markering av persisk nyttår og kinesisk nyttår. Da involveres frivillige, som selv har bakgrunn fra landene der høytidene markeres, aktivt i planleggingen, og de frivillige mobiliserer besøkende fra egne nettverk. »

Sentrene som har en høy andel brukere med minoritetsbakgrunn forteller imidlertid at de markerer mange ulike høytidsdager fra ulike kulturer. Ett av sentrene forteller at de ønsker at de kulturelle aktivitetene skal speile bruker-gruppa, og at de nylig har hatt markering av persisk nyttår og kinesisk nyttår. Da involveres frivillige, som selv har bakgrunn fra landene der høytidene markeres, aktivt i planleggingen, og de frivillige mobiliserer besøkende fra egne nettverk. Hun forteller at denne type feiringer er veldig populært. En annen forteller at de arrangerte Eid-fest nylig der både eldre med norsk og eldre med innvandrerbakgrunn deltok og at de alltid har en internasjonal fest som er veldig populær.

Informasjon og rekruttering

Ett av sentrene med høy andel brukere med minoritetsbakgrunn forteller om mange tiltak for å nå ut med informasjon om tilbudet ved eldresentrene. Hun forklarer at de jobber mye ut mot lag og foreninger og deltar på en rekke arrangementer i bydelen. Hun forteller også at de jevnlig har stand ved moskeen og på kjøpesenteret i bydelen. De har erfart at de må henvende seg til en noe yngre aldersgruppe enn det de vanligvis gjør for å nå brukere med minoritetsbakgrunn. Hun forklarer at alle over 78 år i bydelen får tilsendt informasjon om senteret, men at de har erfart at dette kan være for sent for en del eldre med minoritetsbakgrunn ved at de da har blitt for skrøpelige til å benytte seg av tilbudet. Hun er også opptatt av at informasjonen om tilbudet må nå ut til pårørende, da det ofte er pårørende som introduserer sine familiemedlemmer for tilbudet. Hun forteller også at de er opptatt av at mange er ikke-digitale, og at de derfor må bruke ikke-digitale kanaler for å informere om tilbudet. Hun forteller at de har papirbrosjyrer som er oversatt til noen ulike språk som urdu og engelsk. Hun trekker også fram at den oppsøkende virksomheten er avgjørende for å nå ut med informasjon, da ikke alle leser det som kommer i posten, og at de har et nært samarbeid med seniorveilederne og bydelsmødrene i bydelen.

Mange av de andre lederne forteller at de bruker Facebook som informasjonskanal, samt at de har fysiske brosjyrer eller aviser, der programmet ved eldresenteret

annonseres, og at disse noen ganger deles per post eller kan hentes på eldresenteret. Noen forteller at seniorveilederne i bydelen bidrar med å spre informasjon om tilbudet. En forteller om at bydelen organiserer et tilbud der hjemmetjenesten tar med eldre ut på sosiale aktiviteter¹, og at enkelte eldre har blitt introdusert til eldresenteret på denne måten. Hun framholder dette tilbudet som veldig bra, og noe som burde gjøres tilgjengelig for flere.

Hva kan kommunen bidra med?

Avslutningsvis ble lederne spurt om det er noe de mener Oslo Kommune kan bidra med for å gjøre det lettere for eldresentrene å nå ut med tilbudet til eldre med minoritetsbakgrunn. En av lederne forteller at de først og fremst trenger flere friske midler inn til eldresenteret. I tillegg mener hun hjemmetjenesten i større grad kan bidra med informasjonsformidling gjennom for eksempel utdeling av brosjyrer. En leder fra et senter med få brukere med minoritetsbakgrunn forklarer at en viktig årsak til at de ikke har gjort flere tiltak for å nå ut til brukere med minoritetsbakgrunn er at de bare har én og en halv fast stilling på senteret, og at de følgelig ikke har kapasitet til så mye synliggjøringsarbeid.

En av lederne ved et av sentrene som hadde få brukere med minoritetsbakgrunn, fortalte at mange eldre med minoritetsbakgrunn benyttet seg av egne tilbud spisset inn mot minoriteter i bydelen, og at dette gjorde at de ikke benyttet seg av det eksisterende eldresenteret. Hun opplevde det som problematisk at bydelen på den måten la til rette for å skape skiller i befolkningen. Hun opplevde at skillet ble forsterket ved at de på eldresenteret må ta betalt for maten de serverer, men at de på det aktivitetstilbudet som var spisset inn mot minoriteter i bydelen, kunne tilby gratis mat, da det ble finansiert på en annen måte enn eldresenteret.

¹ Les mer om dette tilbudet på Oslo Kommunes hjemmeside: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/tjenester-og-hjelpemidler-i-hjemmet/personlig-assistanse-i-hjemmet/aktivitetstid-til-eldre/>

Presentasjon av funn fra intervjuundersøkelsen med minoritetskvinner:

Intervjuene med eldre minoritetskvinner på MiRA-Senteret dreide seg, som nevnt, dels om hvilke utfordringer kvinnene møter i egen hverdag og dels om hvilke tanker, ønsker og bekymringer de har vedrørende aktivitet- og omsorgstilbud for eldre. Her presenteres først kvinnenenes svar på hvordan praktiske forhold som økonomi, språk og digitale ferdigheter preger deres hverdag og livskvalitet.



ØKONOMI

Flere av kvinnene forteller om at de er bekymret for hvordan økonomien deres skal bli når de blir pensjonister:

For oss, det kommer til å bli veldig dårlig økonomi, spesielt nå som husleien har begynt å øke, og jeg har ikke renter. De som har renter de kan ikke leve. Kanskje hele lånet blir bare husleie, og hva med strøm og mat og ...

[...]

Ja, jeg blir redd. Jeg vet det skal forandre seg, jeg håper jeg blir frisk. Da skal jeg jobbe litt. Alle har begynt å tenke sånn. De sier, når vi fyller 67, skal vi finne oss en jobb som passer for eldre damer. Men jeg vet ikke om vi skal holde

oss friske eller ikke. Det er problemet. Mange damer har begynt å bli bekymret.

En av kvinnene trekker fram det å ha tilstrekkelig inntekt som avgjørende når hun blir spurt om hva hun forbinder med en god alderdom:

God helse! Tak over hodet, også at jeg har min pensjon så jeg klarer meg. Og hva mer? Jeg vet ikke hva mer. Jeg passer på helse, spiser god mat, jeg røyker ikke. Jeg liker å reise, men har ikke reist på lenge på grunn av sykdom her og sykdom der. Jeg liker ikke å bruke penger på tull og tøys, jeg er ikke opptatt av merkeklær. Det trenger man ikke.

Denne kvinnen opplever altså at pensjonen hun får, er nok til å dekke en nøktern livsstil og det hun har behov for. Dette kan ha sammenheng med at kvinnen har 38 års botid i Norge, og følgelig nesten oppfyller kravet om 40 års trygdetid. Hun får derfor så og si ikke redusert alderspensjon på grunn av kort botid.

Flere av de andre kvinnene forteller imidlertid at de er avhengig av behovsprøvde ytelser for å få dekket grunnleggende behov, og at dette oppleves tyngende:

Det er helt sikkert at vi som aldri har jobbet vil få minstepensjon. Du får lite penger og trenger hele tiden sosialhjelp. Nå får jeg arbeidsavklaringspenger, og jeg må hele tiden søke om sosialhjelp. Det er vanskelig når jeg ikke har alle mine papirer elektronisk. Det er en jobb. Av og til, jeg tenker: Hvordan skal jeg gjøre det? Hvordan skal jeg søke? Det er ikke bra. Hvis du for eksempel har uføretrygd, da er det bedre. Eller hvis du har en leilighet

og har nok penger til å betale leiligheten og til å spise. Da trenger du ikke å søke her og her og her. For det er jo NAV som betaler uansett, ikke sant? Hvorfor trenger du å søke her og søke der? For de som er syke, jeg for eksempel, når jeg blir trist og stresset, blir jeg dårligere. Jeg tenker mye på om det kommer avslag eller noe, og jeg må søke. [...] Det er bedre med uføretrygd eller pensjon. Du kan være rolig. Du trenger ikke gå her og der og søke. Du skal betale husleie, strøm, og maten din. Da kan du bare tenke på din helse...»

Kvinnen beskriver også hvordan legebesøk eller tannlegeregninger kan føre til at hun ikke har nok til sitt livsopphold:

Av og til må du søke NAV om sosialstønad, for det er ikke nok. [...] av og til kommer det for eksempel mye medisin. Hvis jeg går til legen og min sønn går til legen, da kommer det mye regninger. Så av og til trenger du å søke, kanskje de hjelper, og betaler tilbake penger, ikke sant? For eksempel tannlege, noen ganger har jeg fått avslag. De sier du må vente og få time fra kommunen. Kommunen, når jeg går dit, de sier det er fullt, vi har ikke time, du må vente 6 måneder, ikke sant. Du må gå til noen som kan hjelpe deg å klage, ikke sant, for de i NAV, de forstår ikke. Det er veldig vanskelig.

Økonomiens påvirkning på livskvalitet og sosialt nettverk:

En av kvinnene er særlig hardt rammet av reglene som forutsetter 40 års botid i Norge for å få en full minstepensjon og full minstesats som ufør. På tross av at kvinnen har bodd i Europa i 38 år og vært yrkesaktiv mye av denne tiden, får hun svært lite i alderspensjon (og uføretrygd) fordi en god del av årene var i Sverige og ikke i Norge. Hun forklarer hvordan den svake økonomien svekker hennes livskvalitet:

Før har jeg hele tiden vært selvstendig. Jeg hadde bra med oppsparte midler da jeg kom til Norge. Hadde jeg ikke hatt det, vet jeg ikke hvordan situasjonen min hadde vært i dag med 1000 kroner i uføretrygd per måned. Hadde jeg ikke noe oppspart, hadde jeg havnet

på sosialen. Når man har jobbet så hardt og studert så mye... For jeg har studert tre ganger, for jeg ville ikke jobbe på sykehjem hele mitt liv. Men dessverre, det å være minoritet... Selv om man hører om alles rettigheter, fungerer det ikke i virkeligheten selv om man har vært i arbeidslivet.

[...]

Det påvirker meg mentalt ved at jeg blir mer hjemme, mister mitt kontaktnett. Man kan ikke gå til venner, for det koster hele tiden. På grunn av økonomi måtte jeg bytte ut min bolig, til en mindre leilighet. [...] Iblant kjøper jeg ikke månedskort. Hadde jeg fått rettferdig pensjon som en norsk eller svensk, etter så mange år jeg har bodd og jobbet her, så hadde det hjulpet meg både psykisk og fysisk.

Hun forteller også om hvordan valget om å få trygghetsalarm styres av økonomi:

Jeg har nylig ringt til en seniorveileder her, og hun kom hjem til meg. Hun var ganske trivelig. Hun tilbød meg blant annet trygghetsalarm. Men jeg har ikke bestemt meg enda, for det er jo også kostnader (ca. 1500 kr for installasjon og 300 kr i månedsleie). For når man får så dårlig pensjon som jeg får, da må man hele tiden tenke, hva blir neste steg? Hva må betales her eller der. For eksempel får jeg TT-kort, men jeg har ikke kunnet bruke det (egenandel for reiser i Oslo er 53 kr). For man må først tenke på å betale boutgifter. Sånne ting. Det handler mest om økonomi for meg. Når man har dårlig økonomi da kan man ikke benytte seg av velferden Norge har, for velferden koster også. Hvis jeg ikke har nok penger til bolig og mat, da må jeg først prioritere det. [...] Velferden bør også gjelde for minoriteter som bor her. De som er født her, de får kanskje arv fra sin familie og har bedre økonomi. Jeg har også bra økonomi og har jobbet hele mitt liv, og vært veldig sparsom, takk og lov, men likevel. Jeg tenker økonomi kommer i første rekke, når man skal ta valg.

[...]

Det er såne forskjeller som følger våre liv som minoritet. Selv om jeg klarer meg, selv om jeg har hele tiden takk og lov, funnet en utvei. Men det tar på hjertet at man ikke... jeg betaler min skatt, jeg har vært i jobb, og likevel er det ikke samme sak. [...] Du tenker kanskje at jeg klager så mye, men det er virkeligheten, og jeg vil at du skal vite det. Man rammes hele tiden av å være minoritet.

En av de andre kvinnene forteller også om at hun er bekymret for hvordan økonomien hennes blir framover:

Nå bor jeg i rekkehus. Det er stort for meg og felleskostnader har blitt høye fordi de har hatt renovering av dørene, loftet og taket. Jeg er litt bekymret, for hvis jeg flytter til en liten leilighet, det blir trangt, fordi jeg fortsatt har gjeld. Da må jeg betale gjeld og fellesutgifter. Jeg er litt bekymret. Får jeg lån fra banken når jeg ikke er i jobb? Det bekymrer meg en del.

Samtidig reflekterer denne kvinnen over hvordan hennes egne erfaringer av å være flyktning og ha bodd i flyktingleir har gitt henne et annet perspektiv på velstanden i Norge enn det hennes barn har. Hun forteller at barna som små alltid klaget over innholdet i kjøleskapet:

Vi har ingen ting» sa de. «Hva mener du» sa jeg, «vi har frukt, vi har mat». Jeg har alltid sagt til dem: «vi har nok vann». «Hæ? Hva mener du? Vann. Selvfølgelig har vi vann, vi bor i Norge» svarte de.

Kvinnen forteller at de har familiemedlemmer som fortsatt bor i flyktingleir og at da datteren ble 15, tok hun henne med på besøk til hjemlandet og til flyktingleiren hun selv bodde i før hun kom til Norge, sånn at hun skulle forstå hvordan det ikke er en selvfølge å ha tilgang til rent vann.

Når hun kom tilbake hjem til Norge, sa hun: «Å mamma, nå forstår jeg». For vi så mange som gikk og bar vann, og mange som gikk barbeint. Og de bor tett i tett. Når naboen sier hallo, så hører alle hverandre. Og det er mørkt. Strømmen kommer og går.



SPRÅKLIGE OG DIGITALE UTFORDRINGER I MØTE MED DET OFFENTLIGE

Det er forskjeller i norsk-kunnskapene til kvinnene som intervjues, men også enkelte av dem med gode norskferdigheter beskriver det som hemmende å ikke ha norsk som morsmål:

Jeg klarer meg for jeg har lest mye og gått på universitet og skrevet mye, men jeg tør ikke skrive [norsk]. Jeg savner det her i Norge. Jeg vegrer meg også for å prate. Når jeg møter noen på gata. Jeg skjems iblant.

Flere av kvinnene forteller at de opplever det som utfordrende å forstå informasjon og få oversikt over sine rettigheter hos NAV eller tilbud i eldreomsorgen og helsevesenet. Mange er avhengig av egne barn for å forstå informasjon fra det offentlige:

Jeg leser ikke så mye. Det er litt vanskelig. Noen må forklare for meg muntlig. Så jeg vet ikke enda... Hvis man ikke leser alfabetet, så er det litt vanskelig, det er litt annerledes enn for dem som skriver og leser.

Hun forklarer at hun får hjelp av datteren sin til å bruke data eller ta kontakt med hjelpetjenester:

Den eldste datteren min ordner alt med økonomien min. Hun betaler regninger, sparer penger til meg, tar penger ut. Hun sender meldekort til NAV, hun hjelper meg.»

Hun forklarer også at hun tar kontakt med barna sine først, hvis hun har noen helseproblemer:

Først jeg ringer til barna mine. De hjelper meg framover. Om jeg skal ringe til lege, eller ambulanse. Det første jeg husker er telefonnummer til barnet mitt.

En av de andre kvinnene forteller også hvordan hun trenger hjelp for å søke om sosialstønad eller lignende:

Først fikk jeg hjelp fra min sønn, men etter hvert sa sønnen min: «Mamma, du må lære deg dette alene», fordi han har også mye å gjøre, ikke sant. Og han sa: «Jeg kan ikke hjelpe hver dag». Så jeg tenkte at ja det er riktig, han har ikke tid, det er masse ting her i Norge. Så hvis det er små ting og min sønn er hjemme, så søker han for meg. Men hvis det er vanskelig, prøver jeg å gå til Frelsesarmeen. Regninger for eksempel, er det min sønn som gjør ...

Hun forklarer også hvordan datteren hjelper henne med å forstå informasjon om egen helse, og at hun sender journaler og informasjon til sin datter i hjemlandet, som oversetter og forklarer for henne.

Flere av kvinnene trekker også fram at informasjon fra det offentlige er vanskelig å forstå:

Uansett om vi snakker med NAV gir de oss så lite tid, og bare på telefon. Vi forstår ikke ordene de bruker. Det er ikke som på MiRA-Senteret når vi sitter og har kurs eller workshop.

Hun forklarer også at det er vanskelig for henne å forstå informasjon som ligger på NAVs hjemmeside:

Selv om vi leser på nett, så er det mange ord som vi ikke forstår. De som snakker veldig godt norsk sier også at de ikke forstår.

En annen kvinne har liknende erfaringer:

Ofte får man brev fra Helfo, da vet man ikke hva man skal gjøre [...] Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre om jeg har havnet i en dårlig situasjon. Jeg går og leser hos NAV, men jeg forstår ikke hele teksten.

[...]

