

Virksomhetsområde Forebygging
Prosjektnummer 2012/1/0531
Prosjekt «Livsmot eller mismot»
Søkerorganisasjon Norske Kvinners Sanitetsforening

Reidun Ingebretsen, Kirsten Thorsen og Vigdis Hegna Myrvang:

Livsmot og mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn

«Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig»

Forord

Hensikten med denne rapporten er å formidle kunnskap om hva som kan bidra til å øke livsmot og motvirke mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. Utgangspunktet er en studie der kvinnene forteller om hva som er belastninger og gir bekymringer i hverdagen, og hva de mener kan lette situasjonen og gi bedre trivsel og opplevd livskvalitet.

Prosjekt «Livsmot eller mismot» er basert på en kvalitativ intervjuundersøkelse blant innvandrere, hvorav tjue kvinner (50–80 år) – opprinnelig fra Pakistan og India – har deltatt. Videre er det gjort intervjuer med ti sentrale personer med asiatisk innvandrerbakgrunn i relevante organisasjoner og i helsesektoren. Vi takker dem alle for velvilje, informasjon og hjelp til å få prosjektet vel i havn.

En takk også til referansegruppen som kom med viktige innspill til oppstarten av prosjektet. Gruppen innbefattet fem personer fra ulike innvandremiljøer, Bano S. Ali, Ghazala Shaheen Naseem, Meenakshi Johar, Nasim Riaz og Tayyab M. Choudri, samt en representant for Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), Karin Harsløf Hjelde.

Videre takker vi ExtraStiftelsen og Norske Kvinners Sanitetsforening for støtte i form av Extra-midler til gjennomføring av prosjektet. Det er forankret ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH).

Prosjektmedarbeidere er seniorforsker ph.d. Vigdis Hegna Myrvang (NKAH) som har ledet prosjektet, professor og psykolog dr.philos. Kirsten Thorsen (NKAH), forsker og spesialist i klinisk psykologi Reidun Ingebretsen og sosialantropolog ph.d. Bjørg Moen (begge ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring / NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus). En spesiell takk rettes til Bjørg Moen som initierte prosjektet, skaffet de første kontakter i innvandremiljøene, deltok i en rekke intervjuer og bidro med verdifulle innspill underveis i prosjektperioden.

Rapporten gir anbefalinger om tiltak som kan forebygge tristhet, nedstemthet og depresjon. Kunnskapen vil være nyttig for helse-, omsorgs- og velferdspersonell og andre som kommer i kontakt med kvinner med innvandrerbakgrunn. Rapporten skal stimulere til nytenkning og bedre samhandling med kvinnene om helsefremmende opplegg de selv finner meningsfulle og aktuelle. Den skal bidra til at kvinnene selv blir hørt, at en bygger på deres engasjement, deltagelse og ressurser når det gjelder å utvikle tiltak som gir bedre psykisk og fysisk helse.

Oslo, 31. desember 2014

Vigdis Hegna Myrvang
prosjektleder

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH)

Sammendrag

Bakgrunn og målsetting for prosjektet

Det blir stadig flere middelaldrende og eldre innvandrere i Norge. Mange innvandrere har bodd lenge her, som arbeidsinnvandrere fra Pakistan.

Undersøkelser blant innvandrere viser større forekomst av psykiske problemer enn i befolkningen generelt, og at det er økende forekomst med økende alder. Helsefremmende og forebyggende tiltak for denne gruppen blir viktig.

Prosjektet er rettet mot aldrende kvinner med pakistansk og indisk bakgrunn. Hvilke belastninger opplever de i hverdagen og hvilke tiltak ser de som positive for trivsel og velvære? Prosjekterfaringene vil bli formidlet til faggrupper innen helse, omsorgs- og velferdstjenestene, personer i interesseorganisasjoner og andre som har kontakt med aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn.

Gjennomføring

En kvalitativ intervjuundersøkelse ble benyttet for å få kunnskap om hva som kan bidra til å øke livsmot og motvirke mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. For å unngå forestillinger knyttet til psykiske lidelser, ble det i intervjuene brukt et «hverdagsspråk».

For å få mer kunnskap, ble det først tatt kontakt med sentrale personer i innvandrersorganisasjoner, moskeer og templer, og fagpersoner som hadde kontakt med kvinner med innvandrerbakgrunn. Fem personer med innvandrerbakgrunn fra Pakistan og India deltok i en referansegruppe, de ga viktige innspill til oppstart av prosjektet. De ble kontaktpersoner og bidro til rekruttering av informanter.

Ti fagpersoner / sentrale personer innen helse- og sosialtjenester og relevante organisasjoner ble intervjuet individuelt. Det ble gjort fokusgruppeintervjuer med tjue kvinner over 50 år med innvandrerbakgrunn: to grupper med indisk og tre med pakistansk bakgrunn. Intervjuene ble transkribert. Deretter ble det holdt en dialogkonferanse for å presentere og drøfte aktuelle temaer. Individuelle intervjuer, gruppeintervjuer og data fra dialogkonferansen inngår i studien. I analysen er det søkt etter sentrale temaer.

Resultater og resultatvurdering

Å ha et fast møtested der kvinner kan treffe andre kvinner er viktig for kvinnene. Fellesskap fremmer trivsel og psykisk helse. Kvinnene gir kunnskap om forhold som er belastende. Kvinnenes sentrale familierolle gir gleder, men også skuffelser og begrensninger. Språkvansker bidrar til isolasjon.

Støtte til faste møteplasser kan bedre livssituasjonen og bidra til livsmot for kvinner med innvandrerbakgrunn. Offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner kan bidra til å skape slike møteplasser.

Oppsummering og konklusjon

Møteplasser for eldre kvinner med innvandrerbakgrunn gir glede, mestring, kontakt og selvbekreftelse. Kvinnefellesskap bidrar til trygghet, trivsel, tilhørighet og bedre helse. Det trengs tilgjengelige og tilpassede tilbud.

Samarbeid med ressurspersoner blant innvandrerne er viktig. De er støttespillere og bindeledd til nettverk og hjelpeapparat. Frivillig arbeid bygger broer og gir rollemodeller.

Det er behov for mer informasjon om miljøer, aktiviteter og helsetilbud. Hjelpeapparatet må vise kultursensitivitet.

Innhold

DEL I INTRODUKSJON 6

Kapittel 1

Hva vi er opptatt av..... 6

Bakgrunn for prosjektet.....	6
Målsetting.....	6
Innvandrere i Norge	7
Migrasjon	9
Helseutfordringer og psykisk helse hos kvinner med innvandrerbakgrunn	12
Mestring og myndiggjøring.....	18
Møteplasser og deltagelse i foreningsliv og organisasjoner.....	19
Sosial inkludering.....	21
Innholdet i rapporten	22

Kapittel 2

Metode: Hvordan vi gikk frem 23

Innledning.....	23
Fremgangsmåte ved rekruttering.....	23
Utvalg.....	24
Relevans og pålitelighet	32

DEL II RESULTATER – HVA VI FANT I UNDERSØKELSEN..... 35

Innledning.....	35
-----------------	----

Kapittel 3

Kvinnenes erfaringer: Omstilling, trivsel og fellesskap..... 36

Hva forbinder kvinnene med trivsel og et godt dagligliv?.....	36
Fellesskap fremmer trivsel	38
Familien betyr mye – familieorientering.....	39
«Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig».....	43
«Kom deg ut!» – Aktivitet og fellesskap skaper trivsel	45
Egne handlinger og holdninger på tunge dager.....	46
«Akkurat som de tror at vi ikke kan noen ting ...» – Å møte andres holdninger	47
Hvordan kan en snakke – og med hvem?.....	49
Forutsetninger for en god dag – en sammenfatning	52

Kapittel 4	
Møteplasser – Steder å være og steder å lære	53
Innledning.....	53
En god møteplass	54
Ressurspersoner har en viktig rolle	54
Møteplassen – et sted for å bygge tillit	56
Møteplassen – et utgangspunkt for videre hjelp.....	57
Møteplassen – en viktig forutsetning for trivsel.....	58
Kapittel 5	
Tiltak og tilbud som fremmer livsmot.....	62
Informasjon om tilbud.....	62
Helseopplysning og holdninger.....	63
Helse- og omsorgstjenestens betydning	64
DEL III DISKUSJON, OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER.....	66
Kapittel 6	
Diskusjon.....	66
Innledning.....	66
Omstilling og helseutfordringer	66
Møteplasser som arena for helsefremmende arbeid	68
Møteplasser som arena for åpenhet og støtte	71
Møteplasser og sosial inkludering.....	74
Kapittel 7	
Oppsummering og anbefalinger	77
Hovedfunn	77
Hva er viktig for trivsel – å ha en god dag?	78
Hva skaper mismot og bekymringer?.....	78
Hva gjør en ved bekymringer og mismot, hva hjelper?	80
Helsefremmende tiltak og tilnærminger.....	80
LITTERATUR	84
VEDLEGG	90
I – Informasjonsbrev til potensielle intervjupersoner	90
II – Organisering av tiltak – tre eksempler.....	95
III – Intervjuguider	100

DEL I

INTRODUKSJON

Kapittel 1

Hva vi er opptatt av

I dette prosjektet er vi opptatt av å få økt kunnskap om hva som kan bidra til livsmot og motvirke mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. Vi konsentrerer oss om kvinner med bakgrunn fra India og Pakistan. Hensikten er å få kunnskap om tilnærminger og tiltak som virker positivt for trivsel og velvære.

Bakgrunn for prosjektet

Norge er blitt et samfunn preget av mangfold. Selv om innvandrerbefolkningen i Norge generelt er yngre enn majoritetsbefolkningen, blir det stadig flere middelaldrende og eldre innvandrere. Med begrepet ‘innvandrere’ mener vi personer som er bosatt her og som er født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre. Mange av innvandrerne har bodd lenge i Norge. Det gjelder for eksempel arbeidsinnvandrere fra Pakistan som kom hit så tidlig som på 1960- og 1970-tallet.

Undersøkelser blant innvandrere viser større forekomst av psykiske problemer enn i befolkningen generelt, og at det er økende forekomst med økende alder (Blom 2008). Det er derfor viktig å rette oppmerksomheten mot helsefremmende og forebyggende tiltak for denne gruppen.

Målsetting

Dette prosjektet har et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Vi har som mål – gjennom en kvalitativ intervjuundersøkelse – å få økt kunnskap om hva som kan bidra til å øke livsmot og motvirke mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. Hvilke tilnærminger og tiltak oppfatter kvinnene selv som positive for trivsel og velvære?

Vi har valgt å bruke ord som ‘livsmot’ og ‘mismot’ for å unngå sykdomsbegreper og forestillinger knyttet til psykiatriske diagnoser. Å få kunnskap om hva kvinner *selv* peker på som bidrag til trivsel og et godt dagligliv, er viktig. Det har ikke vært aktuelt å foreta noen kartlegging av helsetilstanden. Sentrale temaer i intervjuene er hvordan kvinnene opplever sitt dagligliv, hva som skaper trivsel og velvære og hva som skaper mismot og bekymringer. Hva

anses som aktuelle helsefremmende og forebyggende tiltak for at eldre kvinner med innvandrerbakgrunn skal kunne ha et godt hverdagsliv, trivsel og velvære og hva kan bidra til å redusere problemer og bekymringer?

I prosjektet er vi primært opptatt av lavterskeltilbud – det som kvinnene selv opplever er lett tilgjengelig og enkelt å delta i. Samtidig er det også et viktig tema hva som kan lette tilgang på tjenester og hjelpetilbud for kvinner som trenger profesjonell hjelp.

Økt kunnskap på feltet kan være nyttig for alle som er engasjert i organisasjonsliv og frivillig arbeid og for helse- og sosialpersonell som kommer i kontakt med kvinner med innvandrerbakgrunn. Vårt mål er at prosjektet skal stimulere til nytenkning, mer brukerorientering og bedre samhandling med kvinnene om helsefremmende opplegg som de selv finner aktuelle.

Målgrupper

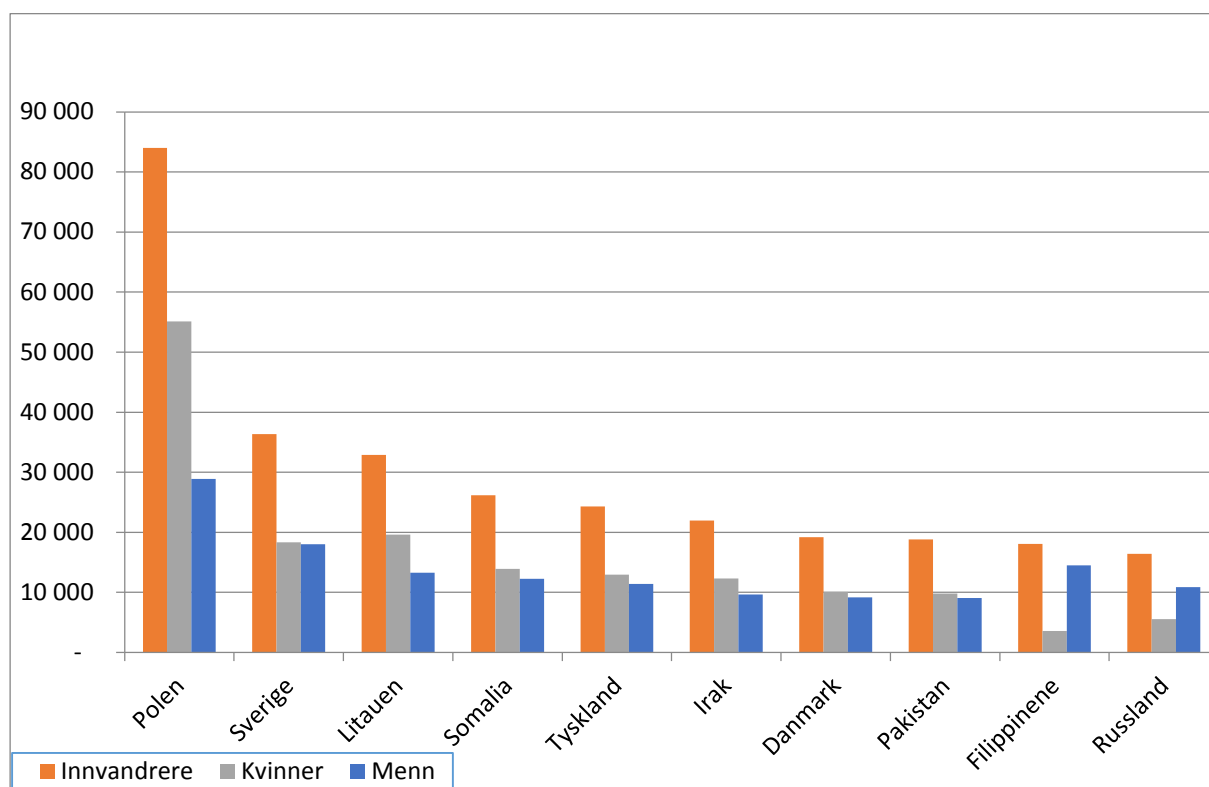
Prosjektet er rettet mot eldre kvinner med pakistansk og indisk bakgrunn. For å nå denne gruppen, har vi vært i kontakt med helse- og sosialpersonell, og ledere og andre ressurspersoner i ulike innvandrerorganisasjoner.

Prosjekterfaringene vil kunne være til nytte også med tanke på andre grupper av innvandrere der det kan være behov for tilrettelegging av tiltak og tjenester for å skape trivsel og et godt hverdagsliv. Vi ønsker å formidle erfaringene til aktuelle faggrupper innen helse-, omsorgs- og velferdstjenestene. Ikke minst er det aktuelt for ledere av interesseorganisasjoner og andre som gjennom frivillig arbeid har kontakt med eldre kvinner med innvandrerbakgrunn.

Innvandrere i Norge

Befolkningen i Norge omfatter innvandrere fra mer enn 200 land og selvstyrte regioner (SSB 2014a). Totalt sett er over en halv million betegnet som innvandrere (født i utlandet av to utenlandskfødte foreldre), noe som tilsvarer 12 prosent av befolkningen.

Figur 1. Innvandrere bosatt i Norge, etter landbakgrunn, per 1. januar 2014



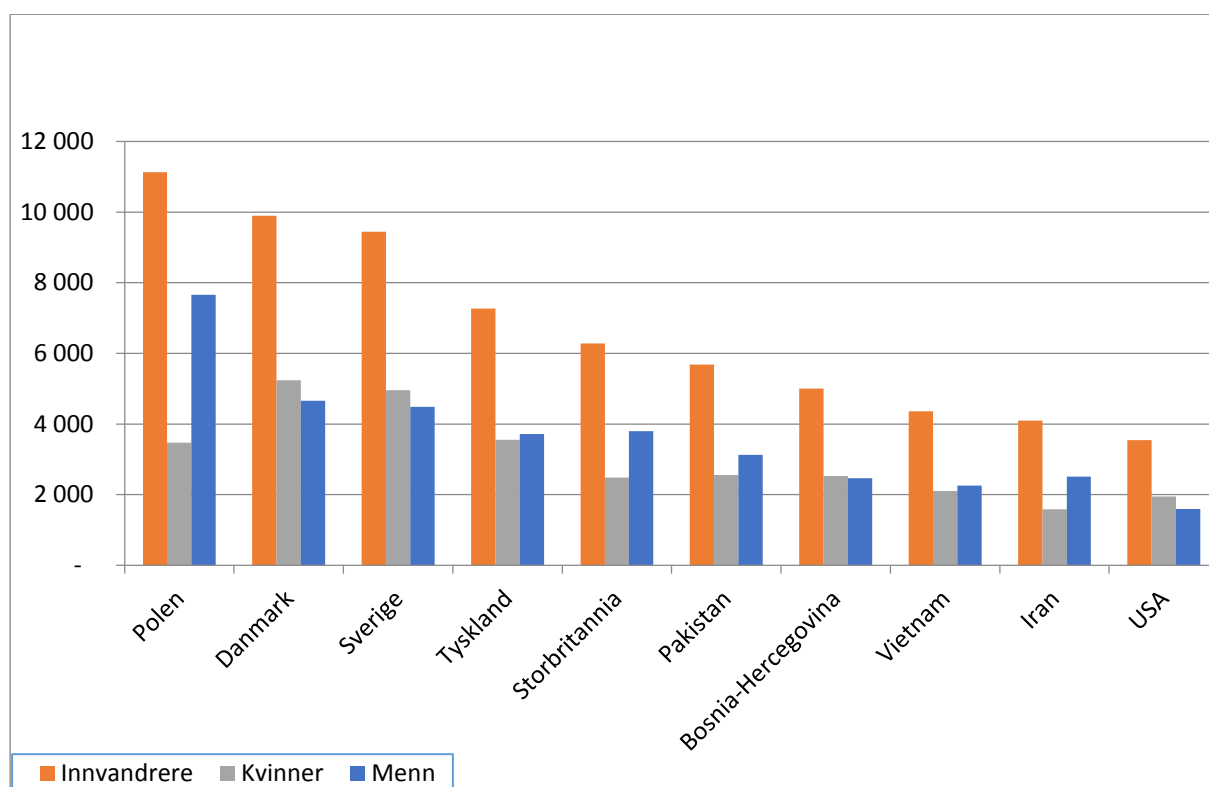
Kilde: Statistisk sentralbyrå

I begrepet 'innvandrerbefolkningen' medregnes i tillegg norskfødte barn av innvandrere. Til sammen utgjør dette vel 759.000 personer, det vil si 14,9 prosent av befolkningen (SSB 2014b).

Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men det er klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i hovedstaden – både relativt og absolutt. Av Oslos befolkning på vel 634.000 var det per 1. januar 2014 rundt 151 700 innvandrere og 45 900 norskfødte med innvandrerforeldre, noe som tilsvarer 31 prosent (ibid.).

Det er lenge blitt vist til at det er relativt få 'eldre innvandrere' i Norge. Andelen over 50 år er imidlertid økende. Av innvandrere som er over 50 år kommer de fleste fra Polen, Danmark, Sverige, Tyskland og Storbritannia, deretter følger Pakistan, Bosnia-Hercegovina, Vietnam, Iran og USA (ibid.).

Figur 2. Innvandrere i aldersgruppen 50 år og eldre, etter kjønn, bosatt i Norge, per 1. januar 2014



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Nedenfor vises en oversikt over kvinner totalt og kvinner over 50 år med bakgrunn fra Pakistan og India. En ser at det er overvekt på kvinner fra Pakistan.

Innvandrere etter landbakgrunn per 1. januar 2014 – kvinner totalt og kvinner over 50 år

Fra *Pakistan* er det i Norge totalt 9.045 kvinner – hvorav 5.897 bor i Oslo.
Totalt er 2.558 av kvinnene fra Pakistan over 50 år, og 1.722 av dem bor i Oslo (SSB 2014b).

Fra *India* er det i Norge totalt 4.282 kvinner – hvorav 1.422 bor i Oslo.
Totalt er det i 1.679 kvinner fra India som er over 50 år, og 609 av dem bor i Oslo (ibid.).

Migrasjon

Med migrasjon menes her folkevandring – eller inn- og utvandring. Migrasjon medfører store omstillinger, som virker inn på den enkeltes identitet og selvfølelse. En kan skille mellom tre stadier av migrasjon: premigrasjon, migrasjon og postmigrasjon; tiden før, under og etter

migrasjonen. I alle disse stadiene er det forhold som kan bidra til økt risiko for problemer med psykisk helse (Abebe 2010).

Omstillinger kan skape problemer for den enkelte, men også mulighet for utvikling og mestring. Det vil være stor forskjell med hensyn til hvilke utfordringer den enkelte innvandrermøter både før, underveis og etter innvandring. I tiden før migrasjon og til dels underveis i migrasjonsprosessen er det for en del innvandrere ekstra belastninger knyttet til krigstraumer og flukt.

Ved arbeidsinnvandring er det stort sett snakk om mer fredelige forhold, selv om migrasjonen kan ha bakgrunn i nød, og noen har vært igjennom krigserfaringer tidligere. Det dreier seg om ulike grader av valg. Uansett vil det kunne være utfordringer og spørsmål om tilknytning, tap og nytilpasning. Dette kan bidra til å øke sårbarheten til enkeltpersoner eller grupper av innvandrere. Samtidig kan det være positive effekter ved at det er ressurssterke personer som migrerer.

Sosial isolasjon og manglende sosial integrering i det nye landet kan øke risikoen for mistrivsel. Samtidig har det blitt påpekt at sosial integrasjon i mottagerlandet kan føre til at tradisjonelle roller utfordres. For kvinner med asiatisk bakgrunn kan møtet med vestlige verdier resultere i konflikter i forventninger knyttet til roller og selvbylde (Dalgard og Thapa 2007). Det er verdt å ta i betraktning at kvinner og menn ofte har ulike migrasjonshistorier og utfordringer.

Pakistansk og indisk migrasjonsbakgrunn

Prosjektet konsentrerer seg om kvinner over 50 år. Vi har avgrenset studien til å lære mer om kvinner med indisk og pakistansk bakgrunn, fordi de er blant de største gruppene av eldre som har bodd lenge i Norge.

De to gruppene vil kunne gi kunnskap om likheter og forskjeller i religiøs og kulturell bakgrunn som er av betydning for tilrettelegging og tiltak.

De fleste innvandrere med pakistansk bakgrunn kommer fra landsbyer gjennom kjedemigrasjon, det vil si at brødre, svogere og fettere reiste ut og sørget så for at andre slektninger også fikk arbeid og bosted i landet de var reist til. Kvinnene kom ofte noen år senere, med eventuelle barn. Mange etablerte seg i samme nabolag i Oslo og enkelte andre byer. Dette har bidratt til tette nettverk, der folk tilhører samme familie eller 'biraderi' (brødregruppe) eller de kjenner hverandre fra hjemsteder i Pakistan. Folk som kommer fra

større byer har vanligvis ikke tilsvarende nettverk fra Pakistan, men har etablert sine sosiale nettverk etter at de kom til Norge.

Folk med indisk bakgrunn har et noe annerledes migrasjonsmønster. Kjedemigrasjon er mindre utbredt. De fleste har kommet som enkeltpersoner, ofte fra byer. De har jevnt over bedre utdannelse enn folk med pakistansk bakgrunn.

Familieinnvandring er vanlig både blant pakistanske og indiske migranter, men blant sist ankomne fra India er det fortsatt overvekt av menn. Generelt har folk med indisk bakgrunn høy sysselsetting og bra inntekt.

Av opplysninger fra Statistisk sentralbyrå fremgår det at det er store forskjeller i sysselsetting mellom kvinner med bakgrunn fra India og Pakistan. 54,6 prosent av kvinner med indisk bakgrunn (totalt 2.088) var sysselsatt – mot 32,3 prosent av kvinner med pakistansk bakgrunn (totalt 2.759). (SSB 2014c; tallene gjelder alderen 15–74 år i 4. kvartal i 2013.)

Forskjeller i sysselsetting kan skape ulike forutsetninger for rolleutforming og integrering, og virke inn på sårbarhet for opplevelse av isolasjon, tungsinn og nedtrykthet, særlig dersom kvinnene med økende alder pådrar seg sykdommer. Eldre kvinner kan oppleve en rolle der de kan trekke seg mer tilbake når yngre familiemedlemmer ivaretar hovedansvaret for arbeid i hjemmet og familien. Men de kan også få en rolle som innebærer mange arbeidsoppgaver i hjemmet, når resten av familien har oppgaver utenfor hjemmet (Moen 2002a, 2002b, 2009a).

Felles for de to gruppene er at tette sosiale nettverk bidrar til at mange har et sosialt liv og god støtte. Dette kan samtidig bidra til sosial kontroll i form av personomtale og utestengning, dersom adferd og livsvalg ikke samsvarer med forventninger i disse tette miljøene.

Familietradisjoner, helseproblemer og manglende muligheter for aktiviteter utenfor hjemmet bidrar til at eldre kvinner kan ha et stillesittende hverdagsliv med en innskrenket aksjonsradius. Livsstilssykdommer og inaktivitet er risikofaktorer, særlig for eldre kvinner med pakistansk bakgrunn (Kumar, Grøtvedt, Meyer mfl. 2008). Samvær med andre på deres egen alder kan være et savn. Kvinnene kan være alene hele dagen når barn og barnebarn er sysselsatt utenfor hjemmet, eller de bor alene.

Tidligere forskning har vist at det i pakistanske familier etterlyses møteplasser og muligheter for fysiske aktiviteter som motvirker isolasjon og mangel på sosial kontakt i løpet av dagen. De kan oppleve at det er høy terskel til 'norske' møteplasser (Moen 2009b). Vi vil anta at

menn i større grad enn kvinner har muligheter for møteplasser som arbeidssted, organisasjoner og moskeer.

Helseutfordringer og psykisk helse hos kvinner med innvandrerbakgrunn

Innvandrerers psykiske helse er et tema som har fått økende oppmerksomhet her i landet de siste årene (Dalgard og Thapa 2007, Blom 2008, Kumar mfl. 2008, Kumar 2010, Abebe 2010).

Abebe (2010) drøfter litteraturen på området og slår fast at forskning knyttet til migrasjon og psykisk helse er komplisert og at det er motstridende funn. De fleste undersøkelser finner høyere forekomst av problemer med psykisk helse blant innvandrere sammenlignet med etnisk norske og med hele befolkningen. (Dalgard, Thapa, Hauff mfl. 2006, Thapa, Dalgard, Claussen mfl. 2007, Blom op.cit., Kumar mfl. op.cit.).

Risikofaktorer som diskuteres er knyttet til økonomiske forhold, negative livserfaringer og diskriminering. Generelt er det funnet at lengden på oppholdet i det landet man migrerer til, sosioøkonomiske forhold og tilgangen til sosial støtte i det nye landet er sentralt for innvandrerers psykiske helse (Abebe 2010).

Nedenfor vises til funn fra undersøkelsene «Levekår blant innvandrere 2005/2006» (Blom og Henriksen 2008), HUBRO (Helseundersøkelsen i Oslo i 2000–2001) og Innvandrer-HUBRO (Helseundersøkelse i Oslo i 2002) (Kumar op.cit.).

HUBRO var i hovedsak rettet mot den voksne befolkningen i Oslo. Innvandrer-HUBRO omfattet fem av de største gruppene med innvandrere, det var personer født i Pakistan, Vietnam, Iran, Tyrkia og Sri Lanka. De to HUBRO-undersøkelsene avdekket store helsemessige forskjeller mellom disse innvandrergruppene, også sett i forhold til majoritetsbefolkningen. Forskjellene viser seg både når det gjelder risikofaktorer og aktuelle sykdommer (Kumar op.cit.). Etnisk norske personer gir uttrykk for bedre selvrapportert helse enn det innvandrergruppene gjør. Det er presentert ulike helseprofiler og risikofaktorer for ulike grupper (Kumar mfl. op.cit.). Dette kan være et godt utgangspunkt for helsefremmende og forebyggende helsearbeid, blant annet når det gjelder diabetes (Diabetesforbundet 2014).¹

Undersøkelsen «Levekår blant innvandrere 2005/2006» (Blom og Henriksen 2008) bygger på et representativt utvalg av innvandrere og barn av innvandrere mellom 16 og 70 år med minst

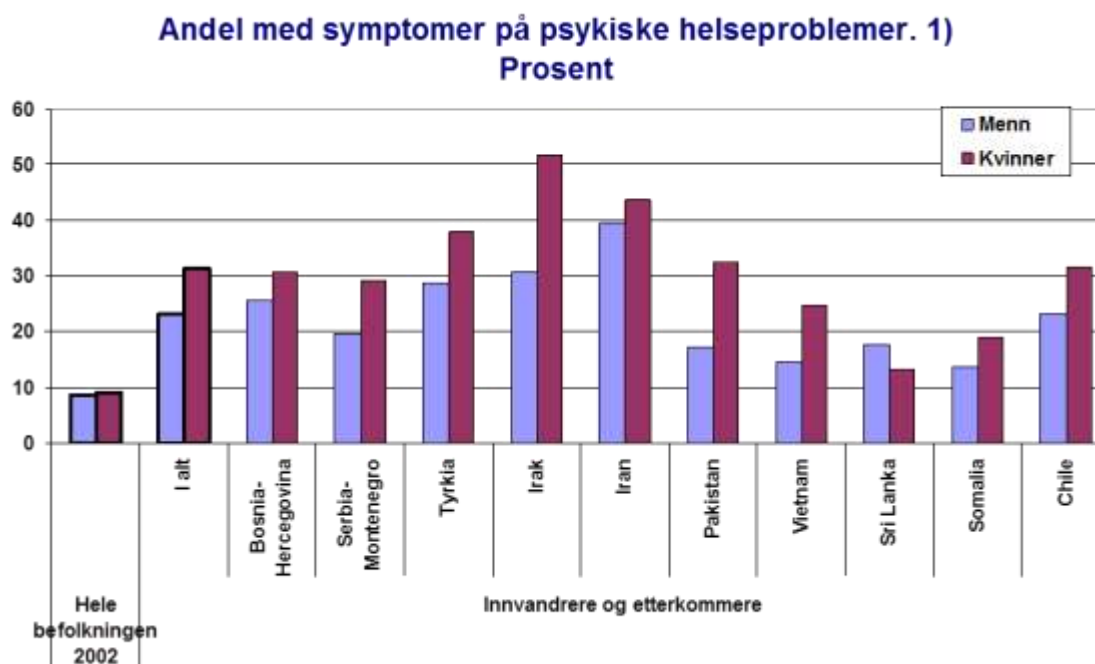
¹ <http://www.diabeteslinjen.no/diabeteslinjen/start.php>

to års botid i Norge og med bakgrunn fra de ti landene: Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. I en rapport (Blom 2008) sammenlignes helsen til disse ti gruppene med helsen til hele befolkningen basert på de ordinære levekårsundersøkelsene i 2002 og 2005. Også denne undersøkelsen viser at innvandrere og etterkommere vurderer sin helse noe dårligere enn befolkningen som helhet gjør. Med alderen er det mer negativ egenvurdering av helse i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen generelt (ibid.).

