

Ældre med anden etnisk baggrund – viden og inspiration til indsats

Ældre med anden etnisk baggrund

– viden og
inspiration
til indsats





ÆldreForum er et uafhængigt råd under Social-, Børne- og Integrationsministeriet, der skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle ældrelivets områder. Rådet skal desuden bidrage til at synliggøre ældres ressourcer og til at nuancere billedet af ældre og det at blive ældre.

ÆldreForum udsender løbende publikationer med information, inspiration og debatskabende stof om ældretilværelsen, initierer forskning og arrangerer konferencer m.m.

Rådet inddrager forskere, myndigheder, fagpersoner, organisationer, kommuner og ældreråd m.fl. i rådsarbejdet. På ÆldreForums hjemmeside informeres om dele af rådets arbejde, og hjemmesiden opdateres desuden løbende med aktuelle emner på ældreområdet.

Rådets publikationer kan også læses, downloades og bestilles vederlagsfrit på hjemmesiden. Se www.aeldreforum.dk

Bagest i denne publikation findes en oversigt over ÆldreForums udgivelser.

Udgivet af ÆldreForum, oktober 2013.

Pris: Gratis

Design: DanChristensenDesign MDD

Forsidefoto: Fra fotoudstillingen "Levende Minder", produceret for Ensomme Gamles Værn af fotograf Rune Hansen

Øvrige fotos: Charlotte Kaarsberg, Mosaikken i Esbjerg (Side 35, 81, 87). Heidi Lundsgaard (Side 73). Said Rasuli, Greve Kommune (Side 106). Charlotte Baere, Køge Kommune (Side 108). Piruza Ali, Kvindehuset i Århus (Side 112). Scanpix: Lars Wittrock (Side 28), Mikkel Østergaard (Side 21), Simon Knudsen (Side 66). Coulorbox (Side 8, 37, 39, 43, 58, 62, 65, 74, 96, 116).

Tryk: tryk team svendborg A/S

Trykt ISBN: 978-87-90651-72-5 · Elektronisk ISBN: 978-87-90651-73-2

Publikationen kan bestilles vederlagsfrit hos ÆldreForum, tlf. 72 42 39 90, aef@aeldreforum.dk eller på hjemmesiden www.aeldreforum.dk, hvor den også kan downloades.

Gengivelse af artikler med forfatternavn, eller længere uddrag heraf i blade, tidsskrifter, bøger o.lign. kræver tilladelse fra både forfatter og ÆldreForum. Øvrige artikler, herunder artikler skrevet af ÆldreForum, kan frit gengives i sin helhed med kildeangivelse.

Ældre med anden etnisk baggrund

– viden og inspiration til indsats

Forord



I løbet af de sidste årtier har Danmark udviklet sig til et samfund med stor etnisk og kulturel mangfoldighed, og mange etniske minori-

tetsgrupper, der er kommet hertil som unge og voksne, er efterhånden blevet ældre.

En del af dem skal derfor nu skabe sig en tryk og meningsfyldt tilværelse som ældre i et land, de fleste hverken er født eller opvokset i – og i nogle tilfælde med svære odds som svækket helbred, psykisk sårbarhed og dårlig økonomi som grundvilkår.

I de kommende år ventes antallet af ældre med anden etnisk baggrund at stige markant, og selv om de udgør en meget sammensat og mangfoldig gruppe med forskellig baggrund, historie og ressourcer, tyder meget på, at der er tale om en generelt sårbar gruppe.

Viden om denne gruppe ældres liv og vilkår i det danske samfund og om bl.a. kommunernes indsatser og tilbud er imidlertid begrænset. Heller ikke forskningsmæssigt har gruppen hidtil påkaldt sig nævneværdig interesse. Og selv om indvandring og integration næsten dagligt debatteres i medier og offentlighed, er det oftest de yngre generationer, opmærksomheden rettes mod.

Ældre med anden etnisk baggrund er desuden en *minoritet blandt minoriteter*, som heller ikke selv hverken gør særligt væsen af sig eller påkalder sig særlig opmærksomhed i det danske samfund.

For at øge opmærksomheden om denne oversete gruppe og videregive viden og inspiration har Ældre-Forum bedt en række særlige fagpersoner og kommuner m.fl. om at bidrage med deres viden og erfaringer samt eksempler på konkrete initiativer og indsatser, som har vist sig virkningsfulde – og for en dels vedkommende både er hilst velkommen

og efterspurgt blandt ældre etniske minoriteter.

ÆldreForum retter en stor tak til alle forfatterne bag publikationens artikler, som så beredvilligt har bidraget til, at deres viden, overvejelser og erfaringer hermed kan viderebringes til en større kreds. Også en særlig tak til

social-, børne og integrationsminister Annette Vilhelmsen for opbakningen til at synliggøre denne gruppe ældre og dens særlige vilkår.

*September 2013
Ove E. Dalsgaard
Formand for ÆldreForum*



Antallet af ældre med anden etnisk baggrund end dansk er stigende. I 1990 boede der omkring 4.500 personer på 60 år eller derover fra

ikke-vestlige lande i Danmark, i dag bor der 28.000, og i 2030 forventes tallet at være steget til 82.000 personer. Det er en udvikling, som giver anledning til, at vi reflekterer over,

hvordan vi bedst hjælper ældre borgere, der fx ikke taler dansk eller ikke er vant til at få hjælp fra andre end familien. Med publikationen er ÆldreForum med til at kaste lys over nogle vigtige spørgsmål, og jeg glæder mig derfor over ÆldreForums initiativ.

ÆldreForums publikation viser, at ældre med anden etnisk baggrund end dansk som gruppe samlet set fremstår mere sårbar end danske ældre generelt, men artiklerne understreger samtidig, at vi ikke må skære dem over én kam. Det er vigtigt, at vi husker på,

at der er lige så store forskelle på temperament, baggrund, og religiøsitet, når det handler om ældre med anden etnisk baggrund, som når vi taler om danskerne generelt – og at den rigtige pleje til én ældre derfor ikke nødvendigvis er den rigtige pleje til en anden.

Det er en tilgang, som er helt i overensstemmelse med regeringens holdning på ældreområdet. Alder er individuel. Vi bliver gamle på forskellige måder, og selvom vi er lige gamle, kan vores plejebehov være meget forskellige. Fremtidens ældrepleje skal tage udgangspunkt i den enkelte ældres livssituation og tilpasses hans eller hendes mål. Uanset, om den ældre er født i Danmark eller uden for landets grænser, er jeg sikker på, at den bedste hjælp gives med blik for den enkeltes behov og i tæt dialog med borgeren.

Selvfølgelig kan samarbejdet en gang imellem byde på nye udfordringer. For hvordan hjælper man som hjemmehjælper en ensom, gammel mand, når han ikke kan forstå, hvad

man siger? Og hvad betyder det, når der pludselig står en medarbejder fra kommunen i ens stue og stiller spørgsmål, måske endda på et sprog man har svært ved at forstå? Heldigvis viser ÆldreForums publikation, at sprogbarrierer eller forskellige kulturelle baggrunde langt fra behøver at være bremseklodser for et godt samarbejde. Det er engagementet og fagligheden hos dygtige medarbejdere, som er styrende for plejen. Ikke det land hvor borgeren er født.

I læsningen af rapporten er det specielt positivt at se, hvor mange frivillige foreninger og lokale ildsjæle der har det engagement, som giver samarbejdet de bedste forudsætninger, og jeg glæder mig derfor over, at ÆldreForum er med til at viderebringe gode erfaringer fra succesfulde kommunale projekter.

God læselyst.

Annette Vilhelmsen
Social-, børne- og integrationsminister

Indhold

2 Forord

*Formand for ÆldreForum Ove E. Dalsgaard
Social-, børne- og integrationsminister Annette Vilhelmsen*

9 Kapitel 1: Aldring og etnicitet

10 Etnisk mangfoldighed blandt ældre

En sårbar ældregruppe
Behov for en særlig indsats
Erfaringer
Formålet med publikationen
Publikationens indhold

16 Ældre med anden etnisk baggrund – et signalement

Hvor mange ældre med anden etnisk baggrund er der i Danmark?
Hvilke lande kommer de ældre især fra?
Hvilke kommuner har flest ældre – og fra hvilke lande?
Statsborgerskab, udvandring og repatriering med støtte
Økonomiske forhold
Pleje- og omsorgsydelser
I Danmark er jeg ikke født, der har jeg hjemme?
– Ældretilværelsen i Danmark

29 Kapitel 2: Ældre med anden etnisk baggrund – særlige udfordringer?

30 Alderdom og etnicitet – kommunikation og kultur

*Direktør, kultursociolog, ph.d. Christine E. Swane,
Ensomme Gamles Værn (EGV Fonden)*

- 38 **Ældre migranternes sundhed – en ny udfordring for sundhedsvæsenet**
*Stud. scient. Linnea Lue Kessing og professor Allan Krasnik,
Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, samt Center
for Sund Aldring, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns
Universitet*
- 42 **Traumer og ældre med anden etnisk baggrund**
*Chefpsykolog Jens Hardy Sørensen, Afdeling for Traume- og
Torturoverlevende, Psykiatrien i Region Syddanmark*
- 50 **Livshistorie, tid og tillid er nøgleord i Indvandrermedicinsk Klinik**
*Sygeplejerske, cand.scient.san, ph.d. Dorthe S. Nielsen,
Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital*
- 57 **Forestillinger om døden blandt ældre og pårørende med etnisk
minoritetsbaggrund**
*Sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d. Mette Raunkjær,
Palliativt Videnscenter*
- 63 **Kapitel 3: Overvejelser, initiativer og konkrete erfaringer**
- 64 **Indsatser, erfaringer og overvejelser i forhold til ældre med anden
etnisk baggrund – Københavns Kommune**
*Specialkonsulent Dorte Magnussen, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune*
- 72 **En dynamisk duo – Odense Kommune**
Leder af Forebyggende Hjemmebesøg, Jenny Havn, Odense Kommune
- 80 **Det multietniske aktivitetshus Mosaikken – Esbjerg Kommune**
*Daglig leder Charlotte Kaarsberg, og sundhedscoach
Birgit Klockmann Jørgensen, Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune*
- 88 **Det gode møde – inspiration til medarbejderes møde og
kommunikation med minoritetsetniske ældre i ældreplejen
– Aarhus Kommune**
Teamleder Kristian Dall, Aarhus Kommune
-

- 97 **Gode virkerum for sundhedsfremme for borgere med anden etnisk baggrund – ti gode eksempler fra København**
Postdoc, cand. mag. i folkloristik og retorik, ph.d. Anne Leonora Blaakilde, cand.mag. i etnologi Signe Gronwald Petersen, og cand. mag. i pædagogisk antropologi Maria Benavente Rasmussen, Center for Sund Aldring, SAXO-instituttet, afd. for etnologi, Københavns Universitet
- 104 **Andre eksempler på initiativer for og tilbud til ældre med anden etnisk baggrund**
- 117 **Kapitel 4: Yderligere inspiration**
- 118 **Projekter, undersøgelser, rapporter, netværk og efteruddannelse m.m.**
Projekter, undersøgelser og rapporter
Faglige netværk
Kurser og efteruddannelsestilbud
Videninstitutioner, råd og udvalgt litteratur
Pjecer og film m.m. på flere sprog – målrettet etniske minoriteter
- 141 **Noter og referencer til de enkelte kapitler**



1 Aldring og ethnicitet

Etnisk mangfoldighed blandt ældre

Vi lever længere, og andelen af ældre i befolkningen vokser. Samtidig øges mangfoldigheden blandt ældre i Danmark i takt med, at antallet af ældre med en anden etnisk baggrund end dansk også stiger.