Det er ikke lett å få informasjon. Ingen forklarer deg dine rettigheter. Jeg har nå i to år fått kommunalt frikort. Jeg hadde inntekt under minstepensjon og hadde hatt

rett på kommunalt frikort, men jeg visste ikke. Jeg fikk vite det bare på slump, jeg fikk høre om en som hadde fått avslag. Det er NAVs ansvar synes jeg, den jenta (veileder) burde informere meg. For deg som har vokst opp her er det kanskje selvsagt, men ikke for meg.

En av de andre kvinnene opplever imidlertid at hun har fått god hjelp av NAV og at hun er takknemlig for at «her i Norge, graver de for deg». Hun forteller at det var NAV som tok kontakt med henne da mannen, etter tre år på sykehjem, flyttet til et annet sykehjem. Da skrev NAV til henne at når hun ikke bor med ektemannen sin, skal hun regnes som enslig, og hun vil dermed har rett på mer i uføretrygd. Kvinnen fortalte at hun bestilte time hos NAV og forklarte dem at hun hadde bodd alene i tre år allerede, og viste fram dokumentasjon fra sykehjemmet til mannen. Selv om hun ikke fikk refundert det hun kunne fått i ekstrastønad dersom hun hadde blitt regnet som enslig de første tre årene hun bodde alene, uttrykker kvinnen takknemlighet for at de selv opplyste henne om at hun kunne få mer i stønad:

Jeg sa jeg ikke visste det, men det er greit [at de ikke refunderte de tre første årene], fint at de graver og sier fra: «Her er dine rettigheter».

<<Hun forklarer også hvordan datteren hjelper henne med å forstå informasjon om egen helse, og at hun sender journaler og informasjon til sin datter i hjemlandet, som oversetter og forklarer for henne.>>

En av kvinnene forteller om at hun ble lei seg etter at veilederen hun snakket med hos NAV, sa at hun kunne flytte fra Norge om hun syntes hun fikk for lite i støtte her:

Etter at jeg fikk vedtak om at jeg bare fikk 1000 kr. per måned i uføretrygd fra Norge, gikk jeg til NAV. Da ble jeg ordentlig lei meg, etter det møtet. Veilederen behandlet meg veldig dårlig, og snakket til meg på en uhøflig måte. Hun bare: «Klarer du det ikke, da får du reise tilbake». Men jeg ville bare vite mine rettigheter. Hun kunne for eksempel informert meg om at jeg kunne ha hatt rett til bostøtte og kommunalt frikort. Men hun sa ikke det til meg. Hun sa bare at man kan dra tilbake. Det kunne hun ikke sagt om jeg var en norsk kvinne, for da ville det vært mitt land. Selv om jeg har jobbet så lenge og bodd her så mange år, føler jeg meg fortsatt som minoritet.

Svake språkferdigheter kan også skape frykt for å måtte flytte på sykehjem. Dette tas opp av et par av kvinnene:

Jeg tenker at det at de ikke har språk, gjør dem litt redde. Det er vanskelig å lære norsk og de kom litt sent. Også har de bare jobbet med å passe på barna. Barna er veldig flinke i norsk, men de er ikke flinke.»

Kvinnen sier at hun selv kan tilstrekkelig norsk til at hun ikke bekymrer seg mye med tanke på å bli eldre i Norge:

Jeg bekymrer meg ikke mye, fordi, selv om jeg ikke er så flink i norsk, så kan jeg litt, og hvis det er noe jeg ikke klarer så kan jeg spørre om hjelp. For eksempel, hvis det er noe jeg ikke klarer på data eller noe, kan jeg be om hjelp.

Digitalisering

Digitaliseringen oppleves som utfordrende for mange av kvinnene. Som det framgår av mange av de gjengitte sitatene, er mange avhengig av egne barn for å søke om stønader fra NAV eller betale regninger, både fordi barna snakker bedre norsk og i tillegg behersker digitale verktøy. En kvinne forteller at hun synes digitaliseringen stadig skaper problemer for henne:

Jeg gikk til apoteket og de spurte meg ikke om å vise frikortet. De sa det vises automatisk. Jeg spurte henne [da hun gikk tilbake til apoteket etter å ha fått tilsendt regning]: «Hvorfor ga du ikke beskjed til meg?». Hun sa: «Du må betale, så skal du få tilbake penger fra Helfo». Men hvorfor gjør de sånt mot oss? Jeg tror ikke data er bra for oss. Når vi får papir, det er veldig bra. Men jeg har sagt jeg har frikort.

Hun forteller også hvordan hun nylig fikk inkasso, selv om hun ikke hadde fått regning først, og opplever at digitaliseringen fører til feil som rammer henne og andre ikke-digitale brukere:

Se hva de gjør mot oss. Og banken sa, det er vår feil. Så hvorfor skal vi betale inkasso? Nei, med data, uansett om du er ekspert, de gjør mye feil mot oss.

En annen av kvinnene forteller om at hun ikke har noen å spørre om små digitale utfordringer i hverdagen:

«Jeg synes digitaliseringen går veldig fort. F.eks. hjemme har jeg fått tilbud om å få 50 poeng på Prime. Jeg vet ikke hva det er for noe. Når man ikke har det kontaktnettet heller, hadde jeg vært i arbeid, så kunne jeg spurt mine kolleger. Hadde jeg barn, kunne jeg spurt mitt barn. Man kan ikke hele tiden springe å spørre.»

En av kvinnene forteller at hun har hatt problemer med å melde seg på aktiviteter for eldre fordi hun ikke behersker data. Hun forteller at hun prøvde å melde seg på internasjonal mat-dag arrangert av Frivillighetssentralen, men siden hun er avhengig av hjelp med data, fikk hun ikke meldt seg på før datteren kunne hjelpe, og da var det blitt fullt.

Talking

Kvinnene som har erfaring med å bruke tolk i møter med det offentlige, forteller at de i de aller fleste tilfeller har fått tolk når de har ønsket det. Kvaliteten på tolkingen er imidlertid varierende:

Jeg snakker godt norsk, men hvis det er noe alvorlig klarer jeg ikke. Da trenger jeg hjelp. Hvis jeg får en

sykdom, jeg klarer ikke forklare alt til legen sånn at han forstår meg. Det blir feil. Da, uansett om jeg snakker godt norsk, er det noen ganger jeg ikke klarer.

Hun forklarer at hun alltid har fått tolk når hun har bedt om det, men at hun har opplevd at tolken ikke forstår hennes dialekt. Hun forklarer at dersom tolken har bakgrunn fra et annet arabisktalende land enn hennes, er det ikke alltid de forstår hverandre. Hun forteller også at hun har opplevd at tolken ikke dukker opp til avtalen.

En annen kvinne forteller at hun fikk tolk selv om hun ikke ba om det, og at tolken ikke snakket samme dialekt som henne:

Jeg sa jeg ikke trengte tolk, men likevel bestilte han tolk til meg. Og jeg ble veldig sint, fordi jeg vet hva jeg skal si, det er ikke noe vanskelig for meg. Også, den tolken, ok, han snakket arabisk, men det er ikke samme arabisk som jeg.

Flere av kvinnene forteller imidlertid at de prøver i størst mulig grad å klare seg uten tolk:

Noen ganger har de sagt at de ikke har tolk, og da sier jeg at jeg skal klare det selv. Jeg tenker at jeg ikke kan bruke tolk for mye, jeg må klare meg selv. Jeg må snakke, uansett om jeg snakker bra eller ikke, jeg må snakke. Jeg må komme meg ut. Hvis jeg er altfor redd, og alltid trenger tolk, vil jeg aldri forstå. Så nå etter hvert, klarer jeg selv. Jeg går til legen alene. Noen ganger hvis jeg har litt mye spørsmål, det kan bli litt vanskelig.

Informasjonskilder

Som det framgår av de gjengitte sitatene, bruker mange av kvinnene eget nettverk for å få tilgang til informasjon, da informasjon fra NAV og Helfo oppleves som vanskelig å forstå. Det framkommer også av intervjuene at flere aktivt oppsøker informasjon fra ulike organisasjoner, samt fra informasjonskilder på eget språk som er tilgjengelig på nett. En kvinne forteller for eksempel hvordan hun søker seg fram til helseinformasjon på YouTube:

Jeg pleier, for eksempel, hvis legen sier jeg har høyt kolesterol, å se på You Tube, og se hva kolesterol er.

[...]

På arabisk er det bedre, jeg forstår bedre arabisk. Jeg hører mye på leger fra Egypt, de er veldig flinke. De snakker på You Tube, med bilder og alt. Jeg skriver bare at jeg har vondt i magen, jeg vet ikke akkurat hvor jeg har vondt, men skriver bare «vondt i magen». Så kommer det mange ting. Kanskje du har det, eller kanskje du har det? Du får en idé ikke sant.

En av de andre kvinnene forklarer at hun også oppsøker informasjon på eget morsmål hvis hun har noen bekymringer knyttet til egen helse:

Det er lettere for meg å lese. Av og til leser jeg avisa i Norge og lærer litt norsk, men det er litt vanskelig, men jeg prøver hver dag. Fordi jeg jobber med renhold, så er jeg ikke i kontakt med noen mennesker når jeg jobber. De bare jobber på kontoret og jeg bare vasker. Men jeg kommer ofte til MiRA-Senteret og blir bedre i norsk, og deltar i andre grupper der jeg lærer norsk.»

Kvinnen forteller også at hun planlegger å gå på kurs for å lære seg mer om pensjon og hva hun kan forvente å få. En av de andre kvinnene forteller også om hvordan hun meldte seg på kurs i bydelen da mannen fikk alzheimers-diagnose sånn at hun kunne forstå bedre hvordan hun kunne støtte mannen sin.

Mens noen av kvinnene finner informasjon på internett fra eget hjemland, er det andre som forteller at de foretrekker informasjon fra eget nettverk eller fra MiRA-Senteret. En kvinne forteller at om hun lurte på noe om egen helse, spør hun sine barn. Når jeg spør om hun oppsøker informasjon på internett, forteller hun at hun ikke forstår seg på internett, og isteden kommer til MiRA-Senteret.



AKTIVITETS- OG OMSORGSTILBUD – ERFARINGER OG ØNSKER OM TILRETTELEGGING

Kvinnenes ønsker, og forventninger til eldreomsorgen i Norge ble tematisert i intervjuene ved at de først fikk spørsmål om forskjellene i synet på eldre i Norge og i deres opprinnelsesland.

Familiebasert omsorg versus offentlig omsorg

Det de aller fleste kvinnene trakk fram som annerledes i Norge fra deres eget opprinnelsesland når det kommer til synet på eldre er bruken av sykehjem. De forklarte at det at eldre bor på sykehjem ikke er vanlig i deres hjemland.

En kvinne formulerer seg på følgende måte:

Da jeg var barn hadde jeg aldri hørt om sykehjem, for det har vi ikke i mitt hjemland. Og når jeg kom hit, jeg hørte om at i Norge, når du blir eldre, flytter du til sykehjem. Da ble jeg sjokkert. Jeg sa: «Hvordan kan barna ta foreldrene til sykehjem?». Men etter noen år, hørte jeg at de har laget sykehjem i mitt hjemland også. Da ble jeg også sjokkert, for i min tid var det barna som passet på foreldrene sine til de dør. Men her [i Norge], når jeg for første gang hørte om en dame fra mitt land som bor på sykehjem, begynte folk å baksnakke: «Hvorfor kaster [de ut] mamma til sykehjem?».

Flere av kvinnene beskriver hvordan de opplevde bruken av sykehjem som fremmed og uvant da de kom til Norge, og at bruken av sykehjem fortsatt fortolkes på en annen måte i deres hjemland enn det gjør her:

«– I hjemlandet, hvis man må på sykehjem, er det ikke bra, fordi da er det barna som kaster [ut] foreldrene. Det er det andre tenker. Her i Norge er det ikke sånn. Alle kan gå der og familien kommer og besøker dem. Men hvis,

stakkars, noen må på sykehjem i hjemlandet, kommer ingen og besøker dem. Hvis noen plasserer moren eller faren sin på sykehjem er det ingen som spør etter foreldrene etterpå. Hvis en er gift tenker folk at han bare tenker på kona eller barna sine og ikke på foreldrene. Men det gjelder ikke mange, kanskje en prosent. Fordi, i hjemlandet, hvis noen er på sykehjem, så er det ikke bra. For i hjemlandet har man vanligvis flere barn. Hvis ikke du kan ta deg av foreldrene dine, så kanskje en av de andre kan. Av og til deler man. Én måned hos den éne, og én måned hos den andre. Men de som kaster [ut] foreldrene selv om de har penger, og det ikke er fordi de ikke har råd til å passe på foreldrene, det er ikke bra.»

Flere av kvinnene beskriver imidlertid hvordan de selv har endret syn på sykehjem. Etter hvert har de utviklet en større aksept for at det kan være det beste i noen situasjoner:

Nå har folk begynt å forstå. Sånn som med hun i familien min. Mange begynte å baksnakke. «Hvorfor?» «Hvorfor?» «De er dårlige barn», «De passer ikke på mammaen sin ...» Men de jobber, hvis de ikke jobber, så kan de ikke betale husleien, de kan ikke passe barna, det er sånn. Men når folk begynte å besøke henne, forandret alle mening.

[...]

Jeg besøkte henne flere ganger [...] Jeg ble veldig glad når jeg så hvordan det var der, hva de gjør for henne.»

En av de andre kvinnene forklarer også hvordan hun nå ikke utelukker at hun for egen del kanskje vil foretrekke å bo på sykehjem når hun blir eldre og hjelpetrengende, for å slippe å være så mye alene. Hun bekymrer seg imidlertid for hva familie i hjemlandet vil mene om det:

For meg det er best å bo hjemme, men ikke å være hjemme alene. Jeg blir redd, jeg liker ikke å være alene, jeg tenker mye, jeg tenker mye negativt hvis jeg er alene.

[...]



For meg det er best å bo hjemme, men ikke
å være hjemme alene. Jeg blir redd, jeg liker
ikke å være alene, jeg tenker mye, jeg tenker
mye negativt hvis jeg er alene.

Når jeg blir gammel og syk, hvis ingen hjelper meg hjemme, er det bedre å gå til sykehjem enn å sitte alene hjemme. Fordi jeg vet at sykehjem er det samme som sykehus. Jeg får medisiner, jeg får mat, kanskje de tar deg ut på tur.

[...]

Hvis jeg må på sykehjem, hvis de i hjemlandet hører at jeg er på sykehjem, kommer de til å snakke om barna mine, at de ikke er bra fordi de kaster [ut] mammaen sin. Men de vet ikke, at det kan hende det er noe jeg har bestemt.

Kvinnen forteller også om en venninne hun har snakket med som opplevde det som vanskelig da hennes svigermor ble enke og pleietrengende. Svigermoren forventet å bo hjemme hos familien, men det lot seg ikke gjøre å kombinere med jobb og hverdagsliv:

Hun [venninnen] sa til meg, her i Norge, ingen har tid til å være hjemme. Det er ikke som i hjemlandet der mannen jobber ute og dama jobber hjemme. Her i

Norge må jeg gå på jobben min. Barna må på skole. Det er vanskelig. [...] Men hvis hun må på sykehjem, kommer alle i hjemlandet til å snakke stygt om meg: «Hun har satt svigermor på sykehjem», «hun er ikke en bra dame», ikke sant?... Hun fikk mye problemer.

Kvinnen forteller at sønnen også er påvirket av forståelsen de har av sykehjem i familiens hjemland, men at hun forklarer ham at det ikke er det samme i Norge:

Hvis jeg blir dårlig, og ikke klarer meg selv, skal jeg på sykehjem. Men min sønn, [hun ler], han sier: «det er ikke lov, ikke lov», «det er ikke bra, det er haram» ikke sant? Men jeg sa til ham: «Det er forskjellig i hjemlandet. Når du skal på sykehjem der, er det barna som kaster deg [ut]. Men her, når du skal til sykehjem, er det ditt valg.

En av de andre kvinnene forteller også om at barna sier de vil ta seg av henne som gammel, men hun erkjenner selv at det kan være vanskelig å realisere i praksis:

Jeg vet ikke hvordan det blir når jeg blir eldre, om jeg klarer meg selv eller ikke. Jeg vet ikke hva skal skje



framover. For voksne barn her i Norge er det vanskelig å passe på sine foreldre. De sier nå: «Jeg skal passe på deg», «Jeg skal handle», «Jeg skal gjøre det og det», men når du har jobb og barn, da er det vanskelig.

Selv om enkelte beskriver at de har endret syn på bruk av sykehjem etter at de har bodd en stund i Norge, er det mange som fastholder at de foretrekker familiebasert omsorg, og at de bekymrer seg for om de må bo på sykehjem:

I min kultur er det annerledes, systemet er noe annet. Vi er vant til at hvis det er stor familie... Jeg har ikke mine egne barn, men hvis jeg har kontakt med nieser, hvis jeg hadde bodd der, da kunne min niese passet på meg. Hvis hun ikke er gift og ikke har barn heller, da har hun tid. Det er familie som tar seg av familie. Nei, vi har ikke den mentalitet. Så egentlig gruer vi oss mye.

[...]

Jeg gruer meg til å få mat som kanskje er ferdig, de kjøper ferdigmat, nei den tanken nei. Og kanskje at de som jobber der ikke har så mye tid til pasienter, og så er man vant til å bo alene for seg selv, og ha fred og ro. Jeg liker å se på TV eller jeg ser på You Tube, noen ganger hører jeg kanskje på musikk... Jeg liker ikke bråk. Og så, må du bli vant til andre, lyder du ikke er vant til... det synes jeg er forferdelig.

[...]