Psykosomatiske plager blir hyppigere rapportert blant innvandrere og etterkommere enn i befolkningen generelt, og er hyppigst rapportert blant kvinner. Andelen med mange psykosomatiske plager øker ikke med alderen i befolkningen generelt, men det er klar økning (30 prosent) med alderen blant innvandrerkvinner. Halvparten av innvandrerkvinnene mellom 55 og 70 år rapporterer fire eller flere (av åtte mulige) psykosomatiske plager 'i løpet av de tre siste månedene' (Blom 2008).

Videre avdekkes det høyere forekomst av psykiske helseproblemer (målt ved hjelp av Hopkins Symptoms Checklist-5). Henholdsvis 9 prosent av hele befolkningen og 27 prosent av innvandrerbefolkningen gir uttrykk for psykiske vansker. I innvandrerbefolkningen er andelen med psykiske problemer høyere blant kvinner (31 prosent) enn blant menn (23 prosent), mens det i befolkningen generelt ikke er kjønnsforskjeller. Til forskjell fra befolkningen generelt øker andelen med psykiske problemer med alderen (55+) både for menn og kvinner i innvandrerbefolkningen. Andelen med psykiske problemer blant innvandrerkvinner blir nesten doblet fra 22 prosent i den yngste aldersgruppen (16–24 år) til 42 prosent i aldersgruppen 55–70 år. I den generelle kvinnebefolkningen ligger andelen mye lavere og viser en motsatt tendens (9 prosent i den yngste aldersgruppen og 5 prosent i den eldste) (Blom op.cit.). Disse funn er diskutert blant annet i «Tidsskrift for psykisk helsearbeid» (Ingebretsen 2009a).

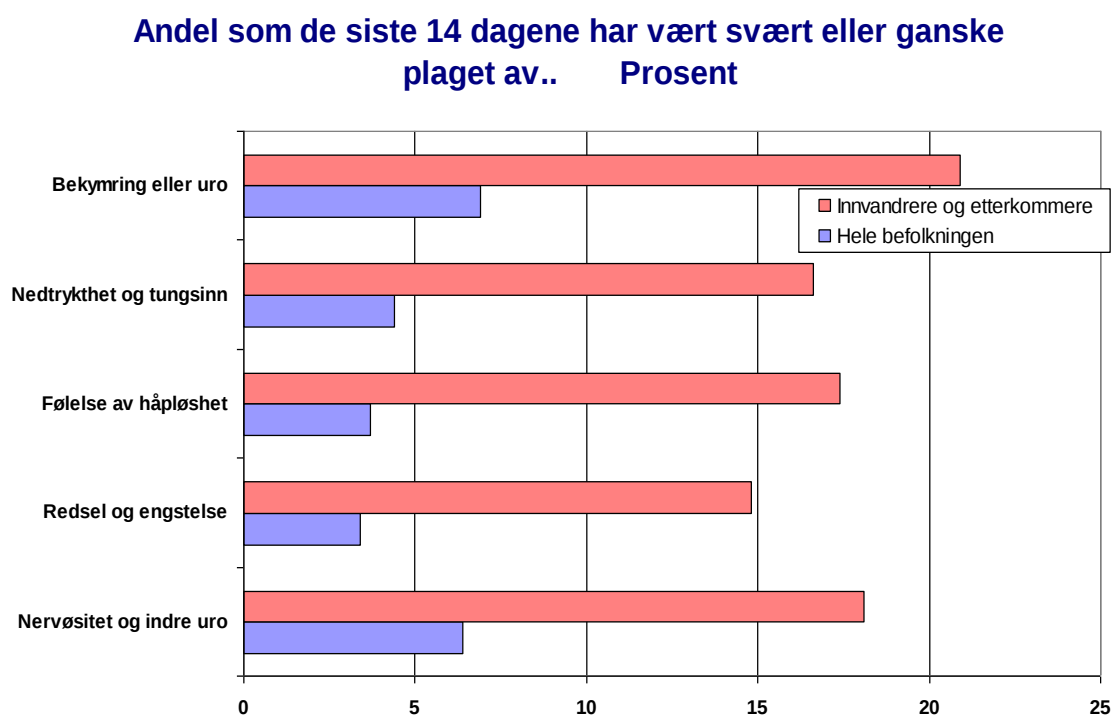
Figur 3. Andel med symptomer på psykiske helseproblemer



1) The Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5) = 2,0–4,0

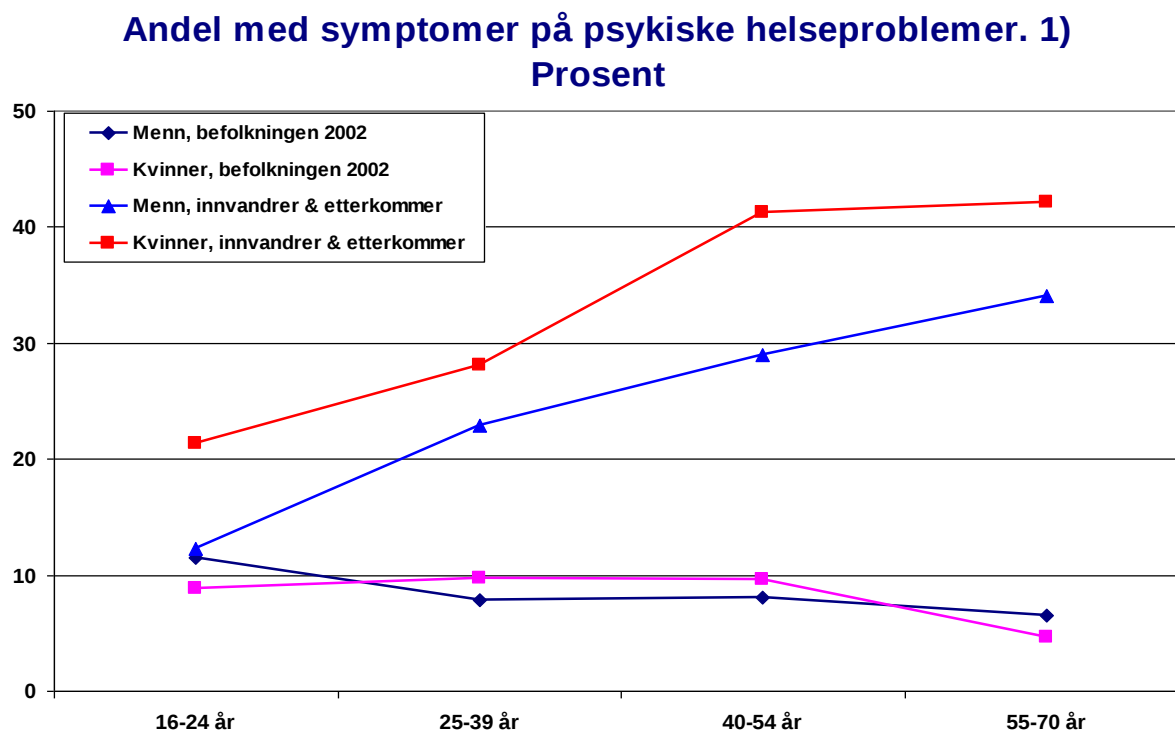
Kilde: Statistisk sentralbyrå; Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002 (Blom 2008)

Figur 4. Andel som de siste 14 dagene har vært svært eller ganske plaget av ...



Kilde: Statistisk sentralbyrå; Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002 (Blom 2008)

Figur 5. Andel med symptomer på psykiske helseproblemer



1) The Hopkins Symptoms Checklist-5 (HSCL-5)=2,0–4,0

Kilde: Statistisk sentralbyrå; Levekår blant innvandrere 2005/2006 og Levekårsundersøkelsen 2002 (Blom 2008)

En konklusjon fra helseundersøkelsen til Blom (2008) er at det fremkommer relativt små forskjeller i helsetilstand mellom innvandrere og den øvrige befolkning når det gjelder somatiske sykdommer, men at forskjellene øker jo sterkere det subjektive innslaget i oppfatningen av helsen er, og jo mer sykdomsbildet dreier over mot psykiske lidelser. Her fremstår innvandrere som klart mest belastet. Helseproblemer er sterkere relatert til alder og kjønn blant innvandrere enn i befolkningen som helhet (ibid., s. 57–58).

På bakgrunn av en gjennomgang av forskningslitteraturen konkluderer Abebe (2010) med at voksne immigranter i Norge har større plager og større risiko for problemer med den psykiske helsen enn befolkningen generelt. Abebe peker på sosiale og økonomiske forhold og manglende sosial støtte i innvandremiljøene som mulige årsaksfaktorer. Han hevder at helsefremmende tiltak bør rettes mot innvandrere, spesielt mot dem som kommer fra lavinntektsland. Slike forebyggende tiltak bør iverksettes med en omfattende integreringspolitikk som tar økonomiske forhold og former for sosial støtte med i betraktningen (ibid., s. 48).

Abebe, Lien og Hjelde (2012) påpeker at en også må ta i betraktning at enkelte grupper av innvandrere kan oppleve mindre risiko for psykiske problemer enn majoritetsbefolkningen på grunn av 'the healthy migrant effect' – som viser til at noen innvandrere er spesielt ressurssterke og har en støttende familiekultur som beskytter mot psykiske helseproblemer.

Det er viktig å ha i mente at vi her har å gjøre med ulike og sammensatte grupper av innvandrere, både innad og mellom ulike innvandrergupper (jf. figur 3).

Et sentralt prinsipp for helsefremmende arbeid slik det beskrives fra Verdens helseorganisasjon, er at det føres en politikk som begrenser sosial ulikhet i samfunnet (WHO 1997, 2009, 2014). Derfor er det viktig å rette søkelyset også mot økonomiske forhold og sosiale ordninger og tiltak (NOU 2011a, 2011b).

I en sammensatt gruppe av innvandrere vil syn på helse og hjelpsøking påvirkes av den enkeltes virkelighetsforståelse. Denne vil igjen være påvirket av omgivelsenes oppfatning av helse og sykdom. I ulike samfunn er det forskjell på hva man definerer som sykdom, hvordan man presenterer sin lidelse og hvem man henvender seg til for å få hjelp (Neumayer 2001; Ingebretsen 2009a, 2009b, 2014). Dette gjelder både fysiske og psykiske helseproblemer. I tillegg vil språk og kommunikasjon være avgjørende for innvandreres problemdefinering, diagnostisering og behandling.

En rapport fra Helsedirektoratet, «Migrasjon og helse», påpeker utfordringer og utviklingstrekk på området (Forland 2009). Det legges vekt på at likeverdige helsetjenester er en nødvendig investering for fremtiden. 'Likeverdige helsetjenester' omtales slik: «Siden noen grupper migranter i Norge systematisk har større helseproblemer, krever det særskilt prioritering av oppmerksomhet og ressurser for at tjenestene skal være likeverdige» (ibid., s. 11). Når det gjelder psykisk helse understrekes betydningen av tidlig psykisk helsehjelp, særlig vekt legges på flyktninger og asylsøkere, men også andre kan ha økt risiko for psykiske plager og bør få tilpasset hjelp. Studier har vist at de som er i stand til å vare på sin egen kulturelle bakgrunn – samtidig som de har ressurser til å tilpasse seg sitt nye hjemland – klarer seg best (Forland op.cit., Westermeyer, Neider og Callies 1989).

Rapporten fra Helsedirektoratet (Forland op.cit.) understreker at folkehelsearbeidet og forebyggende arbeid rettet mot arbeidsinnvandrere må styrkes. Retten til likeverdige tjenester er ytterligere fremholdt i en nasjonal strategi for innvandreres helse 2013–2017 (HOD 2013). I plandokumentet «Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle», står det:

«Risikofaktorene indikerer at forebygging av psykiske problemer og lidelser hos innvandrerbefolkningen er svært sammensatt, og i stor grad må foregå innen andre sektorer enn helse» (ibid. s. 20).

I «Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser» (SHD 2000) blir det fremhevet at man bør arbeide på tre hovedområder som går på tvers av målgrupper og sektorer.

Formuleringene er slik (ibid., s. 46):

1. Åpenhet omkring psykiske lidelser og psykiske problemer bidrar til å redusere belastningen på pasienter og deres pårørende.
2. Sosial støtte og opplevelse av omsorg fra andre bidrar til god psykisk helse og vi vet at sosial støtte kan bidra til å øke motstandskraften overfor belastninger en utsettes for.
3. Aktivt engasjement og deltagelse i samfunnslivet er sunt både for individet og for samfunnet. Det kan fungere som en stimulans for den enkelte og det bidrar til å sikre et levende demokrati og gode nærmiljøer.

Disse områdene er høyst relevante å ta i betraktning også når det gjelder innvandrere.

Tidligere forskning har vist at det i noen innvandremiljøer er spesielle tabuer og barrierer for åpenhet om psykiske problemer. Det bør derfor legges vekt på opplysningsvirksomhet og kunnskapsformidling. Dette understrekes også av Rådet for psykisk helse (Jareg 2007). En britisk undersøkelse blant pakistanske kvinner viser at sykehusinnleggelse, behandling og medisiner for 'mentale lidelser' skaper risiko for stigmatisering av kvinnene og deres familier. Tjenester for 'mentale lidelser' bør derfor ikke omtales som 'mentale helsetjenester', dersom kvinnene skal benytte dem, hevdes det (Wheeler 1998).

Uttrykk for og opplevelse av psykiske problemer kan variere avhengig av kulturell bakgrunn (Kleinman og Good 1985, Sachs 2011). Direkte oversettelse av helsebegreper og helseforståelse fra ett språk til et annet kan være problematisk og skape misforståelser (Eriksen og Sajjad 2011). I mange land har man for eksempel ikke ord som står for 'psykisk helse'.

I enkelte innvandrergupper kan psykiske lidelser og plager oppfattes og fremstilles ved somatiske symptomer og derfor få mindre oppmerksomhet (Sørheim 2000, Sajjad 2012). Videre har personer med innvandrerbakgrunn dårligere muligheter for å få hjelp og behandling (Forland 2009).

Yeatts, Crow og Folts (1992) beskriver en modell som retter oppmerksomhet mot barrierer for å benytte tilbud og tjenester. For å overvinne slike barrierer er det behov for kunnskap og opplæring om psykisk helse både blant eldre personer med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgspersonell (Ingebretsen 2010a, 2010b). Ikke minst vurderes det som viktig å innhente mer kunnskap om hva aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn selv tenker om sin psykiske helse og hvilke tiltak som kan være til hjelp.

Mestring og myndiggjøring

Mestringsbegrepet benyttes om hvordan mennesker takler utfordringer og påkjenninger i livet. ‘Mestring’ kan defineres som ‘en persons kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller en utfordrende situasjon’ (Lazarus og Folkman 1984). Både ved store traumer og i dagliglivets utfordringer benyttes varierte mestringsmåter for å løse problemer, takle følelser og ivareta relasjoner til andre (Ingebretsen 2008).

Vi benytter her ‘myndiggjøring’ som det norske ordet for ‘empowerment’, et ord som innebærer at personer eller grupper som er i en avmaktsposisjon opparbeider styrke til å komme ut av avmakten og få mer makt, kontroll og styring med livet (Askheim 2003). Myndiggjøring kan knyttes til mestring. En kan skille mellom myndiggjøring på individ- og gruppenivå (Hur 2006, Heni 2013). Målet med personlig myndiggjøring er å oppnå en livssituasjon der en kan påvirke sitt eget liv, fellesskap og samfunn. For kollektiv myndiggjøring er målet å etablere fellesskapsfølelse som kan gi medlemmene en følelse av tilhørighet, deltagelse, påvirkningskraft og makt som kan føre til konstruktive sosiale endringer.

Vårt prosjekt har ikke som mål å studere organisasjoner og nettverk fra et kollektivt perspektiv. Vi utforsker de enkelte kvinners fortellinger om hva deltagelse og fellesskap betyr for dem. Da er mestring og personlig myndiggjøring relevant. Mestring og måter en håndterer problemer på, avhenger av hvorvidt en har en opplevelse av sammenheng (sense of coherence) (Antonovsky 1979, 1988; Wickmann 2012). Følelsen av at tingene henger sammen kan begrepsmessig sies å ha tre komponenter. Den første er ‘forståelighet’. Dette viser til hvorvidt en oppfatter tilværelsen som rimelig ryddig og de problemer en møter som forståelige og klare. Den andre er ‘håndterbarhet’, som går på i hvilken utstrekning en tror en har de nødvendige ressurser tilgjengelige selv eller at en kan stole på at andre har dem til rådighet. Den tredje komponenten er ‘meningsfullhet’ – i hvilken grad en føler at de

problemer og krav en møter, er utfordringer som er verdt å engasjere seg i (Antonovsky op.cit.).

Ved innvandring til et annet land kan det være mange forhold som virker uoversiktlige og innebærer påkjenninger. Ikke alle føler seg fullt ut akseptert i sitt nye hjemland. Fellesskap med andre kvinner fra opprinnelseslandet kan utgjøre en styrke når det gjelder støtte i hverdagslivet, fremtidstro og fremtidsplaner.

Ut fra en slik tankegang kan felles aktiviteter støtte opp under innvandrerkvinneres opplevelse av sammenheng i tilværelsen (Wickmann op.cit.). Det sosiale utbyttet og fellesskapet er sentralt. Slik kan erfaringer tenkes å innvirke på hvordan kvinnene forstår og håndterer andre områder i livet; aktivitetene styrker og aktiverer ressurser som språk, kunnskap, sosial støtte, selvtillit og engasjement.

Møteplasser og deltagelse i foreningsliv og organisasjoner

Et mål for inkluderingspolitikken er at alle som bor i Norge skal delta i samfunnet og ha like muligheter til å delta på alle samfunnsarenaer (Stortingsmelding nr. 39 2006–07). Det er blitt betraktet som en utfordring at innvandrerbefolkningen her i mindre grad enn resten av befolkningen deltar i en rekke sentrale organisasjoner (Blom og Henriksen 2008). Det er derfor blitt lagt vekt på å skape ‘møteplasser’ i den betydning at det legges til rette for dialog og samhandling mellom representanter for innvandrerbefolkningen og lokale myndigheter (IMDi 2007, 2009, Meld. St. 6 2012–13).

Deltagelse i samfunnslivet gjennom medlemskap i organisasjoner og foreninger ses både som et middel til og et mål for integrering (NOU 2011a, 2011b, Meld. St. 6 op.cit.). Deltagelse gir mulighet til aktivitet, innflytelse, og nettverksstøtte. Dette er forhold som kan motvirke sosial isolasjon og ensomhet og være virkemidler i helsefremmende og forebyggende helsearbeid.

I vår sammenheng bruker vi begrepet møteplasser i en videre betydning av ordet – som steder der innvandrere møtes – også i sosiale sammenhenger og uten at målet nødvendigvis er integrering i samfunnet ellers.

Innvandrerens deltagelse

Data om ti innvandrergrupper i Norge viser at de i mindre grad er med i idrettslag, arbeidsgiverorganisasjoner, fagforeninger og politiske partier enn majoritetsbefolkningen, men mer med i menigheter og religiøse foreninger (Blom og Henriksen 2008).

Innvandrerorganisasjoner karakteriseres som foreninger som har som mål å tjene innvandreres interesser spesielt. De første av disse foreningene ble etablert for arbeidsinnvandrere for å ivareta deres rettigheter på arbeidsmarkedet, og det ble også tidlig etablert religiøse organisasjoner. Eksempelvis ble det alt på begynnelsen av 1970-tallet dannet muslimske velferdsorganisasjoner, som også så religiøse tilbud som del av sine oppgaver – de organiserte religiøse seremonier; id-feiringer, leie av lokale til bønn under ramadan og lignende. Det var ofte menn med styreverv i slike foreninger som tok initiativ til etableringen av de første moskeene, og medlemmene fulgte med (Døving 2010).

Blant innvandrere er det fortsatt en underrepresentasjon av kvinner i forhold til menn med hensyn til deltagelse i organisasjoner, men det har skjedd en forandring i perioden 1996–2006. Underrepresentasjonen er blitt kraftig redusert særlig blant somaliske og pakistanske kvinner. Dette gjelder spesielt deltagelse i menigheter, religiøse foreninger og innvandrerforeninger, men det er også en økning av deltagelse blant kvinner med innvandrerbakgrunn i organisasjonslivet generelt (Enjolras og Wollebæk 2010). Deltagelse i menigheter og innvandrerorganisasjoner er nokså jevnt fordelt mellom kvinner og menn, men menn deltar mer i idrettsforeninger, fagforeninger og politiske organisasjoner.

Språkferdigheter ses som avgjørende for deltagelse i såkalte majoritetsorganisasjoner. Generelt slår sosiale ulikheter sterkt ut når det gjelder befolkningens deltagelse i ulike frivillige organisasjoner i Norge, og mer enn i de andre nordiske landene. Enjolras og Wollebæk (op.cit.) hevder at «I Norge er det tre ganger så vanlig med aktivt medlemskap blant de rikeste» (ibid., s. 24). Dette er tankevekkende når det gjelder inkludering for mange befolkningsgrupper.

Det er foretatt flere studier av innvandrere og organisasjoner i Norge og Norden de siste årene (Hagelund og Loga 2009, Lidén 2001, Predelli 2006). En svensk undersøkelse viser at organisasjoner for eldre innvandrere ofte har basis i felles interesser eller livsspørsmål (Forssell og Ingemarson 2008).

Organisasjonene kan også fungere som et supplement til offentlige velferdstjenester, og bidrar til bedre kommunikasjon mellom den eldre innvandrerbefolkningen, hjelpeinstanser og myndigheter (Melve 2003).

I en undersøkelse ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble det lagt vekt på forebyggende helsearbeid og nettverksbygging for eldre innvandrere (Ingebretsen 2010a, 2010b; Annaniassen og Kristiansen 2010). Det ble spurt om hva

eldresentre, innvandrersorganisasjoner og andre frivillige humanitære og interesseorganisasjoner gjør for/med eldre med innvandrerbakgrunn med tanke på kontakt, forebyggende helsearbeid og informasjonsformidling. Undersøkelsen gir eksempler på de ulike organisasjonstypers virksomhet (Annaniassen og Kristiansen op.cit.). Innvandrersorganisasjoner kan representere viktige møtesteder for kontakt, kulturutfoldelse, og spredning av informasjon.

I offentlige dokumenter legges det vekt på at et godt samfunn har mange møteplasser og at folk trenger arenaer for å møte hverandre (Stortingsmelding 39 2006–2007, Meld. St. 34 2012–2013). Deltagelse i organisasjoner ses som et positivt uttrykk for deltagelse i samfunnslivet og som et bidrag til forebygging av helseplager og inaktivitet (Meld. St. 16 2010–2011, 29 2012–2013, NOU 2011c). Det å bygge relasjoner også utenfor familien kan være av ekstra stor betydning for kvinner med innvandrerbakgrunn.

Myndighetene ser på innvandrersorganisasjoner som støttespillere i arbeidet med å styrke innvandreres helse (Meld. St. 6 2012–13). Det gis økonomisk støtte til å skape møteplasser og skape fellesskap som støtter opp om ulike former for deltagelse (EMI 2014, Takle 2013). Slike tiltak kan ses som midler til å motvirke marginalisering og stigmatisering (Larsen og Mortensen 2009, Møller 2009). Deltagelse i fellesskap og sosial støtte kan skape et bedre grunnlag for mestring og styring med eget liv (Major 2011).

Sosial inkludering

I debatten om innvandrere vises det ofte til begreper som sosial inkludering og integrering/integrasjon. Kontakt med andre og sosial inkludering kan betraktes som en av de viktigste faktorene for å oppleve god livskvalitet. Her er deltagelse i frivillige organisasjoner og foreninger av stor betydning (Loga 2013a, s. 43). Dette kan gjelde både i organisasjoner generelt og i innvandrersorganisasjoner. «Integrasjon handler om at alle i befolkningen kan og skal delta i felles arenaer, samtidig med at de har frihet til å ivareta kulturelle og religiøse særtrekk» (Hagelund og Loga 2013, s. 6). Forfatterne diskuterer en forståelse som bygger på at integrering skaper tillit og lojalitet i samfunnet. Men det er ikke alltid klart hva en skal integrere til. Et utgangspunkt er at deltagelse i organisasjonsliv kan motvirke ulikhet, men et hovedfunn fra deres undersøkelser er at entusiasme og gode holdninger ofte er sterkere enn handlingskraften når det gjelder hva organisasjoner gjør for å motvirke ulikheter mellom majoritet og minoritet. Dette er derfor viktige områder å arbeide videre med. Vi må ta utgangspunkt i at ulike organisasjoner har ulike mål og funksjoner og vil fungere forskjellig.

Ødegård (2010, 2013) finner at innvandrereforeninger spiller en avgjørende rolle i etniske minoriteters hverdagsliv (Ødegård, Steen-Johnsen og Ravneberg 2012, Ødegård, Loga, Steen-Johnsen og Ravneberg 2014). Det kan bli et spørsmål om balansegang mellom kulturer.

Innholdet i rapporten

Rapporten består av tre deler. I dette første kapitlet i del I har vi beskrevet bakgrunnen for prosjektet og kort omtalt dets målsetting og målgrupper. Vi har gitt en oversikt over innvandrere i Norge, utdypet noen forhold ved migrasjon og gjort rede for helseutfordringer og psykisk helse blant kvinner med innvandrerbakgrunn. Deretter er det introdusert temaer som tas opp senere i rapporten. Kapittel 2 omhandler de metoder som er benyttet og en beskrivelse av tilnæringsmåter og utvalg.

Del II presenterer resultater fra undersøkelsen i tre kapitler. Kapittel 3 dreier seg om kvinners erfaringer med omstilling, trivsel og fellesskap. Kapittel 4 handler om møteplasser og den betydning de har for trivsel gjennom sosialt samvær og aktivitet. Kapittel 5 tar opp informasjon og helseopplysning, hvordan kvinner blir møtt i hjelpeapparatet og betydningen av tilrettelegging av tilbud.

Del III består av to kapitler. I kapittel 6 diskuteres resultater som er omtalt i de tre foregående kapitlene sett i forhold til tidligere forskning på området. Kapittel 7 oppsummerer hovedfunn, og kapitlet avsluttes med anbefalinger til tiltak.

Kapittel 2

Metode: Hvordan vi gikk frem

Innledning

I dette kapitlet vil vi beskrive utvalg, hvilke metoder som er benyttet og den praktiske gjennomføringen av prosjektet.

For å få mer kunnskap om livssituasjonen til aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn har vi valgt en kvalitativ tilnærming (Kvale 2001, Kvale og Brinkmann 2009). Vi har ønsket å få innblikk i kvinnenenes situasjon både gjennom erfaringer fra fagfolk og andre ressurspersoner på feltet, og ved å høre kvinnenenes egne ord om erfaringer og tiltak som er viktige for dem.

Når det gjelder fagfolk og andre ressurspersoner, var det naturlig å velge *individuelle intervjuer* for å få innblikk i deres erfaringer gjennom en fortrolig samtale. De to kategoriene vil i de følgende kapitler generelt bli omtalt som 'ressurspersoner'.

Gruppeintervjuer (fokusgrupper) ble valgt som metode for samtale med et utvalg av aldrende kvinner. Denne tilnærmingen ga mulighet til å kunne lytte til mange stemmer. Selve det sosiale samspillet i en fokusgruppe gir mulighet til å få kjennskap til ulike erfaringer, holdninger og meninger. Det kan skapes en dynamikk og en praksis som i mange tilfeller kan overgå forskerens evne til å stille gode spørsmål (Hamran og Moe 2012, Ingebretsen 2014). Gruppesamtaler som er preget av fellesskap og solidaritet, kan være velegnet også for sensitive temaer (Wilkinson 2004).

I vår undersøkelse ville vi så langt som mulig ha samtaler med kvinner med aktuell innvandrerbakgrunn, og i tillegg få tilbakemelding om resultater og konklusjoner underveis. Det ble derfor arrangert en *dialogkonferanse* for å melde om foreløpige funn og få reaksjoner før formidling av endelige resultater.

Fremgangsmåte ved rekruttering

For å få kunnskap om relevante tjenester og tilbud for eldre kvinner med innvandrerbakgrunn ble det først tatt kontakt med sentrale personer i innvandrerorganisasjoner, moskeer og templer, samt fagpersoner som hadde kontakt med kvinner med innvandrerbakgrunn. Vi ønsket å intervju både ledere/fagpersoner og aldrende kvinner som er brukere eller potensielle brukere av eksisterende tilbud og tjenester.

Det ble etablert en referansegruppe for prosjektet der blant andre fem personer med innvandrerbakgrunn fra India og Pakistan deltok. De kom med viktige opplysninger om tiltak og aktiviteter som foregår, og ga innspill til oppstart av prosjektet. De fungerte også som kontaktpersoner og bidro til rekruttering av informanter både til individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. I tillegg til referansegruppen hjalp også andre kontaktpersoner i innvandtermiljøet til med rekrutteringen. På denne måten var kontaktpersonene både en viktig kunnskapskilde og et nyttig mellomledd med tanke på å skape tillit og interesse for deltagelse i gruppeintervjuer. Denne fremgangsmåten gjorde det mulig å få rask kontakt med et hensiktsmessig utvalg.

For ytterligere å spre informasjon om prosjektet ga to av forskerne en orientering om prosjektet på 'Verdens eldredag 2013' i regi av Central Jamaat-e Ahl-e Sunnat Norway og Internasjonal helse og sosialgruppe (IHSG). Videre ble det redegjort for prosjektet på et eget informasjonsmøte i regi av Kvinneavdelingen ved Islamic Cultural Centre.

Det ble utarbeidet orienteringsskriv om undersøkelsen på norsk, urdu og hindi. For ressurspersoner ble det sendt skriv i forbindelse med avtale om intervju. Til deltagere i gruppeintervjuer ble orienteringsskriv og samtykkeerklæring sendt de respektive kontaktpersonene, som så bistod med å avtale tid og sted for gruppeintervju og med å samle samtykkeerklæringene.