Der bor i dag 28.000 personer på 60 år og derover fra ikke-vestlige lande i Danmark. Om blot syv år vil antallet være 44.000, og i 2030 forventes der at være 82.000 ældre med anden etnisk baggrund. Til sammenligning var der blot 4.500 i Danmark i 1990.¹

Ældre med etnisk minoritetsbaggrund kommer således til at fylde mere i det samlede ældrebillede, og det vil især vise sig i de større byer, hvor andelen af borgere med anden etnisk baggrund ofte er størst.

En sårbar ældregruppe

Ældre med anden etnisk baggrund udgør en meget mangfoldig gruppe med vidt forskellige sproglige, kulturelle og religiøse baggrunde og med lige så forskellige sundhedsmæssige,

sociale og økonomiske behov og ressourcer.

En del af dem kom hertil som yngre i 1960'erne og 1970'erne fra bl.a. Tyrkiet og Pakistan som såkaldte "gæstearbejdere", mens andre er kommet senere som familiesammenførte forældre eller som flygtninge fra bl.a. Bos-

Ældre med "anden etnisk baggrund" og "minoritetsetniske ældre" – samt lignende betegnelser i denne publikation – henviser til personer på 60 år og derover, som har deres oprindelse i ikke-vestlige lande.

Opdelingen mellem vestlige og ikke-vestlige lande følger Danmarks Statistiks definition:

Vestlige lande: Alle EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand.

Ikke-vestlige lande: Alle øvrige lande

nien, Jugoslavien, Iran og Irak. Migrationsbaggrund og opholdsgrundlag i Danmark er derfor også meget forskellige.

Ældre med etnisk minoritetsbaggrund har imidlertid også meget tilfælles, som på flere områder gør dem mere udsatte end majoriteten af ældre i Danmark. Fx er både deres fysiske og mentale sundhedstilstand dårligere end hos de fleste etnisk danske ældre. De er oftere ramt af kroniske sygdomme som diabetes, hjerte-karsygdomme og knogleskørhed, og af psykiske lidelser som angst og depression. Og de har samtidig større risiko for at opleve ensomhed og isolation.²

Dårlige økonomiske vilkår og begrænsede eller manglende danskund-

skaber – kombineret med et ofte sparsomt kendskab til det danske samfund og til ældresektorens tilbud og muligheder – gør denne gruppe ældre yderligere sårbar.

Behov for en særlig indsats

Der kan derfor være behov for at tilrettelægge særlige målrettede indsatser og initiativer i kommunerne, så minoritetsetniske ældre får stillet tilbud, muligheder og vilkår til rådighed, som kan støtte dem i at opnå en tryk, værdig og meningsfyldt alderdom på lige fod med ældre etniske danskere.

Meget tyder på, at dette behov vil øges i de kommende år i takt med, at

Hvornår er man ”ældre”?

Synet på ældre og alderdom varierer fra land til land. Hvornår man selv opfatter sig eller betragtes som ”ældre” eller gammel er derfor meget forskelligt.

Erfaringer viser, at en del personer med anden etnisk baggrund opfatter sig som ældre i en yngre alder end de fleste etniske danskere. Dette kan skyldes kulturel baggrund og et syn på alderdom som en mere passiv og tilbagetrukket livsfase. Men det kan også være en konsekvens af belastende livsforhold såsom hårdt fysisk arbejde, dårligt helbred, sygdom, ringe økonomiske vilkår samt tab og afsavn. Migration kan også i sig selv være nedslidende.

Studier og undersøgelser blandt ældre etniske minoriteter afspejler dette ved ofte at inkludere personer mellem 55-65 år, og flere tilbud til målgruppen ”ældre med anden etnisk baggrund” henvender sig ligeledes til personer allerede i 55-60 års alderen.

denne gruppe ældre vokser, da den markante stigning i sig selv må forventes at medføre øget efterspørgsel efter bl.a. offentlig pleje og omsorg.

Dertil kommer begyndende opbrud i de traditionelle familiemønstre, integration af de voksne børn i det danske samfund og generel orientering mod en mere vestlig livsstil, som betyder, at familierne får vanskeligere ved at dække ældre familiemedlemmers behov uden hjælp udefra.

Der vil derfor i stigende grad blive behov for, at omsorgen suppleres med og måske erstattes af offentlig hjælp.

I en tid hvor ressourcerne er knappe og prioriteringerne ofte knivsskarpe i både kommuner og regioner, kan der samtidig være brug for at overveje, hvordan den forebyggende, sundhedsfremmende og rehabiliterende indsats – som indtager en stadig større plads i den kommunale ældreomsorg – kan tilrettelægges, så den også omfatter ældre med anden etnisk baggrund. Til gavn for både dem selv, deres familier og for den kommunale økonomi på længere sigt.

Erfaringer

I de senere år har en række konkrete projekter, lokale initiativer og indsatser målrettet ældre etniske minoriteter set dagens lys i flere kommuner. De har høstet værdifulde erfaringer i forhold til udvikling af nye eller tilpasning af eksisterende indsatser og

tilbud, som imødekommer disse gruppers behov og ønsker. Og det er deres erfaring, at en målrettet indsats bærer frugt.

Blandt de positive effekter kan nævnes mindre isolation og ensomhed, større socialt netværk uden for familien, bedre kendskab til det danske samfund, mere indhold i hverdagen, øget egenomsorg og et generelt øget psykisk og fysisk velbefindende. En del har også forbedret deres danske sprogkundskaber og fået større kendskab til eget lokalområde.

Samtidig har kommunerne gennem mange af initiativerne skabt kontakt til denne gruppe ældre og deres familier, og har dermed fået større indblik i deres ønsker og behov. Men det er også en generel erfaring, at især sprogbarriererne udgør en stor udfordring, som kræver målrettede tiltag, fx i form af ansættelse af tosprogede medarbejdere, anvendelse af tolk og udvikling af tilpasset information om bl.a. kommunens tilbud og ydelser til ældre.

Formålet med publikationen

Selv om prioriteringen af indsatser og de tilbud, som de enkelte kommuner ønsker at stille til rådighed for ældre med etnisk minoritetsbaggrund, er meget forskellig, kan der være nyttig inspiration at hente fra kommuner, der har gjort sig erfaringer på området.

Med publikationen ønsker Ældre-Forum derfor at udbrede kendskabet til nogle af disse initiativer og erfaringer, og samtidig skabe opmærksomhed om en mindre, men voksende, gruppe ældre, der er særlig sårbar og som ofte overses i den generelle debat om ældre.

En række fagpersoner med særlig indsigt i minoritetsetniske ældres situation og behov peger på særlige udfordringer på området. Sammen med beskrivelser af konkrete eksempler og indsatser er det håbet, at publikationen kan bidrage med viden og

inspiration til kommuner og organisationer m.fl., der har få erfaringer eller overvejer en særlig indsats.

Intentionen er alene at pege på muligheder og initiativer som inspiration. Der er således hverken tale om en kortlægning af indsatser eller anbefaling af bestemte initiativer, metoder eller strategier, men blot om udvalgte eksempler på, hvordan nogle har grebet opgaven an – og dermed vise, at der kan være flere veje at gå, når en særlig indsats planlægges.

Publikationen henvender sig til *praktikere*, som i det daglige har kon-

Nogle kommuner tøver

Det er vanskeligt at danne sig et samlet billede af kommunernes indsats i forhold til ældre med anden etnisk baggrund.

Meget tyder dog på, at en del kommuner tøver med at formulere en strategi på området, og langt fra alle kommuner har særlige indsatser for minoritetsetniske ældre i deres overvejelser og politikker på ældre-, integrations-, social- og sundhedsområderne. Det kan skyldes, at der kun er få ældre borgere med etnisk minoritetsbaggrund i kommunen – eller at man ikke ønsker at differentiere mellem borgere på baggrund af etnicitet.

Imidlertid viste en rundspørge i Politiken i sommeren 2012, som blev foretaget blandt de 20 kommuner, der har flest borgere over 60 år med ikke-vestlig baggrund, at kun 13 af de 20 kommuner havde dannet sig et overblik over denne gruppe.

17 af de 20 kommuner oplyste samtidig, at de "oplever sproglige og/eller kulturelle barrierer i forbindelse med plejesektorens kontakt med ældre etniske borgere". Men kun 9 af disse kommuner havde samtidig formuleret en strategi for, hvordan disse barrierer eller udfordringer kunne imødekomes.

Kilde: "Ældreplejen mangler ord til nydanske beboere", Politiken, 17. juli 2012.

Kun få indsatser for ældre

En kortlægning i 2012 af kommunale indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed viste, at tre ud af fire kommuner havde målrettede indsatser for personer med anden etnisk baggrund. Men kun meget få af disse indsatser var rettet mod ældre, der ellers ifølge kortlægningen udgør en særligt udsat gruppe. Det påpeges samtidig, at gruppen vil vokse markant i de kommende år, og at dette således ”lægger op til en ny, professionel udfordring”.

Kilde: ”Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner – En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser”, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.³

takt med ældre med etnisk minoritetsbaggrund, fx social- og sundheds-personale, forebyggende medarbejdere, visitatorer, sagsbehandlere, frivillige m.fl., og til *kommunale ledere*, *beslutningstagere* og *politikere*, som har det overordnede ansvar for den samlede indsats for ældre i kommunerne.

Også de kommunale *ældre- og integrationsråd* kan hente inspiration i publikationen, bl.a. til brug for overvejelser om, hvordan de kan medvirke til at øge opmærksomheden om ældre etniske minoriteter i deres kommuner og lokalområder.

Publikationens indhold

Publikationen er et *inspirationshæfte*, som består af fire selvstændige kapitler, der kan læses i den rækkefølge, man selv finder mest relevant. De en-

kelte artikler omhandler endvidere afgrænsede emner og kan derfor læses uafhængigt af de andre artikler. Det er således tanken, at man kan ”plukke” de emner, der har særlig interesse.

I **kapitel 1** – *Aldring og etnicitet* – præsenteres baggrunden for publikationen og en række overvejende faktuelle forhold om ældre med anden etnisk baggrund i Danmark.

I **kapitel 2** – *Ældre med anden etnisk baggrund – særlige udfordringer?* – op-ridser fagpersoner væsentlige problemstillinger på området og peger samtidig på måder at håndtere dem. Det drejer sig bl.a. om overvejelser i forhold til inklusion af minoritetsetniske ældre i det store fællesskab; om de udfordringer som deres fysiske og mentale sundhedstilstand – og behov – kan medføre; om nødvendig-

heden af en helhedsorienteret tilgang til svækkede ældre med etnisk minoritetsbaggrund; og om behovet for at målrette information om sundhedsfaglige og palliative tilbud – og i nogle tilfælde særlige forestillinger og behov i forbindelse med alvorlig sygdom og død.