For jeg har vært selvstendig. Jeg kan ikke tenke meg at noen bestemmer over mine avgjørelser, nei. Jeg må bestemme selv alt. Så lenge jeg klarer.

Denne kvinnen mener at normen om familiebasert omsorg som er rådende i hennes opprinnelsesland, fører til at det ikke er den samme bevisstheten om alderdommen som en egen livsfase:

Kanskje man ikke tenker så mye på det, for familien holder sammen, man tenker ikke på om man kanskje

skal dra på et sted [sykehjem], for det finnes ikke penger... eller det finnes private sykehjem for folk som har penger, men de som blir syke og har familie, de prøver å hjelpe hverandre.

[...]

Og her er det sånn at når barna blir 18 år så må de flytte ut. Sånn er det ikke hos oss. Foreldrene sier ingenting, du kan bli gammel med dem også. De sier ikke du må bort. Hvis du har stort hus og plass, kan de bo der.

Velferdsstat og institusjonalisert omsorg og muligheten til å leve selvstendig

Alle respondentene beskriver bruken av sykehjem som noe de ikke er vant med fra sitt hjemland; men mens noen opplever bruk av sykehjem som skremmende, trekker andre fram hvordan sykehjem og institusjonaliserte tilbud muliggjør en større grad av selvstendighet. En kvinne vektlegger for eksempel at eldre kvinner har en mer selvstendig rolle i Norge, da de ikke er avhengig av å være del av sin sønns husholdning:

I hjemlandet er det ikke mange damer som jobbet utenfor huset, de har vært husmødre. De forventer å være underordnet, de har ikke pensjon, fordi vi er flyktninger, de forventer å leve ved siden av sønnen sin, de bor like ved, på ett rom, og de passer på barnebarna, og naboer, sånn er systemet. Men her i Norge, du er mer selvstendig, du får din egen alderspensjon, du får et sted å bo, og hvis du ikke har nok, systemet hjelper deg og dekker en del.

Flere av de andre trekker også fram at de setter pris på selvstendigheten de har i Norge:

Jeg vil ikke flytte [tilbake til hjemlandet], bare dra på besøk. Fordi her har jeg min egen leilighet. Men hvis jeg drar tilbake må jeg bo sammen med broren min og foreldrene mine. Men jeg liker ikke å sitte hjemme, jeg liker å jobbe eller gå ut å treffe noen, ut å lære noe. Og

i mitt hjemland ville jeg vært pensjonist nå, så jeg måtte vært hjemme ...

I likhet med flere av de andre, trekker denne kvinnen fram det positive med velferdsstaten i Norge og at velferdstilbudet til eldre ikke betinges av den enkeltes økonomi:

Da jeg var ung [i hjemlandet] så jeg at gamle mennesker med god råd og mye penger hadde det bra, men de som ikke hadde mye penger, hadde det ikke bra. Men da jeg kom til Norge, tenkte jeg at Norge er det beste landet for gamle mennesker. Selv mennesker som ikke er i jobb, kan få penger fra sosialen. Og hvis vi er syke og ringer til lege, koster det ingen ting. I mitt hjemland, hvis de trenger operasjon, koster det veldig mye, men i Norge er det helt gratis. Det er et veldig bra land. I mitt land var det veldig mange som sa til meg: Du har ikke barn, hvordan skal det bli når du blir gammel? Men etter jeg kom til Norge er det at jeg ikke har barn, ikke noe jeg tenker mye på. Og da søsteren min kom på besøk, ble de også imponert over helsevesenet da de så en ambulanse komme hjem til noen på hjemmebesøk, og da jeg fortalte om en som ble syk på bussen, og at flere stoppet og ga vann til ham og ringte ambulansen.

Denne kvinnen forteller at hun selv vil foretrekke å få bo på sykehjem om hun blir pleietrengende, fordi det oppleves som trygt at det der er helsepersonell tilgjengelig hele tiden.

Også en av de andre kvinnene beskriver hvordan hun i Norge kan leve et mer selvstendig liv enn hun kan i sitt hjemland på grunn av økonomiske støtteordninger og subsidiert helsevesen:

Vet du, for meg, det er bedre her i Norge. Når du er syk, det er lett å gå til lege. [I hjemlandet] er det mye privat. Hvis du skal gå på privat [lege/sykehus], trenger du mye penger. Hvis du går til kommunalt [sykehus], staten, de hjelper ikke bra. For meg, jeg vil være her som gammel. Kanskje jeg reiser, det er bra, men for behandling og sånn tror jeg det er bedre for meg her i Norge.

Hun utdyper videre hvordan hun i sitt hjemland er prisgitt hjelp fra eget nettverk:

Jeg kan ringe til taxi, jeg kan ringe til ambulanse, de skal komme, ikke sant. Men i hjemlandet, nei, du kan ikke gjøre sånt. Hvis du ikke har familie, eller fine naboer. For eksempel når jeg var blitt separert fra mannen min, av og til, trengte jeg hjelp fra naboen min, men av og til var naboen på jobb. Nabodamen har ikke bil, så det er mannen eller sønnen som kan ta meg med. Men her i Norge trenger du ikke det. Hvis jeg ikke kan gå til legevakten, kan jeg ringe, du kan si du er alene hjemme. Kanskje du må betale, men du har inntekt å betale med. I hjemlandet, har du kanskje ikke inntekt.

Barrierer og ønsker om tilrettelegging

Jeg spør kvinnene om de har noen erfaringer med eldreomsorgen i Norge, og hva de eventuelt opplever som bra og mindre bra. Jeg spør også om de har noen tanker om hva som kunne vært gjort annerledes for å møte deres behov. I flere av intervjuene er mat det første temaet som trekkes fram når jeg spør om dette.

Mat

En av kvinnene sier for eksempel følgende om mattilbudet på sykehjemmet der mannen bor:

Å ja, maten. Og jeg synes det er litt skammelig at de ikke lager maten på sykehjem. De får mat fra et annet sted og alt er kunstig. Alt er fra pose. Det er det jeg ser. Jeg går og mater mannen min til lunsj [...] Den maten, noen ganger, jeg mater ham, jeg blir kvalm, men jeg sier ingen ting. Jeg kan ikke ta mat hjemmefra. Det er vanskelig.

En av de andre kvinnene beskriver også mattilbudet på sykehjem som noe av det hun er mest bekymret for ved å flytte på sykehjem:

Først og fremst tenker jeg, mat. Jeg liker å spise god mat, det trenger ikke være noe spesialmat, men jeg liker å krydre den litt. Mat er veldig viktig. Jeg gruer meg til å få mat som kanskje er ferdig, de kjøper ferdigmat, nei den tanken nei.

En av kvinnene beskriver hvordan eldre kan ha ønske om å fortsette å spise mat de er vant med:

Jeg vet ikke hva som er best. Men kanskje noen fra asiatiske land kunne fått asiatisk mat [...] fordi i Norge, det er veldig bra, vi har mange typer mat, men det er norsk mat. Men kanskje eldre, de vil ha tradisjonell mat fra sitt land.

Flere av de andre kvinnene trekker også fram at det er viktig for dem å få fortsette å opprettholde religiøse normer når det kommer til mat selv om de må på sykehjem:

Jeg ønsker at vi muslimer kan drive et gamlehjem for muslimer der damer og menn kan bo adskilt og der man kan få halalmat. Jeg tenker sånn, men jeg vet ikke om det skal fungere eller ikke.

En av de andre kvinnene trekker også fram ønsket om halal-mat:

Maten er også viktig. Vi er muslimer, vi spiser ikke kylling eller kjøtt hvis det ikke er (uklart). Det er viktig også. Ellers, spiser vi bare vegetar. Bare vegetar er ikke bra det heller. Norsk mat er godt det også, men hvis det er kjøttboller, kan vi ikke spise fordi det ikke er halal, ikke sant? Hvis det er fisk spiser vi, men hvis det er internasjonale retter også, er det bedre.

<<En av kvinnene forteller at hun er bekymret for at hun ikke vil kunne forklare at hun spiser halal-mat hvis hun mister språket på grunn av demens.>>

En av kvinnene forteller at hun er bekymret for at hun ikke vil kunne forklare at hun spiser halal-mat hvis hun mister språket på grunn av demens. Siden hun ikke har barn i Norge, er hun redd for at sykehjemmet ikke skal få vite om dette behovet:

Og med meg, hvis jeg havner på sykehjem, så er det kanskje ingen der til å fortelle om hvordan jeg har vært og levd livet mitt, og de vet ingenting om hvordan det har vært med meg og mat – at jeg spiser halal.

En av kvinnene beskriver hvordan hun følger opp sin søster som har fått alzheimer. Hun forteller at hun kommer med mat til søsteren sin hver dag, for at hun skal få i seg sunn hjemmelaget mat som hun er vant med. Kvinnen opplever imidlertid at samarbeidet med hjemmetjenesten er problematisk og at kompetansen til de ansatte er mangelfull:

Jeg lager mat som jeg leverer til henne, for at hun skal spise middagsmat. Og dagen etter, når jeg kommer, så ligger maten i kjøleskapet, så de har ikke varmet middagen til henne [...] Av og til, jeg har sagt til dem, hvis jeg treffer noen sykepleiere der, vær så snill, du må gjøre det som står på lista, også svarer de: «Nei, vi må spørre henne, hun har myndighet, og kan ikke, hvis ikke hun vil». Da tenker jeg Herre Gud! Hvordan skal en person som er... Jeg sa til dem, når du kommer her, skal du bare si til henne: «Jeg skal lage mat til deg». Og så går du inn, og du lager mat, og så, ferdig med saken. Ikke spør «hva skal du ha?» For hun vet ikke navnet på ting, hun glemmer. [...] Saken er at det er så mange forskjellige folk der hver dag. Og hun kan ikke selv si hva de skal gjøre. Så det bekymrer meg.

Hun beskriver hvordan oppfølgingen av søsteren har skapt konflikt mellom henne og nevøen. Det er nevøen som er primærkontakt for sin mor, og når hun har klaget til hjemmetjenesten, tar de kontakt med ham. Han tror hjemmetjenesten gjør jobben sin, og vil ikke at hun tar kontakt med hjemmetjenesten på egenhånd, mens hun mener hun får med seg mer av den manglende oppfølgingen i og med at hun er der så mye, og nevøen er opptatt med barn og jobb. Hun forklarer at hun på



Det kjennes så bra om man har mulighet til å sitte ved dette pyntede bordet sånn man har gjort i sitt hjemland. Det kunne jeg ikke gjøre, og jeg spurte ikke om det heller. [...] Det kunne gjort så mye for det mentale for mennesker om man hadde fått det.

grunn av konflikten har trukket seg ut, og sluttet å ringe til hjemmetjenesten:

Jeg har trukket meg ut en del. For hver gang jeg ser noe som ikke er riktig, da blir jeg så forbanna, det koker i meg, men han spør meg: «Går det bra, har du roet deg ned?» Og da blir jeg enda mer forbanna. Skjønner du, for jeg har temperament.

Religion, tradisjon og kulturkompetanse

Flere av kvinnene forteller at de ønsker at man kunne gjøre tilpasninger ved sykehjemmene som gjorde at de kunne bevare egne tradisjoner og religiøse skikker:

For eksempel, når det er ramadan og noen faster. Eldre trenger ikke å faste, men visse høytider som kan være viktig for den enkelte ... Jeg er muslim, men ikke like mye som dem som går med hijab og er veldig strenge. Men det handler om viktige datoer. [...] Det er kanskje ikke like viktig for yngre, men for eldre [...] eldre er mer religiøse enn yngre. Og det fins visse dager som er sørge-dager (Ashurah) og Eid, og sånne tradisjoner. Hvis det fins noen på sykehjemmet som kan markere det ... [...] Da vil man kunne bevare det som kanskje fins i minnet til den eldre, så de kan gjenoppleve det. Jeg jobbet f.eks. på sykehjem, og da pyntet vi på julaften for dem som bodde der. Men på Iransk nyttår gjorde vi ingen ting. Selv om det kanskje bare var én eller to person der (med bakgrunn fra Iran) ...

[...]

Det er vanskelig å spørre etter denne type ting. For jeg er en fremmed her. Jeg har bodd her lengre enn jeg har i mitt eget land og jeg har fått blandet min kultur. Jeg feirer også norske tradisjoner. Men jeg savnet som ung å være hjemme på iransk nyttår. [...] I Iran så varierer tidspunktet for nyttårsmarkeringen hvert år. Det kan skille 6 timer. Noen måneder før annonseres det eksakte tidspunktet. Og så har man en klokke som teller ned. Men for meg, jeg var ofte på jobb eller på skolen da det ble nyttår. [...] Når vi feirer nyttår så har man et pyntet bord, man sitter der og de religiøse har koranen på bordet. Det kjennes så bra om man har mulighet til å sitte ved dette pyntede

bordet sånn man har gjort i sitt hjemland. Det kunne jeg ikke gjøre, og jeg spurte ikke om det heller. [...] Det kunne gjort så mye for det mentale for mennesker om man hadde fått det.

En av kvinnene reflekterer over hvordan det å treffe andre med liknende bakgrunn kan være viktig for eldre. Blant annet forteller hun om en dame som bor på sykehjemmet der hun har mannen sin. Hun kan se på klesdrakten til kvinnen at hun har liknende kulturell bakgrunn som henne selv. Hun forteller at denne damen alltid kommer bort til henne når hun er der:

Og når hun ser meg, vil hun gjerne komme og klemme meg. Og når jeg ser hun kommer nærmere, er det greit for meg, at hun får en klem. Jeg merker at hun føler tilhørighet til meg.

Hun forteller også om hvordan det har vært positivt for mannen hennes at en av sykepleierne som jobber på sykehjemmet der han bor, har samme bakgrunn som dem. Denne sykepleieren har fortalt at han setter på musikk fra mannens hjemland når han er urolig, og at dette har gjort det lettere for ham å ta medisiner eller holde seg rolig når han skal klippe håret.

En annen kvinne forteller om hvorfor det kan være viktig at ansatte har samme kulturelle bakgrunn som beboerne ved å fortelle om en gang hun besøkte en venninne på sykehjem som hadde fått alzheimer og mistet språket:

Om det var noen der fra samme land, kanskje de skjønner ting som er selvsagt for personer fra samme land. Jeg for eksempel er muslim. Jeg har alltid gått uten hijab. Det er ikke så viktig for meg. Men for henne... selv om hun har alzheimer, så er det visse ting som sitter i. Hun ville ikke gå ut [i fellesområdet], og hun tok seg hele tiden til hodet. Og jeg som hadde truffet henne før, vet at hun alltid pleide å gå med hijab. Og nå ville de ta henne med ut med rullestolen der det var både menn og kvinner på samme avdeling. De har ikke den samme følelsen... Sånne små ting er veldig viktig på et sykehjem. Og hadde de gitt henne hijab fra begynnelsen, ville det vært mye bedre for henne å komme ut. Jeg ble veldig

berørt av å besøke henne. Rommet var bra, det var stort rom, toalett, alle hjelpemidler var ok, men innerst inne kjente de henne ikke.

Kvinnen påpeker imidlertid at hun er kritisk til egne sykehjem forbeholdt minoritetsgrupper, om dette innebærer at de ansatte ikke har den samme kunnskapen som ved andre sykehjem:

Om det blir på en positiv måte er det ok. Men om det blir negativt - hvis man får personale som ikke har tilstrekkelig informasjon... For jeg som innvandrers, selv om jeg vet mye, kan jeg ikke vite like mye som dem som er født her. Men hvis en person som vet mye om lover og rettigheter, jobber der, da er det ok. Og det vil være en fordel at alle de eldre kan snakke med hverandre selv om personalet ikke har nok tid, for språket er viktig. Og med alderen taper man kanskje språket man har lært seg som andrespråk».

En annen av kvinnene forteller at noen kan oppleve at det å være den eneste med annen hudfarge kan forsterke barrierene mot å flytte på sykehjem:

De vil ikke komme på sykehjem, fordi [...] de ser alle er lyse, alle er rosa.

En av kvinnene trekker fram at hun ikke har problemer med å delta i andres religiøse eller kulturelle høytider, så lenge det også tas hensyn til hennes religiøse normer:

Nei, å feire for eksempel 17. mai, jeg liker også å feire sånne ting. Jeg vet hva jeg skal feire. For eksempel jul, da kan jeg sitte og være med å feire. Bare vi ikke gjør sånn som er forbudt for oss.»

Denne kvinnen forteller også at det nå har blitt større aksept i hennes miljø for å gravlegge sine familiemedlemmer i Norge, noe som tidligere var lite vanlig.

En av de andre kvinnene gir også uttrykk for at det å kunne møte andre med samme kulturelle bakgrunn som en selv, er av stor verdi. Når jeg spør om hva hun forbinder med en god alderdom, er det nettopp et planlagt møtested for personer fra hennes hjemland

det første hun trekker fram. Hun beskriver møtestedet som: «litt sånn som MiRA-Senteret bare for folk fra mitt hjemland». Hun påpeker at det å være del av en gruppe, og ha et sted å treffe andre er viktig [...]. Hun legger imidlertid til at om de oppretter et eget samlingssted for eldre fra hennes land, er det en fare for at hun ikke får øvd seg så mye i norsk. Så hun understreker at hun vil være aktiv i andre grupper også:

Vi må sosialisere med folk fra alle land.

Integrering eller segregering?