I orienteringsskrivene var det redegjort for prosjektets målsetting og tema. Konfidensialitet og Personvernombudets krav etter avtale med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS var understreket (vedlegg I).

Utvalg

I undersøkelsen har vi konsentrert oss om aldrende kvinner fra Pakistan og India. De tilhører etablerte innvandrergrupper i Norge, med en økende andel eldre. Våre deltagere kommer fra ulike tjenestetilbud, tiltak, organisasjoner, foreninger og uformelle nettverk.

Vi har vært i kontakt med medarbeidere ved tre former for tiltak, som hver for seg gir ulike tjenestetilbud. Det første tiltaket hører til spesialisthelsetjenesten og fordrer henvisning fra lege, det andre kan nås både med og uten henvisning, og det tredje har tilbud som er åpent for alle.

1) *Pasient- og pårørendeopplæring ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (PPO)*. På Lovisenberg trengs det legehenvvisning for å være med på mestringskurs. Opplæring av

pasienter og pårørende er en av sykehusets fire hovedoppgaver og en viktig del av pasientbehandlingen. Opplæringen, som skal legge til rette for at pasientenes aktive deltagelse i egen behandling og rehabilitering, har mestring som mål (PPO 2014).²

2) *Helseforum for kvinner* (HFK). Til Helseforum for kvinner kan man enten bli henvist eller man kan søke selv. Helseforum for kvinner er en uavhengig og idealistisk organisasjon som arbeider for å bedre kvinners og barns levekår og bidra til selvhjelp og inkludering i samfunnet. Helseforumet er en flerkulturell møteplass der en møter andre i samme situasjon og kan utvide sitt sosiale nettverk, praktisere norsk språk, delta i grupper og få informasjon om kosthold og annen egeninnsats i uformelle og trygge omgivelser (HFK 2014).³

3) *LIN – Likestilling, inkludering, nettverk*. LIN er en interesseorganisasjon for minoritetskvinner. Til LIN kan en bare komme – eller melde seg på selv. Det er gratis adgang. Det kan være ventelister til tjenestetilbud.

Formålet til LIN er formulert i vedtektene: «Målet for LIN er å utvikle den enkelte kvinne slik at hun kan bruke sitt fulle potensial som kvinne, mor, hustru og selvstendig borger, med like rettigheter og muligheter, frie valg og ytringsfrihet gjennom informasjon, kursing, nettverk og påvirkning. LIN jobber mot sosial ekskludering og fattigdom.» (LIN 2014).⁴

Det finnes utfyllende informasjon om de tre tiltakene ovenfor i vedlegg II. Ingen av disse tiltakene er spesielt rettet mot eldre kvinner eller eldre kvinner med minoritetsbakgrunn.

Videre har vi vært i kontakt med ledere/kontaktpersoner i følgende organisasjoner/foreninger:

Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG). Hovedmålet er «å møte samfunnsutviklingen, samt styrke faglig deltagelse, oppbygging av tillit og trygghet for målgruppen, som blant annet er mennesker med flerkulturell bakgrunn». Gjennom dette arbeidet er det løftet frem mange viktige temaer knyttet til helse og innvandrere i Norge.

Organisasjonen definerer seg som et nettverk, en «non profit, livssynsmessig og partipolitisk uavhengig forening» (IHSG 2014).⁵ Den representerer mange kulturer og arbeider for å skape bred kontakt mellom folk, både nasjonalt og globalt. Det legges stor vekt på nært samarbeid med andre organisasjoner og instanser, både innen offentlig og privat sektor. Den viktigste

² http://www.lds.no/modules/module_123/proxy.asp?C=457&D=1

³ <http://www.helseforumforkvinner.no/>

⁴ <http://www.linorg.no/>

⁵ <http://kunde.123onweb.no/ihsg/>

oppgaven for IHSG er samarbeid med norske myndigheter. Sentralt står arbeidet for å forbedre helsetilbudet når det gjelder fysisk og psykisk helse hos etniske minoriteter.

Interkulturell kvinnegruppe (IKKG) er en Oslo-basert forening som samler kvinner med ulik bakgrunn. Organisasjonen jobber med å skape møteplasser for alle kvinner som er bosatt i Norge, danne nettverk og fremme faglige diskusjoner mellom medlemmene. Organisasjonen tar opp helseproblemer samt integrerings-/inkluderingspørsmål, og ønsker å være et bindeledd mellom kvinner og norske myndigheter for å utveksle viktig informasjon (IKKG 2014).⁶

I forbindelse med rekruttering til gruppeintervjuer var vi dessuten i kontakt med en rekke uformelle foreninger og nettverk.

Deltagere i individuelle intervjuer

Det er foretatt individuelle intervjuer med ti ressurspersoner fra ulike tiltak, organisasjoner og foreninger. Intervjupersonene har asiatiske opprinnelsesland, hovedsakelig Pakistan og India. Med ressurspersoner menes her personer som har spesiell fagkunnskap og/eller erfaringer når det gjelder eldre kvinner med innvandrerbakgrunn. Deltagerne har dermed erfaringer både fra hjelpeapparatet og fra organisasjonslivet. Av de ti som ble intervjuet er det ni kvinner og en mann.

Deltagere i gruppeintervjuer

Deltagere til gruppeintervju ble rekruttert via kontaktpersoner i organisasjoner og uformelle nettverk. Det ble ikke rekruttert deltagere gjennom det formelle hjelpeapparatet (altså ikke blant kvinner som fikk psykologisk/psykiatrisk behandling). Det ble arrangert gruppeintervjuer med til sammen tjue kvinner over femti år med innvandrerbakgrunn fra Pakistan og India. Det var tretten kvinner med bakgrunn fra Pakistan og sju fra India. Deltagerne var fordelt på fem grupper. Aldersfordelingen varierte fra 50 til 80 år med en overvekt på kvinner i slutten av femtiårene og begynnelsen av sekstiårene. De har lang botid i Norge (19–37 år). De har varierende yrkeserfaring, noen er fagutdannet, andre har hatt mer tilfeldige jobber, mens andre igjen er uten yrkeserfaring. Noen av kvinnene er fortsatt i jobb.

De fleste kvinnene har voksne barn. Bosituasjonen varierer. Noen bor i storfamilie, andre sammen med ektefellen, og noen bor alene etter ektefelles død, ektefelles flytting til sykehjem eller skilsmisse.

⁶ <http://www.ikkg.org/>

Deltagere i dialogkonferanse

Etter at intervjuer var gjennomført, transkribert og foreløpig analysert, ble det holdt et dialogmøte for å drøfte sentrale temaer. Møtet var i samarbeid med organisasjonen LIN. Kvinner fra målgruppen ble spesielt invitert – og voksne barn av kvinner i målgruppen ble også bedt om å formidle invitasjon. I tillegg til forskerne deltok her tretti kvinner i ulike aldre og fra ulike opprinnelsesland.

Arbeidsmåter og temaer ved intervjuer

Møtested ble avtalt med den enkelte intervjuperson eller kontaktperson (ved gruppeintervjuer). Intervjuene foregikk enten ved deres arbeidssted/organisasjon eller – der dette var mest praktisk for dem – ved forskernes arbeidsted.

De individuelle intervjuene varte fra én time til i overkant av to timer. Varighet for fokusgruppeintervjuene var fra halvannen til to timer. I ett tilfelle var det pause på grunn av bønn, slik at tidsrammen ble noe utvidet.

Intervjuer og gruppeledelse

Det var to prosjektmedarbeidere til stede ved hvert intervju. Det var avtalt på forhånd hvem som skulle ha hovedrollen som intervjuer/gruppeleder og hvem som skulle ha ansvar for det praktiske i forbindelse med lydopptak, samtykkeerklæringer og så videre.

Språk

Intervjuer med ressurspersonene foregikk på norsk uten tolk. Fokusgruppeintervjuene foregikk også mest på norsk, men ikke alle deltagerne snakket flytende norsk. I noen tilfeller var det kontaktpersonen eller øvrige deltagere som hjalp til med oversettelse fra morsmålet dersom noen hadde problemer med å finne ord på norsk. Kvinnene med indisk og pakistansk bakgrunn var adskilt i separate fokusgrupper, men i dialogkonferansen var kvinner med både pakistansk, indisk og annen innvandrerbakgrunn samlet.

Hovedtemaer og arbeidsmåter i individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer

Spørsmål i intervjuguidene tar utgangspunkt i hovedtemaene for undersøkelsen. Det ble laget intervjuguides som fungerte som rettesnor for samtaler, uten at denne ble fulgt slavisk. Temaene i intervjuguiden fungerte som innspill til samtale. I fokusgruppene dannet en slik tilnærming grunnlag for diskusjon, og ga mulighet til å få frem ulike erfaringer og få underbygget ulike synspunkter.

Intervjuer med ressurspersonene ble vinklet litt forskjellig avhengig av deres arbeidsfelt og erfaringsbakgrunn, men hovedtemaer var:

- Inntrykk av trivsel og velvære blant aldrende kvinner med bakgrunn fra India og Pakistan
- Forhold av betydning for et godt hverdagsliv og forhold som kan skape problemer og bekymringer
- Holdninger til psykisk helse i pakistanske og indiske nettverk, i religiøse og andre organisasjoner
- Syn på åpenhet om problemer, hvem kan kvinnene snakke med
- Erfaringer med organisasjoner og tiltak for aldrende kvinner fra India og Pakistan
- Vurdering av aktuelle tiltak, behov og ønsker
- Forslag til hva som kan gjøre det lettere å få støtte fra andre når en har det vanskelig

Gruppeintervjuene ble innledet slik: «Målet for prosjektet er å finne ut hvordan aldrende kvinner fra Pakistan og India har det i Norge, og hva man kan gjøre for at de skal trives og ha det godt. Da må vi vite mer om hva dere tenker om hva som er av betydning for et godt liv, hva som skaper mistrivsel, og hva dere mener er gode tilbud.»

Innledningsvis ble det gitt en orientering om prosjektet, om hensyn til taushetsplikt, frivillighet og om sentrale momenter i informasjonsskrivet. Deltagerne samtykket i bruk av lydopptak. Intervjuguiden er gjengitt i vedlegg III. Gruppesamtalen ble lagt opp slik at det var fleksibilitet med tanke på formuleringer og rekkefølge. Det ble ansett som viktigere å la deltagerne fortelle om de temaene de var opptatt av enn å få svar på alle spørsmål.

Gruppeleder understreket innledningsvis at en ikke trengte å komme med private erfaringer med mindre en ønsket det selv, og at deltagerne hadde mulighet til å ta opp andre spørsmål etter at gruppen var ferdig.

Det ble informert om at vi skulle skrive om erfaringer, slik at de kommer til nytte i planlegging for dem det gjelder, men uten at enkeltpersoner kan kjennes igjen. Etter introduksjon og presentasjon av gruppeleder og medarbeider presenterte deltagerne seg kort (om alder, opprinnelsesland, tid i Norge og yrke).

Spørsmål til deltagerne er vist nedenfor. Som tidligere nevnt ble det foretatt endringer i temaer og rekkefølge samt utdyping av spørsmål ved behov. Det ble lagt vekt på å følge opp diskusjonen og flette inn utdypinger og nye temaer underveis.

- Hva mener dere er viktig for kvinner fra Pakistan/India (nevne den aktuelle for gruppen) som bor i Norge, når dere blir eldre? (Hva bidrar til trivsel, en god dag? Hva gir bekymringer og tristhet?)
- Hva pleier en å gjøre hvis en har bekymringer eller føler seg nedfor? (Hva hjelper? Hvem snakker en med?)
- Hvordan ser folk i deres omgangskrets på personer som er nedfor eller har problemer? (Syn på problemer, åpenhet, anbefalinger/ønsker om hjelp)
- Hva mener dere er viktig for å motvirke mismot og ta vare på trivselen i eldre år? (Hva hjelper, positive tiltak, forslag)
- Forslag til informasjon og tiltak. (Forslag til tiltak som kan gjøre hverdagen lettere, eksempler, informasjonsbehov, forslag)
- Oppsummering. (Gruppeleder oppsummerer hovedmomenter og spør om det noen som har noe å tilføye)

Kommentar til arbeidsform i fokusgruppene

En runde med presentasjon og umiddelbar formidling av erfaringer fører til at alle får sagt noe innledningsvis. Dette kan stimulere til videre deltagelse. De øvrige temaene blir tatt opp slik at alle har mulighet til å være den første som svarer. Gruppeleder lanserer først temaene åpent, fulgt opp av utdypende spørsmål fra intervjuguide og/eller på bakgrunn av innspill fra gruppen. Temaene blir rundet av med at gruppeleder oppsummerer hovedmomenter og spør om noen ønsker å tilføye noe, før neste hovedtema blir tatt opp. Hensikten er å holde oppmerksomheten på bestemte temaer og bidra til progresjon i gruppen, samtidig med at deltagerne får anledning til å korrigere eller utdype de sammenfatninger som blir gjort.

Det var stort engasjement i gruppene og en aktiv dynamikk gruppedeltagerne imellom, der de kommenterte og utdypet hverandres utsagn underveis. Det var mye smil og latter. Deltagerne ga tilbakemeldinger om at det var interessant å delta i diskusjonen, og at de var glade for å kunne bidra siden gruppen tok opp viktige temaer. Det var enkel bevertning under møtene. Dette bidro til å løsne på stemningen. Etter gruppesamtalen fikk deltagerne et gavekort som takk for innsatsen. Noen benyttet anledningen til utdypende spørsmål og kommentarer etter at lydopptaker var stoppet og møtet rundet av. Det ble vurdert som en rimelig tidsramme at møtetiden varierte fra halvannen til vel to timer. Samtidig var det viktig å gi rom for litt ekstra prat i etterkant, med korte samtaler med enkelte deltagere som hadde noe ekstra på hjertet.

Dialogkonferanse

Innledningsvis på dialogkonferansen ved LIN ble det gitt en orientering om prosjektet. Noen av funnene ble presentert, og møtedeltagerne ble bedt om å komme med sine synspunkter på spørsmål relatert til resultatene. Spørsmål til diskusjon gjaldt hva som er en god møteplass, hva som motiverer dem til å delta på diverse arenaer, hva som bidrar til 'en god dag' og til et godt liv i eldre år. Stikkord fra svarene ble notert på tavlen. En ansatt ved LIN bidro med oversettelse til urdu. Deltagerne drøftet også noen oppgaver i mindre grupper og leverte skriftlige besvarelser. Momenter som kom frem under dialogmøtet kunne på denne måten inngå i datamaterialet og benyttes i analysen.

Om databearbeiding og analyse

Arbeidsformen i både gruppeintervjuer og individuelle intervjuer er slik at deltagerne beskriver sine erfaringer og opplevelser knyttet til de temaer som tas opp underveis. Intervjuer oppsummerer så for å klargjøre om alt er riktig oppfattet, for deretter eventuelt å kunne stille utdypende spørsmål for å forstå meningen i det vedkommende sa.

I et kvalitativt forskningsintervju er intervjueren avgjørende. Intervjueren må ivareta både kontaktforholdet og de temaer som skal undersøkes. Det kreves at intervjueren er empatisk, åpen og fleksibel. For intervjueren blir det en viktig balansegang mellom nærhet og distanse. Det krever refleksjoner om eget ståsted og hvilke briller en selv ser virkeligheten gjennom. Dette gjelder både i selve intervjuet og i bearbeidingen av materialet (Kvale 2001, Ingebretsen og Solem 2002, Fossland og Thorsen 2010).

En slik form for intervjuing er en kontinuerlig fortolkning med mulighet for umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse av intervjuers forståelse. Det kan bli et 'selvkorrigerende intervju' (Kvale op.cit.). Når en gjennomfører flere intervjuer er det i seg selv en læringsprosess, slik at måten en stiller spørsmål på og hva en utdyper, er blitt utviklet etter hvert som en lærer mer om temaene. Det kan bli både en selvkorrigering og videreutvikling av temaer. En slik temautvikling gjelder både ved individuelle intervjuer og ved fokusgruppeintervjuer. Siden prosjektet gikk over en viss tidsperiode, hadde vi mulighet til å benytte erfaringer fra tidligere intervjuer til å utdype sentrale temaer etter hvert.

Leder av fokusgruppen stiller spørsmål og understøtter kommunikasjonen mellom deltagerne heller enn å intervjuer dem enkeltvis.

Deltagerne i gruppeintervjuer kan komme fra allerede etablerte grupper eller grupper som er samlet for formålet (Wilkinson 2004). I vår undersøkelse var det eksempler på begge deler.

Én gruppe hadde en felles historie ved å møtes jevnlig som gruppe. Andre deltagere ble rekruttert ut fra større fellesarenaer, der noen kjente hverandre godt fra før og andre bare hadde truffet hverandre perifert. Gjennom at deltagerne kom fra samme rekrutteringssted eller organisasjon og hadde samme opphavsland, hadde de en viss felles tilknytning. Det virket som at dette fungerte som base for trygghet og åpenhet i kommunikasjonen.

Fordeler med fokusgrupper er at en kan samle data fra mange relativt raskt og at en gruppe kan representere en situasjon som minner om dagliglivets samtaler. Situasjonen blir myket opp og krydret med spøkefulle kommentarer og fortellinger som bidrar til at deltagerne kan slappe av. Samtalen i en fokusgruppe gjør det mulig for deltagerne å bygge på og supplere andres uttalelser, slik at flere sider ved et tema blir belyst. Temaer kan også bli utdypet ved at det oppstår uenighet, og at ulike syn blir presentert. Som Wilkinson (op.cit.) kommenterer, er det en vanlig misforståelse at folk ikke vil snakke om sensitive personlige temaer i grupper. En gruppekontekst preget av solidaritet kan i noen tilfeller gjøre det lettere å fortelle om personlige erfaringer. I våre grupper fortalte deltagere at det var strenge normer for hva de ville fortelle utad. Likevel var de trygge på å være åpne i en situasjon der de hadde tillit til de andre deltagerne og til konfidensialiteten i prosjektet. De viste glede over å utveksle erfaringer blant 'sine egne' og i forhold til forskere som viste interesse for deres beretninger.

I en fokusgruppe har ikke forskerne samme kontroll over situasjonene som i et én-til-én-intervju. Det kan ses som positivt at det ikke er en rigid styring. Det gir deltagerne rom for å utvikle temaer de er interessert i. Dette kan føre til sidespor, som kan gi ny innsikt, men det kan også føre til at deltagerne holder seg til trygge temaer som bringer lite nytt. Det var forskjell i aktivitet og engasjement i samtalene. Enkelte eksempler på behov for styring forekom der en deltager gikk langt i å meddele personlige detaljer.

Både ved individuelle intervjuer og gruppeintervjuer ble det tatt notater, med sentrale momenter og inntrykk underveis og etter møte med deltagerne. Alle intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter ble all norsk tale transkribert. Utskriftene er nøye gjennomlest og korrigert. Det var noen problemer med å forstå hva som ble sagt. Dette skyldtes noen ganger den enkeltes aksent, andre ganger at deltagerne snakket i munnen på hverandre eller at det var støy rundt gruppen. En har i etterkant hatt mulighet til å gå tilbake og lytte på opptak for å sikre at en har forstått og fått sitater korrekt nedskrevet.

Alle prosjektmedarbeidere har vært med på deler av datainnsamlingen og har derfor direkte inntrykk fra intervjupersonene. Samtidig er det sikret kontinuitet i datainnsamlingen ved at én

av forskerne har vært med på ni av ti individuelle intervjuer (VHM) og at en annen av forskerne har hatt hovedansvaret for alle fokusgruppeintervjuene (RI). Det var som nevnt alltid to medarbeidere med på intervjuene. Dette var nyttig for å kunne gi innspill underveis og være diskusjonspartner i etterkant. Et slikt samspill kan bidra til at en lettere ser både hovedtemaer, variasjoner og viktige detaljer i materialet.

Utskriftene har blitt lest av alle i prosjektgruppen (gjentatte ganger), og viktige temaer ble markert og drøftet. Temaene, som var på ulike nivåer, ble systematisert og samordnet. I denne prosessen vekslet vi mellom å forstå den enkeltes historie ut fra intervjupersonens perspektiv og å se sammenhenger på tvers i materialet. I analysen var det nyttig å ha tre datakilder: intervjuer med ressurspersoner, og kvinnenenes erfaringer slik de ble formidlet i fokusgrupper og under dialogkonferansen. Gjennomgangen av intervjuene bestod i å identifisere, beskrive og fortolke sentrale temaer. Det dreier seg om en kvalitativ analyse for å finne mening og mønstre i materialet (Kvale 2001, Kvale og Brinkmann 2009).

I rapporten vår er datamaterialet hovedsakelig analysert med tanke på deltagerens erfaringer og hva som kan utledes til anbefalinger eller forslag. Målet er at resultatene skal bli tilgjengelige og bli brukt med tanke på å være til nytte for utvikling av tilbud og tiltak for kvinner med innvandrerbakgrunn.

Relevans og pålitelighet

Et viktig spørsmål i en undersøkelse som denne, er om de metoder vi har valgt for å innhente kunnskap og analysere erfaringer er velegnede (relevante) for formålet: Får vi økt kunnskap om hva som kan bidra til livsmot og motvirke mismot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn? Lærer vi om tilnærminger og tiltak som virker positivt for trivsel og velvære?

For å få kjennskap til situasjonen for aldrende kvinner fra India og Pakistan vurderes det som en klar styrke å treffe personer med ulik faglig og organisasjonsmessig tilknytning og med nært kjennskap til disse innvandremiljøene. Ressurspersonene bidro med egne erfaringer og refleksjoner, samtidig med at de var kontaktpersoner med tanke på rekruttering av kvinner til gruppeintervjuer. Det ses som en fordel at gruppedeltagerne ble rekruttert via ulike kanaler. På den måten får vi frem variasjon i innvandrergruppene.

Samtidig kan det være en innvending at utvalget er begrenset og kun representerer to grupper av innvandrerkvinner. Det kunne ha vært ønskelig med et bredere utvalg av

migrasjonsbakgrunn, men dette har ikke vært mulig innenfor prosjektets rammer. En inngående studie av to grupper gir imidlertid mulighet til fordypning og inngående kjennskap til disse gruppenes situasjon. Fellestrekk, variasjon og ulike erfaringer kommer frem. Det var mye gjenkjenning og understreking av felles erfaringer da erfaringer fra prosjektet ble presentert for en bredt sammensatt gruppe kvinner på dialogkonferansen. Det blir viktig å være oppmerksom på variasjon både innad i og mellom ulike innvandrerg grupper.

I formidlingen av resultater har vi brukt sitater og intervjuerfaringer for å skape forståelse og refleksjon. Vi håper at denne kunnskapen kan bidra til økt interesse for aldrende innvandrerkvinnens situasjon og til økt satsing på møteplasser, tilbud og tjenester med vekt på mangfold.

Innenfor vårt utvalg opplevde vi 'metning' i den forstand at enkelte temaer gikk igjen. Vi trengte ikke flere grupper for å få bekreftet for eksempel betydningen av møteplasser som ledd i helsefremmende arbeid. Det var mange nok deltagere til at vi har fått bekreftet fellestrekk i erfaringer og ønsker på en rekke områder.

De som er intervjuet, gir innblikk i en del av den variasjon vi kan forvente å finne blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. Vi har rekruttert gjennom kvinnenettverk. Vi vet derfor fortsatt lite om dem som ikke søker et slikt fellesskap, bortsett fra det som formidles indirekte via deltagerne.

Metodekommentar – oppfølging av prosjektplan

Det var opprinnelig planlagt å arrangere to dialogkonferanser for kvinner med indisk og pakistansk bakgrunn hver for seg. Vårt utvalg og erfaringer fra fokusgruppene ga ikke grunnlag for forskjellige tilnærminger overfor disse to gruppene. Vi valgte derfor heller å holde én dialogkonferanse, som åpnet for en mer sammensatt gruppe kvinner. På denne måten fikk vi anledning til å få tilbakemeldinger og synspunkter også fra yngre kvinner og kvinner med ulik landbakgrunn.

Etiske vurderinger og hensyn

Psykiske vansker er et sensitivt tema. Ordbruken i prosjektet ble viet stor oppmerksomhet fordi det er ulikheter i normer og hvilke begreper som benyttes om psykiske problemer i ulike kulturer. Vi har i denne undersøkelsen ikke vært opptatt av kartlegging av psykiske problemer og diagnosekategorier. Vi har vektlagt hva som bidrar til en god hverdag, livsmot og trivsel, og alternativt hva som skaper mismot, problemer og bekymringer. Vi har ønsket å benytte ord

som gir mening for den enkelte og som ikke virker støtende. Dermed mente vi det ville være lettere å få innblikk i kvinnenes erfaringer og forslag til helsefremmede tiltak.

I prosjektet blir det lagt stor vekt på å etterleve etiske retningslinjer i forhold til den enkelte informant ved informasjon og rekruttering til prosjektet, i kontaktforholdet gjennom intervjuer og intervjupersoner, i behandling av data og ved rapportering. Dette forutsetter grundig informasjon om prosjektet. Vi har fulgt retningslinjer fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som har godkjent prosjektet. I beskrivelsen av resultater fra undersøkelsen, er det utvist spesiell forsiktighet ved beskrivelse av opplysninger, slik at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes. Det er benyttet vanlige anonymiseringsmetoder ved at sensitiv informasjon er utelatt eller omskrevet.

Enkelte tiltak og organisasjoner som inngår i undersøkelsen er beskrevet for å gi et bilde av arbeidsformer og tilbud som virker tillitvekkende og helsefremmende. Det er imidlertid lagt vekt på at enkeltpersoner med tilknytning til disse organisasjonene blir beskrevet slik at de ikke skal kunne gjenkjennes. Anonymisering er også brukt der ansatte forteller om eksempler fra sin praksis.

DEL II

RESULTATER – HVA VI FANT I UNDERSØKELSEN

Innledning

Resultater beskrives i del II ut fra problemstillingene i undersøkelsen. Vi beskriver hvordan aldrende kvinner fra Pakistan og India har det i Norge, hva de forbinder med trivsel og et godt dagligliv, hva som kan skape problemer og bekymringer. Disse erfaringene beskrives i kapittel 3.

Erfaringer fra deltagere i individuelle intervjuer, gruppeintervjuer og dialogkonferansen blir presentert samlet ut fra disse temaene. Det blir presisert om synspunkter og sitater kommer fra ressurspersoner som representerer fagfolk og organisasjoner eller fra kvinner i fokusgrupper eller dialogkonferanse. Når vi kun skriver ‘kvinnene’, gjelder dette kvinner i fokusgruppeintervjuene.

Et viktig spørsmål i undersøkelsen er hva man kan gjøre for at kvinnene skal trives og ha det godt. Her har møteplasser og ressurspersoner stor betydning. Dette temaet blir nærmere beskrevet i kapittel 4. I kapittel 5 beskrives kort erfaringer og konsekvenser for hjelpeapparatet.

Kapittel 3

Kvinnenes erfaringer: Omstilling, trivsel og fellesskap

Hva forbinder kvinnene med trivsel og et godt dagligliv?

De fleste kvinnene forteller at de trives i Norge. Det er viktig for dem å uttrykke at de verdsetter den tryggheten de har her i landet. Flere kommenterer i den forbindelse krig og uroligheter ellers i verden. En kvinne sier innledningsvis i et gruppeintervju: «Jeg synes jeg har det veldig godt her i Norge nå.» Hun føyer til: «Verden er i forandring, og det er veldig urolig i Asia.»

Kvinnene legger ofte vekt på at de har en tilhørighet til Norge som er utviklet over år. En intervjuperson gir et eksempel på denne tilhørigheten ved å fortelle om en slektning som hadde bodd lenge i Norge, men som ble syk og døde på en reise i 'hjemlandet' Pakistan. Etter ønske fra vedkommende selv og familien ble avdøde sendt hjem til Norge for å bli begravet her.

Omstillinger - et liv i endring

Når kvinnene kommer inn på tiden i det tidligere hjemlandet og den første tiden i Norge, beskriver de det ofte som 'for lenge siden'. Alle har bodd i Norge i minst 19 år, de fleste i over 30 år. De forteller at det har skjedd store forandringer i samfunnet siden de kom til Norge. Det gjelder både her og i opprinnelseslandet. De fleste understreker at de på mange måter har funnet seg til rette. De forsøker å balansere tradisjoner fra hjemlandet med et dagligliv i Norge. De fleste har barn som har gått på skole i Norge, og de har ofte kontakt med andre familiemedlemmer og venner fra opprinnelseslandet. De forteller at de kan savne opprinnelseslandet og kontakt med familien. Det skaper ekstra uro hvis det er behov for å komme raskt til familien ved sykdom og viktige hendelser. Likevel regner de aller fleste med at de blir boende i Norge. Samtidig ønsker mange å foreta besøk i opprinnelseslandet også uten at det er spesielle familiebegivenheter som ligger til grunn. Noen ønsker at slike reiser kan bli organisert som rimelige fellesreiser, slik at eldre ikke forhindres av dårlig økonomi eller blir avhengige av familiemedlemmer som reisefølge. Slike ønsker viser at kontakten med opprinnelseslandet fortsatt kan være viktig, selv om de aller fleste vi har hatt kontakt med, ser for seg en alderdom i Norge.

I intervjuene har vi ikke lagt opp til noe tilbakeblikk på livet i det tidligere hjemlandet og den første tiden i Norge, men flere kommenterer at flyttingen var en stor overgang. Det innebar overraskelser å komme til Norge. En kvinne forteller at hun hadde sett Norge på et

verdenskart før hun kom. Det virket nær England. Hun var ung og nylig gift med en mann som bodde og arbeidet i en bygd i distrikts-Norge. Det viste seg å være langt fra London, men hun forteller at hun ble godt mottatt. «De norske var så gode med oss, de passet på oss, så jeg var aldri alene faktisk.» Det var imidlertid bare ektefellen hun kunne snakke med på sitt morsmål. Hun savnet familien i opprinnelseslandet. Hun skjønnte derfor at hun måtte lære seg norsk raskt, og finne ut av hvordan hun kunne bruke sine ferdigheter og delta i aktiviteter i lokalsamfunnet. Hun vektlegger at både hun og mannen hadde utdanning og kompetanse det var bruk for. Ekteparet hadde yrker som innebar mye kontakt med lokalbefolkningen. Arbeidet og arbeidsmiljøet ble en viktig plattform med tanke på sosial integrering. Nå er familien bosatt i Oslo-området, og kvinnen kan fortelle at de har rike muligheter til å ivareta kontakt med venner både fra Norge og fra opprinnelseslandet.