I **kapitel 3** – *Overvejelser, initiativer og konkrete erfaringer* – videregives inspiration, erfaringer og nyttige råd fra en række overvejende kommunale tilbud og indsatser i bl.a. Københavns, Aarhus, Odense og Esbjerg Kommune. Blandt tiltagene er tidlige forebyggende hjemmebesøg, multietniske væresteder, såkaldte mangfoldighedsplejehjem, information og formidling på flere sprog om bl.a. sundhed, motion og velfærdstilbud samt gode råd til personalets møde med minoritetsetniske ældre i bl.a. pleje- og omsorgssektoren.

Publikationens **kapitel 4** – *Yderligere inspiration* – indeholder oplysninger om forskningsprojekter og undersøgelser, faglige netværk, kurser og efteruddannelsestilbud, litteratur (på flere sprog) og andre nyttige informationskilder.

Ældre med anden etnisk baggrund – et signalement

Viden om både fællesstræk og forskelligheder er vigtig at have med sig i mødet med ældre med anden etnisk baggrund for bedre at forstå levevilkår og imødekomme behov. Men i lige så høj grad for at undgå at opfatte den enkelte som repræsentant for en bestemt etnisk gruppe eller at fortolke ud fra religion, kultur eller etnicitet. Hverken religion eller etnicitet kan således i sig selv være retningsgivende for ældres sociale og omsorgsmæssige behov.

Det er vigtigt at have for øje – også i det følgende, hvor udvalgte, overvejende faktuelle forhold om minoritetsetniske ældre præsenteres i et forsøg på at tegne et signalement af denne gruppe ældre som en del af det danske samfund. Der er således nødvendigvis tale om både forenklinger og generaliseringer i forhold til den mangfoldighed, som gruppen rummer på alle områder.

Hvor mange ældre med anden etnisk baggrund er der i Danmark?

Som nævnt er der i Danmark 28.250 borgere i alderen 60 år og derover fra ikke-vestlige lande (i denne publikation omtalt som ”ældre med anden etnisk baggrund”), heraf er 17.476 personer i alderen 65 år og derover. Der er lidt flere mænd (knap 500 personer) end kvinder, og flest i alderen 60-69 år, mens der er meget få over 80 år, jf. figur 1.

Til sammenligning er der 36.000 borgere fra vestlige lande, og 1.287.000 borgere med dansk oprindelse i alderen 60 år og derover.⁴

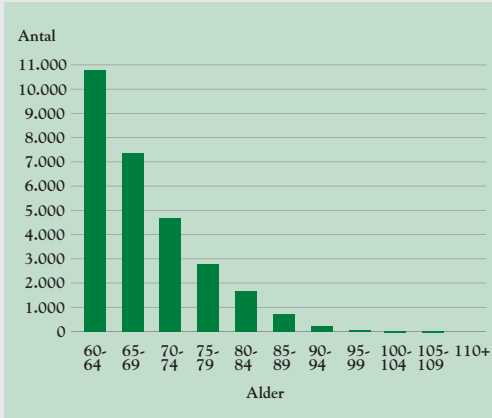
Befolkningsfremskrivning

I de kommende år ventes antallet af ældre i alderen 60 år og derover fra ikke-vestlige lande at stige markant i forhold til i dag og væsentligt mere end antallet af ældre fra vestlige lande, jf. figur 2 og 3.

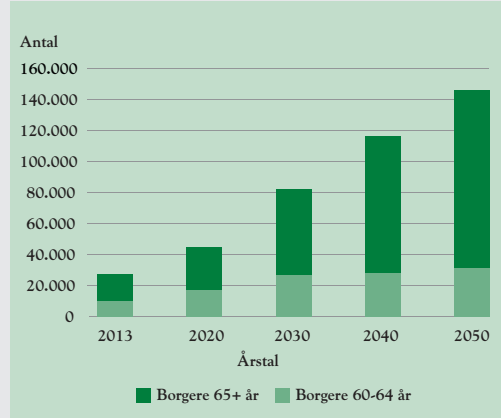
Ser man historisk på udviklingen fremgår det, at det netop er nu og i

Ældre med ikke-vestlig baggrund i Danmark

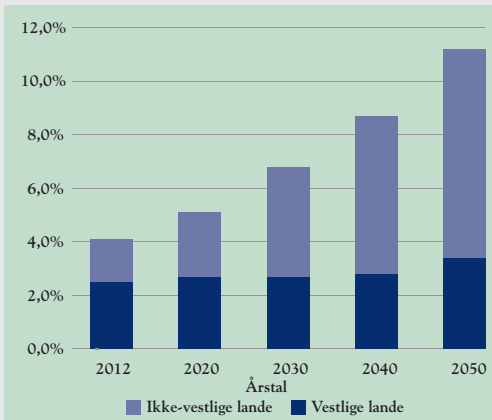
Figur 1: Antal borgere 60 år+ fra ikke-vestlige lande, i alt 28.250 personer i 2013



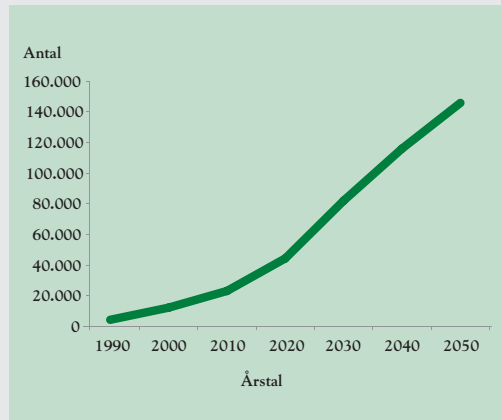
Figur 2: Befolkningsfremskrivning: Antal borgere 60 år+ fra ikke-vestlige lande i årene 2013-2050



Figur 3: Befolkningsfremskrivning: Andel af befolkningen i alderen 65 år+ fra hhv. ikke-vestlige og vestlige lande*



Figur 4: Udviklingen i antallet af borgere 60 år+ fra ikke-vestlige lande i årene 1990-2050



* I forhold til andel af befolkningen nu og fremover anvender Danmarks Statistik faste aldersgrupper, som for de ældste borgere er 65 år og derover. De øvrige aldersgrupper er: Under 17 år, 18-39 år og 40-64 år.

Kilde: Figur 1, 2, og 4 er baseret på tal fra Danmarks Statistik: Statistikbanken august 2013: FOLK1: 2013K3, FRDK113 & FOLK2, figur 3 på tal fra årspublikationen "Indvandrere i Danmark 2012".

de kommende år, at antallet af ældre med ikke-vestlig baggrund øges markant, idet der i 1990 kun var godt 4.500 personer på 60 år og derover fra ikke-vestlige lande, jf. figur 4.

Ældre med ikke-vestlig baggrund vil dog fortsat udgøre en lille andel af den samlede ældrebefolkning i Danmark, selv om andelen forventes at vokse fra knap to procent i 2012 til næsten 8 procent i 2050, jf. figur 3.

Hvilke lande kommer de ældre især fra?

De nuværende ældre med ikke-vestlig baggrund i Danmark på 60 år og derover kommer samlet set fra næsten 150 ikke-vestlige lande, men lidt over halvdelen kommer fra de otte lande, som er vist i figur 5.

De fleste har tyrkisk baggrund, og derefter kommer de overvejende fra Bosnien-Hercegovina, Jugoslavien og Pakistan. Lidt over 40 procent af alle ældre med ikke-vestlig baggrund i Danmark kommer således fra disse fire lande.

Hvilke kommuner har flest ældre – og fra hvilke lande?

Borgere med anden etnisk baggrund bor især i – eller i nærheden af – de større byer, og det gælder også for de ældre aldersgrupper.

Københavns Kommune har således flest ældre borgere med etnisk mino-

ritetsbaggrund, og derefter følger Aarhus og Odense, jf. figur 6, der viser de 15 kommuner i landet med flest ældre fra ikke-vestlige lande.

Samlet set bor godt en tredjedel af alle ældre fra ikke-vestlige lande i disse tre kommuner, mens der i de øvrige 12 kommuner bor betydeligt færre – mellem 400 og 900 ældre. De resterende 83 kommuner har mellem 0 og 300 ældre borgere fra ikke-vestlige lande.

Forskellige etniske baggrunde

Sammensætningen af borgere efter etnicitet kan være meget forskellig i hver kommune og desuden adskille sig fra sammensætningen på landsplan.

I Københavns Kommune udgør ældre på 60 år og derover fra Pakistan fx den største gruppe med over 900 personer, og dernæst er der flest fra Jugoslavien, Tyrkiet og Marokko.

I Aarhus Kommune kommer godt halvdelen fra Tyrkiet, Irak, Iran og Vietnam, mens de største grupper i Odense Kommune udgøres af ældre fra især Tyrkiet og Vietnam og dernæst fra Bosnien-Hercegovina og Irak.⁵

Statsborgerskab, udvandring og repatriering med støtte

Knap halvdelen (13.277) af de 28.250 ældre borgere med ikke-vestlig baggrund i Danmark har dansk statsbor-

gerskab. Heraf udgør ældre fra Pakistan den største gruppe (1.119 personer), og dernæst følger jugoslavere (1033 personer), iranere (883 personer) og tyrkere (737 personer).⁶

Ældre med ikke-vestlig baggrund udvandrer i højere grad fra Danmark end jævnaldrende med vestlig baggrund, men i antal er der stadig tale om en meget lille gruppe. Samlet set er det således (i gennemsnit) under 300 personer i alderen 65 år og derover fra ikke-vestlige lande, der udvandrer hvert år.⁷

Repatriering med støtte

Indvandrere og flygtninge kan få økonomisk hjælp (op til 125.000 kr.) til at repatriere, dvs. vende frivilligt, og permanent, tilbage til hjemlandet el-

ler det tidligere opholdsland. Personer med dansk statsborgerskab og personer, der selv har midler til at dække udgifterne, er dog ikke omfattet af denne repatrieringsordning, der blev indført som en midlertidig ordning i 2010 og revurderes i løbet af 2013.