En av de andre kvinnene sier at hun tror det i dagens samfunn går fint at nordmenn og innvandrere bor sammen på sykehjem, men sier senere i intervjuet at hun ville foretrukket eget sykehjem for arabisktalende:

Hvis det er muslimer og ikke muslimer, det er ikke samme mat, det er ikke samme kultur ... Men nå tror jeg det er bedre. Nå i 2024, tror jeg ikke det er mye problemer mellom muslimer eller norske eller folk fra andre religioner. Fordi alle folk nå, går til de samme ... vi treffer hverandre, for eksempel her på MiRA-Senteret, eller på Rådhuset, eller på Mortensrud. Alle folk nå, vi kjenner hverandre, vi kjenner hverandres kultur. Det blir ikke som før, ikke sant, da vi ikke hadde kontakt. Nå er

«En av kvinnene trekker fram at hun ikke har problemer med å delta i andres religiøse eller kulturelle høytider, så lenge det også tas hensyn til hennes religiøse normer.»

det mer sosialt. Når jeg går til MiRA-Senteret, treffer jeg mange fra utlandet, ikke bare fra mitt land, og ikke bare muslimer, men indiske, kristne, det er forskjellig. For meg er det normalt.

Selv om hun altså gir uttrykk for at det går bra å være sammen med folk fra ulike land og kulturer, svarer hun at hun helst kunne ønske seg egne sykehjem for ulike minoritetsgrupper, om det hadde vært mulig:

Det er bedre hvis de lager sykehjem til utlendinger, for eksempel for arabisktalende. For det er språk også. Det er mange folk som bor her i Norge, men ikke kan språket. Det er bedre også hvis det er aldershjem, som er adskilt fra norske. For det er ikke samme kultur, ikke samme mat, vi liker å prate mye, når vi prater, vi blir friske. Hvis jeg ikke snakker ... mitt hode, jeg blir mere syk.

Hun utdyper hvordan hun opplever kulturforskjellene mellom nordmenn og andre arabisktalende:

Ja, vi snakker med hverandre. Da føles det kanskje som du bor i ditt land. Når du bor i en blokk, du blir kjent med naboen, du snakker med den, med den, med den, da blir du bedre. Med nordmenn ... ikke det at det ikke er bra med nordmenn, men kanskje nordmenn liker best å snakke med andre nordmenn de også. De tenker det samme, de har samme religion, de har samme kultur, de har samme mat, ikke sant. Når vi sitter sammen, vi snakker om barna, vi snakker om familien, vi snakker om landet, vi snakker mye om problemer, ikke sant?

En av de andre kvinnene snakker også om forskjellene hun opplever mellom «norske damer» og innvandrere. Kvinnen forteller at hun opplever det vanskelig å delta på tilbud ved eldresenteret der det bare er norske damer:

Du vet, jeg har sett dem, men det er bare norske. Jeg har vært med dem én gang. Men de har eget program, vi kan ikke gå gjennom de.

Når jeg ber henne forklare nærmere hva hun mener, forklarer hun hvordan de norske damene snakker om «norske ting»:

For eksempel, når de snakker, de snakker om norske ting, om reising, om mye ting, men vi kan ikke være med på programmet deres ... For eksempel når de går på tur, gjør de det annerledes enn når vi går på tur. De vil for eksempel gå sånne bakker der vi ikke kan gå. Men de vil bare gå med skistaver, det er sånne ting.

Hun utdyper videre hvordan eldre norske kvinner og kvinner med hennes bakgrunn er forskjellige:

Jeg er ikke imot norske heller, men de lever sitt liv, vi lever vårt liv. Vi snakker om vårt land og mye om islam. De snakker også om for eksempel jul, de gjør mange ting før jul, og mange av oss liker ikke å gjøre det. Men å strikke, jeg liker å sitte med de [norske damene] å strikke.

En av de andre kvinnene mener også det hadde vært best å ha egne sykehjem for minoriteter slik at man kan gjøre seg forstått på morsmålet:

Når du blir gammel, du husker kanskje ikke norsk, hvis det er på ditt språk, det blir lettere.

Kjønnsblanding på sykehjem og aktivitetstilbud for eldre bekymrer

Flere av kvinnene er bekymret for at menn og kvinner bor sammen på institusjon og at det både er mannlige og kvinnelige pleiere:

Om jeg havnet på sykehjem, vil jeg ikke at en mann skal komme og stelle meg. Sånne ting tenker man. Men noen ting kan man ikke velge. [...]. På min arbeidsplass i barnehage, så hadde jeg mannlige kolleger. Og kanskje det høres dumt ut, men jeg gikk selv og skiftet på barna for at ikke mannen skulle gjøre det. Det er noe man er vokst opp med ...

En av de andre kvinnene forteller også om at hun ønsker seg et sykehjem bare for damer:

Du vet, vi er muslimer og vi bruker hijab. Jeg hadde likt hvis vi kunne få et sykehjem bare for damer. Der kan vi

svømme uten hijab, ta en kopp kaffe eller ha språkkafe bare med damer. Det hadde vært veldig, veldig bra.

Kvinnen forteller også at hun var på besøk hos en slektning på sykehjem og at hun var kritisk til at slektningen ble stelt av en mannlig pleier:

Bare, jeg aksepterte ikke når det kom en mann og skulle skifte på henne. Da snakket jeg med ham. Han er muslim, men han sa: «Det er min jobb, jeg kan ikke si nei».

Flere av kvinnene uttrykker at deres ønske om å bo adskilt fra menn henger sammen med deres religiøse tilhørighet:

Hvis det er menn der, kan du ikke ta av hijaben. Du kan ikke bruke kjole, du kan ikke pynte deg. Selv om du er gammel, kan du like å pynte deg, å bruke fin kjole, ikke sant? Men hvis det er menn og damer sammen, hvis du treffer på han på toalett, du treffer på «Khalid», det går ikke, det er ikke bra. For du kan ikke ha på hijab hele dagen og hele natten.

[...]

Vi er muslimer ikke sant, det er bedre om menn og damer er hver for seg. Da kan du snakke om hva du vil, du kan bruke de klærne du vil, ikke sant?

En av kvinnene sier at hun synes det går fint å bo eller delta på aktiviteter sammen med personer på tvers av ulike kulturer, men at hun er kritisk til kjønnsblanding:

Ja, hvis det bare er damer, er det helt fint. Det er normalt, hvis det er alle nasjonaliteter eller tradisjoner, det er helt fint, bare ikke menn [hun ler].

En av de andre kvinnene forklarer også at hun har testet ut trening for eldre, men at hun ikke ønsket å delta igjen på grunn av at det var kjønnsblandede grupper:

Ja, det er for menn og damer og alle nasjonaliteter. Jeg har vært en gang, men jeg likte det ikke. Hvis det bare

er damer, det er gøy å hoppe og gjøre morsomme ting. Men når du trener med menn, du klarer ikke ... For meg, når jeg trener, det er som å gå til psykolog, når jeg går ut, jeg blir helt bra. Men der nei, kanskje du treffer en mann, du ler ikke, du bare trener og går ut. Du slipper ikke ut det du har du inne [i deg].

Eldresentre, møteplasser og fellesskap:

Flere av kvinnene understreker at de opplever det som viktig å få fortsette å være aktiv i alderdommen, og at det å oppleve seg som del av et fellesskap er viktig for å ha en god alderdom. En kvinne sier for eksempel:

Jeg ønsker at jeg holder meg frisk, at jeg kan være aktiv, sosial, ikke bli sittende hjemme og tenke. Aktivitet er bra for helsen. Og å spise bra mat, sunn mat og leve bra.

En av de andre kvinnene beskriver hvor vanskelig det oppleves å mangle et nettverk:

Mitt sosiale nettverk er veldig dårlig nå. Som jeg fortalte vil jeg ikke ha noen plass å bo snart, og da har jeg ingen bekjente jeg kan gå til å spørre: «Kan jeg overnatte hos deg?». Det kjennes ikke bra. Man blir mer og mer ensom. Så lenge jeg jobbet, kjente jeg ikke det behovet for å ha venner. For jeg jobbet hele tiden, og var aktiv, men når man slutter å arbeide. Da har man ikke noen sjef eller kolleger. Det kjennes ikke bra at man mister alt på en gang. Da jeg ble ufør, da kjente jeg at min kropp fungerer ikke, men jeg mistet ikke bare helsen, men mine kolleger, min sjef, alle jeg hadde rundt meg. Jeg ble hjemme. Nå ser livet ut som en nedoverbakke. Det kjennes ikke bra. Jeg har bare én venninne. Men vi bor ganske langt fra hverandre.

Jeg spør om hun kjenner til eldresentre eller om hun er aktiv ved andre sosiale møteplasser. Hun forklarer at hun har vært ved et eldresenter og fått hjelp av en seniorveileder som var veldig nyttig for henne:

Nylig ringte jeg og fikk time med en seniorveileder ved mitt nærmeste eldresenter. Hun var veldig bra, virkelig. Jeg fikk hjelp med papirer og informasjon om at jeg har



Nylig ringte jeg og fikk time med en seniorveileder ved mitt nærmeste eldresenter. Hun var veldig bra, virkelig. Jeg fikk hjelp med papirer og informasjon om at jeg har rett til å få en elektrisk rullestol. Selv om jeg ikke vet om jeg vil ha det, så har jeg tenkt mye på det ...

«Hun fortalte at det hadde vært lettere om det var noen der som snakket samme språk som henne, og at det hadde vært lettere om det bare var kvinner der. >>

rett til å få en elektrisk rullestol. Selv om jeg ikke vet om jeg vil ha det, så har jeg tenkt mye på det. Jeg skammer meg over å sitte i rullestol. For jeg kan gå, men på grunn av sykdom kan jeg likevel ikke gå mye. Men kan hende kommer jeg til et stadium der jeg ikke lengre kan velge. Hun hjalp meg å booke time hos en ergoterapeut. Sånne tilbud vet man som minoritet kanskje ikke om. At det finnes hjelpemidler som gjør det lettere. Jeg har det siste året bestilt mye mat og medisiner med hjemlevering. Men det påvirker meg mentalt å ikke kunne gå ut. Men nå har jeg fått time med ergoterapeuten og nå har hun bestilt rullestol til meg, og hun skal komme og vise hvordan den brukes.

Flere av kvinnene sier de ikke vet hva et eldresenter er for noe. Det kommer også fram etter hvert at noen av kvinnene som sier de vet hva eldresenter er, blander det med sykehjem, frivillighetssentralen, eller andre steder der mange eldre samles. En av kvinnene som selv har besøkt et eldresenter ved et par anledninger, forteller at mange i hennes miljø ikke kjenner til tilbudet:

Nei, mange vet ikke hva eldresenter betyr. Og når du sier eldresenter, de er imot. De tror det ikke er bra for dem, at de ikke kan be der, at de kan gjøre mange ulike ting. [...] Nei, det er mange som ikke vet.

Når hun blir spurt om hvordan hun fikk høre om tilbudet til eldresenteret, forteller hun at hun ikke har fått noe

informasjon skriftlig, men at noen bekjente fortalte henne om tilbudet. Av kvinnene som har testet ut tilbudet ved et eldresenter, forteller flere at de opplevde det som vanskelig å bli kjent. En sier for eksempel at hun ikke følte tilbudet passet for henne. Hun forteller hun trives bedre på MiRA-Senteret eller andre tilbud som Røde Kors sine kvinnekafeer og kurs, samt kurs som tilbys av fagforeningen hun er medlem i. Når hun blir spurt om det er noe eldresentrene kunne gjort for å tilpasse seg eldre innvandreres behov, påpeker hun at mange ikke deltar fordi de føler sterkest tilknytning til sin egen gruppe:

Det er mange som føler seg i grupper. De som er fra forskjellige land, de snakker alltid med dem som snakker sitt språk, og kanskje mange av dem ikke har lært seg norsk så godt, selv om de har vært lenge her, fordi de har holdt seg til sin gruppe. Og da blir det vanskelig ...

En av de andre kvinnene som også er aktiv på ulike møtesteder som Røde Kors sin kvinnekafé, Sanitetskvinnene og på flere gruppetreningstilbud, i tillegg til å være aktiv på MiRA-Senteret, er imidlertid positiv til at det deltar personer med ulik bakgrunn:

«Hvis jeg hører om en ny gruppe, så kommer jeg», sier hun.

Hun blir spurt om hvilke aktiviteter hun særlig kunne vært interessert i, og da svarer hun følgende:

Ja, kanskje hekling, sy, lage mat, lage kaker, eller male, noe håndarbeid

Jeg spør om det er viktig for henne at det er noen andre med hennes bakgrunn som bruker senteret. Da svarer hun følgende:

Jeg er aktiv uansett. Men noen med min bakgrunn vil ikke gå ut, de lager mat, mat fra mitt land tar lang tid, men jeg vet ikke. Folk er forskjellige. Jeg har en venn som bare vil være med ut hvis hun har en venninne å gå sammen med. Men hvis de to venninne kommer sammen, de snakker bare sitt språk sammen, da blir du ikke flink i norsk.

En av kvinnene beskriver hvordan hun opplevde det som vanskelig å bli kjent da hun oppsøkte et eldresenter:

Jeg har vært på eldresenteret, men det ga meg ikke noe. De som var der, var eldre som satt og spiste. Jeg pratet ikke med noen, og ingen pratet med meg, og etter 20 minutter, en halvtime, så gikk jeg ut.

Hun fortalte at det hadde vært lettere om det var noen der som snakket samme språk som henne, og at det hadde vært lettere om det bare var kvinner der.

Enkelte av kvinnene som er skeptiske til kjønnsblending på sykehjem, er også skeptiske til kjønnsblanding på eldresentrene:

For meg, jeg liker ikke at menn og damer er sammen. Fordi, som jeg sa, kanskje det er fest, kanskje det er sommer, du vil bruke fin kjole, det er bedre å ikke sitte sammen med andre menn. For meg er det bedre.

Selv om hun er skeptisk til tilbud der kvinner og menn deltar sammen, understreker hun at det å få være aktiv og del av et sosialt fellesskap er svært viktig for henne. Hun ønsker at organisasjoner som MiRA-Senteret i enda større grad retter seg mot eldre kvinner:

Hvis jeg ikke reiser på hyttetur med MiRA-Senteret eller andre grupper, kan jeg aldri reise. Spesielt hvis du ikke

<<Kvinnen beskriver også hvordan hun selv gradvis har måttet bygge seg opp igjen etter en tøff livssituasjon der mannen fikk alzheimer og ble aggressiv mot henne.>>

har penger, så kan du ikke reise til utlandet, du må du være hjemme hele tiden. [...] Vi kan ikke norsk så bra, vi kan ikke lovene bra, så vi trenger hverandre ikke sant. For eksempel i fjor, MiRA-Senteret dro på museum, det var fint, ikke sant? Det var fint vær, vi var sammen alle damene, det var fint! Det er bra å ha aktiviteter. Vi trenger det, fordi jeg ser nå at MiRA-Senteret gjør mye til unge. Dere må ikke glemme oss, ikke sant?»

En av de andre kvinnene sier også at hun kunne ønske seg en større satsning på eldre på MiRA-Senteret:

Hva som er drømmen min? At MiRA-Senteret blir stort og lager en etasje til oss, bare for eldre damer, der vi har språkkafe, noe strikking, noe gøy, sånn som før, noe gøy. Vi kan sikkert ikke gå på tur på den tiden, men vi kan sitte sammen og gjøre mye sammen, det er drømmen min.

LIVSKUNST – Å REISE SEG ETTER MOTGANG

En av kvinnene beskriver hvordan det å ha en god alderdom handler om å skape god livskvalitet. Når jeg ber henne utdype hva hun forbinder med «livskvalitet» utdyper hun videre hvordan det handler om å være aktiv og å oppsøke positive erfaringer:

Spise sunt, sove godt, ha positive mennesker rundt deg og velge noen aktiviteter du er glad i. Er du glad i å høre musikk, vær så god! Å lese, å gå på tur, å brodere, eller bare sitte å se på tv? Det er ditt valg – å nyte noen ting. Selv om det har vært en vanskelig periode for meg ... I begynnelsen kunne jeg ikke ... for jeg har alltid hatt noen rundt meg, men så tenkte jeg, nei nå må jeg bare kose meg sånn jeg vil, sitte å kose meg med en kopp kaffe? Drikke et glass vin? Har jeg lyst, bare gjør det! Så lenge det ikke skader helsen min, skader det ingen rundt meg».

Når jeg spør om det er noe man kunne gjort for å bedre eldreomsorgen og hjelpeapparatet i Norge, legger hun vekt på det den enkelte selv kan gjøre for å skape seg en god hverdag:

Man må jobbe med seg selv. På hvilken måte? Jo hvis man har vondt, det hjelper ikke bare å sitte. For eksempel med knær, du må bare trene.