For andre var den første tiden i Norge mer preget av usikkerhet og vansker med å finne seg til rette. For disse kvinnene var det ofte familien og barna som stod i sentrum. I intervjuene kommer vansker i den første tiden noen ganger indirekte frem som kontrast til nåtiden: «Nå er det lettere.» Det har blitt enklere å forstå samfunnet. Det er lett å få tak i varer en trenger, og det er utviklet nettverk og fellesskap i innvandermiljøene. Det er også lettere å opprettholde kontakt med opprinnelseslandet enn det var den første tiden i Norge. De fleste bruker mobiltelefon og dataprogram for videosamtaler. Hvis helsa og økonomien tillater det, er det gode muligheter til å reise på besøk, men det kan være begrensninger av flere grunner. Ved helsemessige plager kan det oppleves tryggere å være i Norge. Samfunnsforholdene i opprinnelseslandet står heller ikke stille. De kan ha mistet sin nærmeste familie og/eller kontakten er blitt endret, slik at de ikke har den samme tilhørigheten som før. De merker også at de selv har endret sine vaner. En kvinne som har bodd i Norge i snart 40 år forteller:

Når jeg reiser i Pakistan nå, så ser de på meg som norsk, de merker at jeg har vaner som ikke er vanlig der. Selv om jeg synes jeg er ganske mye pakistaner, så merker de forskjell.

Det er mye som binder kvinnene til Norge, særlig når de har barn og barnebarn som bor i nærheten. Familienettverket blir en viktig begrunnelse for hva de opplever som 'hjemland'.

En kvinne som flyttet til Norge i voksen alder og som ikke har barn og egen familie rundt seg her, peker på at det særlig ved sykdom kan være vanskelig å bo langt fra familien. Da kan migrasjon skape problemer på grunn av omstilling og manglende tilhørighet: «Du tilhører

ikke noe sted.» Denne kvinnen har arbeidet i ulike deler av verden. Hun satset på å jobbe mye, og hennes kontaktnettverk var mest knyttet til arbeidet. Hun har hatt mulighet til lange ferier i opprinnelseslandet. Nå når hun er syk, har hun mistet jobbnettverket. Det er ikke mulig for henne å reise, og hun savner å ha noen av sine nærmeste rundt seg. Dette er blitt ekstra tydelig i situasjoner hvor hun har trengt hjelp fra hjelpeapparatet. Da har hun savnet noen som forstår situasjonen hennes uten at hun må forklare detaljert om sine preferanser.

Samtaler med ressurspersoner og fortellinger fra fokusgruppene viser at det fortsatt er en del av kvinnene som strever med å finne seg helt til rette. Det kan være vanskelig å snakke norsk, få den hjelpen en trenger og delta på ulike samfunnsarenaer. For en del kvinner med innvandrerbakgrunn skaper det ekstra usikkerhet og utfordringer i eldre år.

En av ressurspersonene beskriver at kvinner som kom til Norge fra Asia for mange år siden ofte hadde lav selvtillit. De var ikke vant til å hevde seg verken innad i familien eller utad. Når de arbeidet hjemme og ikke lærte seg norsk, rammet dette selvtilliten:

Du føler deg så dum, når du ikke kan gå på butikken og snakke norsk. Du må ha en annen med deg. Da føler du deg mindreverdig.

Flere deltagere forteller om et hverdagsliv der kvinner har levd etter et tradisjonelt kjønnsrollemønster, der mannen tok seg av alt som hadde med yrkesliv og samfunnsroller å gjøre, mens hun hadde ansvar for hjem og familie. Hvis ektefellen dør eller blir syk, kan opplevelsen av fortvilelse og hjelpeløshet bli sterk.

En leder for en organisasjon forteller om en eldre dame som var blitt helt passiv og avmektig:

Hun satt stille. Hun hadde mistet mannen sin, så at barna ikke vil ha henne. Så hun var helt alene. Hun hadde ikke språk (norsk) og ingen som kunne hjelpe henne. Hun visste ikke hvordan hun skulle klare livet.

Hvordan kvinnene kan få best mulige forutsetninger for å takle sitt dagligliv her i landet, blir derfor et sentralt tema for at de skal ha det godt.

Fellesskap fremmer trivsel

I sine beretninger viser kvinnene til viktige forutsetninger for trivsel. To former for fellesskap trer frem. Det er familiefellesskap og kvinnefellesskap. Familiefellesskap utgjør en viktig del av kvinners dagligliv, og er ofte tema i intervjuene og i samtaler kvinnene imellom.

Fellesskap mellom kvinner er en viktig del av familielivet. Samtidig har vi i vår studie fått innblikk i også andre møteplasser og kvinnefellesskap.

Familien betyr mye – familieorientering

Forhold til familien og omsorg mellom familiemedlemmer er et gjennomgående tema i alle intervjuene. Mange av kvinnene legger stor vekt på familiens betydning for trivsel og selvfølelse. Dette er noe de er opptatt av i samtalene seg imellom. Å ha god kontakt med familien og at det går godt med barna, inngår ofte i beskrivelsen av en god dag.

Kvinnene er opptatt av familiens situasjon på mange måter. Flere understreker betydningen av at barna skaffer seg utdanning og jobb. De oppmuntrer barna til utdanning, og vil ikke belaste dem slik at det går ut over deres yrke og kompetanseutvikling. Dette kan føre til at de vil beskytte barna mot egne bekymringer:

Noen ganger snakker vi ikke til barna (hvis en er lei seg). Vi vil ikke at de skal være for opptatt av oss. Vi vil at barna skal fokusere på lekser og sånn.

Flere av kvinnene forteller at det ikke er vanlig å snakke med sønner og ektefeller om følelsesmessige problemer. Da er det godt å ha andre kvinner de kan stole på som samtalepartnere, slik at de også kan sette ord på utfordringer og dilemmaer i familien. Enkelte kvinner gir uttrykk for at de kan dele noen bekymringer med voksne døtre, men at de helst skjerner yngre barn.

Selv om fellesskap med familien er viktig for de fleste, blir det understreket at fellesskap kan ivaretas på ulike måter. Det kan være spenninger mellom generasjonene og mellom gamle og nye forventninger – både innad i samme generasjon og mellom generasjoner.

I tradisjonelle familieorienterte kulturer er mye av kvinners selvtillit knyttet til at hun har ivaretatt barn og familie. Hvis eldre kvinner opplever brudd på forventninger om familieomsorg, kan selvtilliten få seg en alvorlig knekk. En ressursperson sier:

I Pakistan er det jo sånn at eldre mennesker har mye mer makt, mye mer respekt i forhold til de yngre. Og så kommer de hit. Når de har gjort jobben sin med å oppfostre barna, da er de ferdige (med oppgavene). Samtidig ser de kanskje at de ikke har fått noe *hjem* i dette samfunn, fordi da har de også blitt alene, ikke sant? Hvis de hadde gjort samme jobben i Pakistan, så var det noen andre som ville ta vare på dem. Mens her har de gjort jobben sin, og likevel så blir de kanskje forlatt.

Kvinner som har basert seg ensidig på forventninger om familieomsorg kan bli skuffet og såret når de ikke får omsorg i eldre år som forventet for innsatsen. I tillegg kan noen oppleve at de ikke er i stand til å klare seg på egen hånd fordi det har levd i ekteskap med en klar arbeidsdeling, der mannen har tatt seg av økonomisk inntjening og kontakt med samfunnet utad. Fremtidsutsiktene kan skape bekymringer. En kvinne sier:

Jeg har hørt om en del voksne barn som har forlatt foreldrene sine, de vil ikke ha kontakt med dem. Da er det en ny ting som er ganske skremmende for mange.

I en slik situasjon blir det ekstra sentralt å ha andre kilder til fellesskap.

Flere av intervjupersonene kommer også inn på bekymringer og dilemmaer i forbindelse med barnas fremtid. At det går godt med barn og barnebarn både med tanke på jobb, sosiale forhold og helse, ble nevnt som viktige forutsetninger for kvinnes trivsel i eldre år. I en gruppe ble det understreket at alle eldre er opptatt av hvordan det går med ens etterkommere, at det ikke er noe som gjelder spesielt for innvandrere. Eldre innvandrere kan imidlertid være i en ekstra sårbar posisjon når det blir kollisjon mellom verdier.

Enkelte av kvinnene har bekymringer om barnas ekteskapsinngåelse. Noen har ventet i flere år etter ekteskapsinngåelse på at svigerdatter skal komme fra opprinnelseslandet. De må vente på innreisetilatelse. Slike bekymringer preger også foreldregenerasjonen, som da får behov for å utveksle erfaringer seg imellom. En kvinne som har flere sønner, men ingen datter, forteller at hun ønsker seg en svigerdatter fra sitt tidligere hjemland ut fra et ønske om fellesskap og familiekontakt. Hun understreker at det ikke dreier seg om 'tvangsekteskap', men viser til tradisjonen for ekteskapsinngåelse der, hvor foreldrene bistår i kontaktetableringen.

Forholdet mellom generasjoner blir på ulike måter tema i gruppene. Kvinnes ønsker om tett kontakt og bofellesskap varierer. Synspunktene er blant annet avhengig av egen selvstendighet og evnen til å mestre dagliglivet og snakke norsk.

En pakistansk kvinne forklarer: «Gutta har liksom plikt til å ta seg av foreldrene. Så derfor er vi vant til å bo sammen med sønnene.» På den måten får de også svigerdatter og barnebarn 'på kjøpet'. Det blir fremhevet at en slik kontakt kan ha ulike sider – både positive og negative – men alle poengterer betydningen av god familiekontakt og at de er opptatt av hele familiens situasjon.

I en gruppe kvinner med pakistansk bakgrunn blir det understreket at det er delte oppfatninger om familiesamhold. Noen kvinner ønsker seg bofellesskap, mens andre ønsker selvstendighet. Flere legger vekt på betydningen av gjensidighet og kontakt, men uten bofellesskap. Det er mye besøk og fellesskap i familiene, men noen av kvinnene uttrykker at de ikke ser det som gunstig å være tett på hverandre hele tiden: «Barna skal vokse og ha egen familie.»

Én kvinne sier direkte at hun ikke kan tenke seg å bo sammen med barna, fordi det kan virke negativt for deres utfoldelse og valgmuligheter: «Jeg kan ikke tenke meg å bo sammen med barna og ødelegge deres liv!» Hun presiserer at det å bo hver for seg ikke behøver å gå ut over samholdet i familien: «Når jeg trenger hjelp, kan de hjelpe meg, og når de trenger hjelp, så kan jeg hjelpe dem.» Andre har fortsatt ønske om å bo med en sønn og hans familie. Én påpeker at det er en fordel å bo med familien, at det ville blitt ensomt og vanskelig å klare seg på egen hånd. Forventninger om å bo sammen i en harmonisk storfamilie, kan imidlertid bli til skuffelser hvis generasjonene har ulike forventninger til levemåte, kontakt og arbeidsdeling.

Både individuelle intervjuer og gruppeintervjuer avdekker at det kan være ulike verdisyn mellom generasjonene. Det er også variasjon blant kvinnene, både blant dem som har bakgrunn fra India og blant dem som kommer fra Pakistan.

Noen viser til at foreldre ofte er godtroende og at barna lever ut andre sider ved seg selv, når foreldrene ikke ser dem. Andre i miljøet kan være klar over at jentene deres for eksempel tar av seg hijaben og lever friere enn de gir inntrykk av hjemme. Det kan være ulike verdier, noen ganger praktiseres doble verdier, noe som kan skape splittelse mellom generasjonene. En av ressurspersonene problematiserer at det går ut over nærheten i forholdet, hvis foreldre og barn må holde store deler av livet skjult for hverandre.

I en gruppe med kvinner med indisk bakgrunn er det forholdsvis lite snakk om barna, selv om de nevner bekymringer med tanke på barns ekteskap og hvem de gifter seg med. De forteller at de snakker en del seg imellom om slike forhold. Én peker på at de kan kjenne seg igjen i at barna er opptatt med sitt, og at en ikke kan forvente seg for mye av dem. De får andre vaner enn foreldregenerasjonen. Disse kvinnene gir uttrykk for at de ikke regner med bofellesskap og tett oppfølging av barna i alderdommen. De viser til at deres kvinnefellesskap kan bidra med støtte.

Hvis barna ikke har tid ... Vi blir eldre. Vi må passe på hverandre, besøke hverandre, ha en hyggelig prat, og så trøste, selvfølgelig. Altså, da er du ikke *alene*!

Felles skjebne og solidaritet mellom eldre kvinner kan gjøre det lettere å godta at barna ikke alltid er så opptatt av dem. «Hvis dine barn ikke spør (hvordan du har det), så gjør ikke mine det heller.» Denne kommentaren skaper latter og gjenkjenning i gruppen. Kvinnene legger vekt på at de kan ivareta omsorg for hverandre, selv om noen av dem blir hjelpetrengende. Møteplasser og bofellesskap kan støtte opp under en slik omsorg mellom kvinnene.

Balanse mellom hensyn til egne interesser og familieorientering

En sterk familieorientering kan gjøre det vanskelig å finne tid til egne interesser. På det praktiske plan beskriver kvinnene hvordan de tar hensyn til familieomsorg og ulike preferanser mellom generasjonene. En kvinne forteller detaljert hvordan hun, som bor i en storfamilie, har ansvar for å sørge for mat til ektefelle og barnebarn. Dette tar mye av hennes tid på formiddagen. Når hun skal være hjemmefra for å delta på yoga og møte venninner, er hun tidlig oppe for å gjøre alt klart. Hun lager flere lunsjretter, tradisjonell mat til sin mann og andre retter til barnebarna, slik at alt står klart til de kommer fra skolen. Hun gir en detaljert beretning som viser hvordan hun ivaretar sitt familieansvar. Hun legger vekt på å oppfylle familiemedlemmenes ulike ønsker. Dette krever at hun er fleksibel og har lært seg å tilberede ulike typer mat. De dagene hun er opptatt i sitt kvinnenettverk, blir det imidlertid opp til ektemann/bestefar å ta seg av oppvarming og servering av mat til barnebarna. På den måten tøyser hun forventningene til mannen en smule lenger enn det som var vanlig tidligere. Hun har funnet en balanse der hun er tilfreds med at hun oppfyller familiens ønsker og forventninger – og er en ‘god mor og bestemor’ – samtidig med at hun får ‘påfyll’ og egentid gjennom aktivitet og kvinnefellesskap.

Andre vedgår at det kan være vanskelig å balansere hensyn til familien og egne interesser. Det kan skyldes inngrodde vaner og rolleforventninger.

Det kan være forventninger fra ektefelle om at kvinnen skal være hjemme. Dette er tema i én fokusgruppe. Der etterlyser kvinnene tilbud til menn, både for å ivareta menn som ikke alltid har så mange steder å gå etter at de er pensjonert, og for å gjøre det lettere for kvinner å komme seg ut på egen hånd. Dette kan bli ekstra problematisk ved sykdom og avhengighet. Noen kvinner har opplevd å bli ekstra bundet til hjemmet gjennom ektefelles sykdom og demensutvikling eller ved at voksne barn har problemer og behov for støtte. Enkelte av disse kvinnene forteller at de også har kjent på egne grenser for hva de selv kan yte av omsorg og støtte til ektefelle og familiemedlemmer. De må gjennom en omstillingsprosess og lære seg å tenke i nye baner når det gjelder egen innsats i omsorg for familien.

Blant de kvinnene vi har truffet er det ingen som forteller at ektefelle eller familiemedlemmer er imot at de deltar i kvinnegrupper, selv om de vet det kan være begrensninger for andre. Ved et senter for helsefremmende arbeid fortalte en ressursperson om en ektemann som kanskje hadde vært litt skeptisk i starten. Men da han erfarte at kona ble i bedre humør og fikk økt tiltakslust av å være med på aktivitetene der, oppfordret han henne til å gå dit oftere.

«Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig»

Det svaret som mest går igjen når kvinnene får spørsmål om hva som bidrar til trivsel og en god dag, er å komme seg ut og å treffe andre kvinner. Kvinnefellesskap står frem som et viktig supplement til – og noen ganger som erstatning for – familiefellesskap.

En ressursperson sier:

Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig. Det må skapes flere sånne møteplasser (for aldrende kvinner). For de har kommet i en annen fase i livet. Nå har barna kanskje flyttet ut – eller mannen har dødd, så sitter hun alene. Så det er sånn at de føler seg veldig alene.

Flere av ressurspersonene forteller om kvinner som har vært henvist til hjemmet og har kroppslige plager. Da kan det være en vanskelig prosess å komme seg ut, begynne å trene og treffe andre.

Møteplasser blir beskrevet som helsefremmende tiltak: «I disse møteplassene tenker jeg at det foregår så mye bra! Det er så helsefrembringende!» Denne intervjupersonen gir et eksempel på en kvinne som hadde opplevd en familietragedie og som hadde store psykiske problemer. «Hver eneste gang hun var her, så gråt hun. Nå har hun det lettere.» Intervjupersonen forteller at hun ble lettet da hun så denne kvinnen forleden: «Jeg sa til henne at det var så hyggelig å se: ‘Du stråler!’» Intervjupersonen forteller begeistret at kvinnens svar var: «Ja, det er bedre; jeg må jo gå videre, det er livet mitt.»

Intervjupersonene forteller at kvinnefellesskap kan være en stor støtte når de har det vanskelig. Dette kan være særlig viktig for kvinner som blir overlatt til seg selv eller er prisgitt en vanskelig familiesituasjon. Intervjupersonene gir flere eksempler på at møteplasser virker positivt for kvinner som har problemer. De får lyst til å komme og delta i aktiviteter.

Som en ressursperson sier:

Fordi hun vet, *her* skjer et eller annet, et eller annet som jeg ikke helt vet hva er, men som hun får energi av. Nå ser jeg en dame som smiler, en dame som har begynt å gjøre ting, delta i aktiviteter, ikke sant, og en dame som ser mye bedre ut. Hennes selvbilde har blitt mye bedre nå.

Denne uttalelsen viser den store betydningen det kan ha at kvinner kan oppsøke møteplasser med varierte aktiviteter.

«Vi må ha noen å prate med ...»

I alle gruppesamtalene er kvinnene svært opptatt av å ha en møteplass der de kan treffe andre. I én gruppe blir det umiddelbart pekt på betydningen av møteplasser når de får spørsmål om hva som er viktig for dem når de nå begynner å bli eldre. Første svar er: «Når vi blir eldre, har vi ingen plass å treffe hverandre. Dét trenger vi.» De andre deltagerne i gruppen følger opp med at de har behov for en møteplass. En kvinne som bor alene legger vekt på muligheten for å opprettholde kontakt med venninner fra samme opprinnelsesland som avgjørende for trivselen: «Ja, det er avgjørende. Jeg bor alene. Ensomheten er verst. Ellers har vi det bra.»

Alle kvinnene i denne gruppen hadde vært i jobb, én av dem jobber fortsatt. De er med i en selvorganisert gruppe som møtes en gang i uken. Uansett om de bor sammen med noen, er deres viktigste ønske å ha en møteplass, der kvinner kan treffes. For dem er det viktig å kunne ha et kvinnefellesskap der de kan snakke sitt morsmål og ha samme referanseramme. Hvis de opplever savn av det tidligere hjemlandet sitt, kan de snakke sammen om det. De kan minnes viktige tradisjoner og feiringer. De har stor glede av å dele minner og ivareta felles tradisjoner. En slik utveksling over tekoppen kan gi en følelse av trygghet og fellesskap.

I flere av gruppene kommer deltagerne med kommentarer om at kvinner fra deres kultur er avhengige av å kunne være sammen. Det har de vært vant til.

Det er spesielt med kvinner fra vår kultur at de er sjelden alene, hvis hun har familie eller en nabo, så er hun sammen med noen ... Vi må ha noen å prate med, og vi passer på hverandre hvis vi kan.

Slik kvinnene beskriver det, ligger det et viktig potensiale i denne 'kontaktgleden' kvinner imellom. Kvinnene følger hverandre opp. I en gruppe som møtes i en moské, har de som rettesnor å kontakte kvinner de ikke har sett på en stund, og at de går på besøk hvis noen er syke eller trenger hjelp.

Etter hvert som intervjupersonene har begynt å merke redusert førlighet, er det viktig for dem med en møteplass i nærheten av der de bor. Noen er bekymret for hvordan det vil bli hvis de blir mer hjelpetrengende. Da blir det ekstra viktig for dem å ha noen med egen bakgrunn som bor i nærheten og at de har arenaer for fellesskap. Slik situasjonen er nå, forteller flere kvinner at de til dels reiser lange strekninger for å komme til møteplasser eller lokaler de har leid til treningsaktiviteter og sammenkomster. De satser mye på å opprettholde slike kvinnefellesskap. De kombinerer gjerne treningen med å samles til samtaler og et felles måltid der prat, samvær og utveksling av erfaringer verdsettes høyt. Slike nettverk er en viktig innfallsport og gir tilgang til deltagelse, aktivitet og kunnskap som bidrar til en bedre hverdag.

«Kom deg ut!» – Aktivitet og fellesskap skaper trivsel

Mens 'møteplass' er et viktig stikkord for å sikre fellesskap, er rådet fra fokusgruppene til den enkelte: «Kom deg ut!» Kvinnene forbinder sosial isolasjon med mistrivsel og risiko for nedstemthet. Derfor blir møteplassene viktige også for å styrke motivasjonen for å kunne bli mer aktive og treffe andre.

På dialogkonferansen understreker kvinnene at de på dårlige dager minner seg om gode opplevelser de har hatt på ulike møteplasser, at de tenker på gleden ved å komme seg ut, treffe andre, og at det gir avveksling fra husarbeidet hjemme. Som ekstra drivkraft kan det hjelpe å avtale med en venninne, slik at de kan gå sammen og eventuelt gjøre litt ekstra ut av turen.

Den holdningen mange gir uttrykk for når det gjelder å komme seg ut, viser seg også ved at kvinnene kan ta et aktivt grep om sin situasjon ellers i livet. Det blir gjerne sett på som et problem hvis kvinner 'bare' er hjemme.

Det kan være ekstra vanskelig for dem som blir enker og bor alene, hvis de ikke fra før har vært vant til å bevege seg utenfor hjemmet på egen hånd. Noen kvinner kan bli bundet til hjemmet gjennom forpliktelser overfor familien. Uansett familiesituasjon vektlegger alle intervjupersonene at det er viktig med kontakt utenfor hjemmets fire vegger. Mange av de kvinnene vi møtte advarte mot en for passiv rolle for eldre kvinner.

Selv om familiekontakt er svært viktig for mange, er intervjupersonene opptatt av at ikke alt sosialt liv bør avhenge av familien. Da kommer eldre kvinner i en svært sårbar posisjon. De kan bli sterkt påvirket ved vansker i familien, forandringer i familieforhold og eventuelt verdiendringer som truer deres forventninger og deres rolle.

Egne handlinger og holdninger på tunge dager

Vi spør kvinnene om hva de anbefaler å gjøre på tunge dager og hvis de føler seg nedfor.

Svaret er at det er viktig å ta aktive grep, legge planer og så gjennomføre dem. Dette kan gjelde små skritt som å bestemme seg for å sette en fot først ut av sengen hvis en 'ikke orker' å stå opp. Det kan bety å kle på seg og gå ut for å handle, gå en tur eller treffe andre, heller enn å sitte inne og sture over sine bekymringer og vondter.

I en gruppe med kvinner med pakistansk bakgrunn, sier en kvinne som hadde strevd med livet sitt:

Du skal planlegge og gjennomføre, se på rammefaktorene, økonomi, og vurdere hva du kan gjøre. Du skal ikke tenke på at 'nå er jeg arbeidsledig' eller 'nå er jeg i den alderen at jeg ikke kan gjøre noe som helst'. (...) Gå ut på tur ... Du må planlegge og forberede aktiviteter, ikke bare sitte i en stol og tenke!

En annen forteller at hun prøver å formidle til andre at det lønner seg å dele erfaringer med noen en kan stole på, og at det er viktig hvem en sammenligner seg med og hva en sier til seg selv.

Hvis jeg faller ned i en angst eller en 'vondt' eller en sorg, da tenker jeg på dem som har det verre enn meg. Det støtter meg veldig mye. Da tenker jeg at jeg er ikke den eneste som er syk, eller som har et barn som er sånn eller slik, eller som har dét eller dét problemet, eller som er fattig eller sånt ... Ikke sant, det er mange andre som har det verre enn meg, liksom. *De* lever, så hvorfor kan ikke *jeg* stå opp!

Kvinnen vurderer en slik aktiv holdning til egen livssituasjon som effektiv for å vise pågangsmot og ikke gi seg over ved motgang. Dette er aktive mestringsmåter.

Mange av intervjupersonene understreker betydningen av å skaffe seg kunnskap og lære seg norsk, slik at de kan finne ut av ting på egen hånd og slipper å være avhengige av ektefelle eller andre familiemedlemmer for å 'ordne alt'. Det å kunne klare å finne ut av ting på egen hånd blir viktig for trygghet og tillit og ikke minst selvtillit.

Flere av kvinnene legger vekt på religiøs aktivitet. Muslimske kvinner gir uttrykk for at besøk i moskeen er godt for dem og gir ro og glede. Bønn blir nevnt som en måte å finne ro og styrke på i hverdagen: «Det hjelper når man ber. Da føler man seg lettere.»

«Akkurat som de tror at vi ikke kan noen ting ...» – Å møte andres holdninger
Holdninger og forventninger til innvandrere var et tema i samtaler om kvinnes trivsel, og det kunne være en kilde til bekymring. Kvinnene forteller at de kan bli såret når de møter holdninger til innvandrere som gruppe, særlig holdninger til innvandrere med samme landbakgrunn som dem selv.

De kan bli nedstemte av å møte negative holdninger. Flere forteller at de blir triste når de hører nyheter om lovbrøtere som blir omtalt ut fra sin landbakgrunn. På den måten stemples en hel gruppe negativt, mens nordmenn generelt bare blir betraktet som enkeltindivider når de gjør noe galt.

Kvinnene opplever ulikheter i verdier og holdninger mellom opprinnelseskulturen og gjengse oppfatninger i Norge i dag. Aldrende kvinner kan bli konfrontert med dilemmaer både for sin egen del og gjennom endringer i yngre generasjoner.

En kvinne forteller at hun er lei av unyanserte spørsmål fra majoritetsbefolkningen om klesdrakt og tvangsekteskap. Hun føler at hun lett blir puttet i bås og stemplet negativt ut fra andres oppfatning av hva det innebærer å være innvandrers, muslim og kvinne. Hun nevner som eksempel at det alltid er spørsmål etter hennes mann hvis det kommer telefonhenvendelser om å delta i undersøkelser eller meningsmålinger:

De spør etter ham, men *jeg* kan også norsk! Vårt inntrykk er at de tenker: ‘Pakistanske damer, de vet ingenting!’

Kvinnene i gruppen ler og diskuterer ivrig dette eksemplet. En av de andre kvinnene kommenterer at det jo kan være sant at kvinner med bakgrunn fra Pakistan ikke alltid kan ‘ordne med alt selv’, men at det kan bli galt hvis dette fører til generaliseringer og nedvurdering av pakistanske kvinner generelt.

Kvinnene reagerer på at det er lett å overføre inntrykk fra ytre trekk – som for eksempel at kvinner går tildekket – til en forståelse av at de er undertrykket. De er også opptatt av at mennesker som ikke kjenner deres kultur kan trekke feilaktige slutninger ut fra at noen har kommet med et ønske om å ha en svigerdatter med samme morsmål, til å tro at pakistanske kvinner går inn for tvangsekteskap og ønsker seg en svigerdatter som ‘tjener’.

Noen av kvinnene har vært igjennom en utprøving av roller og ulike væremåter i balanseringen mellom opprinnelseskulturens tradisjoner og religion og ‘norsk kultur’. Enkelte kvinner forteller at de har funnet mer tilbake til opprinnelseskulturen igjen etter at de en

periode hadde satset mer på et 'norsk levesett'. Dette er forbundet med en opplevelse av trygghet og tilfredshet.

Noen finner det naturlig å markere sin opprinnelse blant annet gjennom sin tradisjonelle klesdrakt. De som gir uttrykk for dette, legger mest vekt på forankringen i religion og fellesskapet knyttet til sitt trossamfunn. En kvinne som er praktiserende muslim, understreker at hun regner seg som – og gjerne ville bli betraktet som – en god samfunnsborger i Norge, samtidig med at hun viser at hun kommer fra Pakistan. Hun forteller: «Jeg kom da jeg var 18 år. Jeg brukte bukse og skjorte i begynnelsen og var som en norsk jente.» Hun erfarte likevel at pakistanere ofte ble negativt stemplet og at mange hadde et dårlig inntrykk av dem. Dette reagerte hun sterkt på.

Jeg begynte å gå med hijab. Jeg ville vise at jeg egentlig er pakistaner. Jeg er en nøye person, jeg stjeler ikke, jeg tuller ikke, jeg holder avtaler og gjør det jeg skal, så jeg ville markere.

Denne kvinnen understreker at hun følger norsk lov, har lønnet arbeid, snakker norsk og oppfører seg ordentlig. Likevel kan hun oppleve å bli sett ned på. Som eksempel nevner hun et møte der hun deltok i en sammensatt kvinnegruppe. Hun opplevde at en av møtedeltagerne kom med medfølgende kommentarer fordi hun 'måtte' bruke hijab. Møtedeltageren ga uttrykk for at det var synd på pakistanske kvinner som var dominert av menn og ikke fikk gå i bukser og bestemme over seg selv. For henne var dette et paradoks å oppleve, etter at hun selv hadde tatt en aktiv beslutning om å stå frem slik hun fant det best. Denne episoden avdekker at det kan være unyanserte holdninger til kvinner med innvandrerbakgrunn og at dette er vondt å oppleve. Mange har slike erfaringer.

Andre intervjupersoner legger vekt på at det uansett ikke er de ytre kjennetegn som teller, og at de som innvandrere har funnet det klokt i å innrette seg etter det som er vanlig i det samfunnet de befinner seg. Én sier at hun kler seg etter forholdene. Hun varierer ut fra de situasjoner og roller hun er i:

Det beste er å ha en nøytral klesstil. En må tilpasse seg jobb og livssituasjon og samfunnet ... Jeg har ikke sett at det står i noen religion hvilke klær du skal bruke. Det er snakk om å ha anstendige klær og å vise respekt.

Uansett hvilke posisjoner og tilpasninger kvinnene velger, er deres egen opplevelse av å bli respektert viktig. Det er ikke tilfeldig at spørsmål om respekt for forskjeller kommer opp som tema når kvinnene snakker om hvordan deres hverdag kan bli god.

Hvordan kan en snakke – og med hvem?

Samtalene med kvinner i vår studie gir inntrykk av at de på ulike måter verdsetter å være selvstendige og aktive. Mange har vært i jobb, og de har funnet frem til fora som de deltar i. Noen forteller at de til dels har hatt en vanskelig vei frem til økende sosial deltagelse og tro på seg selv. Samtidig viser samtalene – både i fokusgrupper og med ressurspersoner blant fagfolk og i organisasjoner – at noen kvinner strever i det skjulte.

Kvinner som opplever problemer i hverdagslivet, kan være usikre på hvordan de skal få hjelp og støtte. Dette kan ha mange årsaker. Her vil vi ta opp forhold knyttet til språk, tabuer og ulike oppfatninger om psykiske problemer.