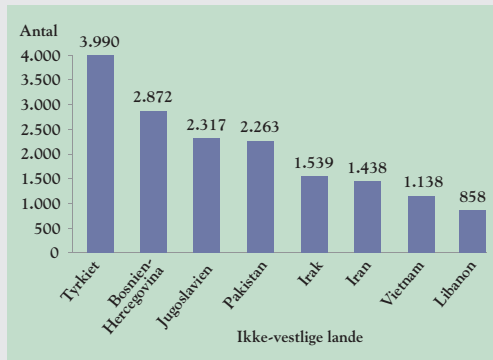
En opgørelse fra Dansk Flygtningehjælp, der varetager rådgivning om og praktisk gennemførelse af repatriering, viser, at 476 flygtninge og indvandrere valgte at repatriere i 2012 mod 613 i 2011. Heraf var de fleste i alderen 65 år og derover.⁸

Økonomiske forhold

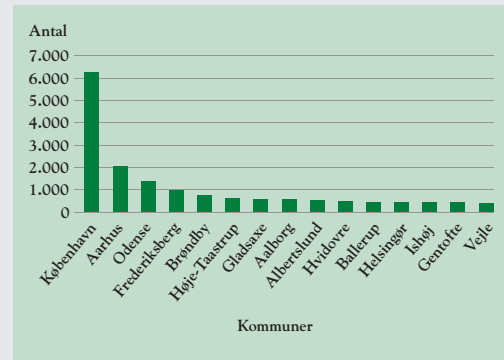
Ældre med ikke-vestlig baggrund er forskelligt stillet økonomisk, men hører samlet set til blandt de økonomisk mest udsatte i det danske samfund,

Ældre med ikke-vestlig baggrund i Danmark

Figur 5: De otte hyppigste oprindelseslande blandt borgere 60 år+ fra ikke-vestlige lande



Figur 6: De 15 kommuner i landet med flest borgere 60 år+ fra ikke-vestlige lande



Kilde: Figureerne er baseret på tal fra Danmarks Statistik, Statistikbanken august 2013: FOLK1: 2013K3.

bl.a. som følge af ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet og lav pensionsopsparing. Kvinderne, der ofte slet ikke eller kun kortvarigt har været på arbejdsmarkedet, er som regel dårligst stillet.

Desuden har nogle etniske grupper i en årrække prioriteret økonomiske forpligtelser i hjemlandet, bl.a. til egen bolig og hjælp til familiemedlemmer.

En anden væsentlig årsag er imidlertid også, at mange modtager mindre folkepension, fordi de ikke har opholdt sig længe nok i Danmark til at modtage fuld pension. I Danmark afhænger folkepensionens størrelse således af, hvor længe man har boet i landet, og for at få fuld folkepension skal man have boet her i 40 år mellem det 15. år og folkepensionsalderen. Har man boet her i kortere tid, får man nedsat pension – såkaldt brøkpension. Hvis man fx har boet her i 15 år, vil man få 15/40 dele af fuld pension.

Mere end hver fjerde risikerer fattigdom

Ældre med ikke-vestlig baggrund på 65 år og derover har i gennemsnit lavere disponible indkomster end jævnaldrende etniske danskere, og de er stærkt overrepræsenterede i de laveste indkomstgrupper. Fx har 40 procent en årlig disponibel indkomst under 115.000 kr., hvilket kun gælder for 5 procent af etniske danskere i samme alder.⁹

Generelt set er indkomsten blandt

minoritetsetniske ældre på 65 år og derover så lav, at en stor del er *i risiko for fattigdom*.¹⁰ At befinde sig i risiko for fattigdom er ikke nødvendigvis ensbetydende med at være fattig, da der i opgørelsen fx ikke tages hensyn til omfanget af personlig formue. Men det indikerer, at indkomstniveauet er væsentligt lavere end gennemsnittets.

I 2010 var 25 procent af ældre med ikke-vestlig baggrund mellem 65 og 79 år i risiko for fattigdom, mens det kun var tilfældet for to procent af etniske danskere i samme alder. I aldersgruppen over 80 år var 40 procent af minoritetsetniske ældre i risiko for fattigdom, mens dette kun gjaldt for 2 procent af etnisk danskere i aldersgruppen.¹¹

Førtidspension udbredt blandt yngre

Både blandt de yngre og kommende ældregenerationer fra etniske minoriteter er der mange modtagere af førtidspension. Næsten 50 procent af de 60-64 årige modtog således førtidspension i 2010, og en analyse foretaget af Rockwool Fonden og Kraka i 2012 viste, at 41 procent af de 55-59 årige modtog førtidspension, mens tallet for etniske danskere på samme alder var 13 procent.¹²

Pleje- og omsorgsydelser

Ældre med anden etnisk baggrund benytter ikke mulighederne for offentlig hjælp til pleje og omsorg i lige så høj grad som etniske danskere. Men der er tegn på, at deres efterspørgsel vil stige i de kommende år.

Det fremgår bl.a. af den hidtil største undersøgelse af ældre danskere og indvandreres (fra både vestlige og ikke-vestlige lande) brug af pleje- og omsorgsydelser, som blev foretaget af AKF, Anvendt KommunalForskning,¹³ i 2009. Se også boksen på side 22.

Undersøgelsen viser, at ældre fra ikke-vestlige lande modtager hjælp i betydelig mindre grad end jævnaldrende etniske danskere. Fx modtager de kun halvt så ofte praktisk bistand og personlig pleje. Ifølge undersøgelsen har dette formentlig to hovedårsager: At ældre fra ikke-vestlige lande har et mindre kendskab til mulighederne for at få offentlig hjælp, og at deres behov for hjælp i højere grad dækkes af slægtninge. Dette er også påvist i andre undersøgelser blandt ældre etniske minoriteter i Odense og Aarhus kommuner.

*Øget brug
med tiden*

Ældre fra ikke-vestlige lande, der har boet her i mere end 10 år, modtager

imidlertid oftere pleje- og omsorgsydelser, og forskellen mellem minoritetsetniske ældre og jævnaldrende etniske danskere bliver således mindre i takt med opholdstiden.

At brugen af offentlig pleje og omsorg stiger efterhånden, hænger ifølge undersøgelsen sammen med, at kendskabet til hjælpemulighederne øges med årene, og at minoritetsetniske familiers livsstil tilnærmer sig den danske livsstil. Dvs., at generationerne i højere grad lever adskilt, kvinderne er på arbejdsmarkedet, og holdningen til at hjælpe og drage omsorg for ældre familiemedlemmer minder mere om danskernes.

Det må derfor, som det påpeges i undersøgelsen, forventes, at efterspørgslen efter offentlig hjælp fra ældre med ikke-vestlig baggrund, der har opholdt sig i længere tid i Danmark, i fremtiden vil nærme sig etniske danskere efterspørgsel.



Ældre fra ikke-vestlige lande får sjældnere offentlig hjælp til pleje og omsorg end etniske danskere

I en stor undersøgelse blandt samtlige borgere på 65 år og derover i Københavns Kommune i 2007 blev ældre danskere og indvandreres (fra både vestlige og ikke-vestlige lande) brug af pleje- og omsorgsydelser opgjort og analyseret. Ydelserne omfattede plejebolig, praktisk bistand og personlig pleje.

De ikke-vestlige indvandrere blev inddelt i to grupper efter opholdstid i Danmark. De to grupper havde opholdt sig i Danmark i hhv. mindre og mere end 10 år.

I den første del af analysen blev omfanget af hjælp opgjort i faktiske tal og heraf fremgik, at ældre indvandrere med ikke-vestlig baggrund i begge grupper modtog hjælp i betydelig mindre grad end ældre etniske danskere. Det gjaldt både i forhold til ydelserne samlet set og for hver af ydelserne:

Andel efter oprindelsesland der boede i plejebolig, modtog praktisk bistand eller personlig pleje:

Etniske danskere: 40 %

Ikke-vestlige indvandrere < 10 år i DK: 14 %

Ikke-vestlige indvandrere > 10 år i DK: 18 %

Andel efter oprindelsesland der boede i plejebolig:

Etniske danskere: 7 %

Ikke-vestlige indvandrere < 10 år i DK: 1 %

Ikke-vestlige indvandrere > 10 år i DK: 1 %

Andel efter oprindelsesland der modtog praktisk bistand:

Etniske danskere: 30 %

Ikke-vestlige indvandrere < 10 år i DK: 6 %

Ikke-vestlige indvandrere > 10 år i DK: 10 %

Andel efter oprindelsesland der modtog personlig pleje:

Etniske danskere: 24 %

Ikke-vestlige indvandrere < 10 år i DK: 10 %

Ikke-vestlige indvandrere > 10 år i DK: 13 %

I en efterfølgende analyse blev der taget højde for forskelle, som kunne have betydning for behovet for hjælp, fx at etniske danskere i Københavns Kommune i gennemsnit var ældre end indvandrere samt eventuelle forskelle i forhold til bl.a. køn, uddannelse, hustand, indkomst og forbrug af sundhedsydelser.

Også her viste resultaterne, at ældre indvandrere fra ikke-vestlige lande mindre hyppigt modtog offentlige pleje- og omsorgsydelser end ældre etniske danskere, både mht. plejebolig, praktisk bistand og personlig pleje.

Kilde: "Ældre danskere og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser". København: AKF 2009

*Offentlig omsorg og
familiebaseret omsorg
– gerne kombineret*

Spørgsmålet om, hvem der skal yde hjælp og omsorg til ældre familiemedlemmer, er kontroversielt i nogle familier med etnisk minoritetsbaggrund – og i nogle tilfælde også tabuiseret. Men der er stor variation.

Fx viste en række borgerundersøgelser af pleje- og omsorgsbehovet blandt minoritetsetniske ældre i Aarhus Kommune i årene 1999-2004, at det ikke længere var en selvfølge, at kun familien hjalp i det daglige. Behovet for pleje og omsorg blev i stigende grad suppleret med eller erstattet af offentlig hjælp, og der var størst tilfredshed blandt ældre, der modtog kombineret hjælp fra det offentlige og fra familien – og samtidig oplevede de, at deres behov for hjælp i højere grad blev dækket.¹⁴

Så når behovet for hjælp melder sig, afhænger minoritetsetniske ældres trivsel og velfærd måske ikke så meget af enten at få hjælp fra det offentlige eller fra de pårørende, men snarere af både og. Dette fremgår også af undersøgelser blandt ældre med anden etnisk baggrund i Københavns Kommune og i en nyere undersøgelse fra 2012 i Kolding Kommune.¹⁵

I Danmark er jeg ikke født, der har jeg hjemme? – Ældretilværelsen i Danmark

Der er naturligvis stor forskel på, hvordan livet i Danmark udfoldes blandt ældre med anden etnisk baggrund, og det er svært at tegne et generelt billede. I en undersøgelse i Aarhus Kommune svarede 82 procent, at de trods en række belastende livsforhold og barrierer i det danske samfund, var ”meget tilfredse” eller ”tilfredse” med deres liv i Danmark. Størst utilfredshed sås hos ældre tyrkere.¹⁶

Af andre undersøgelser af forskellige minoritetsetniske ældregruppers liv i Danmark og deres forventninger til alderdommen fremgår det, at mange føler sig ensomme, har svært ved at få tiden til at gå og er meget usikre på, hvordan deres fremtid og alderdom skal forløbe. Dette forstærkes af, at mange kun taler lidt eller intet dansk og har begrænset kontakt til etniske danskere i dagligdagen.

Sprogbarrierer fylder

Netop begrænsede eller manglende danskkundskaber udgør et af de største problemer. Mange har enten slet ikke lært dansk eller blot lært nok til at kunne begå sig nogenlunde i hverdagen. Ofte mestres sproget ikke på et niveau, der gør det muligt at have vigtige samtaler uden tolk.

Samtidig kan det være vanskeligt at fastholde sproget, når man pensioneres og ikke længere bruger sproget dagligt. Og når sygdomme og svækket helbred følger oveni, bliver det endnu sværere. Selv mindre ture uden for hjemmet kan da være forbundet med stor utryghed.