Kvinnen beskriver også hvordan hun selv gradvis har måttet bygge seg opp igjen etter en tøff livssituasjon der mannen fikk alzheimer og ble aggressiv mot henne. Da mannen ble aggressiv, ble det ikke trygt for henne å bo hjemme sammen med ham. Kvinnen sammenlikner det å måtte flytte hjemmefra når mannen ble syk, med egne erfaringer fra da hun måtte flykte som barn fra krig:

Når man er barn, du har foreldrene dine, søsken, de menneskene som du er vokst opp sammen med, du føler deg trygg. Ok, «bof», du hører (bombe), du blir litt redd, men hvis mamma sier at det går bra, da har man tryggheten. Mye føles naturlig og greit, selv om vi flyktet hjemmefra fire ganger, og jeg mistet far og bror. Det blir også lettere å leve med ved at det ikke bare er meg, man ser at naboene, andre jenter, alle, har det på nesten samme måte, det blir en trøst på en måte, det er ikke bare meg. Men når det skjedde med meg, når jeg flyttet hjemmefra [da mannen ble syk], klarte jeg ikke forstå at jeg måtte flytte. Først opplevde jeg det som et traume, som krig. Jeg følte meg så svak da jeg flyttet fra mannen min. Da jeg ble slått, tenkte jeg, herre gud. Jeg bor i Norge. Det er han som er syk, og jeg som har blitt slått. Men han får lov til å bo hjemme, og jeg må flytte hjemmefra! Slik tenkte jeg, fram til en lege sa: «Du kan venne deg til å bo et annet sted i denne fasen. Han kan ikke få sykehjemsplass med én gang, og han klarer ikke å flytte et annet sted». Jeg tenkte, ok, greit. Det var en vanskelig periode for meg, men heldigvis hadde jeg min beste venninne. Hun trøstet meg og hjalp meg.

[...]

Hun sa, ok, skjedd er skjedd, livet går videre. Det er ikke bare han som har blitt syk. Livet går videre. Det hjelper ikke at du blir dårlig og syk, fordi han er dårlig og syk. Da må du våkne opp og leve livet. Og du gjør ditt beste. Siden da har jeg prøvd å leve livet mitt sånn det er, og gjøre det beste for meg selv. Jeg begynte å fokusere og ta ansvar for meg selv, siden det skjedde. Og jeg tror,

jeg har det veldig bra. Jeg er aktiv, jeg passer på helsa mi psykisk og fysisk, jeg spiser god mat, og lager alt nesten fra bunn, jeg passer på økonomien. Men etter to år, mistet jeg henne [venninnen]. Jeg tenkte, at nå har jeg mistet alt, jeg mistet min mann, han er ikke den samme som han har vært, og så min beste venninne. Det er ikke lett å få nye venninner i vår alder. Man blir kjent gjennom familie eller gjennom jobb. Det var en tøff periode.

På tross av mange tunge opplevelser, beskriver kvinnen videre hvordan hun i dag har skapt seg et godt liv:

I korona-tiden følte jeg meg innestengt. Alle bekymret seg for å komme på besøk og jeg har ikke hatt så mye besøk etter at mannen min ble syk. Mange kuttet kontakt. Men jeg begynte å sykle. For, jeg har vondt i knærne og kan ikke gå langt. Men jeg kikket i boden, og der hadde jeg sykkelen til barna mine, jeg fikset den ene. Heldigvis fikk jeg tilbud fra bydelen, «kom og fiks din sykkel helt gratis». Jeg gikk og stilte meg opp i to timer, de fikset sykkelen min, selv om jeg ikke har syklet på mer enn 20 år. Jeg startet å sykle forsiktig fordi jeg var redd for å falle. Men da jeg startet å sykle, følte jeg meg fri. Å, deilig. Jeg kan sykle en halv time, og sette meg ned. Jeg kom meg litt lengre. Etter at jeg fikk beskjed om at begge knærne hadde artrose, jobbet jeg litt ekstra, og kjøpte elsykkel. Jeg følte meg enda mer fri, jeg kan komme til sentrum hvis jeg vil, eller hvor som helst.

Kvinnens beskrivelse viser hvordan hennes egne erfaringer med krig og flukt ble trigget når hun igjen måtte flytte fordi det var utrygt for henne hjemme. Det at hun også tidligere i livet har måttet takle oppbrudd og tap, har kanskje også bidratt til at hun har opparbeidet seg noen ressurser hun kan dra nytte av når hun opplever nye livsomveltninger og utfordringer i alderdommen. Kvinnens beskrivelser viser også hvordan kommunale tilbud som billig sykkelreparasjon kan ha stor påvirkning på livskvaliteten til den enkelte, og ikke minst hvor viktig det kan være å ha en god venn som drar deg opp når man er langt nede.



« Kvinnens beskrivelse viser hvordan hennes egne erfaringer med krig og flukt ble trigget når hun igjen måtte flytte fordi det var utrygt for henne hjemme. Det at hun også tidligere i livet har måttet takle oppbrudd og tap, har kanskje også bidratt til at hun har opparbeidet seg noen ressurser hun kan dra nytte av når hun opplever nye livsomveltninger og utfordringer i alderdommen. »

Drøfting av funn – hvordan sikre minoritetskvinner en likeverdig alderdom?

Den overordnede målsetningen med undersøkelsen har vært å undersøke hvordan man kan sørge for at minoritetskvinner kan få en likeverdig alderdom. Vi ønsket å få fram informasjon om hvordan informantene selv opplever sin hverdag i møte med alderdommen og hvilke utfordringer og behov de mener er presserende. I tillegg ønsket vi å få fram hvilke barrierer de opplever i møte med omsorgs- og aktivitetstilbud for eldre, samt hvilke ønsker og visjoner de har når det kommer til hvordan eldreomsorgen og samfunnet som sådan burde innrettes for å sikre alle en likeverdig alderdom.

ØKONOMISK TRYGGHET AVGJØRENDE FOR EN GOD OG TRYGG ALDERDOM

I intervjuene understreker flere at det å være trygg på at man har nok penger til å betale for det mest grunnleggende som «tak over hodet», mat og medisiner, er noe de vurderer som avgjørende for en god alderdom. De beskriver det ikke som problematisk å måtte leve med en nøktern livsstil, men usikkerheten om hvorvidt man har penger til å betale for helt grunnleggende behov er det flere som trekker fram som belastende og noe som påvirker deres helse negativt.

Det framkommer at enkelte har en så lav inntekt at det begrenser deres mulighet til å være sosiale. En kvinne forteller for eksempel hvordan hun ikke alltid har penger til månedskort på kollektivtransport, og at hun ikke kan bruke TT-kortet hun har fått på grunn av egenandelen man må betale. Kvinnen er også usikker på om hun kan ta seg råd til å investere i trygghetsalarmen hun har fått anbefalt av en seniorveileder og fortalte at det tok flere år før hun ble klar over at hun hadde hatt rett til

kommunalt frikort som fritar henne fra å måtte betale for egenandel for nødvendige helsetjenester. Kvinnen bor alene og har ingen nære pårørende som kan bistå henne med søknader til NAV.

Nettopp det å være avhengig av å søke om behovsprøvde ytelser hos NAV er noe flere beskriver som belastende, og noe de er avhengig av å få hjelp til. En av informantene beskriver for eksempel hvordan hun stadig må søke om sosialhjelp, og at sønnen etter hvert ga henne beskjed om at han ikke kunne hjelpe henne «hver dag».

Dagens regelverk innebærer imidlertid at mange innvandrere har så dårlig råd at de ikke har mulighet til å opprettholde en aktiv livsstil som stimulerer til god helse. Som beskrevet tidligere i rapporten, er mange eldre innvandrere avhengig av å stadig søke om ytelser som supplerende stønad, sosialhjelp og bostøtte fordi de ikke har rett til en full minstepensjonsytelse. Mange av kvinnene som blir intervjuet, har riktignok ikke blitt alderspensjonister enda, og lever derfor av ulike ytelser som arbeidsavklaringspenger, sosialstønad, (reduert) uføretrygd, bostøtte med mer. En av kvinnene beskriver hvordan hun mener det hadde vært bedre med trygdeytelser som uføretrygd og alderspensjon, da disse ytelsene oppfattes som faste forutsigbare ytelser sammenliknet med behovsprøvde ytelser.¹ Selv om denne kvinnen vil få innvilget alderspensjon når hun blir 67, vil hun trolig fortsatt bli avhengig av behovsprøvde ytelser i tillegg til pensjonen fra folketrygden fordi

¹ Se sitat på side 74.

hun ikke oppfyller kravet om 40 års botid i Norge. Som beskrevet i kapittelet om pensjonsrettigheter vil innvandrere med kort botid i Norge ha rett til en stønad kalt supplerende stønad. Selv om supplerende stønad skal gi inntekt på nivå med garantipensjonen, vil vi i det følgende vise hvordan mottakere av denne ytelsen i realiteten har langt svakere pensjonsrettigheter enn mottakere av garantipensjon.

Dels vil mange i realiteten sitte igjen med mindre inntekt totalt enn mottakere av en minstepensjonsytelse, og dels følger det med mange dokumentasjonskrav som er svært krevende å følge opp for mange. Ytelsen gir riktig nok en mer stabil og forutsigbar støtte enn sosialhjelp, men dokumentasjonskravene vil likevel bidra til langt mer belastning på pårørende enn det som kreves av mottakere av pensjon fra Folketrygden. Som nevnt må man søke på nytt hvert år med personlig frammøte, samt møte til kontrollsamtale to ganger i året. Kan man ikke møte, må man sende inn sykemelding fra lege. Man må også underrette NAV om alle endringer i egen inntekt, utenlandsreiser, endringer i formue (bankinnskudd på mer enn 0,5 G regnes som formue, noe som pr. 2024 vil si 62 014 kr), samt om man for en periode bor sammen med en annen voksen person, eller bor på en institusjon. Hvis man unnlater å melde fra om endringer, og som et resultat av det får betalt ut for mye stønad, vil man få tilbakebetalingskrav (Lov om supplerende stønad ved kort butid, 2006)/(nav.no, 2025). Det er verdt å minne om at disse kravene stilles til gamle mennesker som gradvis får svekket helse på grunn av alder. Det er også en gruppe som har utenlandsk bakgrunn og derfor i utgangspunktet har større utfordringer enn andre for å forstå regelverk og dokumentasjonskrav.

Supplerende stønad – kontrollhensyn overskygger rimelighetsvurdering

I masteroppgaven, *Supplerende stønad. En fremstilling og vurdering av ordningen med supplerende stønad etter lov om supplerende stønad til personar med kort butid i Noreg*, beskriver Alexander Bergli Verdich hvordan ytelsen er underlagt strenge kontrolltiltak, og at det, til forskjell fra saker etter folketrygdloven, ikke utøves skjønn i saker der mottaker pålegges å betale tilbake for mye utbetalt stønad (Verdich, 2023).

Verdich viser til at den manglende skjønnsutøvelsen har å gjøre med at det i Lov om supplerende stønad er brukt ordlyden «skal kreves tilbake» om feilutbetalinger, framfor ordlyden «kan» kreves tilbake, som er brukt i tilsvarende bestemmelse i Folketrygdlovens § 22–15 (Ibid, side 29). Verdich problematiserer hvorvidt det er rimelig å ikke åpne for at tilbakebetalingskrav kan reduseres eller frafalles i saker der feilutbetaling skyldes særlige omstendigheter. Det kan for eksempel være at feilen skyldes manglende oppfølging av veiledningsplikten fra NAVs side. Verdich innvender at målgruppen for stønaden er personer som ofte har begrensede norskkunnskaper og kan ha særlige utfordringer med å navigere i regelverket grunnet sykdom og høy alder. Dette taler for at mottakerne av supplerende stønad ikke burde ha svakere mulighet enn mottakere av trygdeytelser har, når det kommer til å vurdere rimeligheten av et tilbakebetalingskrav. Han påpeker at lovgiver har ønsket å slå hardt ned på misbruk av ordningen, men hevder at å slå ned på forsettlig svindel er fullt mulig selv om man åpner for at det i noen saker gjøres en vurdering av om det er rimelig å kreve full tilbakebetaling.

I intervjuene framkommer det at mange av kvinnene synes det er vanskelig å forstå informasjonen som framkommer på NAVs hjemmesider, samt at de har problemer med å få tilstrekkelig informasjon fra NAV over telefon eller ved oppmøte. En kvinne beskriver for eksempel hvordan det tok to år fra mannen flyttet inn på sykehjem før hun ble registrert som enslig og følgelig fikk en høyere sats i utbetalt stønad. Kvinnen var riktig nok fornøyd med at det var NAV som til slutt informerte henne om at hun kunne ha krav på en høyere sats, men hun fikk likevel ikke tilbakebetalt stønaden for de to forrige årene hun ikke hadde fått stønad som enslig, selv om hun kunne bevise at mannen bodde på institusjon. Dette er i tråd med regelverket. Det følger av lov om supplerende stønad at man ikke kan få tilbakebetalt stønad for lengre enn tre måneder tilbake i tid selv om feilen skyldes at NAV ikke har fulgt opp veiledningsplikten:

«Etterbetaling av supplerende stønad kan ikke gis for mer enn tre måneder forut for måneden da kravet blir framsatt.» (§ 11 fjerde ledd)

[...]

«Det er ikke åpnet for utvidet etterbetaling selv om det er feil i NAVs behandling som er årsaken til at ytelser ikke er gitt tidligere, jf. Innst. O. nr. 56 (2004-2005) punkt 6.1.3 andre avsnitt. (§ 11 fjerde ledd)» (NAV – Arbeids- og velferdsetaten, 2005).

Man kan spørre seg om det er rimelig at mottakere av supplerende stønad, skal måtte betale tilbake enhver ytelse som er mottatt for mye, mens NAV ikke etterbetaler stønad man skulle ha hatt krav på, selv når det er NAV som er årsaken til at ytelsen ikke er utbetalt.

Svake pensjonsrettigheter og kontrolltiltak kan forsterke utenforskap og svekke tillit

Kan hende kan de strenge kontrolltiltakene og de svake pensjonsrettighetene også påvirke minoritetskvinnenes opplevelse av utenforskap. En av kvinnene som blir intervjuet gir uttrykk for dette:

Det er sånne forskjeller som følger våre liv som minoritet. Selv om jeg klarer meg, selv om jeg har hele tiden takk og lov, funnet en utvei. Men det tar på hjertet at man ikke... jeg betaler min skatt, jeg har vært i jobb, og likevel er det ikke samme sak. [...] Du tenker kanskje at jeg klager så mye, men det er virkeligheten, og jeg vil at du skal vite det. Man rammes hele tiden av å være minoritet.

Det ser ut til at kvinnen opplever at de svake pensjonsrettighetene forsterker hennes opplevelse av å være en annenrangs borger. I artikkelen «Older immigrant women and healthcare services - a case of injustice», gjengitt i del II, beskriver Sanjana Arora hvordan enkelte av informantene hennes opplever at de ikke blir anerkjent som pålitelige formidlere av innsikt om egen helse og egne opplevde symptomer i møte med egen fastlege. Arora knytter denne opplevelsen til eksisterende negative stereotyper av innvandrere om at de har lavere smerteterskel og at de blir ansett som misbrukere av velferdsordninger. Arora problematiserer hvordan slike opplevelser kan svekke minoritetskvinnens tillit til helse-tjenesten og kan styrke barrierene minoritetskvinner har for å benytte seg av nødvendig helsehjelp. Det er en fare

for at opplevelser av å bli negativt forskjellsbehandlet når det kommer til pensjonsrettigheter, kan bidra til å ytterligere svekke minoriteters tillit til offentlige institusjoner generelt.

Supplerende stønad tilsvarer ikke en garantipensjon

I Verdich sin masteroppgave viser han ikke bare at mottakere av supplerende stønad er underlagt flere kontrolltiltak enn det mottakere av pensjon fra folketrygden er. Han viser også at det er andre forskjeller mellom ytelsene. Blant annet trekker han fram hvordan lov om supplerende stønad fastsetter at ytelsen bortfaller om man bor midlertidig på en institusjon, som sykehjem, fengsel eller sykehus.² Han påpeker at dette står i kontrast til folketrygdens bestemmelser om institusjonsopphold, hvor hovedregelen er at ytelsene vil bli redusert og ikke bortfalle dersom man blir innlagt midlertidig på institusjon. Bortfall av supplerende stønad skal skje uavhengig av om det for eksempel kreves at man betaler egenandel for å bo på institusjonene, slik man vanligvis må om man for eksempel bor på et sykehjem. Ytelsen faller også bort uavhengig av om man har løpende utgifter til bolig, strøm og lignende utenfor institusjonen (Verdich, 2023, s. 27). Denne forskjellen viser igjen at mottakere av supplerende stønad har langt svakere rettigheter enn mottakere av ordinær garantipensjon, på tross av at de i utgangspunktet skal sikres lik inntekt.

For pårørende vil dokumentasjonskravene medføre at det blir vanskeligere å bistå med å håndtere økonomien til et familiemedlem, da inntekten er mer vekslende, og kan endres om for eksempel et voksent barn flytter inn hos sin forelder for en periode eller falle bort ved et institusjonsopphold. Dette kan også medføre at pårørende er tvunget til å betale for foreldres husleie eller andre utgifter de ikke klarer å dekke på grunn av bortfallet av den supplerende stønaden. Dokumentasjonskravene kan føre til at enkelte unnlater å søke om ytelsen i det hele tatt fordi de ikke makter rapporteringskravene som følger med.

² Ytelsen betales ut inneværende og påfølgende måned etter innleggelse, deretter vil den bortfalle.

«Det er en fare for at opplevelser av å bli negativt forskjellsbehandlet når det kommer til pensjonsrettigheter, kan bidra til å ytterligere svekke minoriteters tillit til offentlige institusjoner generelt.»»

Den mest avgjørende forskjellen mellom supplerende stønad og ordinær garantipensjon er at supplerende stønad er behovsprøvd mot all annen inntekt. Som beskrevet i kapittelet om innvandreres pensjonsrettigheter i del II, innebærer det for eksempel at en person med en ektefelle med høyere pensjon enn garantipensjon vil få mindre eller ingen supplerende stønad, og det å jobbe ved siden av pensjonen vil bety redusert stønad, og om man kanskje har en fritidsbolig i sitt opprinnelsesland vil denne måtte selges før man vil kunne ha krav på ytelsen. En ordinær garantipensjon er til sammenlikning ikke behovsprøvd, og er følgelig noe alle innbyggere i Norge har krav på så lenge de har bodd 40 år i Norge før pensjonsalder, uavhengig av om man har vært i jobb, og uavhengig av størrelsen på din eller din ektefelles øvrige inntekt eller formue.