Flere av kvinnene forteller at språkvansker kan være en hindring for å få informasjon om tilbud og fullgod hjelp. Som én sier:

De som har språket (norsk), de får alt med seg. De som ikke er så flinke til å snakke, de har vansker med å få hjelp.

Noen kvinner kan ikke norsk godt nok til å kunne forklare seg, og de vet ikke hvordan de skal oppsøke hjelpeapparatet hvis de har problemer. En ressursperson spør:

Hvis de ikke kan språket, ikke kan forklare hva de vil, hvem de skal prate med og hvor de skal hente hjelp, hvordan kan de da løse sine problemer?

Kvinnene kan mangle ord for å beskrive psykiske problemer, fordi deres språk ikke har ord for den tilstanden som fagfolk betegner som depresjon. De har ikke slike ord for å uttrykke hvordan de føler seg. Ressurspersonen legger vekt på at utdanningsbakgrunn er viktig for hvordan man reflekterer over plager og egne reaksjoner:

Hvis man har utdanning, så tenker man: 'Hva feiler det meg?' Hvis alt er sjekket, tenker en kanskje: 'Kanskje det er et psykisk problem?'

Ressurspersonene understreker at hvis kvinnene ikke har utdanning eller noen alternativ forståelse ut over den allmenne forståelsen de har fra sitt tidligere hjemland, kan en ikke forvente en slik tankegang. En konsekvens kan være at kvinnene uttrykker følelser ved å vise til kroppslige plager. Det kan være mer legitimt å snakke med andre om kroppslige plager enn

om psykisk smerte. Dessuten virker det begrensende for åpenhet og kommunikasjon, hvis det er slik at kvinnene er blitt vant til å holde følelsesmessige reaksjoner og vantrivsel for seg selv.

I tillegg kan normer om å holde problemer innad i familien virke begrensende på muligheter til å få hjelp. En ressursperson som selv hadde vært igjennom vanskeligheter i familien, legger vekt på å veilede og hjelpe andre kvinner. Hun hevder at kvinnene kan bli presset til taushet:

Det er veldig tøft fordi de blir hysjet ned til de grader at ... 'Nei, dette skal ikke ut!'

'Hvis jeg har det forferdelig med mannen min eller barna mine; det skal aldri ut!'

I en fokusgruppe sier en kvinne at de ofte er skeptiske med tanke på å fortelle andre om problemer: «Vi gir beskjed til alle vi snakker med: 'Ikke si det til noen!」» De andre deltagerne i gruppen ler og bekrefter forsiktighet og redsel for sladder. De er nøye på hvem de velger å fortelle til. «Dét er viktig i vår kultur – det gjelder våre muligheter.»

Kvinnene forteller at rykter og negative oppfatninger om familiemedlemmer kan skape vansker for hele familien. En ressursperson gir eksempler på at familiene kan få blomster og støtte ved somatisk sykdom og dødsfall, men at de ofte blir overlatt til seg selv hvis det er psykiske problemer inne i bildet.

I én gruppe ble det poengtert at det kan bli taushet og unngåelse begge veier – av den enkelte og miljøet omkring. «Hvis det skjer noe i familien eller med den enkelte, så blir det hysjet veldig ned: 'Ikke si noe!」» Gruppeleder spør om hva det fører til, når en blir gående å bære på ting. Dette utløser en ivrig diskusjon på morsmålet, der konklusjonen er at mange kan 'bli dårlige' av å bli gående alene med problemene sine. «De blir syke og deprimerte, hvis de ikke har noen å snakke med.» Som en kontrast blir betydningen av fortrolige venninner og nettverk stadig understreket: «Vi deler og diskuterer med hverandre!」 Igjen får vi illustrert betydningen av kvinnefellesskap.

I noen av fokusgruppene blir det snakket åpent om psykiske problemer blant kvinnene selv og deres familiemedlemmer. Noen bemerker at tabuforestillinger og stigmatisering ved psykiske problemer er i ferd med å endre seg, og at situasjonen er blitt bedre de siste årene.

Strengt normer for å fortelle om familieproblemer og egne vansker utad kan føre til at en vegrer seg for å oppsøke hjelpeapparatet. «Psykiske vansker blir betraktet som annerledes enn annen sykdom», forteller en ressursperson som selv er fagutdannet på området.

Vi i våre land, er litt skeptiske overfor psykologer, fordi vi tror det er skam. Det blir snakk om at 'hun er gal', men det kan være litt annerledes her.

Ressurspersonen understreker at kvinnene må få informasjon om at det kan være nyttig for dem å få hjelp fra psykolog: «Når jeg snakker med dem, sier de 'OK', og finner ut at det er veldig all right å gå til psykolog.»

Det kan være lettere å godta psykologhjelp her enn i opprinnelseslandet, men mange av kvinnene kan trenge informasjon og trygghet gjennom å snakke med mennesker de stoler på og som kan anbefale dyktige fagfolk.

En annen ressursperson forteller at mange kvinner er blitt strengt oppdratt og at de har fått lite ros og oppmuntring. Dette kan føre til at de har lav selvfølelse i utgangspunktet. Det er i seg selv en barriere for å søke hjelp.

En tredje ressursperson understreker religionenes betydning for fortolkning av psykiske vansker blant mange innvandrere. Av den grunn blir det viktig at religiøse ledere ikke gjør ting verre for folk med psykiske vansker ved å forklare problemene som straff for synder de har begått. Denne ressurspersonen betrakter det som feil bruk av religion, hvis det formidles til kvinner at 'du har gjort en synd, derfor blir du straffet'.

Noen av ressurspersonene gir uttrykk for at det i enkelte miljøer kan være spesielle forestillinger om psykiske plager og at det i noen grad benyttes magiske virkemidler knyttet åndelige makter. Erfaringer fra intervjuene viser at det av mange grunner kan være en risiko for taushet om psykiske plager.

I undersøkelsen får vi høre fortellinger om kvinner som kan være spesielt utsatt for å bli alene om sine problemer, og om strenge normer for åpenhet. Samtidig viser gruppeintervjuene, som nevnt, at det også er mye gjensidig fortrolighet i nære venninneforhold. Mange av kvinnene legger vekt på at de snakker med venninner når de har problemer. De fleste har noen å ringe til og snakke med når de føler seg nedfor, noen de kan stole på og som de får støtte av. De kan også snakke fortrolig i små grupper, når de kjenner hverandre og har tillit til at det ikke blir sladder.

Enkelte av kvinnene beskriver muligheten til fortrolige samtaler med andre kvinner nærmest som en nødvendighet for å unngå å bli deprimert: «Vi damer må snakke sammen. Ellers – hvis vi ikke snakker sammen, så blir vi deprimerte. Sånn er det.»

Kvinnene forteller at de tilbyr seg å ringe og komme på besøk. De følger med og tar kontakt dersom noen uteblir fra de faste møtestedene. Likevel vil det være noen som faller utenfor slike støttesystemer. Kvinnene kan da gi informasjon om medsøstre eller personer i hjelpeapparatet en kan henvende seg til. Dette kan være kvinner som er aktive i organisasjonsarbeid eller fagpersoner som jobber i helsetjenesten.

Forutsetninger for en god dag – en sammenfatning

På spørsmål om hva som gjør at en dag blir god, finner vi et vidt spekter av forutsetninger og aktiviteter. Mange av kvinnene understreker at det er en helt vesentlig forutsetning at familien har det bra. Når det går godt med barna i skole og jobb blir de glade. Kontakt med venner og familie, enten direkte eller over Internett skaper glede. Det blir videre nevnt en rekke opplevelser og aktiviteter som skaper glede og avveksling i hverdagen, som å treffe hyggelige mennesker, lytte til musikk, drive med fysisk aktivitet, og å arbeide for å nå de mål en har satt seg. Dette viser betydningen av å ta initiativ og få tilfredsstillelse ved å fullføre planlagte oppgaver.

Mange fremhever hvor viktig det er å kunne norsk for å kunne delta i samfunnslivet og få informasjon om hva som foregår. Særlig de yngre kvinnene vektlegger utdanning, arbeid og egen bolig som viktig for et godt liv. For kvinner generelt legger de vekt på mulighet til yrkesaktivitet og betydningen av å tjene egne penger, selv om det ikke lenger er aktuelt for mange i vårt utvalg. Både jobb og frivillig arbeid gir mulighet til å treffe andre, utvikle ferdigheter og å oppleve å være til nytte.

Møteplasser og fellesskap med andre kvinner blir sterkt understreket. Gjennom fellesskap med andre, turer og trening, kan en komme seg bort fra hverdagsstress og bekymringer. Ved bekymringer er det mange som påpeker betydningen av å ha noen å snakke med. Andre fremhever betydningen av bønn og det å ha et godt forhold til Gud, for å få ro i sinnet.

Kvinnene gjør seg ulike refleksjoner om hva som er viktig for at kvinner med innvandrerbakgrunn skal ha et godt liv på eldre dager. Muligheten til reiser til sitt tidligere hjemland og kontakt med miljøet fra opphavslandet, er noe de gjerne vil opprettholde.

Samtidig uttrykkes det et behov for å få etablert størst mulig trygghet med tanke på en alderdom i Norge. Det å bli overlatt til seg selv, bo alene og at ingen finner en hvis en blir syk, beskrives som truende.

Kapittel 4

Møteplasser – Steder å være og steder å lære

Å inviteres inn i fellesskap: Vi kommer to medarbeidere sammen til en avtale ved et av møtestedene. Vi merker med én gang at det er en lun og imøtekommende atmosfære. Allerede i gangen blir vi ønsket velkommen av kvinner med ulike bakgrunn. Vi tilhører selv målgruppen 50 år+. En jevnaldrende spør oss: «Har dere kanskje tenkt å begynne her?» Vi får raskt høre at det er å anbefale, for dette er et 'godt sted å være'. Vi er ikke i tvil. Inntrykket av trivsel og mangfold blir ytterligere styrket gjennom samtaler med kontaktpersoner i organisasjonen og i fokusgrupper med deltagere.

Et annet sted vi har avtale om fokusgruppeintervju venter vi utenfor et kommunalt leid lokale. Vår kontaktperson understreker at vi må være stille mens en kvinnegruppe skal bli ferdig med sin yogatrening. Etterpå blir det høylytt prating og skramling i kokekar. Vi blir inkludert i fellesskapet, får smake på mat kvinnene har med – og noen av dem som er i vår målgruppe samles rundt et bord til intervju, der de villig deler sine erfaringer.

Innledning

I vår undersøkelse har vi vært i kontakt med ulike former for tiltak for kvinner med innvandrerbakgrunn. Vi har hatt intervjuer med fagfolk fra hjelpeapparatet og ressurspersoner fra organisasjoner og foreninger. I vedlegg II gir vi eksempler på tre ulike tiltak som vi har hatt mer inngående kontakt med.

Kvinnene som har deltatt i våre fokusgrupper er alle blitt rekruttert fra tiltak som er ledd i forebyggende helsearbeid eller de møtes i foreninger og grupper som bidrar til kontakt og trivsel. Dette er tiltak og foreninger som ikke er organisert innen psykisk helsevern. Tiltakene som kvinnene forteller de benytter seg av, fungerer som møteplasser enten for minoritetskvinner generelt eller for kvinner fra samme opphavsland og/eller religion. Noen møteplasser representerer velorganiserte tiltak med vekt på opplæring, fysisk aktivitet og veiledning. Andre er mer å betrakte som foreninger eller selvdrevne grupper og uformelle nettverk med vekt på kontakt og felles aktiviteter. I undersøkelsen har vi ikke hatt som mål å studere selve organiseringen av tiltak.

De møteplassene vi har vært i kontakt med har det til felles at de kombinerer muligheten til å delta i ulike tilbud – i de fleste tilfellene gjelder det fysisk aktivitet, og/eller ulike muligheter til læring og engasjement, og sosial kontakt med andre. Dette er forhold som kvinnene vurderer som viktig for trivsel. Nedenfor vil vi peke på noen sider ved møteplasser som kvinnene nevner spesielt.

En god møteplass

Hva mange av kvinnene vektlegger for at en møteplass skal være ‘god’ for dem, har mange fellestrekk.

En god møteplass blir karakterisert som et sted det er godt å komme til, der en føler seg velkommen og kan ha fellesskap med andre kvinner. Møteplassen gir en mulighet til å få et nytt nettverk. Fellesaktiviteter, som yoga, gjør at en kan glemme stress og bekymringer i hverdagen. Samtidig gir møteplassen en mulighet til å få viktig informasjon og lære noe nytt.

På dialogkonferansen blir betydningen av norskopplæring og kurs særlig vektlagt. Ved LIN er gratis norskkurs et trekkplaster – ikke bare for yngre kvinner som nylig er kommet til landet, men også for eldre kvinner som ikke lenger har krav på gratisopplæring. Med norskundervisningen følger samfunnskunnskap. I tillegg holdes datakurs og kurs om temaer og spilleregler i arbeidslivet. En møteplass – som LIN – kan fungere som en plattform for en jobb, gjennom norskkunnskap og arbeidstrening. Det blir poengtert at det her vil være forskjeller mellom generasjoner når det gjelder vektlegging av jobb, men også kvinner over femti år kan ønske språkopplæring og kurs med tanke på jobbsøking. Andre ønsker bedre språkferdigheter for å styrke kommunikasjonsevnen og bli mer selvhjulpne.

For noen eldre blir det sosiale aspektet mest vektlagt, men for alle er det viktig at de føler seg velkomne og at det er tid til uformell kontakt og fellesskap, gjerne knyttet til lett servering.

Kvinnene er opptatt av at møteplasser bidrar til å skape et variert hverdagsliv. En viktig forutsetning for en god dag er å kunne være sammen med noen, ha opplevelser og aktiviteter i fellesskap med andre, få mer erfaring og kunnskap. I beskrivelsen av ‘et godt liv’ inngår både hva de selv kan gjøre og viktige forutsetninger for samfunnsdeltagelse gjennom aktiviteter, språkkunnskaper og informasjon om rettigheter og tilbud. Her blir møteplassene viktige.

I denne sammenheng er det fellesskapet med andre kvinner med innvandrerbakgrunn som omtales. For noen møteplasser er det viktig at kvinnene treffer kvinner med samme språk, tradisjoner og vaner som de selv har.

Ressurspersoner har en viktig rolle

Vår undersøkelse viser at ressurspersoner har en viktig oppgave ved organisering av tilbud, ved rekruttering og ved ivaretagelse av kvinnene som kommer dit. ‘Ressurspersoner’ innbefatter både fagfolk, andre ansatte og frivillige. Enten ressurspersonene er ledere eller andre medarbeidere, bidrar de som viktige kontaktpersoner ved å bygge tillit og etter hvert gi

grunnlag for kontakt mellom dem som deltar. De følger ofte opp gjennom samtaler med kvinner som trenger det, og de formidler kontakt med hjelpeapparater ved behov. Dette er ofte kvinner som er svært engasjerte i oppgavene.

En leder for en organisasjon som tok på seg store oppgaver med å tilrettelegge tilbud, forteller: «Folk spør meg ‘hvordan klarer du å gjøre alt dette?!’ Da svarer jeg: ‘Det er jo *dere* som gir meg energien!» Erfaringer med kvinner som deltar og som blomstrer opp, gir god belønning for dem som legger mye arbeid i å være ressursperson og opprettholde møteplasser og organisasjoner. De forteller hvordan slike møter gir krefter og entusiasme til å fortsette arbeidet.

Lignende uttalelser kommer fra andre ressurspersoner. Samtidig med at det gir glede å være medspiller i kvinnes utvikling, legger flere av ressurspersonene vekt på at det kan være krevende å støtte opp om enkeltpersoner som trenger mye støtte og gjerne vil ha én-til-én-kontakt, samtidig med at de skal organisere tiltak. En kontaktperson i en organisasjon forteller: «Mange er sjenerte. De trenger mye støtte. De vil gjerne snakke med meg alene, men litt etter litt blir de med på ting.»

Også andre som kommer i kontakt med kvinner gjennom sine yrker, kan fortelle at de noen ganger går ut over den yrkesrolle de har, ved å stille seg til disposisjon for videre kontakt og informasjonsformidling. En kvinne presiserer at hun nok går litt utenom det som er hennes egentlige arbeidsoppgaver, men hun ser det som sin moralske plikt å veilede i tilfeller der kvinner selv har vanskeligheter med å finne frem til den hjelpen de trenger. Både for fagfolk og organisasjonsledere kan dette føre til ekstra oppfølging og mange telefonsamtaler, ofte i sene kveldstimer. Slike ressurspersoner vil ha en viktig rolle ved å følge opp enkeltpersoner og gi råd. Vi ser at ressurspersoner kan strekke seg svært langt for å imøtekomme deltageres behov. De yter ofte en innsats langt ut over det som kan forventes ut fra deres rolle – enten de er ansatte eller frivillige.

Etablering av møteplasser

I intervjuene har vi fått eksempler på at det er blitt etablert tilbud i forbindelse med prosjekter og engasjerte enkeltpersoner og fagfolk. Noen av disse tilbudene har vært kortvarige, men de viser at det finnes interesse for å delta når det tas initiativ fra personer som inngir tillit, og tilbudene er relevante.

Mange av de ressurspersonene vi har truffet har jobbet med rekruttering av deltagere gjennom utadrettet virksomhet. Noen har bidratt aktivt med å motivere kvinner til å delta. Det er

eksempler på at enkelte får følge eller at arrangementene blir organisert slik at flere reiser sammen med t-bane eller fellestransport. Arbeidsmåtene som benyttes er varierte, men det har ofte vært mye telefonkontakt og tidkrevende organisering.

En kvinnegruppe som først ble organisert som et prosjekt (gjennom Norsk Folkehjelp), har fortsatt på frivillig basis med en kvinne med bakgrunn fra Pakistan som leder. Dette viser betydningen av at det satses på igangsetting av tiltak, og at det finnes ressurspersoner både til å igangsette og drive tiltak over tid.

Flere er inne på det faktum at det er tungt både økonomisk og arbeidsmessig å organisere tiltak når 'prosjekter' (med finansiering) tar slutt. Det er derfor behov for oppfølging og støtteordninger, slik at ikke frivillige ressurspersoner må dra hele lasset alene og blir utbrente. Det blir viktig å arbeide for å ivareta ressurspersoner i innvandremiljøene som samarbeidspartnere ved organisering av tiltak og tilbud for innvandrere. Dette gjelder både ressurspersoner som er ansatte og personer som er engasjert på frivillig basis.

Ressurspersoner vi har snakket med forteller om stor etterspørsel etter råd, hjelp og støtte både gjennom formelle og uformelle kanaler. Det kan være en risiko for at ressurspersoner blir overveldet av ulike forventninger om hjelp. Da kan det lett bli et ekstra press på å yte omfattende hjelp, ikke minst til personer med samme landbakgrunn. Samtidig har de som tjenesteytere de samme retningslinjer å forholde seg til som andre. Det kan skape ekstra dilemmaer og slitasje over tid.

Møteplassen – et sted for å bygge tillit

Ressurspersoner som er tilknyttet organisasjoner og helsefremmende tiltak forteller at de ofte må arbeide lenge med å bygge opp tillit før kvinner forteller om sine utfordringer og behov. Kvinnene ønsker ofte enesamtaler, og ressurspersonen må skape grunnlag for et godt samarbeid før kvinnene eventuelt vil oppsøke hjelpeapparatet eller snakke åpent seg imellom.

Én ressursperson mener at konfidensialitet er en forutsetning for at kvinnene vil åpne seg. Hun er nøye med å holde personlige opplysninger hun har fått i fortrolige samtaler strengt adskilt fra samtaler som skjer i grupper og fellesskap med andre.

Det er for eksempel noen som kommer til meg og sier at 'Jeg vet ikke, men jeg har veldig lyst til å gråte', ikke sant, 'jeg er litt sånn tung i hodet, og jeg vet ikke hva jeg skal gjøre. Det er ikke noen vits i ... Hva er vitsen med å *leve*?' – eller sånne ting. Og da

skjønner man at den personen er – har det ikke så bra; er deprimert eller har andre problemer, selvfølgelig.

Uten at kvinnen hadde følt tillit til ressurspersonen, ville hun neppe ha betrodd seg og kunne da ha blitt gående alene med problemene sine.

Det hender at ressurspersonen er med til konsultasjon hos fagfolk for å bistå i formidlingen av den enkeltes erfaringer. Noen har vært vitne til svært mangelfull tolking og kommunikasjon med fagfolk. Hvis den enkelte kvinne skulle ha vært helt overlatt til seg selv, ville slike erfaringer ha virket demotiverende for å søke videre hjelp. Ressurspersoner kan derfor representere viktige korrektiver og innspill til hjelpeapparatet.

Ressurspersoner gir eksempler på at innvandrerkvinner som har søkt hjelp innen det generelle hjelpeapparatet, kan oppleve mangel på sensitivitet og forståelse. Ett tilfelle dreier seg om en kvinne som har opplevd vold i hjemmet. Hun møtte en norsk fagperson som raskt trakk den konklusjonen at hun måtte flytte og skilles fra mannen – uten å skjønne hva dette innebærer for en kvinne som nylig er kommet til landet gjennom ekteskapsinngåelse, snakker dårlig norsk, ikke har egen inntekt og frykter at familiens ære blir truet. I slike tilfeller kan ressurspersonene være viktige støttespillere og videreformidlere av kontakt med fagfolk som har åpenhet og forståelse for kvinnes livssituasjon.

Av intervjumaterialet går det ellers frem at når kvinnene snakker seg imellom, så dreier samtalen seg mye om daglige hendelser, bekymringer og kroppslige plager. Når plagene uttrykkes kroppslig, fremstår det som rimelig å starte med kroppen når det gjelder forebygging og behandling. Alle som har snakket om dette temaet i intervjuene, vektlegger betydningen av trening og fysisk aktivitet. Dette er verdsatte og aksepterte aktiviteter. Treningen innebærer samtidig å komme seg ut, få en struktur på dagen og treffe andre. Både selve aktivitetene og relasjonene til andre deltagere og fagfolk/ressurspersoner har betydning for dem. Noen forteller at de har fått fortrolige venner. Dette vil igjen kunne gi positive ringvirkninger både for selvtillit, selvstendighet og utfoldelse.

Møteplassen – et utgangspunkt for videre hjelp

Ressurspersoner kan ha en sentral rolle som kontaktpersoner som kan hjelpe kvinnene videre dersom de har behov for profesjonell bistand.

Ved behov for profesjonell helsehjelp blir det understreket at det er viktig med fagpersoner som snakker samme språk eller som bruker kvalifisert tolk. Ved valg av tolk må det tas

hensyn til kjønn, og sikres at den hjelpsøkende og tolken ikke er fra samme sosiale nettverk. Alle som bruker helse- og omsorgstjenesten har rett til vern mot spredning av opplysninger om personlige og helsemessige forhold. Taushetsplikten er lovfestet. Den skal bidra til tillit og åpenhet mellom brukerne og tjenesteyterne. Selv om mange av kvinnene legger stor vekt på å kunne bruke sitt morsmål når de skal beskrive opplevelser og plager, blir det en avveining av ulike hensyn. De som føler seg trygge på å snakke norsk, forteller at de gjerne går til norske fagfolk, slik at de unngår kontaktnett og eventuelle normer fra opprinnelseslandet. En kvinne la vekt på at det ikke var noe problem for henne å kommunisere på norsk. Det var heller ikke noe problem med nakenhet og kroppslig nærhet ved legeundersøkelse med norske leger, enten de var menn eller kvinner. For henne kunne det oppleves som mer truende for intimgrensene med en mannlig lege fra eget opphavsland.

I fokusgruppene etterlyser noen av kvinnene psykologer og psykiatere som er fra deres opprinnelsesland. Andre betrakter det likevel ikke alltid som en fordel å møte slike fagfolk fra eget opprinnelsesland. I tillegg til redsel for spredning av fortrolige opplysninger, kan de se ulemper ved at unge fagfolk fra opprinnelseslandet er blitt ‘nesten norske’. De unge fagfolkene kan ikke alltid deres morsmål, og kjenner kanskje heller ikke de kulturelle forholdene ‘godt nok’.

Møteplassen – en viktig forutsetning for trivsel

Kvinner møter kvinner

Deltagerne legger vekt på at møteplassene er for *kvinner*. Adskilte møteplasser og aktiviteter for kvinner og menn blir sterkest vektlagt blant de muslimske kvinnene. For mange er moskeene, med egne aktiviteter for kvinner, gode møteplasser der de treffer andre og opplever trygghet. I ‘Islamic Cultural Centre’ er det egne områder beregnet for undervisning og annen aktivitet, der kvinnene ikke trenger å være så tildekket, der de kan spise, prate og ha det hyggelig sammen.

‘Helseforum for kvinner’ representerer en felles møteplass for kvinner (9–90 år), der det er folk med ulike nasjonaliteter, språk og religioner, men der de innenfor en trygg ramme har mulighet til å drive med trening, ha samtaler og få informasjon om ulike temaer. Der er det også tilrettelagt for bønn. En ressursperson forteller:

De kan be her, de kan dusje, de kan sitte og spise, de kan showe, de kan le og gråte, som vi vet.

En av kvinnene, som trener der to ganger i uken, er positiv i sin omtale av stedet:

Ja, veldig flinke! Jeg begynte rundt ett år siden her. Når jeg begynte, jeg nesten ikke pustet. Veldig dårlig sirkulasjon. Men etterpå blitt bedre og bedre!

Kvinnene vi har truffet er samstemte i sin positive vurdering av at de har glede og nytte av møtesteder spesielt for kvinner.

Religionens betydning

I fokusgruppene understreker kvinnene betydningen av at det ved deltagelse i fellesaktiviteter blir tatt hensyn til deres religion. Dette kan skje gjennom at religion ikke er tema for diskusjon, ved at det er lagt til rette for ulike former for religiøs aktivitet eller ved at ulike religiøse grupper er adskilt. Det blir påpekt at det ikke alltid er naturlig for muslimer og hinduer å dele alle former for aktivitet, siden de har ulike religiøse normer og retningslinjer. Dette blir tydelig når aktivitetene foregår i moskeer og templer, men kan også gjøre seg gjeldende i andre sammenhenger.

De religiøse sentrene er viktige møteplasser. Samtidig innebærer den religiøse tilknytningen noen begrensninger med hensyn til aktivitet. Selv om de religiøse arenaene betyr mye for dem som går der, understreker kvinnene at de også har behov for andre tilbud.

I en fokusgruppe med kvinner med bakgrunn fra India, la deltagerne vekt på at de måtte reise forholdsvis langt for å komme til tempelet. For mange var det derfor praktiske vansker med å komme dit ofte. I tillegg er det 'ikke alt man gjør' i et tempel. Kvinnene ønsket seg et sted hvor de kunne være litt 'løsslupne', i betydningen av å prate og holde på med ulike, ikke religiøst pregede aktiviteter. Det er heller ikke alle som går i tempelet. Religiøst engasjement er forskjellig, og uansett kan en trenge å møtes innenfor andre rammer enn dem som settes ved religiøse samlingssteder.

Selv om de fleste pakistanske kvinnene vi har snakket med er knyttet til islam, og de fleste indiske vi traff er tilhengere av hinduisme, kan det være andre former for fellesskap knyttet til landbakgrunn, språk og kultur som går på tvers av religion eller som tar opp andre sider av livet enn den religiøse siden. Kvinnene ønsker møteplasser med varierte aktiviteter.

Språk ved møteplassene

Kvinnene legger stor vekt på hvor viktig det er å etablere en basis for trygghet og selvstendighet gjennom språk og opplæring i norsk. Dette betraktes som en viktig forutsetning for at kvinner med innvandrerbakgrunn skal føle seg trygge i det norske samfunnet, kunne gå

ut, handle på egen hånd, reise kollektivt og ha en jobb. Det er en felles oppfatning at det må være gode tilbud om norskopplæring, og at språklig og yrkesmessig kvalifisering er sentralt for at kvinner skal kunne øke sin selvstendighet – til beste både for kvinnene selv, for familiene og for samfunnet på lengre sikt. «Det er viktig å kunne stå på sine egne bein, uansett hvor en er», sier en fagperson.

Mange av intervjupersonene vektlegger muligheten til å snakke sitt morsmål uten at det nødvendigvis er til fortrengsel for flerkulturell kontakt. Dette er særlig viktig når de skal snakke om personlige opplevelser og erfaringer. Samtidig er det ved noen av møteplassene blandede grupper, der en kombinerer norsk og ulike språk med fakter og mye smil og latter. Mye avhenger av tema og situasjon. Det kan skapes fellesskap på tvers av språk. Det kan dannes en arena der kvinnene blir motivert for å utvikle sine norskferdigheter i fellesskap med andre med ulik bakgrunn. Samtidig gir felles språk økte muligheter til utdyping av erfaringer og gjensidig bekreftelse. Kvinnene forteller at de føler seg mer fri til å utfolde seg på morsmålet. Noen kan føle seg hemmet hvis all kommunikasjon foregår på norsk. I uformelle sammenhenger er det da en trygghet å være sammen med noen som kan være behjelpelig med oversettelse. Det er en styrke ved mange av de møteplassene vi har hatt kontakt med, at de har mange språk representert blant sine ansatte/hjelpere. Ved informasjon og samtaler som krever sensitiv og nøyaktig formidling, trengs kvalifisert tolk (NOU 2014).

Lett tilgjengelige lokaler for møteplass

De organiserte møteplassene vi har vært i kontakt med ligger sentralt plassert eller nær stoppesteder for kollektive transportmidler. Dette er viktig for tilgjengeligheten.

For en rekke organisasjoner og foreninger er det et problem at leie av sentrale lokaler er kostbart. Det kan også være vanskelig å få tilgang til gode lokaler på bydelsnivå, men det virker likevel lettere i bydeler utenfor sentrum.

Mange kvinner ønsker å ha tilbud som ligger nær sitt bosted. Da kan nærmeste bydelssenter være velegnet som møteplass. På den annen side er både indiske og pakistanske kvinner bosatt i ulike bydeler, og mange ønsker felles samlingssteder. Derfor er det viktig med lett tilgjengelig offentlig transport. Noen ønsker seg helst lokaler i sentrum.

Enkelte selvorganiserte grupper har ikke noen fast møteplass. Deltagerne er henvist til å avtale møter privat eller på kafeer. Kvinnene møtes også til treningsaktiviteter som til dels ligger langt fra deres bosted. En fast, lett tilgjengelig møteplass står høyt på ønskelisten.

Møteplasser for alle

Det er ulike forhold som kan gi grunnlag for fellesskap. Det kan være alder – der eldre møtes – etnisk bakgrunn, religiøs tilhørighet, landbakgrunn eller interessefellesskap.

Noen kvinner har erfaring med eldresentre som møteplass. Det kan fungere godt der det er egne møtelokaler hvor innvandrerkvinnene kan møtes på egne premisser, men det er erfaring med at det kan være vanskelig å komme dit som enkeltperson. Eldresentrene er vanligvis dominert av brukere fra majoritetsbefolkningen.