Utilstrækkelige dansk kundskaber gør det også vanskeligt at sætte sig ind i danske forhold, love og regler, dansk kultur og det danske sundheds- og omsorgssystem. Og den manglende

Hvis man ikke har sin mand, føler man sig alene, for børnene er jo på arbejde eller ofte ude om aftenen. Man føler sig ensom, først og fremmest når børnene ikke er hjemme, hvis man tager til lægen og ikke kan kommunikere med hende, hvis man tager til et kontor og ikke kan forstå hinanden, eller hvis man er ude og handle, kassedamen slår en pris forkert ind, og man ikke kan fortælle det til hende. Hvis man er ensom og oplever alle disse ting, gør det hverdagen endnu sværere, og man bliver syg af det og vil bare blive i sin seng.

(Kvinde med pakistansk baggrund)

Kilde: "At leve i Danmark som ældre med etnisk minoritetsbaggrund". I: "Gerontologi. Livet som ældre i det moderne samfund", 2009

indforståede viden om systemet og dets muligheder, som mange ældre danskere har, gør det fx sværere for den enkelte at forestille sig alternativer til sin situation. Oplevelsen af fremmedgørelse og utryghed kan derfor præge mange.

Ændrede relationer

Af minoritetsetniske ældres beskrivelser af tilværelsen her i landet fremgår det, at mange har tæt, ofte daglig kontakt med børn og børnebørn. Alligevel taler især kvinderne ofte om, at de føler sig ensomme og isolerede i hverdagen. Og både mænd og kvinder oplever, at forholdet til deres børn og deres egen sociale rolle og position i familien har ændret sig ganske betydeligt i løbet af årene i Danmark.

Begrænset viden om det danske samfund og begrænsede dansk kundskaber medfører for nogle stor afhængighed af børn og børnebørn som både tolke og "vejvisere", fx i forbindelse med breve fra offentlige myndigheder eller møder og undersøgelser.

Rollen som "de ældre erfarne" og den medfølgende autoritet og respekt, som tildeles familiens ældste i manges hjemlandskultur, kan således være svær at fastholde. Vanskeligheder med at kommunikere med børnebørn, der er født og opvokset her i landet og ikke altid har lært modersmålet, fylder også hos nogle.

Da jeg fulgte mit ældre barnebarn i børnehaven, sagde han til mig: "Bedstefar, ti stille når vi kommer derhen, for du ved ingenting – jeg skal nok snakke". Og når vi kom derhen og mødte nogen sagde jeg: "Hej". Personen svarer og jeg siger til mit barnebarn: "Der kan du selv se, at jeg godt kan forstå dansk" (alle griner). Børnene skammer sig over vores danske sprogkundskaaber. (Mand fra Bosnien, 61 år)

Kilde: "Livet som ældre etnisk minoritet i Danmark". CVU Storkøbenhavn, Videnscenter for Interkulturel Pædagogik, 2007

Stor interesse for aktiviteter

Etniske foreninger og caféer, moskéer, hjemmet og offentlige rum som parker, biblioteker og indkøbscentre er ofte benyttede mødesteder, men igen, kan der være store variationer imellem forskellige etniske grupper. Mændene synes generelt at have et større netværk, mens mange kvinder især har taget sig af hjemmet og derfor har haft begrænset kontakt uden for familien.

Generelt udtrykker ældre et stort ønske om aktiviteter, der kan bryde isolation og medvirke til at skabe en mere meningsfuld hverdag. De efterlyser steder, hvor de kan mødes med

andre i samme situation. Gerne et sted i lokalområdet hvor der både er mulighed for social kontakt, aktiviteter og for at få råd og vejledning om de spørgsmål, der måtte melde sig i forhold til det at blive gammel i Danmark. De udtrykker også generelt et stort behov for at kunne mestre hverdagen bedre ved for eksempel at få lidt større kendskab til det danske samfund og blive lidt bedre til dansk.

Alderdommen tilbringes i Danmark

I mange år har der både hos etniske minoriteter selv, etniske danskere og det offentlige system været en forventning om, at mange migranter fra ikke-vestlige lande ville vende tilbage til hjemlandet, når de blev ældre. Og i dag findes der, som nævnt, forskellige offentlige hjælpe- og støttemuligheder til bl.a. repatriering. Det generelle billede er imidlertid, at de fleste regner med at blive i Danmark, også ældre som er kommet til Danmark i forventning om, at opholdet her kun ville være midlertidigt.

I Aarhus Kommune svarede langt de fleste ældre med etnisk minoritetsbaggrund (70 pct.) således i en borgerundersøgelse i 2004, at de forventede at tilbringe resten af livet i Danmark, mens de resterende var usikre. Lignende svar ses i andre undersøgelser i bl.a. Odense og Københavns Kommune.

Og hvad er der at sige om min hverdag? Jeg tager ofte ud, går ture, tager i butikker, ikke så meget for at købe noget, men mere for at finde et motiv til at gå ud [...] Den værste løsning er at ligge og sidde derhjemme. For tiden går hurtigere og jeg tænker mindre på ubehagelige ting. Men jeg kunne alligevel tænke mig, at der var flere aktiviteter, og jeg ville med sikkerhed bruge dem, og det med glæde. (Mand fra Bosnien, 64 år)

I Danmark er dagene for det meste ensformige: Madlavning, indkøb, fjernsyn, læsning, og det er alt. (Kvinde fra Bosnien, 58 år)

Kilde: "Livet som ældre etnisk minoritet i Danmark". CVU Storkøbenhavn, Videnscenter for Interkulturel Pædagogik, 2007

For mange handler dette især om kontakten til den nære familie, idet børn og børnebørn ofte har skabt sig en tilværelse i Danmark og ikke nærer ønske om at bosætte sig i forældrenes hjemland.

Samtidig har forholdene i hjemlandet ofte forandret sig, så livet der ikke længere leves, som den ældre husker det. Og en del er som følge af sundhedstilstanden afhængige af et velfungerende sundhedssystem, som hjemlandet ikke altid kan modsvare. Også økonomien har i nogle tilfælde særlig betydning.

Erkendelsen af, at tilbagevenden til hjemlandet er en drøm eller forventning, der ikke kan realiseres, kan være meget svær for nogle, mens andre er mere afklarede. Og for nogle ældre med flygtningebaggrund er tilbagevenden måske slet ikke til overvejelse pga. forholdene i hjemlandet.

At rejse, eller snarere pendle, mel-

lem Danmark og hjemlandet udgør for nogle ældre en mulighed for at skabe mening og sammenhæng i tilværelsen og dermed leve et "helt" liv.

For andre kan det være forbundet med ambivalente følelser og en oplevelse af ikke at høre til nogen af stederne.

Nu ved jeg igen ikke, hvem jeg er. Når jeg nu om dage tager derned, er jeg udvandrer, jeg er ikke længere bosnier. Når jeg er her, er jeg flygtning. Dem dernede ser på mig med ubehag, dem heroppe ser på mig med ubehag. Jeg ved hverken, hvor jeg er, eller hvem jeg er. Det ser ud til, at jeg har det allerbedst på vejen mellem Danmark og Bosnien. (Mand fra Bosnien, 73 år)

Kilde: "Livet som ældre etnisk minoritet i Danmark". CVU Storkøbenhavn, Videnscenter for Interkulturel Pædagogik, 2007

Vores børn er her, vi er nødt til at blive her... Hvis jeg skulle være dernede alene uden børnene, så ville jeg slet ikke bryde mig om at være dernede... Man føler sig ikke alene der, hvor ens børn og familie er. Du må være der, hvor familien opholder sig. (Kvinde med tyrkisk baggrund)

Nogle gange ønsker jeg at komme hjem, men det er ikke økonomisk muligt. Jeg hører ikke til i Danmark. (Mand fra Eks-Jugoslavien)

Jeg har det godt her og i mit tilfælde er det umuligt at vende tilbage til mit hjemland. Der er ingen fred der. (Kvinde med arabisk baggrund)

Vi elsker Danmark mere end vores eget land. Det er vores land, fordi vi har været her størstedelen af vores liv. Vi har vores børn og børnebørn her. Hvis vi tager til Pakistan, føler vi os som gæster, fordi vores hjem er her. (Kvinde med pakistansk baggrund)

Vi er fremmede. Men dernede er det det samme. Du er indvandrer det ene sted, og du er også indvandrer det andet sted. Det er man begge steder. (Kvinde med tyrkisk baggrund)

Kilde: "At leve i Danmark som ældre med etnisk minoritetsbaggrund". I: "Gerontologi. Livet som ældre i det moderne samfund", 2009



2 Ældre med anden etnisk baggrund – særlige udfordringer?

Alderdom og etnicitet – kommunikation og kultur

*Direktør, kultursociolog, ph.d. Christine E. Swane,
Ensomme Gamles Værn (EGV Fonden)*

Ældre mennesker med en anden etnisk og kulturel baggrund end dansk er *vidt forskellige* – præcis som etnisk danske ældre. De har, som alle andre, brug for at blive inviteret med ind i fællesskaber, og for at blive mødt med interesse for *deres liv og ressourcer*. I forhold til sundheds- og omsorgssystemet har de brug for at blive mødt med en personlig og helhedsorienteret tilgang og for at få kvalificeret og tilstrækkelig hjælp, hvis de bliver svækkede og syge – præcis som danske ældre.

Der, hvor der er brug for en *særlig* indsats over for ældre med ikke-vestlig baggrund, er i forhold til at styrke deres deltagelse i samfundets ”store fællesskab”; det kan bl.a. ske gennem inklusion i institutioner og organisationers ”små fællesskaber”.

der er majoritetsdanskere fremmed. De taler oftest andre sprog end dansk. Men sprogbarrierer er ikke ensbetydende med, at vi ikke kan kommunikere med hinanden. Kommunikation er også betoning, øjenkontakt, mimik og kropssprog. En invitation til at træde ind i et fællesskab kan gives uden ord.

Denne artikel argumenterer for en mere inkluderende tilgang i samfundet, dvs. i offentlige, private og frivillige institutioner og organisationer – såvel som i vores hverdagsliv. Der er brug for, at ældre med ikke-vestlig baggrund, i højere grad end tilfældet er i dag, inviteres ind i fællesskabet, og at vi lærer hinanden at kende og finder ud af, hvad vi kan bruge hinanden til. Fælles berøringsflader og interesser danner basis for al kommunikation.