Om man hadde gitt alle innbyggere i Norge rett til en full garantipensjonsytelse fra folketrygden ville man sikre at også eldre minoriteter får den grunnleggende tryggheten det er å kunne betale for boutgifter, mat og medisiner. Skal man sikre alle innbyggere i Norge en likeverdig alderdom må dette være det første og mest avgjørende grepet å begynne med.

DIGITALISERING FØRER TIL AVHENGIGHET AV PÅRØRENDE OG ØKT SÅRBARHET

En annen utfordring som flere av minoritetskvinnene trekker fram, er digitaliseringen av tjenester. Det kommer fram i undersøkelsen at mange av kvinnene allerede er avhengig av mye hjelp fra egne barn i hverdagen, på tross av at de enda ikke har nådd pensjonsalder. Digitaliseringen bidrar til at mange hverdagslige gjøremål som betaling av regninger og dialog med helsetjenesten er noe kvinnene må få hjelp til av egne barn. Mange eldre i majoritetsbefolkningen er også avhengig av digital hjelp, men ofte i et mindre omfang enn eldre med minoritetsbakgrunn, i og med at språkbarrierer kombinert med svake digitale ferdigheter forsterker det digitale utenforskapet blant minoriteter. En faktor som også forsterker hjelpebehovet til mange eldre med minoritetsbakgrunn, er nettopp at pensjonssystemet er bygget opp på en måte som gjør mange avhengig av behovsprøvde ytelser som de ikke klarer å søke om på egenhånd.

Selv om det finnes mange lokale tilbud om digital hjelp og støtte, er det begrensede muligheter til å få hjelp med digitale søknader til NAV eller henvendelser til helsetjenester på grunn av personvern og sikkerhetshensyn. Ser man for eksempel på Digihjelpen-prosjektets³ anbefaling til kommuner som skal etablere veiledningstilbud i grunnleggende digital kompetanse, framgår det at det å «fylle ut søknader» ikke inngår i veiledningstjenesten:

Veiledningstilbudet bør generelt sett ikke bestå av konkret saksbehandling, det vil si at veileder bistår enkeltindivider med å fylle ut søknader, klage på vedtak, betale regninger osv. Dette innebærer at de ansatte i den kommunale veiledningstjenesten heller ikke kan sende inn søknader på vegne av enkeltpersoner [...] slik bistand kan være utfordrende med tanke på sikkerhet og personvernensyn. (ks.no, 2024).

Offentlige tjenester som har digitalisert sine tjenester har en veiledningsplikt overfor publikum, men dette innebærer svært ofte bare generell informasjon over telefon.

3 Digihjelpen-prosjektet er drevet av KS og KDD



Selv om det finnes mange lokale tilbud om digital hjelp og støtte, er det begrensede muligheter til å få hjelp med digitale søknader til NAV eller henvendelser til helsetjenester på grunn av personvern og sikkerhetshensyn.

MiRA-Senteret erfarer daglig å bli kontaktet av kvinner med svake språkferdigheter og svak digital kompetanse, som forteller at de ikke får til å fylle ut søknadsskjemaer eller sende inn nødvendig dokumentasjon til en offentlig instans, og at de ikke har fått hjelp til dette av det offentlige kontoret. Det at det er begrensede mulighet til å få hjelp med digitale søknader og tjenester fra offentlige instanser eller tilgjengelige hjelpe-tjenester, gjør at mange blir prisgitt den hjelpen de kan få gjennom eget nettverk. Dette medfører at mange pårørende må utføre mye praktisk digital hjelp for sine nærmeste. Det medfører også at eldre settes i en svært sårbar situasjon med tanke på økonomisk utnyttning eller neglisjering. Ved å låne ut egen bank-ID til familiemedlemmer for å få hjelp med digitale tjenester, vil de kunne risikere at bank-ID'en misbrukes til å overføre penger, ta opp lån eller foreta kjøp i deres navn uten at de er klar over det. Mange kan også gå glipp av ytelser og tjenester de har behov for å kunne hatt krav på fordi de ikke klarer å søke.

Det er ingen av de intervjuede kvinnene som selv forteller at de har opplevd økonomisk utnyttning eller forsømmelse fra familiemedlemmer. Men dette er noe vi på MiRA-Senteret har erfaring med at forekommer. Som det framgår av Anja Botngårds artikkel «Vold, overgrep og omsorgssvikt mot eldre» er både avhengighet av voldsutøver og en høy omsorgsbelastning faktorer som kan forsterke utsatthet for vold og utnyttning. I kapittelet «Mindre enn minstepensjon - om eldre innvandreres pensjonsrettigheter» beskrives det nærmere hvordan svak økonomi og avhengighet av andre familiemedlemmer for å søke om nødvendige behovsprøvde tjenester kan forsterke risikoen for vold i nære relasjoner. Det er viktig at dette tas i betraktning når man vurderer hvorvidt dagens pensjonssystem tilrettelegger for en likeverdig og trygg alderdom for alle.

I tillegg til å sikre alle en pensjon det er mulig å leve av, er det nødvendig å gjøre tiltak som fører til at veiledningsplikten etterleves på en helt annen måte enn det den gjør i dag. Det at offentlige tjenester er digitalisert, har bidratt til å lette arbeidet for mange offentlige instanser. Noe av den arbeidskapasiteten som er frigjort av digitaliseringen må anvendes på å sikre at ikke-digitale brukere får en reell tilgang på de samme tjenestene som andre innbyggere. Det vil si at NAV og

andre offentlige instanser må bygge ut kapasiteten i den grad at de har kapasitet til å hjelpe til med å fylle ut skjemaer og framskaffe dokumentasjon for de som ikke klarer det selv. Det vil ha avgjørende betydning både for trygghet og sikkerhet til eldre minoritetskvinner og andre med svake digitale ferdigheter, og det vil være av stor betydning for å avlaste pårørende.

TILRETTELEGGING OG IVARETAKELSE AV SPRÅKLIGE, KULTURELLE OG ÅNDELIGE BEHOV VED OMSORGS- OG AKTIVITETSTILBUD

Når det kommer til spørsmålet om hvordan offentlige omsorg- og aktivitetstilbud kan tilrettelegges for at minoritetskvinner skal få en likeverdig alderdom, trekker kvinnene fram ulike ønsker og bekymringer de har angående tilbudet til både hjemmeboende eldre og eldre på sykehjem. På tross av bekymringer er de fleste av kvinnene åpne for at det å flytte på sykehjem kan bli nødvendig når de blir pleietrengende. Mange forteller at sykehjem var noe de ikke kjente til da de først kom til Norge, men at de har en mer åpen holdning til bruk av sykehjem nå. Noen er imidlertid bekymret for hvordan bruk av sykehjem vil bli oppfattet av slekt i deres opprinnelsesland.

«Reconsidering Paradise» i et kvinneperspektiv?

Temaet familiebasert omsorg versus offentlig omsorg er et tema som har vært sentralt i en rekke studier av eldre minoritetsgrupper. I den tidligere nevnte artikkelen av Johannessen, Steen og Hallandvik: *Hvilke ønsker har eldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn for sin alderdom i Norge* (Johannessen et al., 2013) beskrives det også hvordan informantene opplever bruk av sykehjem som fremmed, og at mange av informantene forventer at deres familiemedlemmer skal ta vare på dem når de blir eldre og hjelpetrengende. Samtidig er det en del av informantene som forsoner seg med at det kan være vanskelig å realisere familiebasert omsorg for pleietrengende eldre i Norge på grunn av livsstilen her.

Johannessen, Steen og Hallandvik fortolker denne prosessen fra å fastholde hjemlandets kulturelle idealer om familiebasert eldreomsorg til å tilpasse seg det norske systemet i lys av en modell utviklet av Chian-Hanisko. Chian-Hanisko har studert eldre asiatiske

innvandrere som flyttet til sine barn i USA, og beskriver hvordan de gjennomgår en prosess i tre trinn som betegnes med begrepene: «Seeking Paradise, Loosing Paradise and Reconsidering Paradise». Artikkelforfatterne beskriver hvordan respondentenes tilpasninger til sin livssituasjon i Norge kan beskrives som «reconsidering paradise», altså at respondentene har redefinert sine idealer om en god alderdom i møte med en annen kultur (Johannessen et al., 2013, s. 77). Kan hende tyder funnene fra MiRA-Senterets undersøkelse på at kvinnene som her blir intervjuet har kommet enda lengre i prosessen med å «reconsider paradise». I artikkelen til Johannessen, Steen og Hallandvik beskrives det for eksempel hvordan enkelte av informantene selv aktivt minner sine egne barn om plikten de har til å ta vare på sine foreldre, noe ingen av kvinnene i MiRA-Senterets undersøkelse forteller om. Tvert imot nevner et par av kvinnene at deres barn sier de skal ta vare på dem som gamle, men at de selv er innstilt på at sykehjem kan bli nødvendig. Enkelte av informantene i MiRA-Senterets undersøkelse framhever også hvordan et offentlig omsorgstilbud muliggjør en mer selvstendig livsstil for kvinner enn det de ville ha hatt i sitt opprinnelsesland, og at dette er noe som bidrar til at de ikke vil reise tilbake.

Den noe mer positive holdningen til bruk av offentlige tjenestetilbud kan ha sammenheng med at det er gått mer enn ti år siden undersøkelsen til Johannessen, Steen og Hallandvik ble gjennomført. Forskjellene i funnene kan også skyldes tilfeldige forskjeller da det

er små utvalg som ligger til grunn for begge undersøkelsene. Det er imidlertid også en mulighet for at noe av forskjellene i holdningene som kommer til uttrykk i undersøkelsene har å gjøre med at det bare er kvinner som er intervjuet i MiRA-Senterets undersøkelse. Deres erfaringer med å selv inneha store omsorgsforpliktelser for egne familiemedlemmer, kan kanskje bidra til å gi dem større innsikt enn menn har i hvor krevende det kan være å kombinere jobb og store omsorgsforpliktelser i Norge i dag. Kan hende har også den positive beskrivelsen av hvordan velferdsstaten og offentlige omsorgstilbud muliggjør en selvstendig livsstil være preget av at de selv har erfart å ha en mindre selvstendig livsstil i eget opprinnelsesland.

Familiebasert omsorg – kun realistisk om pårørende-belastningen ikke bli for stor

Artikkelforfatterne Johannessen, Steen og Hallandvik spør seg om idealet om familiebasert omsorg til eldre er et overgangsfenomen som gradvis vil forsvinne i møte med et vestlig samfunn, eller om familieomsorg også kan sees på som fremtidsrettet, forutsatt at man finner modeller for samarbeid med den offentlige eldreomsorgen (Johannessen et al., 2013, s. 77). I lys av at Regjeringens siste eldrereform, «Bo trygt hjemme-reformen», har som overordnet målsetning å legge til rette for at flest mulig kan bo lengst mulig hjemme, kan det synes som om familieomsorg ikke er et overgangsfenomen, men noe vi er avhengig av at flere etterstreber også i majoritetsbefolkningen. Beskrivelsene informantene i MiRA-Senterets undersøkelse gir av egen hverdag, kan bidra til å kaste lys over hvordan man kan tilrettelegge for at eldre minoritetskvinner kan sikres en verdig alderdom om de blir boende hjemme. Et moment som vil kunne påvirke hvorvidt eldre minoritetskvinner vil kunne bli boende hjemme, er at belastningen dette vil kreve av pårørende, ikke blir uoverkommelig. Som jeg redegjorde for innledningsvis finner LOGG studien at det å pleie eldre familiemedlemmer hjemme får negativt utslag på målinger av kvinners livskvalitet. Det å begrense belastningen pleietrengende eldre påfører sine pårørende, vil følgelig være særlig viktig ut ifra et kvinneperspektiv, og for å oppfylle målsetningen om å sikre minoritetskvinnens deltakelse i arbeidslivet. Som

«Tvert imot nevner et par av kvinnene at deres barn sier de skal ta vare på dem som gamle, men at de selv er innstilt på at sykehjem kan bli nødvendig.»

nevnt vil det å sikre alle eldre retten til en stabil og trygg minsteinntekt være ett viktig grep, også for å avlaste pårørende fra å jevnlig måtte søke om ytelser for sine eldre familiemedlemmer. I tillegg vil det å legge til rette for at hjelpetjenester og aktivitetstilbud imøtekommer eldre minoritetskvinnens behov være avgjørende. Hvilke behov informantene trakk fram, vil i det følgende bli presentert.

Språk og alderdom – å kunne formidle egne behov er avgjørende for å unngå feilbehandling

Kvinnene som blir intervjuet kan alle gjøre seg greit forstått på norsk og flere nevner at de aktivt jobber for å øve seg i norsk ved å delta i foreninger eller lese avis på norsk. Likevel påpeker flere av dem at de er bekymret for at de ikke skal klare å formidle egne behov når de blir eldre og syke. En forklarer at selv om hun behersker godt nok norsk til å klare seg bra i hverdagen, er hun avhengig av å bruke tolk når hun er på sykehus eller hos lege, siden sykdom og stress kan gjøre at hun ikke klarer å snakke like godt norsk og dermed ikke får formidlet hvilke symptomer hun har. Flere av de andre kvinnene trekker også fram at alderdom og demens kan gjøre at de glemmer norsk i framtiden, og at de derfor ønsker at det kunne lages egne sykehjem der ansatte og beboere snakket samme språk.

Utfordringen med at innvandrere og minoriteter kan miste tillærte språk på grunn av demens, er et kjent faktum som er tatt opp av flere. Pasient- og brukerombud i Vestfold, Torunn Grinvoll, tar opp problemstillingen i artikkelen *Innvandrere med demens glemmer norsk språk* (Ellefsen, 2019). Der uttrykker hun bekymring for at språkutfordringer kan medføre feilbehandling. Nå viser riktig nok flere nyere studier om flerspråklighet og demens at flerspråklige kan være bedre beskyttet mot demens enn andre. Studier viser nemlig at det å benytte flere språk i det daglige stimulerer hjernen på en måte som utsetter demenssykdom (Løkkeberg-Eek, 2023). Likevel er det ikke tvil om at flere eldre innvandrere fører til at eldreomsorgen må forberede seg på hvordan de kan tilrettelegge for personer som ikke behersker norsk. Og selv om flerspråklighet kan bremse utvikling av demens, vil også flerspråklige bli demente, og etter hvert miste tillærte språk. Det er følgelig ikke tilstrekkelig å

«Flere av de andre kvinnene trekker også fram at alderdom og demens kan gjøre at de glemmer norsk i framtiden, og at de derfor ønsker at det kunne lages egne sykehjem der ansatte og beboere snakket samme språk.»

alene løse utfordringer med manglende norskferdigheter hos eldre gjennom mer satsning på norskopplæring av innvandrere.

I «Bo hjemme»-reformen trekkes det som tidligere nevnt også fram at minoriteter med andre morsmål enn norsk kan miste sine norskkunnskaper som følge av demens. Der vises det i den forbindelse til tolkeloven og påbudet om å bruke kvalifisert tolk. Det gis imidlertid ingen nærmere utdypning av hvordan språkutfordringer skal løses i hverdagen for minoriteter med daglige omsorgsbehov fra hjemmetjenesten eller på institusjon, og i hvilket omfang pasienter vil kunne bruke tolk. For å sikre at eldre med et annet morsmål enn norsk får ivarettatt sine behov, er det avgjørende at det utarbeides retningslinjer som gir klare føringer for hvordan omsorgsinstitusjonene skal tilrettelegge for at alle eldre uavhengig av norskferdigheter, kan uttrykke sine behov på språket de behersker, samt sikres informasjon på et språk de forstår.

Tradisjonsmat og religiøse matskikker – helsefremmende tilrettelegging?

Et tema som mange av kvinnene i intervjuene selv trekker fram som viktig for egen livskvalitet, er mat. En av kvinnene forteller hvordan hun selv hver dag lager mat til sin pleietrengende søster slik at hun skal få sunn

hjemmelaget mat hun er vant med, og flere av kvinnene forteller at de bekymrer seg for maten de vil få om de må flytte på sykehjem. Selv om kvinnene primært legger vekt på at det vil være vanskelig å opprettholde egne matvaner på et sykehjem, vil også maten som tilbys via hjemlevering til hjemmeboende eldre, kunne påvirke hvor omfattende omsorgsoppgaver som faller på pårørende. I artikkelen til Riemsdijk og Hierofani som er gjengitt i del II, beskrives det hvordan det å ha en annen matkultur enn majoritetsbefolkningen, samtidig som man har svake språkferdigheter, kan bidra til at man velger bort offentlige omsorgstilbud og heller velger å utføre omsorgsoppgaver for egne familiemedlemmer selv. I MiRA-Senterets undersøkelse oppgir informantene både religiøse, kulturelle og helsemessige forklaringer på hvorfor de er kritiske til mattilbudet i offentlig eldreomsorg. I Regjeringens kvalitetsreform *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017–2018), som ble lagt fram i 2018, er det å tilby bedre og mer variert mattilbud ett av satsningsområdene. Som beskrevet innledningsvis, skal det legges større vekt på kvalitet og valgfrihet, og det framheves at tradisjonsmat og kjente smaker har vist seg å gi gode måltidsopplevelser. Det sies også at målsetningen for tiltakene er «at den enkelte får ivaretatt sine fysiologiske, psykososiale og kulturelle behov, og samtidig gitt mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner.» Det er uvisst i hvilken grad disse målsetningene er realisert i praksis rundt om i Norge, men MiRA-Senterets undersøkelse viser at det å realisere denne målsetningen kan være et viktig bidrag for å bygge ned barrierene mot offentlige tjenestetilbud, både for hjemmeboende eldre og eldre på institusjon.