I denne sammenheng kommenteres det at i den grad eldresentre kan fungere som møteplass, bør de ikke være begrenset til eldre i bydelen, og det bør være romslighet med hensyn til alder, slik at også de som er under seksti år vil føle seg velkommen. I gruppeintervjuene kom det for eksempel frem ønsker om bevegelsestrening, svømming, turer – aktiviteter som en kan ha sammen med andre. Kvinnene mener imidlertid at man også må kunne snakke sitt morsmål med kvinner som har samme opphavsland, uten at andre blir støtt av det.

En kvinne vektlegger at hun ønsker seg et indisk senter:

Hvis det finnes en egen indisk avdeling, da kan vi ha vår indiske mat, og indisk te og drive med våre ting, yoga, trening og indisk språk. Vi liker nordmenn, og vi liker Norge og alt, men vi vil kanskje trives best med et indisk eldresenter ...

Noen ønsker møteplasser der det ligger til rette for familie- og flergenerasjonskontakt og der det er mulighet for å leie lokaler til ulike arrangementer for både kvinner, menn og barn.

Møteplasser, som eldresentre, kan sende signaler om at de mest er for etnisk norske personer. Det blir etterlyst flere tilbud til kvinner i annen livshalvdel. Dette kan særlig gjelde sosiale møteplasser, men også for kvinner over 50 år kan det være viktig med språkopplæring og tilrettelegging for å kunne få jobb (gjerne deltid).

Skulle det bli behov for plass på sykehjem, fremhever kvinnene at det bør være personale der med språk- og kulturkunnskap, slik at den eldre kan snakke sitt morsmål. Særlig eldre personer med demens får utfordringer når det gjelder språket. Kvinnene understreker at informasjon og tjenester må tilpasses beboernes varierte behov.

Kapittel 5

Tiltak og tilbud som fremmer livsmot

Et viktig spørsmål i prosjektet er hva en kan gjøre for å hjelpe kvinner som opplever mismot og problemer og trenger hjelp og støtte. Vi har erfart og fått høre om gode fellesskap. Samtidig er kvinnene vi har møtt også opptatt av hvordan kvinner som faller utenfor, kan hjelpes inn i fellesskap med andre og hvordan en kan nå dem som mangler et kontaktnett. I dette arbeidet er også forholdet til det formelle hjelpeapparatet viktig. I kapittel 5 vil vi ta opp betydningen av informasjon, hvordan kvinner blir møtt i hjelpeapparatet og betydningen av tilrettelegging av tilbud.

Informasjon om tilbud

Det blir i intervjuene lagt mye vekt på at informasjon om tilbud kan spres uformelt gjennom møteplasser og nettverk. Ikke alle har tilstrekkelig kompetanse til å følge med på digitale medier og orientere seg om de ulike muligheter som finnes. Kvinnene engasjerer seg i å formidle informasjon og knytte kontakter til kvinner de er kjent med som har problemer eller av andre grunner faller utenfor. Flere nevner eksempler på at de ringer og tilbyr følge til arrangementer, og at de følger opp dersom noen som de har pleid å se ved faste sammenkomster uteblir.

Kvinnene viser også til betydningen av informasjon om tilbud og tjenester via oppslag der de vanker, og orienteringer som gis i foreninger og organisasjoner.

Når det gjelder folk som virkelig strever med problemer eller psykiske vansker, mener kvinnene at både hjelpeapparatet og organisasjoner kvinnene deltar i må bli flinkere til å fange opp problemene. Det er noe diskusjon i gruppene om oppsøkende virksomhet, men dette blir vanskelig når ikke kvinnene ber om hjelp selv. Som én påpeker:

Problemet er at man vet ikke hvor man skal! På grunn av språket. Og kulturen. Dét også er ... at man skjønner ikke å prate, og vet ikke hvor man skal henvende seg.

En annen utdyper hvordan situasjonen kan være:

Og særlig kvinner som er hjemmeværende, det er ikke bare ... De spør ikke mannen sin; han har ikke tid! Og barna, de sier 'det er ditt problem, mamma, du må gjøre noe med det selv!' Og da vet ikke vi hvor vi skal, så lenge det ikke finnes sanne foreninger –

som ja, hjelper, nå etter hvert da. *De* er villige til å hjelpe deg. Men mannen har ikke tid, og barna vil ikke. Så ...

Sitatet viser tydelig betydningen av at kvinner med innvandrerbakgrunn har noen utenfor familien som de kan henvende seg til for informasjon og hjelp.

Helseopplysning og holdninger

Under intervjuene blir det sagt at det kan være nødvendig med holdningsendringer blant kvinnene når det gjelder helseopplysning og forebyggende tiltak. Noen av kvinnene er opptatt av at det trengs mer informasjon om psykiske problemer for å gjøre det lettere å sette ord på egne problemer, snakke sammen om det som plager en og oppsøke hjelp.

I gruppene blir det lagt vekt på at informasjon må tilrettelegges og gis direkte til kvinnene fordi ikke alle benytter Internett. Også en fagperson understreker betydningen av at informasjon om tilbud må være konkret – som at det for eksempel dreier seg om et tilbud om å mestre angst. «Da begynner de å tenke: ‘Jeg har det problemet og jeg skal gå der’.»

I én gruppe ble det trukket en parallell til mammografi, der mange kan vegre seg for å gå siden de ikke vil tenke på kreft eller de tror at tilbudet ikke er aktuelt for dem. Flere påpeker hvor viktig det er å få kunnskap om tiltak og dermed få mulighet til rask hjelp ved behov.

Innvandrere kan gå glipp av informasjon om forebyggende helsearbeid hvis informasjonen kun gis på norsk.

Holdninger til å søke hjelp ved problemer vil preges av at det ikke alltid finnes ord for psykiske plager på morsmålet. Det kan også i noen miljøer kan være en ekstra risiko for å stemple seg selv og familien negativt hvis en ber om hjelp for psykiske vansker.

Kvinner med belastende problemer i hverdagslivet vil være i en sårbar posisjon stilt overfor andres holdninger. Dette kan særlig gjelde i forhold til autoriteter. Ressurspersoner i vår undersøkelse har påpekt sammenhengen mellom religion og makt. Derfor er det viktig at religiøse ledere som treffer kvinner med slike problemer får kunnskap om psykisk helse, om hvilke tiltak kvinnene ønsker og finner akseptable, og hvordan hjelpeapparatet fungerer.

Intervjuerfaringene viser at holdninger til åpenhet om helsemessige plager og problemer kan variere mye både innad i en innvandrerbefolkning og mellom folk fra ulike opphavsland.

Helsemessige problemer og funksjonsnedsettelse blir forstått og møtt på ulike måter, og hele

familier kan risikere å bli negativt stemplet når et familiemedlem viser tegn på depresjon eller andre former for psykiske plager. Taushet og tabuer om temaet kan hindre tilgang til støtte.

Helse- og omsorgstjenestens betydning

Fastlegen har en sentral rolle, men det understrekes av flere kvinner at legen ofte har dårlig tid, slik at det kan være vanskelig å få satt ord på problemer og få den hjelp en trenger. «De har jo ikke tid til å høre!» For mange kan en god tolketjeneste være avgjørende. Det kan være vanskelig å fortelle om sine plager og bekymringer, slik at en vil være avhengig av god tid og kontinuitet i lege-pasient-forholdet, og til korrekt tolking av det som skal formidles.

I én gruppe blir det foreslått at kommunen kunne ha et tilbud om helsestasjon for eldre, der de kan komme, kanskje treffe andre og få helsetjenester.

Samtaler med kvinnene i vår studie viser betydningen av at de møter lydhørhet og forståelse for sine plager og sin livssituasjon. Noen forteller om møter med det offentlige hjelpeapparatet der de har strevd med kommunikasjonen med fagfolk. Dette kan gjelde både ved fysiske og psykiske helseproblemer. Disse erfaringene viser at hjelpeapparatet må ha åpenhet og kompetanse når det gjelder ulike måter å uttrykke problemer på, og kjennskap til normer og tradisjoner for folk med ulik bakgrunn. Det må benyttes tolk ved behov.

Kvinnene er i en alder da tanken på en alderdom med funksjonssvikt og behov for hjelp kan skape uro. De er opptatt av om deres verdier og levestil blir ivaretatt hvis de blir hjelpptrengende og avhengige av offentlige tjenester. De vil gjerne ha mulighet til å snakke med noen på sitt morsmål og få hjelp i overensstemmelse med egne normer. Det stiller krav til tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester. Når eldre innvandrere trenger hjelp, blir det viktig at ansatte i hjelpeapparatet er rustet til å hjelpe. En må ikke forvente at familieomsorg skal dekke alle behov.

Familieorientering i hjelpeapparatet

Kvinnene etterlyser en familieorientert tilnærming til problemer som tynger. Vantrivsel og psykiske problemer hos et voksent familiemedlem kan for eksempel gi seg utslag i skoleproblemer for yngste generasjon. Det er som nevnt eksempler på at kvinner er blitt fysisk og psykisk nedslitte på grunn av alvorlige problemer hos andre familiemedlemmer, som demens hos ektefelle og alvorlige psykiske lidelser hos barn.

Flere av kvinnene – uavhengig av landbakgrunn – er opptatt av at holdningsendringer som angår familieomsorg, må følges opp også i hjelpeapparatet. En kvinne som hadde søkt om

hjemmetjenester, forteller at hun ikke fikk innvilget hjelp, selv om hun hadde dårlig helse og mente hun hadde krav på hjelp. Hun mener dette skyldtes ansattes oppfatning av at familien kan hjelpe henne. Det oppstår diskusjon i gruppen om at en ikke kan forvente av etnisk norske barn og svigerbarn at de skal komme hjem til eldre foreldre og ta gulvvasken. Det kan en ikke uten videre forvente av barn av innvandrere heller. Dette gjelder forventninger både blant eldre innvandrere og i hjelpeapparatet.

I gruppediskusjonene kommer kvinnene også inn på at mangel på adekvat hjelp og avlastning ved sykdom hos andre familiemedlemmer, får store konsekvenser for kvinners mulighet til å komme seg ut på egen hånd.

Noen av kvinnene hadde opplevd store belastninger som pårørende til syke familiemedlemmer. De legger vekt på at det må være reelle muligheter til avlastning og støtte for pårørende. Her har de felles sak med mange pårørende generelt, men for en del innvandrergupper kan det oppstå en kombinasjon av ekstra høye forventninger til familieomsorg og vansker med å få fullgod hjelp og avlastning på grunn av ulikheter i språk og mangelfull tilrettelegging. Det blir derfor viktig å ivareta et familieperspektiv på tilbud når utgangspunktet er å legge til rette for å skape trivsel og motvirke mismot blant kvinner med innvandrerbakgrunn.

Hjelpemidler og støtte til å komme seg ut

Hvis en kvinne blir bundet til hjemmet på grunn av sykdom som går ut over førligheten, blir det viktig med tt-kort og hjelpemidler som gjør det mulig å komme seg ut og delta i sosiale sammenhenger. Flere nevner at muskel-skjelettsykdommer og redusert mobilitet kan få negative ringvirkninger i form av ensomhet og nedstemthet. I forbindelse med nedsatt funksjonsevne nevnes igjen betydningen av å ha velegnede møteplasser i nærheten.

Individuelt og kulturelt tilrettelagte tilbud

Å ha individuelt tilpassede tilbud når en blir hjelptrengende, blir omtalt som viktig for å redusere bekymringer. Det kan gjelde både for familiemedlemmer med omsorgsbehov og med tanke på egen alderdom. Det er også kjent fra andre studier at adekvat og tilrettelagt hjelp til eldre omsorgstrengende familiemedlemmer er viktig for å redusere stress, skyldfølelse og belastninger hos pårørende (Ingebretsen 2010a, 2014). Det legges særlig vekt på mat og personlig stell som er tilpasset religiøse normer og kulturelle tradisjoner, samt muligheten til kommunikasjon på eget morsmål. I fokusgruppene kommer kvinnene inn på at en slik tilpasning av tjenestene vil bidra til større trygghet ved at deres verdier blir ivaretatt.

DEL III

DISKUSJON, OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER

Kapittel 6

Diskusjon

Innledning

Vårt prosjekt har hatt som mål å bidra til kunnskap om muligheter til å øke livsmot, forebygge mismot og bistå ved psykiske plager blant eldre kvinner med innvandrerbakgrunn. Vi har lagt vekt på hva de selv mener gir trivsel og motvirker mismot i dagliglivet. Prosjektet har gitt kunnskap om faktorer som kan skape sårbarhet, og om tiltak som kan ha helsefremmende effekter, slik kvinnene selv opplever det. Møteplasser og fellesskap har stor betydning for dem.

I dette kapitlet vil vi diskutere våre funn sett i lys av tidligere forskning. Hovedmomentene i diskusjonen gjelder betydningen av møteplasser og organisasjoners rolle i forebyggende helsearbeid. Funn i undersøkelsen berører store samfunnsmessige spørsmål om 'integrering' og holdninger til 'innvandrere' og til 'psykisk helse'. Erfaringer som kvinnene i undersøkelsen formidler, blir også sett i lys av barrierer for hjelpsøking og som ledetråder for tilrettelegging i hjelpeapparatet.

Omstilling og helseutfordringer

De kvinnene vi har truffet legger stor vekt på sin rolle i familien og på familiefellesskap. Mange av dem som inngår i vår undersøkelse har levd med tradisjonelle familieorienterte kvinneroller, der de har hatt hovedansvaret for husarbeid og familieomsorg.

Et utgangspunkt for undersøkelsen var forskning som viser at aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn synes å være mer utsatt for psykiske problemer enn kvinner i majoritetsbefolkningen. Som omtalt innledningsvis i rapporten diskuteres innvandreres psykiske helse ofte ut fra belastninger i tiden før, under og etter migrasjon (Kirmayer, Dandeneau, Marshall mfl. 2011, Abebe 2010). For de kvinnene fra India og Pakistan som vi har truffet, ligger det ikke krigstraumer til grunn for flytting. Kvinnene vi har snakket med, kom til Norge gjennom arbeidsinnvandring, ekteskap eller familiegjennomføring. Vi har lagt vekt på hvordan kvinnene har det i Norge i dag og på deres tanker om en alderdom i Norge.

Planen var ofte å dra hjem etter få år. Da virket det ikke så viktig for alle å lære norsk. Med barn i skolen og langvarige opphold, økte behovet for språkferdigheter, men mange av kvinnene fikk et dårlig utgangspunkt med tanke på kjennskap til norsk språk og kunnskap om det samfunnet de flyttet til. Særlig kvinner som har arbeidet i hjemmet og vært avhengige av ektefelle, kommer i en ekstra utsatt posisjon dersom ektefellen blir syk eller dør.

Kvinnene vi har vært i kontakt med har bodd lenge i Norge, og de fleste legger stor vekt på opplevelse av trygghet og mulighet for sosial støtte. Mange understreker betydningen av at de blir akseptert og møtt med åpenhet. Negative stereotypier om innvandrere fra deres opprinnelsesland eller om 'innvandrerkvinner' kan skape nedstemthet. Kvinnene legger vekt på å ha fortrolige relasjoner og arenaer for sosial kontakt. Dette er i samsvar med tidligere funn som viser at lengden på oppholdet i det landet man migrerer til, de sosioøkonomiske forhold og tilgangen til sosial støtte i det nye landet, er avgjørende for innvandreres psykiske helse (Abebe 2010). Ut fra disse funn anbefales forebyggende tiltak og integreringspolitikk knyttet til systemer for sosial støtte og økonomiske forhold (Abebe 2010, Abebe, Lien og Hjelde 2012).

Et viktig prinsipp for helsefremmende arbeid er at det føres en politikk som begrenser sosial ulikhet i samfunnet (WHO 1997, 2009, 2014). Her kan grupper av kvinner med innvandrerbakgrunn som ikke har vært fast knyttet til arbeidslivet, være i en sårbar posisjon. Derfor er det viktig å legge til rette gode livsvilkår generelt, og satse på tiltak som ikke er for kostnadskrevenende for den enkelte.

Likeverdige helsetjenester ses som et mål og en nødvendig investering for fremtiden (Forland 2009). Målet er god helse for alle (HOD 2013). For innvandrere har oppmerksomheten særlig vært rettet mot traumer og psykiske vansker knyttet til krig og forfølgelse. Dette er et viktig felt. Det er imidlertid verdt å minne om betydningen av folkehelsearbeid og forebyggende arbeid rettet mot arbeidsinnvandrere. Dette gjelder etter hvert et økende antall eldre kvinner og menn. Ifølge lovverket skal verken språk- eller kulturforskjeller eller etnisk bakgrunn være til hinder for å motta helsetjenester (Lovdata 2014). Det settes med andre ord krav til at tjenesteytere gir hjelp som faktisk når frem, på tross av forskjeller.

Formålet med samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012, var å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenester, og rette større oppmerksomhet mot forebygging og rehabilitering (Stortingsmelding nr. 47 2008–2009). Oppgaver som forebygging, understøttelse av personers egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud,

ble i stor grad ble lagt under kommunalt ansvar. En rekke tilbud i kommunene kan fungere som helsefremmende lavterskeltilbud, også når de ikke er offentlige tilbud eller eksplisitt er helsetilbud. Frivillige organisasjoners virksomhet som bygger opp under sosial kontakt i nærmiljøet, vil ofte kunne ha en helsefremmende effekt.

På et generelt grunnlag bekrefter erfaringer fra vår undersøkelse betydningen av å rette oppmerksomhet mot de vilkårene som nevnes i faktarapporten om årsaker til psykiske plager og lidelser (SHD 2000). Det gjelder både 1) åpenhet om psykiske problemer og lidelser, 2) sosial støtte og opplevelse av omsorg fra andre, og 3) aktivt engasjement og samfunnsdeltagelse. I vår rapport formidler vi erfaringer fra innvandrerkvinner selv om hvordan slike forhold kan innvirke og påvirkes.

Møteplasser som arena for helsefremmende arbeid

De møteplassene vi har vært i kontakt med fungerer som lavterskeltilbud og blir positivt vurdert av kvinnene. Noen ganger blir god psykisk helse en implisitt effekt snarere enn et uttalt mål for tiltak.

Kvinnene gir uttrykk for at det er viktig for dem å treffe andre fra samme opprinnelsesland, noen som har samme språk, erfaringsbakgrunn og tradisjoner som dem selv. I tillegg setter de pris på felles treffsteder med kvinner med ulik bakgrunn, bygget opp om felles aktiviteter og interesser. Det kan være helsetilbud, trening, språkopplæring, religiøs virksomhet eller annet. For mange er det sentralt for deltagelse at noen møteplasser og tilbud er forbeholdt kvinner.

Kvinnefellesskap

Kvinnefellesskap blir et viktig tillegg til familiefellesskap og et forum for samtale om egne erfaringer. Kvinnefellesskapets store betydning kan forstås ut fra tradisjoner for kjønnsroller som til dels videreføres i Norge (Moen 2009a). Vår undersøkelse viser at kvinnefellesskapene kan fungere som basis for ulike aktiviteter, og at de kan representere en trygg forankring og støtte også for andre roller i samfunnet. Det kan gjelde både for roller i familie, organisasjons- og yrkesliv.

Moen (op.cit.) drøfter hvordan kvinnes tilhørighet i egne nettverk og fellesskap kan tenkes å fungere som en motvekt mot manglende akseptering i majoritetssamfunnet og som motstand mot forventning om assimilering. Det kan også forstås som en valgt tilpasning, der det er andre viktige grunner til samhold.

Vår studie viser at kvinnene i høy grad verdsetter fellesskap med hverandre, samtidig med at de på ulike måter deltar i familien, noen også i arbeidslivet og organisasjonslivet. Særlig ressurspersonene i vår studie har bred og variert deltagelse. Dette gjelder både kvinner med bakgrunn fra India og kvinner fra Pakistan. Det er i overensstemmelse med Moens funn fra det norsk-pakistanske miljøet at de eldre kvinnene trives med å kunne ivareta egne vaner og tradisjoner, og at de også ønsker å kunne velge tilhørighet til ulike fellesskap, der fellesskapene endres over tid (ibid.).

Mange av kvinnene i vår undersøkelse kunne fortelle om sterke familieband og følelse av forpliktelse mellom generasjonene. Næss og Moen (2014) kaller denne sterke familieforpliktelsen og familieomsorgen for en ‘masterfortelling’ – en hovedfortelling – blant kvinner i pakistanske familier. Engasjement og omsorg går i begge retninger og kan stikke dypt også hos barn av innvandrere (Prieur 2004, Ingebretsen 2014). Samtidig foregår det forandringer som innebærer nye kombinasjoner av kulturelle verdier og holdninger til familieomsorg både fra opprinnelseslandet og fra Norge. Det kan være motstridende forventninger blant eldre og yngre familiemedlemmer.

Den andre ‘masterfortellingen’ som Næss og Moen (op.cit.) finner i familiene, dreier seg om den norske velferds- og eldreomsorgsmodellen med hovedvekt på omsorg fra det offentlige. Noen eldre kvinner tar imot offentlig hjelp når behovet for hjelp øker. Studien vår viser at det er klare forskjeller blant aldrende kvinner i forventninger til familieomsorg i eldre år og i synet på hva som er den beste måten å ha kontakt på – både for deres egen del og med tanke på barn og svigerbarn. Også kvinner i vårt utvalg har endret syn på offentlig omsorg. Samtaler kvinnene imellom kan bidra til å alminneliggjøre ulike syn, og kvinnene kan støtte hverandre ved verdikonflikter.

Å møtes med helsen som utgangspunkt

Kvinnene i vår undersøkelse la vekt på at både fysisk og sosial aktivitet ved møteplassene virket positivt på humør, trivsel og helse. Formålet ‘å bedre helsen’ opplever de som et attraktivt, akseptert og nøytralt utgangspunkt for å møtes. Inngangsporten er ikke ‘problemer med psykisk helse’ eller isolasjon. Å bedre helsen faller sammen med majoritetsbefolkningens idealer og bestrebelser, og virker ikke stigmatiserende. En innfallsvinkel til fellesskap via helse og fysisk aktivitet kan ha positive helseeffekter. Det oppleves som meningsfullt å komme til et ‘helsekvalifiserende senter’ (Wickmann 2012).

Samtidig understreker kvinnene at tilbudene også bør ha et sosialt aspekt – gi muligheter for samtale.

Helsefremmende arbeid for kvinner med innvandrerbakgrunn kan forstås ut fra begrepet ‘salutogenese’. Det viser til en teori om fysisk og psykisk helse som omhandler hva som fremmer god helse og gir individet en følelse av økt mestring og velvære (Antonovsky 1979, 1988, Wickmann op.cit.). Fellesskap blant kvinner kan styrke ‘generelle motstandsressurser’ – indre og ytre ressurser – som bidrar til å redusere påkjenninger. Dette kan gjelde språk, kunnskap, erfaringsfellesskap, sosial støtte. Kvinnene kan gjennom gjensidig kontakt styrke tilliten til at tilværelsen er begripelig, håndterbar og meningsfull, som Antonovsky (op.cit.) mener er helt vesentlig for den psykiske helsen. En opplevelse av sammenheng i tilværelsen blir sentralt for mestring i dagliglivet og i tilpasning til samfunnet mer generelt. Ut fra en slik forståelse blir det viktig med lavterskeltilbud – tilbud som er lett å oppsøke og som er attraktive.

Møteplasser som arena for mestring

Vi har funnet at deltagelse i fellesskap kan bidra til mestring og mer kontroll med eget liv. Dette er i overensstemmelse med tidligere funn (Heni 2013, Hur 2006, Abebe 2010). Møteplassene er steder der deltagerne har tilhørighet, noe som virker helsefremmende og gir økt tilgang til ressurser (Kaplan, Salonen, Cohen mfl. 1988, Heni op.cit.). Dette kan gjelde uansett om møteplassene er ‘interne’ – for spesifikke grupper knyttet til språk, kultur eller religion – eller om det dreier seg om møteplasser hvor minoritets- og majoritetsbefolkning kan være sammen. I vår undersøkelse – som i hovedsak gjelder møteplasser rettet mot kvinner med innvandrerbakgrunn – forteller kvinnene at møteplassene har hatt stor betydning for deres mestring og trivsel. De forteller at de her anvender mange mestringsmåter, løser problemer, bearbeider følelser og utvikler relasjoner. Flere gir uttrykk for at de ønsker å ta et aktivt grep om sin situasjon og ikke bare ‘sette seg ned’. Kontakten med andre kvinner motiverer til egenaktivitet.

Vi finner et stort behov for støtte til møteplasser og tilbud som gir kvinner mer selvtillit og mot til å mestre sin livssituasjon. Våre erfaringer viser at det kan være viktig med tilpassede grupper for kvinner med innvandrerbakgrunn når det gjelder språk og felles livserfaringer. Også annen forskning peker på nødvendigheten av tilpassede grupper spesielt for kvinner, blant annet når det gjelder å fremme fysisk aktivitet og endre livsstil (Jenum, Holme og

Birkeland 2005, Hjellset, Bjørge, Eriksen og Høstmark 2011, Heni 2013). Ved sosialt samvær, ulike tilbud og fysisk aktivitet, bidrar kvinnefellesskap til økt trygghet og mestring.

Møteplasser som arena for sosial endring?

Organisasjonsledere og andre ressurspersoner vi har intervjuet, legger vekt på møteplassenes betydning for å styrke den enkelte kvinnes mestringsevne. Samtidig har noen organisasjoner og ressurspersoner en bred kontaktflate og påvirkningskraft som kan bidra til sosiale endringer.

Ressurspersoner er opptatt av å skape bevisstgjøring og utvikling av tilbud og tjenester som passer deres målgrupper. De har lært norske systemer og tjenester å kjenne (Takle 2013). De er opptatt av kvinners rettigheter og muligheter.

I vår undersøkelse har vi vært i kontakt med organisasjoner der det møtes kvinner med ulik bakgrunn. Noen har som eksplisitt mål at deltagelse – med informasjon og språkopplæring – skal gi bedre forutsetninger for øvrig samfunnsdeltagelse. Det blir poengtert at frivillig arbeid kan gi praksis og bedre mulighetene på arbeidsmarkedet. Å gå på norskkurs, lære om økonomi, delta i ‘mor og datter’-grupper, trene og dra på turer – som mange forteller at de har gjort – kan gi sosial selvtillit til å delta i andre fora. Her vil det være noe ulike forutsetninger og muligheter i de forskjellige organisasjoner og nettverk. Alder og bakgrunn vil være av betydning for de prioriteringer kvinnene gjør.

Noen av organisasjonene er aktive i samfunnsdebatten og øver påtrykk på opinion og myndigheter gjennom mediene. De bruker muligheten til å ha innflytelse – i betydningen av å kunne ha samfunnsmessig påvirkning som utgjør en forskjell. Dette kalles kollektiv myndiggjøring (Heni 2013, Hur 2006).

Møteplasser som arena for åpenhet og støtte

Tidligere forskning (Lie og Lien 2010) har vist at det i noen innvandremiljøer kan være tabuer og barrierer for åpenhet om psykiske problemer. Vår undersøkelse bekrefter at mange kvinner kan ha problemer med å snakke åpent om psykiske problemer utad fordi det er forbundet med skam og kan ramme familiens rykte. Kvinnene gir uttrykk for at de ofte har kroppslige plager, og at de helst ikke snakker utad om psykiske problemer. Vi må ta i betraktning at uttrykksmåter for opplevelse av problemer varierer med kulturell bakgrunn (Kleinman og Good 1985, Sachs 2011). Dette kan føre til at innvandrere får mindre oppmerksomhet rettet mot psykiske plager innen helsetjenesten (Sørheim 2000, Sajjad 2012).

Det trengs opplysningsvirksomhet og kunnskapsformidling for å skape større åpenhet for å ta opp problemer (Jareg 2007). Dette angår ikke bare kvinner og deres familier, men også ledere i organisasjoner og religiøse samfunn. Det gjelder ikke minst for helse- og omsorgspersonell (Ingebretsen 2010a, 2010b).

I den britiske undersøkelsen blant pakistanske kvinner som ble omtalt innledningsvis (Wheeler 1998), poengteres at det kan være så sterke tabuer knyttet til problemer med psykisk helse, at tjenester for psykiske problemer ikke bør annonseres som ‘mentale helsetjenester’, dersom kvinnene skal benytte dem.

Mange av de lavterskeltilbud vi har hatt kontakt med følger en slik praksis. De vektlegger helse- og trivselstilbud, kunnskapsformidling, mestring og selvutvikling. Dette er i pakt med den nevnte teorien om ‘salutogenese’ som anvendes innen helsefag, hvor det legges stadig større vekt på å støtte opp om personens ressurser, styrker og mestringsevner (Antonovsky 1979, 1988).

Også vi har innrettet begrepsbruken i samtaler for å unngå å skape unødige barrierer og motforestillinger. En må ta i betraktning at mange av begrepene som benyttes vanskelig lar seg oversette. Det kan lett bli misforståelser hvis en for eksempel oversetter ‘psykiske problemer’ til ord som på morsmålet står for ‘galskap’ (Eriksen og Sajjad 2011).

Når vi har hatt samtaler med kvinner i en kontekst preget av tillit og trygghet, viser det seg at de fleste ikke er engstelige for å fortelle om egne erfaringer. Det er viktig å ha trygge fora for slike samtaler.

Hva kan bidra til at kvinner som trenger det, får hjelp?

Undersøkelsen vår har synliggjort at ressurspersoner i innvandrer miljøene kan være nyttige formidlere overfor fagfolk når det er behov for profesjonell hjelp. Våre funn avdekker at det kan være vanskelig for en som ikke er kjent med systemet å forholde seg til det formelle hjelpeapparatet. Ressurspersoner som skaper tillit, blir viktige talspersoner og virker som brobyggere mellom den enkelte og hjelpeapparatet. En slik brobyggerfunksjon er også omtalt i en studie fra Canada (Kirmayer mfl. 2011).

Erfaringer fra vår undersøkelse viser at det kan være nyttig å reflektere over barrierer mot hjelpsøking og hvordan hjelpetilbud og tjenester kan gjøres mer tilgjengelige for dem som trenger hjelp. Den modellen Yeatts mfl. (1992) beskriver, skiller mellom tre hovedområder

som en potensiell bruker må forholde seg til for å nyttiggjøre seg en tjeneste: 1) kunnskap om tjenesten, 2) tilgang/tilgjengelighet, og 3) beslutning om å bruke tjenesten.

I vår undersøkelse blir alle disse hovedområdene omtalt. Det er behov for kunnskap om problemer som oppleves som psykisk belastende, ulike reaksjonsmåter og tenkemåter, og informasjon om helsefremmende tilnærningsmåter og tiltak (jf. pkt. 1). Dette gjelder både generell kunnskap til kvinner selv og til de miljøer, organisasjoner og religiøse samfunn der de vanker. I tillegg til generell kunnskap, via brosjyrer og nettsider, og direkte via undervisning, trengs det informasjon om hvordan en kan gå frem for å få hjelp.