Kommunikation er mere end sprog

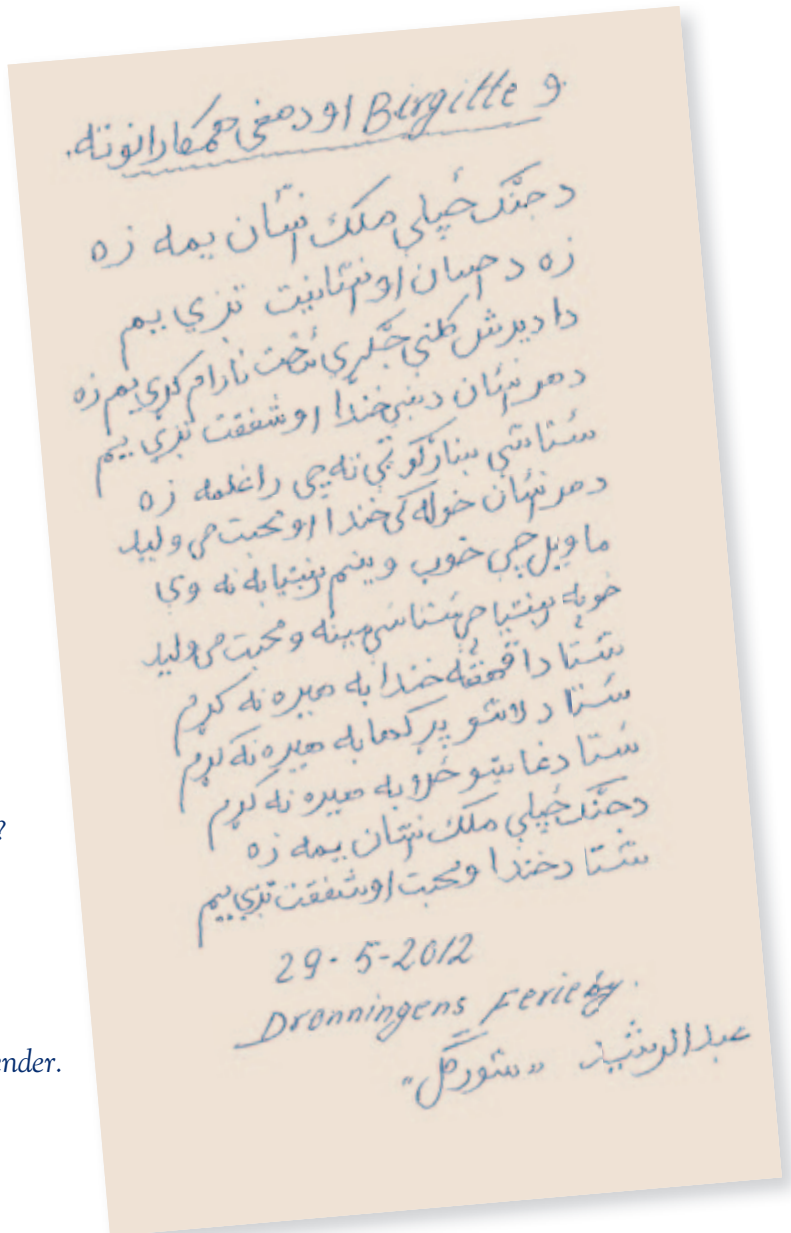
Ældre indvandrere og flygtninge fremtræder anderledes, fordi de spiser, ser ud, klæder og morer sig på måder,

Kommunale spørgsmål og mulige løsninger

I mange kommuner er der fokus på minoritetsetniske ældres sundheds- og plejemæssige behov, efterhånden som

”Til Birgitte”

Jeg er en mand
 der kommer fra et land
 et land ødelagt af krig.
 Jeg tørster efter
 godhed
 klarhed
 kærlighed.
 30 års krig gjorde mig
 træt
 nervøs
 urolig.
 Jeg tørster efter latter
 hjertelighed
 medfølelse.
 Jeg kom til jeres lille by
 hørte latter
 latter og hjertesprog
 mærkede nærvær
 nærvær og venlighed.
 Mon jeg drømmer
 eller er det virkelig sandt?
 Jeg vil aldrig glemme
 din hilsen til os
 med armene i vejret
 din latter
 dine smil
 dine hvide, skinnende tænder.
 En hjertevarm oplevelse
 for manden
 der kommer fra landet
 landet ødelagt af krig.



Af Abdul Rashid Sorgul 29. maj 2012, skrevet på pashto/afghansk i bussen på vej hjem fra Ensomme Gamles Værns ferie for Venskabsforeningen for Ældre Danskere og Indvandrere i Dronningens Ferieby ved Grenå; her bearbejdet til dansk af Bente Marie Knudsen og Abdul Rashid Sorgul.

det er blevet klart, at de i mindre grad end etniske danskere modtager offentlige omsorgsydelser. De spørgsmål, kommunerne især søger besvaret, er, hvordan information skal udformes, så man når ud til familier med ældre, som har behov for hjælp og pleje? Hvordan skal sundheds- og omsorgsydelserne udvikles, og er der brug for etniske plejeafdelinger eller -centre?

Rundt i landet forsøger kommunerne sig frem. For eksempel udformes informationsmateriale på relevante sprog, der ansættes tosprogede professionelle i hjemmepleje og på plejehjem, og i enkelte kommuner tilbydes minoritetsetniske ældre forebyggende hjemmebesøg allerede fra 65 års-alderen.

I kommunerne er der særlig fokus på, om man kan matche ældre flygtninge og indvandreres sproglige, kulturelle og religiøse behov. Hermed er der ikke givet meget plads til at interessere sig nærmere for deres hverdagsrelationer, livserfaringer og livsbetingelser. Tilbage står det indtryk, at social- og sundhedssektoren – hvis bare ”vi gør det rigtige” – kan imødekomme ældre flygtninge og indvandreres særlige behov, og så bliver der plads til alle. Men det giver ikke mening at kategorisere ældre med vidt forskellige livsløb, personligheder, familiesituationer, økonomiske, religiøse og nationale baggrunde under ét.

Hvis vi vil begribe, hvordan vi bedst støtter og hjælper, er vi nødt

til at beskæftige os med den enkeltes livssituation, af videnssociologen Alfred Schutz kaldet *den biografiske situation*, hvor livsbetingelser ses i lyset af såvel den enkeltes livserfaringer som ønsker og håb for fremtiden. Udformning af informationsbreve og skemaer, genoptræning og flytning til plejebolig, psykologhjælp og rehabilitering af torturofre, støtte til ældre med demens, behov for hjælp i hverdagen eller personlig pleje – er alle tiltag, der kalder på løsninger, som er *personligt tilpasset*.

Forskellige ældreliv

Det har gennem årtiers gerontologisk forskning vist sig vanskeligt at skabe et billede i yngre voksnes bevidsthed af, hvor forskellige ældre mennesker er. Så hvordan får vi skabt en forståelse for, hvor unikke *alle ældre* er, også ældre med en ikke-dansk baggrund?

De er kommet til Danmark med vidt forskellig baggrund; kvinder, mænd, som yngre eller som ældre voksne. Bosniere, afghanere, iranere, somaliere, palæstinensere og libanensere er kommet hertil med forskellig uddannelses-, familiemæssig og kulturel baggrund, med forskellige sprog, arbejds erfaringer og religioner. Andre er indvandret til Danmark som yngre voksne, hvor mændene kom hertil fra landsbyer i det tidligere Jugoslavien, Pakistan og Tyrkiet, som arbejdskraft i den danske industri, og efterhån-

den fik deres koner og børn herop. En tredje gruppe er ældre, der er familiesammenført fra fx Tyrkiet eller Vietnam, uden selvstændig økonomi og afhængige af deres voksne børn, som de bor hos.

Hvis vi skal opnå en forståelse for forskellighederne, og for hvordan forskelle både overvindes og udnyttes positivt, kræver det, at vi interesserer os for at forstå andet og mere end den enkeltes behov i forbindelse med svækkelse og sygdom.

Hele liv på tværs af generationer

I et studie af tyrkiske ældres hverdagsliv i Berlin og København udtrykte de interviewede en stærk bekymring for deres børn og børnebørn, hvis arbejdsløshedsprocent og andel af lavt uddannede er højere end majoritetsbefolkningen. Det kan antages, at sproglige problemer ebber ud med nuværende ældre, som er født og opvokset i andre lande. Men hvad sker der med deres voksne børn og børnebørn, hvor og hvordan kan de føle sig hjemme?

Udfordringerne handler derfor ikke kun om sprog, religion og særlige behov, men også om sociale forhold og om italesættelse og forståelse af minoritetsetniske ældres hele hverdagsliv. Hvis vi formår at understøtte disse ældres oplevelse af at føle sig hjemme i Danmark, vil det, med udgangspunkt i dette studie, kunne understøtte yng-

re generationer. De lever nemlig med den kæmpe udfordring, det er at synetisere erfaringer og fortællinger fra flere kulturelle sammenhænge i deres egne liv.

Vores folk kom her, da de var unge, og de brugte deres ungdom på at arbejde for danskere. De betalte skat, og nu er der nogle, der siger: "Rejs hjem". De var alle sammen sunde og raske, da de kom. Nu er de syge og gamle. De udførte hårdt og beskidt arbejde. Der var ikke meget sol i Danmark. I juli måned – da var det 40 grader i Tyrkiet, men jeg tændte for varmen i Danmark for at bade min datter. Det var for 20 år siden. Der var altså mørkt og koldt. Man blev syg af det. Dengang var der ikke tyrkisk tv, der var ikke telefon, der var ikke mange fra Tyrkiet rundt omkring i nabolaget. Mændene gik på arbejde, så vi kvinder sad inden for hjemmets fire vægge i mange, mange år. Vi talte ikke dansk. Det var koldt og mørkt. Det var meget, meget svært i begyndelsen. Det var lige som et fængselsophold. Nu – tv, telefon og kørekort, omgangskreds osv. Men tiden er også løbet fra os. Nu er vi syge og gamle.

(Citat af 50-årig tyrkisk kvinde i København, fra Swane & Tireli 2011).

Ældre mennesker har brug for, at nogen interesserer sig for dem som hele personer og ikke kun betragter dem som syge, traumatiserede, fattige og på andre måder marginaliserede og

udsatte. Det kan de bl.a. opleve ved at fortælle om andre sider af deres liv og identitet, om roller og positioner i tidligere livsfaser. De har som alle andre behov for, at også deres ressourcer bemærkes, og for at fremstå som kompetente, udholdende m.m. Denne problemstilling – som ældre at være forbillede for yngre generationer – berøres af formanden for EM-DER, en ikke-religiøs, tyrkisk ældreforening i Berlin (fra Swane & Tireli 2011):

Det er afgørende for dem at blive ved med at have dette sted [foreningen]. Hvis de ikke havde dette sted at mødes, ville de være et dårligt eksempel for børn og børnebørn, så kunne de kun mødes ved supermarkeder og på gadehjørner. De unge skal ikke miste lysten til at tage en uddannelse og et arbejde, fordi de ser de ældre, der har arbejdet i 40 år, men som ikke har opnået noget som helst.

Indsatsen i samarbejde med tyrkiske og andre minoritetsetniske ældre består således i at understøtte de ældres bestræbelser på at føle, at de hører til og også har noget at bidrage med, trods eventuel svækkelse, sygdom og fattigdom. Dvs. at der er behov for tiltag, der beforder, at den enkelte ældre kan føle sig respekteret og værdifuld i hverdagen.

I denne sammenhæng forekommer forsøg på at kortlægge ”deres” kultur- og religionsspecifikke behov, samt at indrette sundheds- og omsorgssekto-

ren på at dække disse behov, snæver og utopisk. Hvert menneske har sin kulturelle og sociale baggrund, men også sit livsløb baseret på individuelle erfaringer.

Opløsning af ”dem og os”

”De mennesker på centret er meget flinke, og de kan godt lide udlændinge”.