I artikkelen til Koochek, som ble presentert på MiRA-Senterets nasjonalkonferanse, og som er gjengitt i denne rapporten, beskriver hun hvordan det å bevare positive sider ved opprinnelseslandets kultur og matvaner kan ha en viktig helsebringende effekt. Hun refererer til flere studier som dokumenterer hvordan migranter som endrer sine matvaner etter migrasjon får svekket helse og større risiko for kroniske sykdommer. Hun beskriver hvordan eldre kvinnelige migranter i enda større grad enn menn får svekket helse etter migrasjon. I lys av psykologen John W. Berrys sin modell for å beskrive ulike kulturtilpasningsstrategier, påpeker hun

også at for å sikre en sunn aldring er det viktig å støtte opp om en integreringsstrategi der man bevarer sunne matvaner samtidig som man tilrettelegger for aktiv deltakelse i lokalsamfunnet for å forebygge marginalisering og passivitet. Forskningen Koochek trekker fram, taler følgelig også for å lytte til kvinnenes ønsker om sunn mat laget fra bunn og i tråd med opprinnelseslandets tradisjoner.

Religionsutøvelse – mer enn eksistensielle samtaler

Mat kan også være et sentralt element ved feiringer av religiøse eller kulturelle høytidstradisjoner. En av kvinnene i MiRA-Senterets undersøkelse trekker for eksempel fram hvordan det «å sitte ved et fest-pyntet bord», og få gjenoppleve tradisjoner man er oppvokst med, kan ha stor betydning for den enkeltes mentale helse. Kvinnen beskriver det som vanskelig å etterspørre den type tilrettelegging selv. Regjeringen har, som nevnt innledningsvis, vedtatt at helse og omsorgstjenestene er pliktige til å tilrettelegge for at den enkeltes kulturelle og åndelige behov blir ivaretatt i samarbeid med pårørende og lokale livssynsorganisasjoner. Anne Sender, spesialrådgiver i Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, beskriver imidlertid i en artikkel i *Vårt Land* 14. juli 2020 (Sender, 2020) hvordan denne retten blir mangelfullt fulgt opp i praksis. Hun beskriver hvordan det mange steder kun er den etablerte prestatetjenesten fra Den norske kirke som i praksis har et etablert samarbeid med helse- og omsorgsinstitusjonene, og at det er vanskelig for andre religion- og livssynssamfunn å få innpass i denne sektoren. Hun skriver at noen kommuner tilbyr dekning av utgifter til innkalte samtalepartnere fra ikke-kristne miljø, men at de færreste sykehjemsbestyrere er klar over dette og at det derfor er et stort underforbruk. Likeledes beskriver hun hvordan Samtaletjenesten ved Oslo Universitetssykehus består av ressurspersoner med ulike kulturer, språk og livssyn, som kan tilkalles når en pasient har behov for eksistensiell samtalepartner. Men heller ikke denne tjenesten benyttes mye, på grunn av manglende kjennskap til tilbudet.

Når man skal tilrettelegge for at brukere ved omsorgsinstitusjoner får ivaretatt sin rett til tros- og livssynsutøvelse er det viktig å lytte til hva den enkelte selv anser som viktige elementer ved egen religionsutøvelse.



Når man skal tilrettelegge for at brukere ved omsorgsinstitusjoner får ivaretatt sin rett til tros- og livssynsutøvelse er det viktig å lytte til hva den enkelte selv anser som viktige elementer ved egen religionsutøvelse.

Kvinnene i MiRA-Senterets undersøkelse nevner egne religiøse behov ved en rekke anledninger og flere av kvinnene oppgir at de er bekymret for om de får videreført sin religion om de må på sykehjem. En kvinne påpeker for eksempel at det er avgjørende at de ansatte har nok kulturell kompetanse til å kunne forstå at for en religiøs kvinne kan det å få på hijab før man går ut i fellesarealet på sykehjemmet være svært viktig. Andre trekker fram behovet for å spise halal-mat, behovet for å være i egne kvinnegrupper, samt ønsket om å markere religiøse høytider. De trekker imidlertid ikke fram behovet for eksistensielle samtaler, selv om det i Verdighetsgarantien, kun er denne formen for «religiøs praksis» som eksplisitt er uttrykt som noe man skal sikre alle en rett til. Når man har en lang tradisjon for å legge til rette for religiøse behov blant eldre på institusjoner ved å samarbeide med Den norske kirke, kan det hende at man fort tilrettelegger for en religionsutøvelse etter samme mønster når man skal tilrettelegge for religionsutøvelse for personer tilknyttet andre religioner. I andre religioner kan imidlertid religiøs praksis i form av bønn, faste og religiøse ritualer være vel så sentrale uttrykk for religionsutøvelse som eksistensielle samtaler. Man kan selvfølgelig ikke etterkomme alle ønsker om religiøs tilrettelegging, men det er likevel viktig å ha en åpen holdning til hva man forstår med religionsutøvelse om man skal tilrettelegge for at brukere ved omsorgsinstitusjoner får ivaretatt sin rett til tros- og livssynsutøvelse.

«En kvinne påpeker for eksempel at det er avgjørende at de ansatte har nok kulturell kompetanse til å kunne forstå at for en religiøs kvinne kan det å få på hijab før man går ut i fellesarealet på sykehjemmet være svært viktig.»

Religion og ønsket om kjønnsdeling

Som nevnt er flere av kvinnene bekymret for kjønnsblending på sykehjem og aktivitetstilbud for eldre. Ønsket om kjønnsdelte tilbud begrunnes blant annet ved å vise til religion. En kvinne sier for eksempel: «Du vet, vi er muslimer og vi bruker hijab. Jeg hadde likt hvis vi kunne få et sykehjem bare for damer». Kvinnene begrunner også ønsket om kvinnegrupper med å vise til egen opplevelse av å være ukomfortabel i kjønnsblandede grupper, og at det er lettere å bli kjent i rene kvinnefellesskap. En kvinne forklarer for eksempel hvordan hun ikke kjente seg fri til å le og få utløp for følelser når hun deltok på trening der det var menn til stede. En annen kvinne trekker fram hvordan det hadde vært lettere å bli kjent med andre på eldresenteret om det bare hadde vært kvinner der. Flere kvinner forteller også om at de opplever det som galt å måtte bli stelt av en mannlig pleier. I NOVA Rapporten Eldre innvandrere og organisasjoner fra 2010 (Annaniassen & Kristiansen, 2010, s. 71) beskrives liknende funn. I rapporten intervjues representanter for ulike innvandrersorganisasjoner, der flere gir uttrykk for at kvinner har behov for å kunne samles uten menn. Dette begrunnes med at de har behov for et «fristed» og mulighet til å kunne «snakke fritt om kvinneting».

I hvilken grad man i hjemmesykepleien eller ved sykehjem i dag etterkommer ønsket om å få stell av en pleier av samme kjønn er varierende og henger trolig sammen med omsorgstjenestens kapasitet. Villigheten til å tilpasse seg denne type ønsker kan også preges av holdninger blant ansatte i hjemmetjenesten og på hvilken måte man fortolker et slikt ønske. Det at mange av kvinnene selv beskriver ønsket som nært knyttet til egen religion, gjør det nødvendig å overveie hvordan offentlige omsorgstilbud skal forholde seg til denne type religiøse normer. Er denne type ønsker noe som inngår i det å legge til rette for den enkeltes religionsutøvelse? Eller handler dette om levevaner som ikke er mulig å legge til rette for? Det vil være fornuftig om man utarbeider noen felles retningslinjer for hvordan omsorgstjenesten skal forholde seg til denne type ønsker, i og med at det kan bli vanligere problemstilling ettersom andelen eldre med innvandrerbakgrunn vil øke framover. Det vil også være viktig at man er spesielt oppmerksom på at for noen kan ønsket om kvinnelig pleier kunne henge

sammen med overgrep- og voldserfaringer, noe det er spesielt viktig at tas hensyn til.

Aktivitetstilbud for eldre – styrkende eller segregerende med spissede tilbud?

Om kjønnsdelte grupper er noe eldresentre eller andre aktivitetstilbud for eldre skal imøtekomme er også et spørsmål om både ressurser og verdier. Intervjuene med ledere av ulike eldresentre i Oslo viser at flere av lederne begrunnet valget om å ikke ha kjønnsblandede grupper ut ifra deres tanker om integrering og hva målet med eldresentrene skal være. Flere av lederne var opptatt av at aktivitetene ved eldresentrene skulle fremme integrering på tvers av grupper, både når det kom til kjønn og etnisitet. Én leder ved et eldresenter som tidligere hadde hatt enkelte aktiviteter i kjønnsdelte grupper, oppga at de nå hadde avvirket disse gruppene. Hun sa at avviklingen først og fremst skyldtes at de ikke hadde kapasitet til doble grupper. Men samtidig tilføyde hun som begrunnelse for avviklingen at hun mente bydelen burde tilrettelegge for møter på tvers av kulturer og etnisitet, og at det vil oppleves berikende for mange. Det framgikk av intervjuet at kvinnegruppene de hadde hatt tidligere først og fremst ble benyttet av kvinner med minoritetsbakgrunn. Da andelen brukere på senteret med minoritetsbakgrunn nå var høy (rundt 50% av brukerne totalt), ønsket de å profilere senteret som et senter åpent for både minoriteter og eldre med etnisk norsk bakgrunn. Dermed ønsket de ikke videreføre aktiviteter som primært retter seg mot minoriteter.

En leder ved et eldresenter med svært lav andel brukere med minoritetsbakgrunn argumenterte også imot å gjøre grep som spisser tilbudet mot visse grupper, noe hun beskrev som «det motsatte av integrering». Hun mente det er viktig å forebygge ensomhet, og at det kan være en høy terskel å oppsøke et eldresenter for veldig mange uavhengig av etnisitet. Men hun synes det er galt å spisse tilbud til bestemte grupper da dette forhindrer at man møtes på tvers av kulturer og etnisitet. Hun opplevde det som problematisk at det i deres bydel var et eget tiltak rettet mot minoriteter som primært ble brukt av minoritetsbefolkningen, mens eldresenteret nesten ikke fikk noen besøkende med minoritetsbakgrunn.

«Kvinnene begrunner også ønsket om kvinnegrupper med å vise til egen opplevelse av å være ukomfortabel i kjønnsblandede grupper, og at det er lettere å bli kjent i rene kvinnefellesskap.»

For de intervjuede kvinnene synes det som viktigere å få være i egne kvinnegrupper, enn å være i grupper med kvinner med samme etniske bakgrunn. Flere formidler imidlertid at de opplever en fremmedhet i sammenhenger der det primært er etnisk norske. En kvinne forklarer for eksempel hvordan nordmenn «liker å snakke om andre ting», mens en annen forklarer at «de norske damene» går på andre slags turer enn minoritetskvinner. En kvinne trekker også fram at hun tror mange er skeptisk til sykehjem fordi de ser at alle der «er lyse». Flere av kvinnene gir også uttrykk for at det å være sammen med personer med samme språk, religion og kultur oppleves styrkende. En kvinne forklarer for eksempel at kvinner med hennes kulturbakgrunn «liker å snakke mye» og at det å prate med disse kvinnene som hun deler språk og kultur med, gjør henne friskere. Når en annen kvinne får spørsmål om hva hun forbinder med en god alderdom, er det nettopp et planlagt møtested for personer fra hennes hjemland, det første hun trekker fram. Mange av minoritetskvinnene som blir intervjuet ønsker seg altså møtesteder og aktivitetstilbud der de kan møte andre kvinner med liknende bakgrunn som dem selv.

Integrering eller assimilering gjennom eldreomsorgen?

Om aktivitetstilbud som primært er rettet mot eller primært brukes av minoriteter er til hinder for integrering, avhenger av hvordan man definerer integrering. I artikkelen «En studie av to integreringstiltak og deres



« ... ensomhet er en særlig stor utfordring blant eldre minoriteter. Opprettelsen av flere spissede aktivitetstilbud rettet mot eldre minoriteter vil kunne være et viktig bidrag for å motvirke dette, samtidig som man vil kunne realisere målsetningen om at eldre skal få ivaretatt sine kulturelle behov. »

underliggende ideologi» drøfter førsteamanuensis Ariana Guilherme Fernandes hva som egentlig legges i begrepet integrering når det brukes i norsk integreringspolitikk (Fernandes, 2011). Fernandes skriver at «integrering» offisielt beskrives som en toveis prosess der både samfunnet og innvandrere må tilpasse seg for at innvandrere skal inkluderes i samfunnet. Hun beskriver at en slik forståelse av begrepet er utviklet som reaksjon mot assimileringspolitikken som dominerte i første halvdel av 1900-tallet. Hun beskriver hvordan assimileringspolitikken på 1900-tallet hadde som målsetning at minoriteter skulle overta majoritetssamfunnets kultur og verdier og endre normer og sosiale praksiser fra sin egen kultur. Det ble tatt i bruk vold, undertrykkelse og overgrep for å fremme en slik assimileringpolitikk, noe som gjør at assimilering normalt sett er tatt avstand fra i dagens samfunn. Fernandes beskriver hvordan integrering forstått som en toveis tilpasningsprosess bygger på multikulturalistiske idealer. Multikulturalisme brukes om minoritetspolitikk som framholder at kulturelt mangfold er et positivt gode for samfunnet, og der minoriteter tilkjennes rett til å bevare og vedlikeholde sin egen kulturelle identitet (Fernandes, 2011, s. 53ff).

Fernandes artikkel inngår i antologien «Multikulturell teori og flerkulturelle praksiser» (Bø, 2011). I antologien beskrives ut ifra ulike innfallsvinkler hvordan multikulturalismen er realisert i praktisk politikk. I introduksjonen omtales Canada som et eksempel på et land som mest aktivt har utformet en minoritetspolitikk i tråd med multikulturalistiske idealer. Blant annet har de både anerkjent minoriteters rett til å bevare egen kultur, i tillegg til å støtte opp om minoritetsgrupper økonomisk og organisatorisk for at de skal kunne bevare sin kultur og sitt språk. Den kanadiske filosofen Charles Taylor er en av de viktigste ideologene som har argumentert for en slik politikk der bevaring av minoriteters kulturer tilkjennes en egenverdi i seg selv (Bø, 2011, s. 13). Han hevder at det å anerkjenne verdien av minoriteters kulturelle identitet er viktig fordi det vil styrke minoriteters selvanerkjennelse. Det å bli inkludert i majoritetssamfunnet handler følgelig ikke bare om å komme i jobb og aktivitet, men å bli akseptert og anerkjent for den man er (Fernandes, 2011, s. 65). En annen sentral canadisk teoretiker innen multikulturalismen er Will Kymlicka. Kymlicka legger

også vekt på at minoriteter skal ha rett til å bevare egen kultur og språk, men er samtidig opptatt av at minoriteter plikter å lære seg majoritetssamfunnets språk. For Kymlicka er det å støtte opp om minoriteters kulturelle identitet ikke bare noe som har en egenverdi, men det er også en strategi for å lette minoriteters integrering i majoritetssamfunnet (Bø, 2011, s. 13).

Fernandes referer i sin artikkel til Taylor og Kymlicka og drøfter hvorvidt norsk integreringspolitikk i dag er preget av multikulturalismens idealer eller beveger seg mot en assimileringpolitikk. Fernandes refererer til ulike forskere som argumenterer for at mange vestlige liberale demokratier i dag er i ferd med å returnere til assimileringspolitikken, men da i en variant som ofte omtales med begrepet «tynn assimilering». «Tynn assimilering» brukes om politikk som er innrettet mot at minoriteter skal innlemmes i majoritetssamfunnet ved at minoritetene tilpasser seg kravene og normene i majoritetssamfunnet. Det stilles ikke krav om at minoriteter skal fullstendig oppgi sin kulturelle egenart, men fokus er på hvordan innvandrere selv kan tilpasse seg majoritetssamfunnets krav for å bli økonomisk selvstendige gjennom deltakelse på pliktige kurs og liknende. Til forskjell fra integreringsidealet er det altså ikke snakk om en to-veis prosess der både majoritetssamfunnet skal tilpasse seg minoritetenes behov, og minoritetene tilpasse seg majoritetssamfunnet, men en enveis forventning om at minoritetsbefolkningen må tilpasse seg majoritetssamfunnet (Fernandes, 2011, s. 54).