Kvinnene vi har snakket med understreker betydningen av lett tilgang til helsefremmende tiltak og møteplasser (jf. pkt. 2). Beliggenhet og økonomi blir sentralt. Våre erfaringer viser at det er et stort behov for lavterskeltilbud og møteplasser og at disse er gode arenaer for helsefremmende arbeid. For å senke terskelen for å søke profesjonell hjelp ved behov, er det nyttig med brobyggere blant innvandrerne og at det også finnes fagfolk med samme bakgrunn som den hjelpetrengende har. Det er nødvendig med kultursensitivitet for å tilpasse tjenestene bedre til innvandreres behov (Meld. St. 16 2011–2015, s. 46; Meld. St. 29 2012–2013, s. 93).

Her vil lavterskeltilbud, der en kan gå når en har plager – med tilbud det er attraktivt å oppsøke – bidra til å gjøre det lettere å kontakte andre tiltak og hjelpeapparatet når en trenger det.

Møteplasser for kropp og sjel – samvær og samhold

Det er ofte en nær sammenheng mellom kroppslige og psykiske plager, uten at dette betraktes som like selvsagt i alle miljøer. Det er lettere å snakke om kroppslige plager. Erfaringer fra vår undersøkelse viser betydningen av en bred tilnærming til ‘hva som hjelper’. Møteplasser med allsidige muligheter til informasjon, kontakt og aktivitet (inkludert fysisk trening), har en sentral posisjon blant kvinnene i vår studie. Dette er viktige lavterskeltilbud. De viser også kvinnefellesskapets betydning for trivsel og velvære. Det blir en form for ‘likekvinnearbeid’ som virker positivt på selvfølelsen. Kvinnene trenger ikke å definere seg som ‘hjelpesøkende’ eller som ‘pasient’.

Mange av de kvinnene vi har møtt viser, som nevnt, at de kan være åpne overfor hverandre om plager. Enkelte mener at det generelt sett er mer åpenhet i deres miljø enn det var for noen år siden. En slik utvikling vil bidra til at det blir mer naturlig å dele erfaringer og arbeide sammen for å styrke kvinners situasjon gjennom kvinnefellesskap. Dette kan også føre til at det etter hvert blir mer naturlig å søke profesjonell hjelp der det er behov for det. Spredning

av positive erfaringer både fra nettverk, tilbud og kontakt med hjelpeapparatet, vil være et godt hjelpemiddel i en slik prosess.

Møteplasser og sosial inkludering

I offentlige dokumenter legges det vekt på at det gode samfunn har mange møteplasser og at folk trenger arenaer for å møte hverandre. Sosial inkludering er viktig for livskvalitet.

Deltagelse i frivillige organisasjoner og foreninger er av stor betydning (Loga 2013a). Dette gjelder deltagelse både i allmenne organisasjoner og i innvandrersorganisasjoner. Det handler om å delta på felles arenaer i samfunnet, samtidig med at en har anledning til å ivareta kulturelle og religiøse særtrekk i egne organisasjoner (Hagelund og Loga 2013). Som nevnt i kapittel 1, bygger en i debatter på at integrering i storsamfunnet er målet for sosiale organisasjoner og tiltak, men det er ikke alltid klart hva en skal integrere til.

En vanlig forståelse av begrepet 'integrere' er at man 'innlemmer noe i et hele'. Slik sett handler integrering om tilrettelegging og tilpassing for at innvandrere skal bli inkludert i majoritetssamfunnet. En alternativ språkbruk er 'inkludering av mennesker med minoritetsbakgrunn'. Her legges det vekt på gjensidig påvirkning; begge parter endrer seg.

I vår undersøkelse reiste noen av deltagerne spørsmål om hvor 'norsk' man må være for å bli godtatt, og hvilket rom det er for å ivareta egen kulturbakgrunn og samtidig ha tilhørighet i samfunnet. Loga (2013b) peker på at de vanskeligste integrasjonsspørsmålene handler om verdikonflikter. Dette er et sentralt tema også for aldrende kvinner. Vår undersøkelse viser at det gjelder forhold knyttet til familie, kjønnsroller, forventninger om ansvars- og arbeidsdeling og omsorgsoppgaver i familien. Kvinner med innvandrerbakgrunn vil ofte stå midt oppe i verdikonflikter og dilemmaer på disse områdene. De trenger møteplasser for utveksling av erfaringer, samvær og støtte. I undersøkelsen vår blir kontakt med andre kvinner beskrevet nesten som en nødvendighet.

Fra myndighetenes side betraktes innvandrersorganisasjoner som støttespillere i arbeidet med å styrke innvandreres helse (Meld. St. 6 2012–13). Det gis tilskudd til å skape møteplasser og fellesskap som støtter opp om samfunnsdeltagelse. Et mål er å motvirke marginalisering og stigmatisering (Larsen og Mortensen 2009, Møller 2009).

Når det gjelder kvinner med innvandrerbakgrunn og integrasjon, blir det ofte vist til resultater fra Dalgard og Thapas undersøkelse (2007). De fant sammenheng mellom god psykisk helse og sosial integrasjon for menn, men ikke for kvinner. I undersøkelsen til Dalgard og Thapa

(op.cit.) blir integrasjon målt gjennom spørsmål om kjennskap til norsk språk, om å lese norske aviser, ha besøk av og få hjelp og støtte fra nordmenn (minst én gang siste år). ‘Sosial integrasjon’ er ikke entydig, og det er spesielle og grove mål som her er benyttet. En bør derfor være forsiktig med å trekke konklusjoner om sammenhenger og årsaks- og virkningsforhold mellom sosial integrasjon og psykisk helse på bakgrunn av disse funnene.

Som nevnt, er det imidlertid god grunn til å ta på alvor de dilemmaene som ligger i utforming av kvinnerollen i møtet mellom majoritets- og minoritetsverdier. I denne prosessen kan det være viktig for kvinnene å ha forankring og kontakter både i sitt opprinnelsesmiljø og i sitt nye hjemland. For de fleste kvinnene vi har intervjuet, er det spørsmål om å finne balansepunkter mellom levemåter preget av impulser både fra opprinnelseslandet og fra Norge. Kvinnene ivaretar tradisjoner, samtidig med at de forholder seg til at samfunnet er i forandring både her og i landet de kom fra.

I undersøkelsen vår fremgår det at kvinnene ofte føler stor tilhørighet til miljøer med kvinner i tilsvarende livssituasjon – særlig når de opplever vansker i livet. Også andre undersøkelser blant innvandrere fra Pakistan (Syed, Dalgard og Hussain mfl. 2006) viser betydningen av nære venner blant innvandrere med samme bakgrunn. Et sosialt nettverk kan forstås som en buffer mot påkjenninger, og dette kan være særlig viktig i en livssituasjon som innvandrere – med mye omstilling og nytilpasning. Som nevnt finner en at innvandrere som er i stand til å ta vare på sin egen kulturelle bakgrunn, samtidig som de har ressurser til å tilpasse seg sitt nye hjemland, klarer seg godt (Forland 2009, Westermeyer, Neider og Callies 1989). Våre funn viser at møteplasser for kvinner – både for enkelte innvandrergupper spesielt og for grupper sammensatt av kvinner med og uten innvandrerbakgrunn – kan være en viktig arena for identitetsstøtte og utvikling.

Erfaringer fra eldresentre har vist at det ikke alltid er ‘den store integreringen’ i storsamfunnet som er målet (Moen 2009b, Ingebretsen 2010a, 2010b). Kvinner med samme bakgrunn kan ha behov for å møtes på egne premisser. For mange eldre kvinner er det å komme seg ut av hjemmet, treffe andre og delta i aktiviteter, viktig ved at det utvider deres livsrom. En slik trygg base kan bidra til utvidet nettverk og eventuelt gi tilgang til nye fellesskap og aktiviteter.

Det er blitt drøftet om en sterk orientering mot egen kultur kan være en reaksjon på utestenging fra majoritetssamfunnet (Larsen og Mortensen 2009, Møller 2009). Dette er forhold som er verdt å ta i betraktning når det gjelder samfunnsutviklingen generelt.

Kvinnernes posisjon er rimeligvis et resultat av tidligere livsform og bakgrunn. Det å være 'innenfor' i én gruppe eller en organisasjon som vektlegger felles kulturelle verdier, trenger imidlertid ikke å bety at en er 'utenfor' i forhold til majoritetsbefolkningen på andre områder. Kontakt med andre med samme bakgrunn kan være sentralt også som forebyggende helsearbeid gjennom å styrke opplevelsen av tilhørighet og forankring i en ny livssituasjon (Kirmayer mfl. 2011).

Utvikling av møteplasser og arenaer der den enkelte kan delta i helsefremmende tiltak, kan fungere som et skritt i retning av større samfunnsdeltagelse. Erfaringer fra vår undersøkelse viser, som nevnt, at ledere og ressurspersoner i innvandreres egne organisasjoner kan være viktige kilder til informasjon og et bindeledd til andre organisasjoner og tiltak. Disse personene er også viktige rollemodeller når det gjelder aktivitet og deltagelse i forbindelse med storsamfunnet for øvrig.

Innvandrerorganisasjonene kan betraktes som et mulig springbrett til bredere samfunnsdeltagelse. Samtidig kan det være viktig å erkjenne at ikke alle aldrede kvinner med innvandrerbakgrunn først og fremst søker et springbrett 'ut i storsamfunnet'. De søker gjerne kontakt som kan gi trygghet og selvbekreftelse til egen livsform og livsopplevelse – verdighet til eget liv. Dette er viktig å ivareta, samtidig med at en arbeider for å redusere barrierene til andre organisasjoner, aktiviteter og tiltak.

Våre funn har klare paralleller til Ødegårds (2010, 2013) lokalmiljøstudier, der hun finner at innvandreres egne foreninger spiller en avgjørende rolle i etniske minoriteters hverdagsliv. Siden innvandrere må bevege seg langs to kulturelle dimensjoner samtidig, både kulturen i opprinnelseslandet og i det nye landet, blir det spørsmål om balansegang (Ødegård mfl. 2012, 2014). Vi har fått et innblikk i hvordan denne balansegangen kan arte seg for kvinner med bakgrunn fra India og Pakistan.

Innvandrerforeninger kan tjene som plattform for trygghet og trivsel blant innvandrere, og samtidig ivareta kontakt med nettverk i majoritetssamfunnet. Samtidig er det viktig at andre organisasjoner i samfunnet, og offentlige tjenester på sin side, bidrar i denne brobyggingen ved å være lydhøre og imøtekommende for innvandreres behov.

Kapittel 7

Oppsummering og anbefalinger

Hovedfunn

I denne kvalitative studien har vi tatt utgangspunkt i aldrende kvinner fra Pakistan og India. Målet er å få kunnskap om kvinners erfaringer og ønsker når det gjelder å skape trivsel og motvirke mismot. Her sammenfatter vi våre hovedfunn.

Flere av de organisasjoner og helsefremmende tiltak som vi har vært i kontakt med, gir tilbud til kvinner med ulik landbakgrunn. Ifølge ressurspersoner er det behov for treffsteder hvor kvinner med innvandrerbakgrunn kan samles, steder som gir mulighet til kontakt, trening og kunnskap om norsk språk og kultur.

Noe av det som blir sterkest etterlyst er norskopplæring. Blant eldre vil det i de fleste innvandrergupper være noen som har begrenset norskkunnskap eller noen som kanskje har glemt litt av den norsken de har lært.

Vår undersøkelse viser den store betydningen en felles møteplass har for aldrende kvinner, et sted der de kan snakke sitt morsmål og være sammen med andre kvinner som har samme bakgrunn som en selv. Et fellesskap kan være viktig uansett grader av norskkunnskap og samfunnsdeltagelse, men det blir ekstra viktig for kvinner som ellers lett kan falle utenfor på grunn av manglende språkferdigheter. Ressurspersoner i de enkelte innvandremiljøene er viktige samarbeidspartnere for å planlegge og utvikle velegnede tilbud og tjenester.

Det er mange fellestrekk i hva som vektlegges i helsefremmende arbeid for kvinner med innvandrerbakgrunn. Likevel er det viktig å minne om variasjon både mellom og innad i innvandrergupper. Det er behov for kultursensitivitet, og for å 'se' den enkelte kvinne og legge til rette for individuelle tilnærminger.

Kvinnene vi har snakket med forteller at de i all hovedsak trives i Norge. De fleste har fått en forankring og tilhørighet etter å ha bodd opptil flere tiår i landet. Det er her de vil fortsette å bo i alderdommen. Samtidig viser intervjuerfaringene at det er svært viktig for dem å ivareta vaner og tradisjoner fra den kulturen de kom fra, oppleve respekt for sitt levesett i 'storsamfunnet', og samtidig ivareta kontakt med kvinner fra sitt opphavsland. Sammen med familiefellesskap blir slike kvinnefellesskap og møteplasser viktige holdepunkter i tilværelsen, slik mange av kvinnenes beskriver sitt dagligliv. Det blir derfor viktig å legge til rette for kvinnenettverk og møteplasser i helsefremmende arbeid. Slike møteplasser, tiltak og

tilbud som vi har studert og fått informasjon om, er helt sentrale lavterskeltilbud for aldrende kvinner.

Nedenfor er hovedfunn i undersøkelsen kortfattet oppsummert.

Hva er viktig for trivsel – å ha en god dag?

For kvinnene er det viktig å ha gode møteplasser og tilgang til fellesskap og aktivitet sammen med andre kvinner. Forhold innad i familien, medlemmenes helse og sosiale situasjon, og barns og barnebarns ve og vel – deres utdanning og arbeid – betyr svært mye for den enkelte kvinnes trivsel og selvfølelse.

Kvinnene er også opptatt av holdninger til innvandrere og betydningen av å bli respektert ut fra sine verdier. Dette er temaer de gjerne utveksler erfaringer om når de møtes og som de anser som viktige for trivselen.

Hva skaper mismot og bekymringer?

Mismot og bekymringer knyttes ofte til helseproblemer, familierelasjoner, vansker med å være alene og problemer med å mestre hverdagen. Kvinnene forteller at de ofte blir nedfor hvis de er mye alene og overlatt til seg selv. De trenger kontakt med andre mennesker.

Forhold til barn og familie omtales både i forbindelse med gleder og bekymringer. Samtalene viser at kvinner som knytter mye av meningen i tilværelsen til å være en del av en tett flergenerasjonsfamilie, blir sårbare ved endringer i tilknytningsforhold og boformer. Konflikter i familien kan skape nedstemthet.

Problemer med å mestre forhold utenfor hjemmet relateres til faktorer som å bo alene etter å ha blitt enke, ha mangelfull kompetanse i norsk, problemer med kunne ordne ting på egen hånd, ha en utrygg økonomisk situasjon, og være usikker på hvordan en skal klare seg i alderdommen. Dette er temaer som stadig kommer opp i intervjuene. Samtidig er det flere kvinner i vår undersøkelse som understreker at de både ønsker og klarer å bo alene.

Bekymringer for helsen kan gjelde egne helseproblemer. Spesielt nevnes diabetes, hjerte- og karlidelser, og muskel-skjelettsykdommer som gjør det vanskelig å bevege seg. Bekymringer kan også være knyttet til barns og ektefelles fysiske og psykiske helse. Ektefelles sykdom kan skape problemer hvis mannen trenger mye omsorg og/eller forventer at kona skal være hjemme hos ham hele tiden.

Det kan bli ekstra vanskelig der det er sammensatte problemer ved helsesvekkelse, usikkerhet med å leve alene i det norske samfunnet, og endringer i roller og måter å hjelpe hverandre på innad i familien. Slike endringer kan gå ut over selvfølelse og mestring. Det er ulike syn på bofellesskap og familieomsorg blant kvinnene. Kvinnene opplever en brytningstid og at det er dilemmaer mellom ulike verdier, normer og levesett – både blant de aldrende kvinnene selv og i deres forhold til den yngre generasjon.

Kvinnene er langt fra sitt opprinnelige hjemland. Dette kan føre til uro for familiemedlemmer der, spesielt ved sykdom hos nærstående eller ved uroligheter i landet. En slik situasjon kan forsterke savn og følelser for opprinnelseslandet. Noen forteller at de savner det tidligere hjemlandet ved høytider og store feiringer. De understreker samtidig at Norge er blitt deres nye hjemland. Forholdene er også forandret i opprinnelseslandet. Mange de kjente der er borte.

Syn på åpenhet eller tildekking av problemer

På spørsmål om hvem kan en snakke med om problemer, legger kvinnene vekt på at det er andre kvinner – særlig fortrolige venninner. Møteplassene vi har vært i kontakt med, legger til rette for kvinnefellesskap der en opplever trygghet og kan utveksle erfaringer. Ellers har kvinnene klare reservasjoner når det gjelder åpenhet om vansker. Det har sammenheng med et negativt syn på psykiske problemer i omgivelsene. Familien kan bli negativt stemplet. Dette fører til at kvinner kan ha blitt vant til å holde problemer og bekymringer for seg selv. Intervjuene tyder på at det til dels er lite åpenhet også innad i familien, at mange ikke vil fortelle noe til ektefellen eller annen familie av redsel for å skape uro. Mange vil beskytte barna for sine egne bekymringer.

En konsekvens kan være at kroppen blir talerør for vanskene de har. Det er mer legitimt å snakke om kroppslige plager enn psykiske plager.

Tillit blir avgjørende for å åpne seg og snakke om problemer. Et viktig spørsmål er hvordan kvinnene kan finne noen de får tillit til. For fagfolk kan det være nødvendig å spørre og lytte på nye måter. Det gjelder å se den enkeltes livssituasjon og plager ut fra deres perspektiv. Samtidig blir det viktig å kunne åpne for en helhetlig forståelse av sammenhengen mellom kropp og sjel, slik mange av kvinnene opplever det.

Intervjuene viser at ressurspersoner i innvandremiljøene har en viktig rolle som noen en kan ha tillit til. Dette gjelder både fagpersoner og ledere/ressurspersoner i ulike grupper og organisasjoner. I tillegg til å være samtalepartnere og nettverksbyggere har slike

ressurspersoner en viktig rolle som bindeledd og formidlere til hjelpeapparatet ved behov. Deres bakgrunn og kunnskap bidrar til at de kan formidle forståelse for kvinners livserfaringer og behov for støtte i den sosiale sammenhengen de lever i.

Hva gjør en ved bekymringer og mismot, hva hjelper?

Intervjupersonene beskriver både hva de kan gjøre på egen hånd og hva fellesskap med andre betyr for dem. Det er ofte en sammenheng mellom egenaktivitet og fellesskap. Muslimske kvinner nevner ofte at de finner ro gjennom bønn og å gå i moskeen. Både det personlige forholdet til religionen og fellesskapet der kan bidra til ro og trygghet. Mange legger også vekt på å komme seg ut.

Møteplasser, organisasjoner og nettverk har en viktig funksjon som steder å være, steder å være sammen, og i tillegg som steder der en kan lære, og være fysisk aktiv. Tiltak som fremmer helsen er attraktive og akseptable tilbud – helst sammen med gode muligheter for prat og samvær. Noen deltagere i undersøkelsen understreker kvinnenenes egne handlekraft; også aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn kan ta tak i sin situasjon og motarbeide avmakt gjennom å bryte med isolasjon som gir mismot. Vi ser at kvinnene planlegger og gjennomfører aktiviteter og øker egne muligheter. Det kan starte med små skritt. Møteplasser og kontaktpersoner gir viktige innspill i en slik prosess.

Helsefremmende tiltak og tilnærminger

Vi vil her fremheve noen tiltak som kan bidra til trivsel i dagliglivet, motvirke mismot, uro og bekymringer under aldringen, og støtte opp under god psykisk og fysisk helse.

1. *Faste møteplasser*

Å ha en fast møteplass gir glede, kontakt og selvbekreftelse. Undersøkelsen vår viser den store betydningen det har å ha et fast sted for å møtes, og å kunne være sammen med andre kvinner fra opprinnelseslandet. Et slikt fellesskap gir trygghet ved å snakke morsmålet og ha en felles referanseramme. Sosialt fellesskap og samtale om minner og tradisjoner kan bidra til å styrke tilknytning og identitet.

I undersøkelsen har vi også sett eksempler på fellesskap på tvers av opphavsland og med kvinner fra minoritets- og majoritetsbefolkningen samlet til trening og felles arrangementer.

2. *Kvinnefellesskap*

Vellykkede tiltak, slik vi har møtt dem, vektlegger mulighet til kvinnefellesskap. De skaper trygghet og tillit. Tilbudene har mange aspekter. De gir trivsel, tilhørighet og samvær. De bidrar til bedre fysisk og psykisk helse. Kvinnene verdsetter tilbud med varierte aktiviteter, treningstilbud, foredrag og kurs som norskkurs og selvutviklingskurs. Sentralt er at de også må gi mulighet for sosialt samvær der man deler erfaringer. Kvinnene må føle seg velkomne og inkludert. Det er viktig å støtte opp om et mangfold av tilbud som møter ulike behov.

3. *Tilgjengelige og tilpassede tilbud*

Erfaringer fra vår undersøkelse viser at de tilbud som gis må være lett tilgjengelige. Lokalisering og nærhet til offentlig transport kan være avgjørende for deltagelse. Tilbudene må ha en gunstig pris, slik at ikke økonomiske problemer eller vanskelige prioriteringer hindrer kvinnene i å komme.

4. *Tilnærminger som styrker selvtillit og mestring*

Slik både ressurspersoner og kvinner beskriver det, er mye av målet for tilbud og tiltak å utvikle selvtillit og tiltro til egen mestring, gjennom at kvinnene opplever å lære mer og klare ting. Det sentrale er at aktiviteter og fellesskap kan skape ringvirkninger til økt selvtillit og mestring.

5. *Språk og språkopplæring*

Norskundervisning har en sentral plass når det gjelder å styrke mestringsevnen til innvandrere. Mange av de kvinnene vi har vært i kontakt med kom til Norge i en tid da det var lite tilbud om språkopplæring for innvandrere. Noen har bodd lenge i Norge uten å bli trygge på å snakke norsk. Dette er en stor ulempe med tanke på samfunnsdeltagelse og kjennskap til egne rettigheter og muligheter. Det bør derfor legges til rette for at også eldre kvinner får tilbud om opplæring om norsk språk og samfunnsliv. Noen blir ekstra oppmerksomme på behovet for å kunne snakke norsk når de mister sin ektefelle.

6. *Helseinformasjon*

Det er viktig å bygge opp tillit og formidle helseinformasjon på en måte som blir forstått, akseptert og gjort relevant i kvinnes eget liv. Dette må gjøres med åpenhet og kunnskap om deres livssituasjon.

Behovet for informasjon om helseutfordringer og helsefremming blant kvinner er stort. Det oppfordres til at både enkeltpersoner og organisasjoner arbeider for å spre informasjon om muligheter og tilbud til eldre kvinner, ikke minst til dem som sliter mest, som kanskje er isolerte og har liten tilhørighet.

Både kvinner selv, deres familier og nettverk trenger informasjon som kan alminneliggjøre og gi økt forståelse for at nedstemthet, uro og psykiske plager er utbredt og må møtes med åpenhet og støtte. Noen nevner betydningen av helseopplysning til religiøse ledere. Det trengs en innsats for å bryte ned barrierer mot å søke hjelp, slik at de som trenger det kan få opplysninger om hvor det er hjelp å få, og bli henvist videre til hjelpeapparatet ved behov.

7. Samarbeid med ressurspersoner blant innvandrerne

Kontaktpersoner i miljøene kan fungere som viktige støttespillere og bindeledd til nettverk og hjelpeapparat. Det har mye å si at ressurspersoner i innvandtermiljøer – de som vet mest om behov og belastninger – blir hørt når det gjelder planlegging av tiltak og tilbud for kvinner med innvandrerbakgrunn. Det gjelder både i forebyggende arbeid og ved utvikling av profesjonelle hjelpetilbud.

Ressurspersoner i de enkelte innvandtermiljøene er viktige initiativtagere, foregangsmenn og -kvinner, og samarbeidspartnere, når det gjelder å utvikle adekvate tilbud og gjøre dem kjent. De trenger støtte i sitt helsefremmende og forebyggende arbeid. Det er viktig å anerkjenne den store betydning som slike lavterskeltilbud har.

8. Frivillig arbeid som brobygging

Noen av kvinnene vi hadde kontakt med i undersøkelsen hadde erfaring med besøkstjeneste og annet frivillig arbeid, og de kan anbefale det for andre. Dette gjelder ikke bare virksomhet som har helsefremmende arbeid for kvinner som mål. Det kan gjelde frivillig arbeid rettet mot saker av felles interesse, som for eksempel miljøvern. Slike felles saker kan gi nye arenaer for fellesskap med andre og styrke kvinnenenes stilling ved at de bidrar i viktige saker og samfunnsspørsmål.

9. Kanaler for informasjon

Det trengs mer informasjon – det kan være muntlig informasjon om tilbud, oppslag på aktuelle møteplasser og en egen informasjonskanal på radio og tv – der det gis

opplysninger om tiltak for kvinner. Studien viser at mye informasjon spres gjennom nettverk – ved at en hører om eller blir tatt med til møtesteder av noen en kjenner.

10. *Oppsøkende virksomhet og forebyggende helsearbeid*

Mange kommuner har oppsøkende virksomhet overfor eldre. Her vil kjennskap til innvandrerkvinnens livssituasjon være et viktig utgangspunkt for tiltak og informasjon. I et slikt arbeid med oppsøkende virksomhet blir det viktig å være lydhør for den enkeltes behov og ha adekvate tilbud å vise til.

11. *Aktiviteter som bygger bånd mellom generasjonene*

Frivillighetssentre og eldresentre har en viktig funksjon i forebyggende helsearbeid.

Eldresentre i Norge er for folk over en viss alder. For mange innvandrerkvinner kan det virke som tiltak på tvers av generasjonene er mer formålstjenlige. Kanskje vil de heller komme dersom de kan ta med barn og barnebarn? I denne undersøkelsen har vi sett at noen tilbud fungerer godt som møteplasser for kvinner i ulike alder.

12. *Et hjelpeapparat med lydhørhet og tilrettelagte tjenester*

Det er viktig at kvinner møter lydhørhet og forståelse for sine plager og sin livssituasjon. Dette fordrer at hjelpeapparatet må være åpne for – og ha kompetanse på – ulike måter å uttrykke problemer på, og i tillegg ha kjennskap til normer og tradisjoner for folk med ulike bakgrunn. Det må benyttes tolk ved behov.

Kvinnene er opptatt av om deres verdier og levestil blir ivaretatt hvis de blir hjelpetrengende og avhengige av offentlige tjenester. Det må være reelle muligheter til tilpasset avlastning og støtte for pårørende. Høye forventninger til familieomsorg og vansker med å få fullgod hjelp og avlastning på grunn av ulikheter i språk og mangelfull tilrettelegging, kan føre til at innvandrere får en ekstra krevende pårørenderolle. Det blir derfor viktig med individuell tilrettelegging og å ivareta et familieperspektiv på tilbud.

Punktene angir viktige momenter når en skal legge til rette for å skape trivsel og motvirke mismot blant kvinner med innvandrerbakgrunn. Det er et stort behov for møtesteder som gir sosialt fellesskap, støtte til mestring, aktivitet, selvtilit og selvutfoldelse i eldre år. Slike møtesteder er et viktig lavterskeltilbud for sosial inkludering og bedre helse blant eldre kvinner med innvandrerbakgrunn.