(Udtalelse fra feriedeltager fra Mosaikken, Esbjerg med Ensomme Gammles Værn langs den jyske vestkyst i 2012).

Hvordan kommer vi bort fra opsplittningen i samfundet i et ”dem og os”? Hvordan tilpasser vi, der tilhører majoriteten af etniske danskere, os vores multikulturelle samfund? Hvordan åbner vi os for hinanden, så den enkeltes identitet og ressourcer ikke drukner i generaliserede forestillinger om svækkelse og særlige behov?

Generelle problemstillinger som mangel på ressourcer, dvs. veluddannede sundheds- og omsorgsprofessionelle, sektoropdeling og dårlige overgange fra hospitalsindlæggelse til eget hjem m.m., kan ramme alle ældre mennesker med komplekse sygdomme og behov for hjælp. Skal det gå godt, er det nødvendigt med tilstrækkelig tid til at fokusere på det enkelte menneskes livshistorie, nuværende situation og fremtid – og at skabe løsninger på tværs af fag og institutioner.

Her er der ikke tale om behov for en *særlig* indsats, men om, at nogle ældre er særligt udsatte, og at indsatsen ikke virker efter ”handleplanen og de fastsatte mål”, hvis fagpersoner ikke har tid nok til at sætte sig ind i og tage højde for det ældre menneskes samlede situation. Alle har brug for at blive mødt med indsigt og helhedstænkning. Syge gamle menneskers problemer ligner ofte hinanden, mens løsningerne er individuelle og personlige.

Minderige fællesskaber i institutioner og organisationer

Den ”særlige” indsats, der er brug for, er, at der bliver tænkt langt bredere i retning af inddragelse af ældre men-

Ferietur til Slettestrand i 2012 for ældre fra Mosaikken i Esbjerg

neskers livserfaringer, ressourcer og involvering. Spørgsmålet er, hvordan vi skaber etnisk, kulturelt og socialt rummelige fællesskaber?

Inden for sundheds- og omsorgssektoren, i foreninger og interesseorganisationer skal den enkelte kunne udfolde sig på egne betingelser. Kan det hjælpe at blande nogle af de danske kulturelle genstande som Madam Blå, stramajbroderier, juleplatter og Børge Mogensen stole, der er relateret til forskellige generationer og sociale positioner blandt danske ældre, med kulturelle genstande fra nær og fjern? Er det muligt at indrette fællesarealer på plejehjem og i ældrecentre med kakler, samovarer, tæpper, musikinstrumenter m.m. fra den vide verden? Kan fx indere, iranere og russere bidrage med genstande og aktiviteter, der kan være med til at gøre dag- og



aktivitetscentre til vedkommende steder for dem?

Heri er også ansatsen til at finde fælles berøringspunkter. De fleste danskere, der er ældre nu, har oplevet at rejse. Nogle har været på charterferier på Mallorca, andre har rejst verden rundt og været på trekking i Himalaya. Alle stimuleres vi af billeder og genstande, måltider og musik – uanset etnicitet, kultur og socialt tilhørsforhold.

For alle ældre har genkendelse og erindringer stor betydning for at fastholde identitet, involvering og tilhørsforhold. Det drejer sig ikke kun om indretning af bederum og specialkost, men at vi er villige til at blande os og skabe et springbræt for kommunikation og fællesskaber.

Gensidighed i en global verden

Ensomme Gamles Værn samarbejder bl.a. med organisationer, som vægter fællesskaber, hvor der er plads til at mødes og – langsomt, gradvist – lære hinanden at kende og finde fælles berøringspunkter og interesser. Bl.a. *Venskabsforeningen for ældre danskere og indvandrere* i Aarhus og *Aktivitetssentret Sankt Joseph* i København er med til nedbryde grænser ved at skabe en etnisk, kulturel og social rummelighed.

Kan andre foreninger og organisationer aktivt åbne dørene ved at in-

vitere ældre med forskellig etnisk og kulturel baggrund til at holde foredrag om deres livserfaringer, arbejde, familie og fortælle om *deres* organisationer, hvor de kan medvirke til at organisere aktiviteter, som *både* de selv og danske ældre kan have glæde af?

Frygten for ensomhed sidst i livet ligger mange ældre på sinde, ikke mindst de som er flyttet eller flygtet fra kulturer, hvor de har været vant til at leve i tættere fællesskaber med familie og slægt. De føler sig *mere* ensomme end danske ældre. Hvis disse ældre får mulighed for at få et bedre kendskab til danskere og danske forhold, giver det ikke bare dem selv et bredere perspektiv på deres bopælsland og et bedre liv, det kan også skabe bedre betingelser for familierelationer og udviklingsbetingelser for deres voksne børn og børnebørn. Det er sådanne processer, vi i *Ensomme Gamles Værn* tilstræber bl.a. ved at lave *ferier for minoritetsetniske og danske ældre*.

Herved kan vi alle blive klogere på mangfoldige måder at leve og blive gammel på, finde forskelle og ligheder, møde personer, vi har interesser og livsindhold til fælles med. Denne gensidighed er nødvendig og en betingelse for at føle, at man hører til – i lokalsamfundet i de små fællesskaber og i en global verden i det store fællesskab.



Ældre migranternes sundhed – en ny udfordring for sundhedsvæsenet

Stud.scient. Linnea Lue Kessing, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, og professor Allan Krasnik, Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed, samt Center for Sund Aldring, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Ældre migranternes sundhed er i stor udstrækning et udforsket emne både internationalt og nationalt (Silveira et al. 2002), men er dog et forskningsområde med stigende interesse i takt med, at store migrantgrupper, der er indvandret i Europa i 1960'erne og 1970'erne, i disse år er ved at nå pensionsalderen (United Nations 2011).

Det stigende antal ældre migranter nødvendiggør nemlig øget viden om deres sundhedstilstand, sygdomsmønstre og sundhedsadfærd samt viden om sundhedsvæsenets aktuelle og fremtidige indsats for denne gruppe. Samtidig er denne viden nødvendig, hvis vi i Danmark fortsat ønsker et samfund med lige adgang til sundhedsydelser for alle.

Sundhed og migration

Vi ved, at mange migrantgrupper i Europa generelt oftere lider af kroniske sygdomme som diabetes, forhøjet

blodtryk og hjertekarsygdomme sammenlignet med den øvrige befolkning (Ujcic-Voortman et al. 2011). For eksempel viser et dansk studie, at udbredelsen af diabetes er 4 gange så stor blandt tyrkiske migranter i forhold til etniske danskere, og at udbredelsen er størst blandt tyrkiske kvinder (Kristensen et al. 2007).

Overvægt er ligeledes mere almindeligt blandt tyrkiske og marokkanske migrantgrupper i Europa sammenlignet med den generelle befolkning (Ujcic-Voortman et al. 2011).

Særligt med hensyn til kræftsygdomme peger studier på færre tilfælde af bryst- og endetarmskræft blandt migranter fra Mellemøsten og Nordafrika sammenlignet med etniske danskere (Norredam et al. 2007). Andre kilder viser ligeledes, at migranter fra ikke-vestlige lande har mindre risiko for at få endetarms-, bryst- og prostatakræft sammenlignet med etniske vesteuropæere, men at de på den anden side har større risiko for at få

lever-, livmoder- og mavekræft (Arnold et al. 2010).

Selve migrationen fra et land til et andet kan i sig selv medføre øget risiko for både fysiske og psykiske lidelser. Dette gælder også i Danmark, hvor vi ved, at migranter generelt har et dårligere selv vurderet helbred, sammenlignet med den øvrige del af befolkningen (Nielsen et al 2010).

For migranter med flygtningestatus, som ofte har særlige baggrunde, er risikoen for fysiske og psykiske lidelser endnu større. Eksempelvis har flygtninge i Danmark generelt hyppigere kontakt til en psykiater på grund af psykiske problemer, især pga. psykoser og affektive eller neurotiske lidelser (Norredam et al. 2009).

Fysisk og mental sundhed blandt ældre migranter

Som nævnt findes der endnu kun få studier om ældre migranternes sundhed. Vi har således heller ikke et specifikt billede af sundhedstilstanden hos de grupper, der er bosat i Danmark. Men vi formoder, at den højere forekomst af den tidligere nævnte række af kroniske sygdomme blandt migranter generelt, også gør sig gældende i alderdommen. Hertil kommer, at risikoen for at blive ramt af fysisk og psykisk sygdom og svækkelse generelt stiger med alderen – uanset etnicitet.

Til dette generelle billede føjer der sig specifik, sporadisk viden fra en-



kelte studier. Fx er det påvist, at migranter i Europa i alderen 50 år og derover har øget risiko for depression, som både kan skyldes stressfaktorer inden, under og efter migrationsprocessen (Aichberger et al. 2010). Og et svensk studie fra 2001 (Silveira 2002) tyder desuden på, at nedtrykthed, lavt energiniveau, formindsket appetit og hukommelsestab er mere almindeligt blandt ældre migranter i 70 års alderen fra Østeuropa, Vesteuropa og ikke-europæiske lande end blandt etniske svenskere. Dette studie viser også, at ældre migranter er mindre tilfredse med bl.a. deres fysiske sundhed samt deres sociale og økonomiske situation.

Tilhørsforholdets indflydelse på sygdomsbehandling og sundhedsvæsenets indsats

Ældre migranter kan være splittede mellem ønsket om at vende tilbage til fødelandet, og ønsket om at blive i migrationslande, idet mange familimedlemmer hyppigt fortsat er bosat i migranternes fødeland, mens deres børn oftest også bor i migrationslandet (Aichberger et al. 2010; Van der Wurff et al. 2004). Disse situationer kan samtidig medføre en oplevelse af mangel på støtte fra familien. (Silveira et al 2002).

Ny dansk kvalitativ og kvantitativ forskning tyder imidlertid på, at ældre migranter i høj grad ønsker at blive i Danmark. For eksempel tyder resultater i et nyt dansk forskningsprojekt (upubliceret) på, at ældre kvinder, født i Somalia, Tyrkiet, Indien, Iran, Pakistan og arabisk-talende lande, som har boet i Danmark i op til 40 år, oftest ønsker at blive i landet, dels fordi de værdsætter det danske velfærdssamfund, heriblandt sundhedssystemet, dels fordi de ønsker at bo i det land, hvor deres tætteste relationer (deres børn) befinder sig.

Med hensyn til flygtninge, som har boet i Danmark i en kortere årrække, viser samme studie på den anden side, at nogle af kvinderne ønsker at rejse tilbage til deres fødeland, enten for en længere periode eller for at blive der. Af økonomiske, juridiske og sikker-

hedsmæssige årsager har denne gruppe imidlertid sjældent denne mulighed.

Ønsker om bosættelse i henholdsvis fødeland eller migrationsland har som nævnt bl.a. betydning for strukturen af sundhedssektoren i Danmark, idet ældre migranternes forbliven i Danmark nødvendiggør en tilpasning af sundhedsvæsenet til deres behov for at opretholde en lige adgang til sundhedsydelser for alle.