Fernandes undersøkelser bygger på en gjennomgang av argumentasjonen i Stortingsmeldinger og rundskriv som omhandler dels støtteordninger til frivillige innvandrersorganisasjoner og dels Stortingsmeldinger og rundskriv som omhandler introduksjonsprogrammet. Fernandes finner at Regjeringen anvender en retorikk som uttrykker multikulturalistiske idealer, men hevder at idealene ikke omsettes i praktisk politikk. Hun viser for eksempel hvordan kulturelt mangfold omtales som noe positivt for samfunnet, samtidig som integrering kun måles ut ifra hvorvidt innvandrere er aktivt deltakende i samfunnet gjennom jobb eller utdanning. Integreringstiltakene som gis økonomisk støtte er tiltak som skal stimulere innvandrere til å komme i jobb, mens det finnes få forskrifter som skal støtte opp om innvandreres

<<Lederen ved eldresenteret som hevdet at det er det motsatte av integrering når man spisser tilbud mot bestemte grupper, la vekt på at eldresenteret skulle tilrettelegge for møter mellom minoritetsbefolkningen og majoritetsbefolkningen.>>

behov for å opprettholde egen kultur. I støtteordninger til frivillige innvandrersorganisasjoner argumenteres det riktig nok for verdien av at innvandrere kan opprettholde sin kulturelle egenart, men det er organisasjonenes funksjon som tilrettelegger av integreringsprosessen inn i det norske samfunnet som vektlegges. I Rundskriv 03/09 (2009: 4) sies det eksplisitt at «Aktiviteter og tiltak som kun er rettet innad mot en bestemt gruppe eller miljø, og som ikke kommuniserer utad mot andre, skal normalt ikke gis støtte.» Fernandes påpeker også hvordan det overordnede målet i rundskrivet er at innvandrere skal involvere seg i frivillig arbeid, men at dette ikke nødvendigvis skal skje gjennom innvandrersorganisasjoner. Innvandreres selvorganisering er altså ikke noe som tillegges vekt. Det som vektlegges er at frivilligheten kan skape møteplasser mellom minoriteter og majoritetssamfunnet. Fernandes argumenterer altså for at en slik politikk kan omtales som tynn assimileringsspolitikk, og at politikken ikke reflekterer målsetningen om at kulturelt mangfold er verdifullt for samfunnet (Fernandes, 2011, s. 71f).

Når det kommer til spørsmålet om aktivitetstilbud som primært er rettet mot eller primært brukes av minoriteter er til hinder for integrering, så vil svaret på dette avhenge av om det å stimulere innvandrere til å vedlikeholde egen kultur og språk ansees å ha en

egenverdi. Lederen ved eldresenteret som hevdet at det er det motsatte av integrering når man spisser tilbud mot bestemte grupper, la vekt på at eldresenteret skulle tilrettelegge for møter mellom minoritetsbefolkningen og majoritetsbefolkningen. Det å tilrettelegge for slike møter, kan selvfølgelig være verdifullt. Det betyr imidlertid ikke at det nødvendigvis er problematisk eller til hinder for integreringen at det også etableres møteplasser og tilbud som har til formål at eldre innvandrere kan bevare, vedlikeholde og stimulere egen kultur og tradisjon. I Regjeringens planer for å møte den kommende eldrebølgen, slås det fast at kulturelle og åndelige behov skal bli ivarettatt i samsvar med den enkeltes ønske, bakgrunn og tilhørighet. Det framholdes også at man har rett til informasjon på et språk man forstår, samt tolkelovens krav om at det skal benyttes kvalifisert tolk. Det er også en målsetning at den enkelte skal få ivareta egne mattradisjoner og spisevaner.⁴ Disse målsetningene speiler en forståelse av integrering nettopp som en to-veis prosess som ikke bare består i at den enkelte minoritet må tilpasse seg storsamfunnet, men at også storsamfunnet skal tilrettelegge for inkludering. Det er imidlertid avgjørende at målsetningen konkretiseres i praktisk politikk. En slik konkretisering kommer ikke til uttrykk i de planene Regjeringen hittil har laget for å møte den kommende eldrebølgen. I planene beskrives tilretteleggingen primært som en form for individuell tilrettelegging som den enkelte omsorgsinstitusjon skal sikre at blir gjennomført. Men i og med at det å kunne bruke eget språk og markere høytidsdager eller tradisjoner er noe som gjøres i fellesskap med andre, vil en slik tilrettelegging vanskelig la seg gjennomføre individuelt.

Ivareta kulturelle behov gjennom etablert samarbeid med innvandrersorganisasjoner?

Man kunne tenkt seg at det å imøtekomme eldre minoriteters behov for å ivareta egen kultur er noe som kunne realiseres gjennom et tettere samarbeid

⁴ Viser til innledningskapittelet der regjeringens planer for en kommende eldrebølge gjennomgås, og der disse målsetningene framgår.

mellom innvandrersorganisasjoner og eldreomsorgen. Eventuelt kunne eldresentrene eller andre aktører innen frivilligheten utfordres til å etablere flere spissede tilbud rettet mot eldre minoriteter. Målsetningen for slike tilbud kunne da ha vært å bidra til å sikre at både hjemmeboende eldre, samt eldre minoriteter boende på institusjon kan få økt livskvalitet gjennom å få vedlikeholde egen kulturtradisjon og oppleve fellesskap med andre. Til forskjell fra mange andre integreringstiltak vil ikke det fremste målet ved denne type tilbud være å styrke minoriteters norskkompetanse eller fremme forståelse for majoritetssamfunnets verdier eller normer. Slike formål kan også være viktige og verdifulle, men om integrering skal innebære noe annet en assimilering må denne type tiltak suppleres med tiltak som viser i praksis at også minoriteters kulturtradisjon tilkjennes verdi.

Man kunne sett for seg at beboere på sykehjem, omsorgsboliger, eller hjemmeboende eldre regelmessig ble fraktet til en lokal innvandrersorganisasjon eller annen aktør som har spesiell språklig og kulturell kompetanse relatert til minoritetens kulturbakgrunn. Dette vil forutsette at de lokale organisasjonene får økonomisk støtte til å utvikle tilbud som tilpasses eldre, slik at tilbudet kan fungere som et slags dagsenter for de eldre som kommer på besøk. I de største byene finnes det allerede enkelte aktivitetstilbud innen frivilligheten som mange eldre minoriteter oppsøker, men disse er ikke spesielt tilrettelagt for eldre. Dette kan føre til at det kan være vanskelig å delta for en del etter hvert som de blir skrøpelige. Det er også begrensede tilbud rettet mot eldre minoriteter i mange deler av landet.

Det er selvfølgelig stor variasjon blant den eldre innvandrerbefolkningen i Norge når det kommer til kulturell tilhørighet, men man kunne likevel utviklet tilbud som var særlig innrettet mot å nå ut til eldre minoriteter. Noen steder hadde det vært befolkningsgrunnlag for tilbud til bestemte språkgrupper. Andre steder kunne man satset på mer internasjonale tilbud for eldre fra ulike land. Her kunne man hentet inspirasjon fra eldresentrene som i særlig grad har lyktes med å nå ut til eldre minoriteter. En av lederne ved et av eldresentrene i Oslo som hadde stor andel besøkende med minoritetsbakgrunn fortalte for eksempel hvordan de hadde hatt stor suksess med å mobilisere ressurser blant frivillige som selv hadde

minoritetsbakgrunn til å markere høytidstradisjoner fra eget hjemland. De hadde arrangert både persisk nyttår, Eid-fest og internasjonal fest, noe som var veldig populært blant brukere på tvers av nasjonaliteter. Man kunne også hente inspirasjon fra Karasjok undervisningssykehjem som blir beskrevet innledningsvis, og erfaringene de har bygget opp i forhold til å tilrettelegge for at eldre med minoritetsbakgrunn skal få oppleve at det å flytte på sykehjem eller omsorgsbolig ikke må innebære brudd med egen kulturbakgrunn.

Statistiske undersøkelser har som nevnt dokumentert at ensomhet er en særlig stor utfordring blant eldre minoriteter. Opprettelsen av flere spissede aktivitetstilbud rettet mot eldre minoriteter vil kunne være et viktig bidrag for å motvirke dette, samtidig som man vil kunne realisere målsetningen om at eldre skal få ivaretatt sine kulturelle behov. Eldre som kan lite norsk, eller mister norsken de har lært som følge av demens, vil kunne oppleve å få jevnlig stimulering gjennom å møte andre med samme bakgrunn og språk, og på denne måten bli mindre ensomme. Selv om eldre minoriteter som snakker lite norsk skal ha rett på informasjon på et språk de forstår, og at det derfor skal benyttes tolk under for eksempel legebesøk, vil ikke sykehjemsbeboere ha tolk tilgjengelig i hverdagen. Det å ha tilbud om jevnlig samvær med personer med samme språkbakgrunn vil kunne bøte på den ensomhetsfølelsen det kan medføre å ikke kunne bruke eget språk i hverdagen. Opprettelsen av flere spissede aktivitetstilbud rettet mot eldre minoriteter erstatter ikke behovet for kulturell kompetanse og tilrettelegging på sykehjem og i hjemmetjenesten, men vil kunne være ett bidrag til å realisere eldre minoriteters rett til å få ivaretatt sin kulturtradisjon.



For å sikre at alle innbyggere i Norge får en likeverdig alderdom må det første og mest avgjørende grepet være å gi alle innbyggere i Norge rett til en full garantipensjonsytelse fra folketrygden.

Ronklusjon

For å sikre at alle innbyggere i Norge får en likeverdig alderdom må det første og mest avgjørende grepet være å gi alle innbyggere i Norge rett til en full garantipensjonsytelse fra folketrygden. På den måten ville man sikre at også eldre minoriteter får den grunnleggende tryggheten det er å vite at man har en inntekt som dekker boutgifter, mat og medisiner. Det er ikke forsvarlig å la eldre være permanent avhengig av behovsprøvde ytelser, da det å følge opp søknader og dokumentasjonskrav som følger med slike ytelser er for krevende for mange når helsen blir svekket med alderen.¹

Et annet viktig tiltak som er avgjørende for at eldre minoriteter sikres de rettighetene de har krav på, er at NAV og andre offentlige instanser rustes opp slik at de har kapasitet til å følge opp veiledningsplikten i praksis. Dette er et viktig grep for å forhindre økonomisk utnyttelse, vold og forsømmelse av eldre. Spesielt viktig er dette for en del eldre minoritetskvinner som både har svake norsk ferdigheter, svake digitale ferdigheter og lite trening i å administrere egen økonomi. Dette vil også bidra til å avlaste pårørende og gjøre det lettere å kombinere jobb med oppfølging av eldre familiemedlemmer.

¹ Selv om man gir alle som er fast bosatt i Norge enn full garantipensjon, vil man fortsatt kunne stille krav om trygdetid i Norge før man innvilger personer rett til å få utbetalt alderspensjon fra folketrygden i utlandet. Allerede stilles det krav om at man ha minst 20 års trygdetid for å få utbetalt pensjon fra folketrygden i utlandet. Ved å beholde en slik regel vil man sørge for at ikke personer med bare noen få års botid i Norge i 60 årsalderen kan flytte ut av landet ved fylte 67 år og beholde garantipensjon fra Norge resten av livet.

I Regjeringens planer for den kommende eldrebølgen slås det fast at pleietrengende eldres språklige, kulturelle og åndelige behov skal bli ivaretatt i samsvar med deres ønsker, bakgrunn og tilhørighet. Å realisere en slik målsetning vil være viktig både for å forebygge ensomhet og for å sikre god livskvalitet blant eldre minoriteter. Målsetningen er i tråd med idealet om at kulturelt mangfold er et gode for samfunnet og at integrering er en toveis prosess som forutsetter gjensidig tilpasninger både fra majoritetssamfunnet og fra minoriteter. Om man skal kunne hevde at et slikt ideal er styrende for politikken må imidlertid idealet reflekteres i praktisk politikk og konkrete tiltak.

Det å bygge opp økt mangfoldskompetanse blant ansatte i hjemmesykepleien og ved omsorgsinstitusjonene er ett viktig grep for å ivareta kulturelle, språklige og åndelige behov blant eldre minoriteter. Det vil imidlertid ikke være tilstrekkelig med individuell tilrettelegging for at eldre minoriteter skal få ivaretatt sine språklige, kulturelle og åndelige behov, da det å vedlikeholde eget språk og kulturtradisjon er noe som gjøres i fellesskap med andre. Utvikling av spissede dagtilbud rettet mot eldre minoriteter er ett grep som kunne bidratt til at både hjemmeboende eldre og eldre på omsorgsinstitusjoner med liknende kulturbakgrunn kan møtes og vedlikeholde språk og tradisjonsfellesskap. Dette forutsetter økonomisk støtte til innvandrersorganisasjoner eller andre aktører innen frivilligheten som kan etablere slike tilbud, samt et tett samarbeid mellom disse aktørene og kommunale omsorgsinstitusjoner.

Ett annet tiltak som er viktig for å bygge ned barrierene mot offentlige tjenestetilbud, både for hjemmeboende eldre og eldre på institusjon, er å realisere

målsetningen om at den enkelte skal få mulighet til å ivareta egne mattradisjoner og spisevaner. Dette vil både kunne skape gode måltidsopplevelser, være helsefremmende og være et viktig grep for å ivareta den enkeltes rett til tros- og livssynsytelse da matskikker kan være en sentral del av den religiøse praksisen for enkelte.

Når man skal tilrettelegge for at brukere ved omsorgsinstitusjoner får ivaretatt sin rett til tros- og livssynsytelse er det viktig å lytte til hva den enkelte selv anser som viktige elementer ved egen religionsytelse. Når man har en lang tradisjon for å legge til rette for religiøse behov blant eldre på institusjoner ved å samarbeide med Den norske kirke, kan det hende at man fort tilrettelegger for en religionsytelse etter samme mønster når man skal tilrettelegge for religionsytelse for personer tilknyttet andre religioner. I andre religioner kan imidlertid religiøs praksis i form av matskikker, bekledning og religiøse ritualer være vel så sentrale uttrykk for religionsytelse som eksistensielle samtaler. Dette må omsorgsinstitusjonene være oppmerksomme på.

REFERANSER

Annaniassen, E. & Kristiansen, I.H (2010): *Eldre innvandrere og organisasjoner*. NOVA Rapport 13/2010. Tilgjengelig fra: https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5018/4248_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bø, B.P. (red.) (2011) *Multikulturell teori og flerkulturelle praksiser*. Artikler om norsk minoritetspolitikk. Abstrakt forlag.

Ellefsen, Vegard Unger (2019): «Innvandrere med demens glemmer norsk språk». NRK Vetfold og telemark 24. mai 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/innvandrere-med-demens-glemmer-norsk-sprak-1.14557357>

Fernandes 2011 «En studie av to integreringstiltak og deres underliggende ideologi» I Bø, B.P. (red.) (2011) *Multikulturell teori og flerkulturelle praksiser*. Artikler om norsk minoritetspolitikk. Abstrakt forlag

Johannessen, B., Steen, J.J., Hallandvik, J.E, (2013): Hvilke ønsker har eldre med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn for sin alderdom i Norge? I: *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr. 1–2013, 9. årgang.

ks.no (2024): *Hva er Digihjelpen-prosjektet?* Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/digital-kompetanse/digihjelpen/hva-er-digihjelpen-om-digihjelpen-prosjektet-og-digihjelpen-tilbudet/> – KS lastet ned 15.08.2024

Lov om supplerende stønad ved kort butid (2006), Lov om supplerende stønad til personar med kort butid i Noreg (LOV-2005-04-29-21). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-29-21>

Løkkeberg-Eek, Jørund (2023): «Å beherske to språk kan beskytte mot kognitiv svikt». *Aldring og helse* no 1. september 2023. <https://www.aldringoghelse.no/a-beherske-to-sprak-kan-beskytte-mot-kognitiv-svikt/> – Nasjonalt senter for aldring og helse

nav.no (2025) *Supplerende stønad for personer over 67 år med kort botid i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.nav.no/supplerende-stonad-over-67> Lastet ned 28.02.2025.

NAV – Arbeids- og velferdsetaten (2021) *Rundskriv til lov om supplerende stønad til personer med kort botid i Norge*. Dokumentnr. R64-00. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/nav/rundskriv/r64-00#KAPITTEL_4-3

Løkkeberg-Eek, Jørund (2023): «Å beherske to språk kan beskytte mot kognitiv svikt». *Aldring og helse* no 1. september 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/a-beherske-to-sprak-kan-beskytte-mot-kognitiv-svikt/>

Sender, A. «Sjelesorg er ikke bare for prester». *Vårt Land* 14. juli 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.vl.no/meninger/verdebatt/2020/07/14/sjelesorg-er-ikke-bare-for-prester/>

trygderetten.no (2024): *Femmedlemskjenning i sak om garantitillegg etter EØS-reglene*. Tilgjengelig fra: <https://trygderetten.no/nb/article/femmedlemskjenning-i-sak-om-garantitillegg-etter-eos-reglene> | Trygderetten Lastet ned 08.10.2024

Verdich, Alexander Bergli 2023: *Supplerende stønad. En fremstilling og vurdering av ordningen med supplerende stønad etter lov om supplerende stønad til personar med kort butid i Noreg*. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/102968> (uio.no)



**Det å bygge opp økt mangfoldskompetanse
blant ansatte i hjemmesykepleien og ved
omsorgsinstitusjonene er ett viktig grep for å
ivareta kulturelle, språklige og åndelige behov
blant eldre minoriteter.**

**MIRA RESSURSSENTER FOR KVINNER
MED MINORITETSBAKGRUNN**

POSTADRESSE

Postboks 1749 Vika
NO-0121 Oslo

BESØKSADRESSE

Storgata 53a, 0182 Oslo

TELEFON: 22 11 69 20

E-POST: post@mirasenteret.no

HJEMMESIDE: www.mirasenteret.no

Utgitt av MiRA-Senteret

April 2025

Illustrasjoner: Freepik.com

Foto: MiRA-Senteret

Formgivning: Munch design

Trykk: Aksell

MiRA-Senteret © 2025



M i R A