LITTERATUR

- Abebe DS (2010): *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A research Review*. NAKMI-rapport. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
- Abebe DS, Lien L, & Hjelde KH (2012): What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1):60–7
- Annaniassen E & Kristiansen I-H (2010): *Eldre innvandrere og organisasjoner*. NOVA-rapport 13. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Antonovsky A (1979): *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Antonovsky A (1988): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Askheim OP (2003): *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Blom S (2008): *Innvandrerens helse 2005/2006*. Rapport 35. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Blom S & Henriksen H (red.) (2008): *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Rapport 5. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Dalgard OS & Thapa SB (2007): Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 3:24
- Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M & Syed HR (2006): Immigration, lack of control and psychological distress. Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47:551–558
- Dhirad C (2012): *Tolketjenesten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus*. www.lds.no
- Diabetesforbundet (2014): Diabetesforbundets veiledningstjeneste. <http://www.diabeteslinjen.no/diabeteslinjen/start.php>
- Døving CA (2010): *Religionspluralisme. Religion, migrasjon og integrering*. Oslo: Norges forskningsråd
- EMI (2014): *Enhet for mangfold og integrering*. Oslo kommune. http://www.bydel-grunerlokka.oslo.kommune.no/enhet_for_mangfold_og_integrering/
- Enjolras B & Wollebæk D (2010): *Frivillige organisasjoner, sosial utjevning og inkludering*. Rapport 2. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Eriksen TH & Sajjad TA (2011): *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forland F (red.) (2009): *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk>
- Forssell E & Ingemarson M (2008): *Integrationsarbete i civilsamhället. Unga och äldre i blickfånet*. (No. 123–10). Stockholm: Socialstyrelsen
- Fossland T & Thorsen K (2010): *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

- Hagelund A & Loga J (2009): *Frivillighet, innvandring, integrasjon. En kunnskapsoversikt. Rapport 1.* Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Hamran T & Moe S (2012): *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten, ulike behov eller forskjellsbehandling: flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv.* Rapport 3. Tromsø: Senter for omsorgsforskning Nord-Norge
- Heni C (2013): *Innvandrerorganisasjoner og helsetiltak. En kvalitativ studie om empowerment hos personer og grupper med innvandrerbakgrunn.* Masteroppgave, Institutt for landskapsplanlegging, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås
- HFK (2014): *Helseforum for kvinner. Egeninnsats – Fellesskap.* Oslo: Helseforum for kvinner. <http://www.helseforumforkvinner.no>
- Hjellset VT, Bjørge B, Eriksen HR & Høstmark AT (2011): Risk factors for Type 2 Diabetes Among Female Pakistani Immigrants: The InvaDiab – DEPLAN Study on Pakistani Immigrant Women Living in Oslo, Norway. *Journal of Immigration and Minority Health*, 13(1):101–110
- HOD (2013): *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017.* Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Hur MH (2006): Empowerment in terms of theoretical perspectives: Exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal of Community Psychology*, 34(5):523–540
- IHSG (2014): *Internasjonal helse- og sosialgruppe.* Oslo: <http://ihsg.no>
- IKKG (2014): *Interkulturell Kvinne Gruppe.* Oslo: Interkulturell kvinnegruppe. <http://www.ikk.no>
- IMDi (2007): *En guide for etablering og utvikling av lokale møteplasser mellom innvandrerbefolkningen og myndigheter.* Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
- IMDi (2009): *Retningslinjer 2009 for tilskudd til frivillig virksomhet i lokalsamfunn som bidrar til deltakelse, dialog og samhandling.* Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
Tilgjengelig fra:
www.imdi.no/Documents/Rundskriv/2009/Retningslinjer_for_tilskudd.pdf .
- Ingebretsen R (2008): Demens i par- og familieperspektiv. I Daatland SO (red.): *Halve livet*, s. 78–84. Bergen: Fagbokforlaget
- Ingebretsen R (2009a): «Familien tar seg vel av ‘dem’ eller?» Individuell tilrettelegging og familieorientering i omsorg for eldre med innvandrerbakgrunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2):129–141
- Ingebretsen R (2009b): Multikulturell omsorg – erfaringer og utfordringer. I Valen-Sendstad A (red.): Når innvandrere blir eldre. *Gerontologiske skrifter*, 14:37–56
- Ingebretsen R (2010a): *Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. Brukeres, pårørendes og ansattes perspektiver.* NOVA-rapport 11. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Ingebretsen R (2010b): *Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer.* NOVA-rapport 15. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Ingebretsen R (2014): *Arbeidsrapport fra prosjektet: Eldre innvandrere med demens og deres pårørende.* Manuskript under arbeid. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse

- (NAKMI) / Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Høgskolen i Oslo og Akershus
- Ingebretsen R & Solem PE (2002): *Aldersdemens i parforhold*. NOVA-rapport 20. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Jareg K (2007): *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Rådet for psykisk helse
- Jenum AK, Holme I & Birkeland K (2005): Ethnicity and sex are strong determinants of diabetes in an urban Western society: implications for prevention. *Diabetologia*, 48(3):435–9
- Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL & Puska P (1988): Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128(2):370-380
- Kirmayer LJ, Dandeneau S, Marshall E, Phillips MK & Williamson KJ (2011): Rethinking resilience from indigenous perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2)84–91
- Kleinman A & Good B (1985): *Culture and depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- Kumar BN (2010): Migrasjon, etnisitet og helse. I Kumar BN & Viken B (red.): *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*, s. 27–57. Bergen: Fagbokforlaget
- Kumar BN, Grøtvedt L, Meyer HE, Sjøgaard AJ & Strand BH (2008): *The Oslo Immigrant Health Profile*. Rapport 7. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Kvale S (2001): *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad Notam Gyldendal
- Kvale S & Brinkmann S (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Larsen JE & Mortensen N (red.) (2009): *Udenfor eller indenfor: sociale marginaliseringsprocessers mangfoldighed*. København: Hans Reitzel
- Lazarus RS & Folkman S (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company
- Lidén H (2001): Innvandrersorganisasjoner – integrering eller marginalisering? I Skov Henriksen L & Ibsen B (red). *Frivillighedens udfordringer – nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense: Odense Universitetsforlag
- Lie B & Lien L (2010): *Ungdom og psykososial helse*. I I Kumar BN & Viken B (red.): *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*, s. 235–248. Bergen: Fagbokforlaget
- LIN (2014): *Likestilling, inkludering og nettverk*. Oslo: LIN. <http://www.linorg.no>
- Loga J (2013a): Livskvalitet. Betydning av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke – en kunnskapsoversikt. I Enjolras B & Strømsnes K: *Frivillighet i Norge. Senterets sluttrapport etter 5 år*, s. 42–45. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Loga J (2013b): Trossamfunn, innvandring og integrasjon. En kunnskapsoversikt. I Enjolras B & Strømsnes K: *Frivillighet i Norge. Senterets sluttrapport etter 5 år*, s. 63–65. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor

- Lovdata (2014): *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <http://lovdata.no/>
- Major EF (red.) (2011): *Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Meld. St. 6 (2012–2013): *En helhetlig integreringspolitikk. Mangfold og fellesskap*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Meld. St. 16 (2010–2011): *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 29 (2012–2013): *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 34 (2012–2013): *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet
- Melve J (2003): Innvandrersorganisasjoner i Norge. I Mikkelsen F (red.): *Indvandrersorganisationer i Norden*. Nord 11. København: Nordisk ministerråd
- Moen B (2002a): *Når hjemme er et annet sted. Omsorg for eldre med minoritetsbakgrunn*. NOVA-rapport 8. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Moen B (2002b): *Eldresenter på ukjent vei. Flerkulturelle møter mellom eldre mennesker*. NOVA-rapport 16. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Moen B (2009a): *Tilhørighetens balanse. Norsk-pakistanske kvinners hverdagsliv i transnasjonale former*. NOVA-rapport 13. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Moen B (2009b): «Jeg gleder meg til torsdag» – Møteplasser for eldre med innvandrerbakgrunn. NOVA-rapport 7. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Møller SØ (2009): Etnisk stigmatisering og outsideridentitet i Danmark. I Larsen JE & Mortensen N (red.) (2009): *Udenfor eller indenfor: sociale marginaliseringsprocessers mangfoldighed*, s. 33–59. København: Hans Reitzel
- Neumayer SM 2001: Kulturelle møter mellom helsearbeider og klient/pasient. I *Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger*, 11(1):16–19
- NK LMK (2014): *Strategiplan 2014–2016*. Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse
- NOU (2011a): *Bedre integrering. Mål, strategier, tiltak*. Norges offentlige utredninger 14. Oslo: Departementenes servicesenter – Informasjonsforvaltning
- NOU (2011b): *Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid*. Norges offentlige utredninger 7. Oslo: Departementenes servicesenter – Informasjonsforvaltning
- NOU (2011c): *Innovasjon i omsorg*. Norges offentlige utredninger 11. Oslo: Departementenes servicesenter – Informasjonsforvaltning
- NOU (2014): *Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*. Norges offentlige utredninger 8. Oslo: Departementenes sikkerhets- og servicesenter – Informasjonsforvaltning
- Næss A & Moen B (2014): Dementia and migration: Pakistani immigrants in the Norwegian welfare state. *Ageing and Society*, October 1:26. DOI: 10.1017/SO144686X14000488

- PPO (2014): *Pasient- og pårørendeopplæring*. Oslo: Lovisenberg Diakonale sykehus.
www.lds.no/subpage.asp?PageCat=525&NewsCat=457&iMenuId=1484
- Predelli LN (2006): *Innvandrerorganisasjoner i Norge: utforming, aktiviteter og politisk deltakelse*. NIBR-rapport 14. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Prieur A (2004): *Balansekunstnere. Betydningen av innvandrerbakgrunn i Norge*. Oslo: Pax
- Sachs L (2011) Transkulturell psykiatri. Antropologiska studier i normalitet. I Sundgren M & Topor A (red.). *Psykiatri som social verksamhet*. Stockholm: Bonnier utbildning
- Sajjad TA (2012): *Genetisk veiledning av pakistansk-norske familier. En medisinsk antropologisk studie*. Oslo: Unipub
- Shaygani S (2013): *Avhengighet, psykisk lidelse og migrasjon*. Innlegg på konferanse om avhengighet, psykiske lidelser og migrasjon, i regi av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, Oslo, 30.–31. mai
- SHD (2000): *Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser*. Oslo: Sosial og helsedepartementet
- SSB (2014a): *Nøkkeltall for befolkning*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no
- SSB (2014b): *Befolkningsstatistikk. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no
- SSB (2014c): *Sysselsetting blant innvandrere, registerbasert, 2013, 4. kvartal*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no
- Stortingsmelding nr. 39 2006–07. *Frivillighet for alle*. Oslo: Kultur- og kirkedepartementet
- Stortingsmelding nr. 47 2008–09. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Syed HR, Dalgard OS, Hussain A, Dalen I, Claussen B & Ahlberg NL (2006): Inequalities in health: a comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 5(7):1–9
- Sørheim TA (2000): *Innvandrerfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thapa SB, Dalgard OS, Claussen B, Sandvik, L & Hauff E (2007): Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6)460–465
- Takle M (2013): Democratic Mobilisation in Immigrant Organisations. *Nordic Journal of Migration Research*, 3(3):126–134
- Westermeyer J, Neider J & Callies A (1989): Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States. A longitudinal study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3):132–9
- Wheeler EL (1998): Mental illness and social stigma: experiences in a Pakistani community in the UK. *Gender and Development*, 6(1):37–43
- WHO (1997): *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneve: Verdens helseorganisasjon.
www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration

- WHO (2009): *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences*. Geneve: Verdens helseorganisasjon. Tilgjengelig fra: www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/
- WHO (2014): *Health in All Policies. Helsinki Statement. Framework for Country Action*. Dokument. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki 10.–14. juni 2013. Geneve: Verdens helseorganisasjon. apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1
- Wickmann IG (2012): *Fysisk aktivitet som et fristed – å fremme positiv helse og egenmestring i immigrasjonsprosessen*. Masteroppgave, Institutt for plante- og miljøvitenskap, Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås
- Wilkinson S (2004): Focus Groups. I Breakwell G (red.): *Doing Social Psychology Research*, s. 344–376. Malden: Blackwell Publishing Ltd.
- Yeatts DE, Crow T & Folts E (1992): Service use among low-income minority elderly: strategies for overcoming barriers. *The Gerontologist*, 32(1):24–32
- Ødegård G (2010): *Foreningsliv i et flerkulturelt lokalsamfunn. En studie om integrasjon og sosial kapital*. Rapport 6. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Ødegård G (2013): Foreningsliv i et flerkulturelt lokalsamfunn. En studie om integrasjon og sosial kapital. I Enjolras B & Strømsnes K: *Frivillighet i Norge. Senterets sluttrapport etter 5 år*, s. 49–51. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Ødegård G, Steen-Johnsen K & Ravneberg B (2012): Rekruttering av barn og unge i frivillige organisasjoner. I Enjolras B, Steen-Johnsen K & Ødegård G (red.): *Deltagelse i frivillige organisasjoner. Forutsetninger og effekter*. Rapport 4. Bergen/Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Ødegård G, Loga J, Steen-Johnsen K & Ravneberg B (2014): *Fellesskap og forskjellighet*. Abstrakt Forlag AS

VEDLEGG

I – Informasjonsbrev til potensielle intervjupersoner



Oslo, mars 2013

Forespørsel om du vil delta i prosjektet «Livsmot eller mismot»

Målet er å bidra til forebygging av psykiske plager og mistrivsel hos eldre kvinner med innvandrerbakgrunn

Hensikten med dette prosjektet er å få mer kunnskap om livssituasjonen til aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. Tidligere undersøkelser har vist at mistrivsel i hverdagen kan påvirke helsen i negativ retning. For å kunne forebygge mismot og bevare en god helsetilstand trenger vi å vite mer om kvinnes erfaringer om hva som påvirker trivsel, livsmot og psykisk helse.

Det vil derfor bli arrangert fokusgruppeintervjuer med cirka 20 kvinner over 50 år som opprinnelig kommer fra India eller Pakistan. Temaer som vil bli tatt opp handler om deltakelse i aktiviteter/fellesskap, bolig/familierelasjoner, hva som eventuelt er et savn. Hva i hverdagslivet opplever de har betydning for trivsel og psykisk helse? Grunnen til å velge kvinner med indisk og pakistansk bakgrunn er at et økende antall personer med denne bakgrunnen begynner å bli eldre.

Prosjektet vil også vite mer om hvilke erfaringer som fagfolk / sentrale personer innen helse- og sosialtjenester, moskeer, templer og aktuelle organisasjoner har, når det gjelder aldrende kvinners trivsel og psykiske helse.

Kunnskap fra undersøkelsen skal kunne bidra til at tilbud og tjenester blir tilrettelagt for aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Vi ønsker å ha en intervjusamtale med deg som fagperson / sentral person. Vi skal ha samtalen kjenner ikke ditt navn og din adresse; dette brevet er sendt ut gjennom vår kontaktperson.

Hvis du svarer ja til å delta, er det fint om du fyller ut, signerer og sender vedlagte svarslipp i den frankerte svarkonvolutten. Den er adressert til prosjektleder **Vigdis Hegna Myrvang** ved **Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse**, som er ansvarlig for prosjektet. Når svarslippen er mottatt her, vil vi ta kontakt for å avtale tid og sted for intervjusamtalen. Det er vanskelig å si hvor lenge den vil vare, fordi det vil avhenge av hvordan samtalen blir.

Hva skjer med informasjonen?

Under samtalen blir det brukt lydopptaker, slik at vi får skrevet referat. Både lydopptak og referat vil være uten ditt navn og andre opplysninger som gjør at du kan gjenkjennes. Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak slettes, senest ved utgangen av 2014.

Det er bare prosjektmedarbeiderne som har tilgang til lydopptak og referat. Som forskere/prosjektmedarbeidere har vi taushetsplikt, og alle opplysninger du gir vil bli behandlet konfidensielt.

Det skal skrives rapporter fra undersøkelsen, og det skal da ikke være mulig å identifisere dem som har deltatt.

Undersøkelsen er lagt fram for og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Frivillig deltakelse

Vi vil understreke at det er frivillig å delta. Selv om du svarer ja til å delta, kan du likevel når som helst trekke deg uten å gi en grunn for det. Du kan også velge å la være å svare på spørsmål under samtalen.

Hvis du ønsker mer informasjon, er du velkommen til å kontakte undertegnede.

Vennlig hilsen
for Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Vigdis Hegna Myrvang
prosjektleder

Tlf. (+47) 22 11 86 86
vigdis.h.myrvang@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Oslo, august 2013

Forespørsel om å delta i prosjektet

«Livsmot eller mismot»

Prosjektet vil innhente informasjon fra kvinner over 50 år
som har indisk eller pakistansk bakgrunn

Vil du delta i en undersøkelse om hvordan hverdagslivet arter seg for aldrende kvinner med indisk eller pakistansk bakgrunn i Norge i dag?

Dersom du opprinnelig kommer fra India eller Pakistan og er over 50 år, vil vi gjerne intervju deg sammen med andre kvinner fra ditt hjemland.

Hensikten med denne undersøkelsen er å få mer kunnskap om livssituasjonen til kvinner med innvandrerbakgrunn. Tidligere undersøkelser har vist at mistrivsel i hverdagen kan påvirke helsen i negativ retning.

For å kunne forebygge mismot og depresjon og bevare en god trivsel, trenger vi å vite mer om hvordan kvinnene opplever hverdagslivet. Det er viktig å få mer kunnskap om hva kvinnene selv mener er av betydning for at de skal få et godt liv, hva som gir mistrivsel og hva de mener er gode tilbud.

Kunnskap fra undersøkelsen skal kunne bidra til at tilbud og tjenester blir bedre tilrettelagt for aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn.

Hva innebærer undersøkelsen for deg?

Vi vil arrangere en gruppesamtale (med tolk) der vi vil ta opp noen tema og spørsmål som gjelder trivsel og livsmot. Vi som skal gjennomføre gruppesamtalen kjenner ikke ditt navn og din adresse; dette brevet er sendt ut gjennom vår kontaktperson.

Hvis du svarer ja til å være med på gruppesamtalen, er det fint om du fyller ut, signerer og sender vedlagte svarslipp i den frankerte svarkonvolutten eller gir den til vår kontaktperson.

Konvolutten er adressert til prosjektleder **Vigdis Hegna Myrvang** ved **Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse**, som er ansvarlig for prosjektet. Når svarslippen er mottatt her, vil vi ta kontakt for å avtale tidspunkt for gruppesamtalen – som vil bli arrangert på et sentralt sted i Oslo. Det er vanskelig å si hvor lenge gruppesamtalen vil vare, fordi det vil avhenge av hvordan samtalen blir.

Postadresse Vestfold	Besøksadresse Vestfold	Adresse Oslo	Sentralbord	E-post
Aldring og helse	Taranrødveien 47	Aldring og helse	Telefon 33 34 19 50	post@aldringoghelse.no
Sykehuset i Vestfold HF	3171 Sem	Oslo universitetssykehus HF		
Postboks 2136		Ullevål	Faks	Hjemmeside
3103 Tønsberg		Bygning 37A	Oslo 23 01 61 61	www.aldringoghelse.no
		0407 Oslo	Vestfold 33 33 21 53	

Hva skjer med informasjonen?

Under gruppesamtalen bruker vi lydopptaker, slik at vi får skrevet referat. Både lydopptak og referat vil være uten ditt navn og andre opplysninger som gjør at du kan gjenkjennes. Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak slettes, senest ved utgangen av 2014.

Det er bare prosjektmedarbeiderne som har tilgang til lydopptak og referat. Som forskere/prosjektmedarbeidere har vi taushetsplikt, og alle opplysninger du gir vil bli behandlet konfidensielt.

Det skal skrives rapporter fra undersøkelsen, og det skal da ikke være mulig å identifisere dem som har vært med.

Undersøkelsen er lagt fram for og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Frivillig deltakelse

Vi vil understreke at det er frivillig å delta. Selv om du svarer ja til å delta, kan du likevel når som helst trekke deg uten å gi en grunn for det. Du kan også velge å la være å svare på spørsmål under samtalen.

Hvis du ønsker mer informasjon, er du velkommen til å kontakte undertegnede.

Vennlig hilsen
for Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Vigdis Hegna Myrvang
prosjektleder

Tlf. 22 11 86 86
vigdis.h.myrvang@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

SVARSLIPP

fylles ut og sendes i vedlagte svarkonvolutt

(eller gis til kontaktpersonen)

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i prosjektet
«Livsmot eller mismot».

Mitt navn:

.....

Min adresse:

.....

.....

.....

Mitt telefonnummer:

.....

Alder:

.....

Eventuell e-postadresse:

.....

Sted Dato Underskrift

II – Organisering av tiltak – tre eksempler

Vi vil her presentere tre ulike former for tiltak som gir spesielle tilbud til kvinner med innvandrerbakgrunn. Det første hører til spesialisthelsetjenesten og fordrer henvisning fra lege, det andre kan nås både med og uten henvisning, og det tredje har tilbud som er åpent for alle.

1) Pasient- og pårørendeopplæring ved Lovisenberg Diakonale Sykehus AS

2) Helseforum for kvinner

3) LIN – Likestilling, inkludering, nettverk

Disse tre tiltakene har på forskjellige måter vist seg å være av stor betydning for aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn. Det går frem av intervjumaterialet. I vedlegget skal vi trekke frem noen sider ved tiltakene som kan være av generell interesse.

Siden prosjekt «Livsmot eller mismot» er lokalt Oslo-prosjekt, vil vi innledningsvis informere om *Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse*. Dette er en paraplyorganisasjon som ikke selv driver med behandling eller direkte opplæring av såkalte brukere, pasienter eller pårørende. Primærmålgruppen er *fagpersoner* som arbeider i tilknytning til lærings- og mestringsfeltet.

Ved langvarige helseutfordringer kan manglende kunnskap om egen sykdom eller tilstand, bekymringer, praktiske utfordringer og andre forhold, forverre livssituasjonen til dem det gjelder og gi redusert livskvalitet. I det som er kalt lærings- og mestringstilbud blir det lagt til rette for at pasienter og pårørende skal få bedre innsikt i egen situasjon slik at de blir styrket i å mestre hverdagen og livssituasjonen. I tillegg til medisinske forhold, er forholdet til jobb, familie og venner blant temaer som tas opp.

Lærings- og mestringstiltak i regi av lærings- og mestringssentre er basert på grupper. De enkelte sentre er ment som møtested, kurssenter og infosenter med brosjyrer, fagblader og Internett.

Innen *spesialisthelsetjenesten* er det etablert lærings- og mestringstjenester ved alle helseforetakene, som ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

I den *kommunale helse- og omsorgstjenesten* er lærings- og mestringstjenester i en oppbyggingsfase som følge av samhandlingsreformen, og organisering av de kommunale

tjenestene vil variere. De kan for eksempel være knyttet til egne lærings- og mestringssentre eller frisklivssentraler, frisklivs- og mestringssentre, lokalmedisinske sentre eller helsehus.

Den kommunale virksomheten skal bygge videre på etablerte tjenester i spesialisthelsetjenesten, men skal i større grad være rettet mot store diagnosegrupper og diagnoseuavhengige tilbud med sikte på 'å leve med' langvarige helseutfordringer. Det vil si utfordringer knyttet til kronisk sykdom, vedvarende psykisk eller fysisk belastning, nedsatt funksjonsevne eller funksjonshemming (NK LMK 2014).

Helseforum for kvinner og LIN er *frivillige organisasjoner*. De finansieres på ulike måter med offentlig støtte, og det må hvert år søkes om midler fra ulike hold.

Lokale innvandrersorganisasjoner, frivillig virksomhet i lokalsamfunn og landsdekkende organisasjoner på innvandrerfeltet kan få økonomiske tilskudd fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Videre gir departementet midler til frivillige organisasjoner som organiserer informasjons- og veiledningstiltak rettet mot innvandrere. Tilskuddsordningen forvaltes av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) og av fylkeskommunene (www.imdi.no).

Formålet med tilskudd til frivillig virksomhet er å skape møteplasser og aktiviteter i lokalsamfunn på tvers av ulike grupper i befolkningen. Tiltakene skal være knyttet til integrering og inkludering av personer med innvandrerbakgrunn. Det overordnede målet med tilskuddsordningen er økt integrering av innvandrerbefolkningen i Norge. Frivillighet Norge er også aktiv i dette arbeidet (www.frivillighetnorge.no).

I Oslo kommune forvaltes tilskuddsmidlene ved Enhet for mangfold og integrering (EMI), som også bistår med informasjon og veiledning (www.oslo.kommune.no).

For øvrig finnes det fond og legater som etter søknad kan bidra med prosjektmidler.

Vi har spesielt vært i kontakt med de tre tiltakene beskrevet nedenfor – ved ressurspersoner og/eller fokusgrupper.

1) Pasient- og pårørendeopplæring ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

På Lovisenberg Diakonale Sykehus trengs det som nevnt henvisning fra lege for å være med på mestringkurs. Opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusets fire hovedoppgaver og en viktig del av pasientbehandlingen (PPO 2014). Målgruppen er pasienter

med kroniske sykdommer og/eller funksjonshemming, deres familie og venner, samt helsepersonell og studenter. Opplæringen skal legge til rette for at pasientenes aktive deltagelse i egen behandling og rehabilitering har mestring som mål.

Kursene er hovedsakelig knyttet til spesielle diagnoser. Men ved «Raskere tilbake»-poliklinikken – en del av Lovisenberg distriktpsykiatriske senter – tilbys også mestringskurs for en rekke former for psykiske plager eller problemer. Disse kursene er spesielt rettet mot personer som har arbeid og sykepengerettigheter. Andre kan delta på kurs dersom det er plass, som for eksempel *søvnskolen* eller kurs i *bekymringsmestring*.

Sykehuset retter spesiell oppmerksomhet mot pasientgrupper med minoritetsbakgrunn, det har vært egen tolketjeneste der siden 1999. Hensikten var å bedre kvaliteten i samtaler mellom minoritetsspråklige pasienter og helsepersonalet – og til enhver tid å kunne stille med tolk ved behov. Over 200 tolker er tilknyttet tolketjenesten (Dhirad 2012). Målet er å kunne tilby likeverdige helsetjenester til alle.

2) Helseforum for kvinner

Helseforum for kvinner (HFK) er en idealistisk og uavhengig organisasjon som arbeider for å bedre kvinners og barns levekår og bidra til selvhjelp og inkludering i samfunnet (HFK 2014). Forumet ble etablert i 2000. HFK retter seg mot kvinner og jenter i en vanskelig helse- og livssituasjon –og eventuelt med særskilte behov – som ikke kan nyttiggjøre seg ordinære tiltak eller som mangler aktuelle tiltak i samfunnet. Tilbudet er tilrettelagt for kronisk syke, for innvandrerkvinner og grupper med særlige behov, inkludert etnisk norske.

Det søkes hvert år om driftsstøtte, som hovedsakelig fås fra Oslo kommune og Studieforbundet Solidaritet (tidligere Sosialistisk Opplysningsforbund).

HFK samarbeider med lærings- og mestringssentre, sykehus, helsepersonell, ulike organisasjoner og hjelpeinstanser. Til HFK kan man enten bli henvist eller man kan søke selv.

HFK tilbyr en møteplass med opplysnings- og veiledningsarbeid (helse, samfunn og inkludering) og fysiske aktiviteter innenfor trygge rammer som er tilrettelagt av fysioterapeuter. HFK har lege, sykepleier og miljøarbeidere som er godt kjent med de komplekse helse- og livssituasjoner som mange kan ha. HFK tilbyr også samtaler om livssituasjon og bidrar med hjelp i kommunikasjon med helsevesen og andre aktuelle instanser og kontorer ved behov. Ansatte har taushetsplikt (HFK op.cit.).

HFK er en flerkulturell møteplass. Kvinner med innvandrerbakgrunn og etnisk norske kvinner deltar sammen på lik linje og møtes på tvers av bakgrunn, kultur, religion, språk, alder og livssituasjon. Her kan de utvide sitt sosiale nettverk, delta i grupper og få informasjon om kosthold og annen egeninnsats i uformelle og trygge omgivelser. Man deler erfaringer og hjelper hverandre.

HFK fungerer særlig som et alternativ for kvinner og jenter som av ulike årsaker ikke deltar i ordinære helsetilbud / treningstilbud / fritidstilbud i samfunnet, eller hvor man trenger nye innfallsvinkler. Deltagerne er fra ni til åtti år, og de kommer fra alle bydeler i Oslo. De deltar ut fra sitt eget ståsted og i sitt eget tempo, og de kan bli med på aktiviteter i grupper, gjøre øvelser alene, eller bare ta en kopp te. Felles språk er norsk. I tillegg snakker ansatte engelsk, arabisk, bosnisk og urdu.

Når det gjelder egeninnsats i hverdagslivet, er det mangfoldige temaer som tas opp i foredrag og gruppesamtaler. Det er kosthold og ernæring, diabetes, hjerte-karsykdommer, astma, allergi, matintoleranse, tannhelse, stoffskiftesykdommer, pust, stress, søvn, førstehjelp, hjerte- og lungeredning. Videre kan nevnes foreldreveiledning, mor-og-barn-forhold, smerteproblemer, trening, forebygging av fall (f.eks. på isen om vinteren), psykisk helse, indre styrke og selvfølelse, kroppsbilde. Kildesortering i hjemmet, arbeidssøking, informasjon om hjelpeinstanser og interesseorganisasjoner står også på programmet. I tillegg har HFK også en 'prateklubb', hvor deltagerne kan øve seg i å snakke norsk ved å drøfte utvalgte emneområder.

3) LIN (Likestilling, Inkludering og Nettverk)

LIN er en interesseorganisasjon for minoritetskvinner som ble etablert i 2009. Det søkes hvert år om prosjektmidler og driftsstøtte. LIN tilbyr en møteplass for kvinner og barn uansett bakgrunn. Dit kan en komme ubedt – eller en kan melde seg på selv; det er gratis adgang.

Det overordnede mål for LIN er å aktivisere kvinner med innvandrerbakgrunn til økt samfunnsdeltagelse. I vedtektene (LIN 2014) står det blant annet at LIN gjennom informasjonsspredning, kursing, nettverk og påvirkning skal

- «utvikle den enkelte kvinne slik at hun kan bruke sitt fulle potensiale som kvinne, mor, kone og selvstendig borger gjennom frie valg og ytringsfrihet
- utvikle den enkelte kvinne slik at hun får like rettigheter og muligheter som menn
- jobbe mot sosial ekskludering og fattigdom»

For å nå målet, samarbeider LIN med en rekke frivillige organisasjoner og offentlige instanser både lokalt og sentralt. Aktivitetene er mangfoldige.

Det legges stor vekt på tilbud om norskkurs, siden det ikke lenger er slik at alle med innvandrerbakgrunn har rett til gratis språkopplæring. Med norskkurs får deltagerne også viktig samfunnskunnskap.

Datakurs er tilpasset både nybegynnere og dem som har litt erfaring.

LIN arbeider også for at utdannende minoritetsspråklige kvinner som ikke har arbeid, skal komme ut i yrkeslivet. Det holdes halvårige kurs som dreier seg om arbeidsrelaterte temaer. Deltagere kan få hjelp til å finne praksisplass i ulike lokale bedrifter, og de skal da få tett oppfølging i hele prosessen.

I tillegg gis det gratis juridisk hjelp. Det kan gjelde saker som har å gjøre med familie- og arverett, med barne- og barnevernsrett, grunnleggende menneskerettigheter og annet.

Det organiseres grupper og samlinger med ulike temaer basert på ønsker og behov. Et eksempel er 'mor og datter'-samlinger. Det avholdes helseseminarer i forebyggende øyemed, og det arrangeres turer for å gjøre innvandrere kjent med det norske friluftslivet. Yoga står også på programmet.

Ansatte ved LIN kan i tillegg til norsk og engelsk snakke arabisk, persisk, tamilsk eller urdu. De har taushetsplikt (LIN 2014).

III – Intervjuguider

Temaguide prosjekt «Livsmot eller mismot» – ressurspersoner

Hvilke holdninger og erfaringer med psykisk helse har personer i pakistanske og indiske nettverk som moskeer, templer og innvandrersorganisasjoner?

Hvilke erfaringer har *du* fra [organisasjonen] eller hva kjenner du til fra [din virksomhet]?

Kjenner du til erfaringer i *andre* organisasjoner som du kan si noe om?

Hva gjøres i dag? Rent konkret.

[Hvem kommer hit? Kan du si noe mer om det?]

Er det tiltak som savnes?

Er det tiltak som fungerer godt?

Hva vil være aktuelle tiltak?

Altså: Hva kan en ønske seg av tiltak for at eldre kvinner [fra Pakistan / India] skal trives og ha det godt?

Hva har moskeer / organisasjoner av kunnskaper og informasjon om tiltak og tjenester rettet mot psykisk helse?

Hva mener *du* har betydning for et godt hverdagsliv for eldre kvinner?

Hva i hverdagslivet opplever du selv har betydning for god helse, og særlig psykisk helse?

Hvordan oppfatter du temaet psykisk helse og uhelse?

Hvordan tror du det er å snakke med andre om at en sliter med å være trist og lei seg?

Hvem tror du en helst vil snakke med og hvem vil en helst ikke fortelle om sine problemer?

Hva vil du foreslå som kan gjøre det lettere å få støtte fra andre når en har det vanskelig?

Kan du fortelle litt mer om kvinne[gruppe]n(e) [du møter i organisasjonen]?

Hvem som kommer.

Hvem som ikke kommer. Og hvorfor.

Hva er vellykket - hva viser seg å ikke fungere?

Temaguide prosjekt «Livsmot eller mismot» – fokusgruppeintervju med kvinner (50+) med innvandrerbakgrunn fra India og Pakistan

Hvordan opplever eldre pakistanske og indiske kvinner mental velvære, trivsel og psykisk helse – og alternativt mismot, depresjon og tristhet?

Hva mener de har betydning for et godt hverdagsliv?

Hva i hverdagslivet opplever de har betydning for god helse, og særlig psykisk helse?

Hvordan oppfatter de temaet psykisk helse og uhelse?

Familierelasjoner?

Hvilke aktiviteter/fellesskap deltar kvinnene i utenfor hjemmet og familien?

Hvilken bakgrunn og utdannelse har kvinnene?

Er kvinnene i arbeid, hvordan er boligsituasjon, økonomi, fysisk helse?

Opplever de isolasjon, integrasjon og hjemlengsel?

Hva mener kvinnene bør gjøres for å få et bedre hverdagsliv, og hvordan?



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Norske Kvinners Sanitetsforening



ExtraStiftelsen
Helse og Rehabilitering