Selv om man som udgangspunkt ønsker at forblive i Danmark, er dette imidlertid ikke ensbetydende med, at man udelukkende benytter det danske sundhedssystemets tilbud. Tilbagevendt til fødelandet for at få sundhedshjælp kan bl.a. bunde i godt kendskab til og gode erfaringer med sundhedsvæsenet der, fx mht. tilgængelighed, kvalitet, etik og pris (Nielsen et al 2012). – Og i og med at en stor del af de sundhedsydelser (øjnlæge, tandlæge, medicin og fysioterapi), som ældre ofte anvender, er betalingsydelser i Danmark, kan baggrunden også være, at nogle ældre migranter på grund af deres ofte dårlige økonomiske situation, kan have svært ved selv at finansiere disse ydelser.

Dette kan både resultere i køb af billig medicin og brug af sundhedsydelser i andre lande, og dermed have konsekvenser for kontinuiteten i sundhedshjælpen, forskellige og modstridende patientinformationer samt forskellige behandlingsmetoder (Nielsen et al 2012). Det kan dog ikke ude-

lukkes, at brug af sundhedsydelser i andre lande også kan være i patientens interesse og dermed være til patientens fordel (Nielsen et al 2012).

Eksempler på brug af sundhedsydelser i andre lande fremgår af et kvantitativt studie om tyrkiske migranter, deres efterkommere og etniske danskere til og med 66 år. Studiet tyder således på, at tyrkiske migranter og deres efterkommere oftere gør brug af praktiserende læger, speciallæger, hospitaler, tandlæger og medicin i et andet land end etniske danskere (Nielsen et al 2012).

Brugen af sundhedsydelser i andre lande blandt de tyrkiske migranter og deres efterkommere kan imidlertid pga. omfanget blot ses som et supplement og ikke et alternativ til brugen af danske sundhedsydelser. For eksempel viser studiet, at mindre end 10 pct. af de tyrkiske migranter og mindre end 6 pct. af deres efterkommere gør brug af tandlæge i et andet land (Nielsen et al 2012).

Og eftersom mange ældre migranter i Danmark har været bosat her i længere tid end i fødelandet, vurderes det, at de hen ad vejen har fået et godt kendskab til danske sundhedsydelser. Ny dansk kvalitativ forskning (upubliceret) tyder endog på, at ældre migrantkvinder, som lider af forskellige kroniske sygdomme og derfor har brug for længerevarende behandling, har et veletableret forhold til deres egen praktiserende læge og også be-

nytter sig af sekundære sundhedsydelser.

Særlige sundhedshensyn

Ældre migranternes ønsker om at forblive i Danmark og benytte det danske sundhedsvæsen har som nævnt konsekvenser for det danske sundhedsvæsen, både mht. tilpasninger af indsats og ydelser. Dette indebærer blandt andet, at der skal tages højde for sprogbarrierer, at der sikres bedst mulig læge-patient kommunikation med brug af uddannede tolke samt at der opnås indsigt i ældre migranternes specifikke sygdomsmønstre, deres sundhedssøgende adfærd samt deres forventninger og ønsker til behandlingsforløb (Nielsen et al 2012).

Det er samtidig vigtigt at være opmærksom på andre forhold, der kan have indflydelse på denne befolkningsgruppes sundhedsadfærd, trivsel og eventuelle behandlingsforløb, heriblandt deres sociale relationer og socioøkonomiske situation.

Her kan bl.a. tværsektorielt samarbejde i form af henvisning til kommunale tilbud for (ensomme) ældre migranter og frivillige organisationer for ældre bidrage positivt til ældre migranternes trivsel her i landet. Også såkaldte etniske plejehjem eller afsnit i plejehjem, der kendes fra andre lande, kan medvirke til at skabe trygge rammer og fællesskab, som alt i alt bidrager til øget fysisk og psykisk trivsel.

Traumer og ældre med anden etnisk baggrund

Chefpsykolog Jens Hardy Sørensen, Afdeling for Traume- og Torturoverlever, Psykiatrien i Region Syddanmark.

Når vi taler om ældre med traumer, har de fleste en umiddelbar forståelse af, hvad det betyder. Men hvad er traumer? Hvad forstår vi ved en traumatiseret person? Og hvordan kan vi bedst hjælpe?

Disse spørgsmål søges besvaret i denne artikel, der også videregiver inspiration og konkrete teknikker, som bl.a. benyttes af professionelle behandlere, men som også ikke-professionelle behandlere som fx social- og sundhedspersonale, frivillige og andre, der jævnligt har samvær med ældre traumatiserede mennesker, kan have gavn af at kende til.

Psykiske traumer

Definitionen på et psykisk traume omfatter både objektive og subjektive aspekter. En traumatisk begivenhed defineres som en begivenhed, der *"involverede faktisk eller truende død eller skade, eller en trussel mod egen eller andres fysiske integritet"* (objektive, reelle begivenheder), og som indebar *"intens angst, hjælpeløshed eller rædsel"* (perso-

nens subjektive oplevelse).

Kombinationen af at opleve eller være vidne til fysiske overgreb, drab, vold, voldtægt, overfald m.m. og samtidig psykisk at have reageret med rædsel, hjælpeløshed, følelses- og handlingslammelse, udgør et psykisk traume.

Nogle mennesker, men ikke alle, der har oplevet et eller flere psykiske traumer, udvikler PTSD (Post Traumatisk Stress Disorder), som er en alvorlig diagnose. Forskellige undersøgelser viser, at 6-12 % udvikler PTSD. De fleste klarer sig efter traumatiske begivenheder uden de store psykiske mén, men mange "gemmer" eller "fortrænger" de psykiske eftervirkninger ved hjælp af en række beskyttelsesstrategier: De arbejder fx ekstra hårdt, taler ikke om fortiden eller slår sig på adspredelser for ikke at tænke på fortiden.

Ældre med traumer

Ældre, der før i tiden har oplevet traumatiske begivenheder, kan mange

år efter udvide symptomer på PTSD. Det skyldes, at der med alderen sker en langsom svækkelse af beskyttelsesstrategierne, så det ikke i samme grad er muligt at aflede sig selv: Man kan ikke arbejde så meget, håbet om en bedre fremtid bliver mindre med alderen, muligheder for adspredelse og aktive fritidsinteresser bliver måske mindre, og man mister socialt netværk og bliver mere alene med sine egne tanker og erindringer. Hertil kan komme en række fysiske svækkelser og begrænsninger.

Specielt for traumatiserede ældre med etnisk minoritetsbaggrund gælder ofte særlige forhold, som skyldes, at de er borte fra velkendte, naturlige og kulturelle omgivelser – borte fra hjemlandet, hvor de var børn og unge. At være afskåret fra denne baggrund kan yderligere fremtvinge traumerelaterede symptomer.

Typiske PTSD symptomer

Personer med PTSD eller personer, der forsinket udviser tegn på PTSD, er præget af bestemte karakteristika eller symptomer:

- ◆ Genoplevelse af begivenheder eller konsekvenser af begivenheder: mareridt, tilbagevendende, påtrængende billeder, lyde, lugte. Oplevelse af, at man er der igen (flashbacks, illusioner, hallucinationer). Fornemmelse eller følelse af fremmedhed og adskillelse fra eller manglende kontakt med andre mennesker (dissociation).
- ◆ Undgåelse af situationer, steder, emner, tanker, der kan minde om traumerne, og som kan sætte det hele i gang igen.
- ◆ Stor psykologisk følsomhed – og en stor følelsesmæssig og kropslig ustabilitet, der viser sig som ængstelighed, vredladenhed, at være på vagt, at svede, hjertebanken, hukommelsestab, forvirring og at være alt for afhængig af børn, ægtefælle og familie.
- ◆ Følelsesløshed, tom for følelser, meningsløshed, manglende fremtidsperspektiver, hjælpeløshed, død indeni. Personen kan være alt for ”uafhængig” og isoleret i forhold til familie, ægtefælle og børn.

Ældre (etniske) traumatiserede møder ofte sundhedssystemet med fysiske



klager og sygdomme og dermed ikke med beretninger og symptomer, der i første omgang leder tanken hen på traumer og PTSD. En række undersøgelser viser desuden, at PTSD øger risikoen for demens, kredsløbssygdomme, hjertesygdom, hypertension (forhøjet blodtryk) m.fl.

Hvad er kernen i ældre traumatiseredes problemer?

Kernen i problemerne er en svækket evne til at regulere og styre de basale følelser, som vi alle besidder.

I hjernens dybere dele skabes vores grundlæggende følelser: glæde, sorg, vrede, frygt, interesse og overraskelse, afsky og accept. Disse stærke ”rå” følelser skal neddæmpes og reguleres gennem tryk indlæring i barndommen.

Ved svigt, overgreb og ved forskellige traumer kommer reguleringen eller balancen i uorden. Den traumatiserede kan derfor pludselig blive meget bange eller vred, svede og få stærk hjertebanken. Under søvnen kan der dukke voldsom angst op, billeder med vold og had. Ubalancen kan også omvendt medføre, at de almindelige følelser tilsyneladende er helt væk: Personen er følelsesløs indeni, tom, livet kan være helt meningsløst og ligegyldigt.

Den sociale og behandlingsmæssige indsats går da ud på at modvirke

sådanne udsving og skabe bedre balance.

Hvordan behandles traumatiserede ældre?

Behandlingen og hjælpen skal differentieres efter den ældres aktuelle tilstand. Den traumatiserede kan befinde sig i tre emotionelle hovedtilstande, som kræver forskellig hjælpeindsats.

Tilstand I: Personen fungerer godt og er nærværende

I perioder, hvor den traumatiserede fungerer forholdsvis godt, opfattes situationer og andre mennesker som sikre og ufarlige, og personen er præget af interesse, ro og accept. Her kan personen lære nyt, være glad for livet, som det er, og acceptere sig selv og andre. Personen opleves som almindelig nærværende og i normal kontakt.

Her skal behandleren/medarbejderen være aktiv og smede, mens jernet er tilpas varmt, for det er her, ressourceopbygningen, der forebygger og mildner de vanskelige episoder, sker.

Traumatiserede har som nævnt som deres centrale problem: at de let bliver følelsesmæssigt ustabile og får det dårligt. Derfor er det vigtigt i det sociale miljø at skabe rammer, som er velstrukturerede, klare, entydige,

overskuelige og forudsigelige.

Et skrøbeligt nervesystem kan bedst muligt udnytte sit potentiale, når behandleren/medarbejderen gennem rammesætning, struktur og forudsigelighed skaber en situation, som den traumatiserede opfatter som tryk, og som gør plads til vedkommendes usikkerhed og samtidig skaber en stabil stemning, der muliggør udvikling og indlæring.

Fokus på tilknytning og forbindelser

Når personen befinder sig i en stabil følelsesmæssig tilstand, har personalet mulighed for at udvikle og for at lære personen nyt om:

- ◆ Personens familie. (Hvor ofte kan I ses? Tale i telefon? Hvem besøger hvem? osv.). Opfordre til relevant kontakt.
- ◆ Venner og nærmiljøet. (Har du venner/naboer? Kan I ses? Ringe sammen? osv.).
- ◆ Arbejde/uddannelse. (Erindre, dvæle ved, succeser, dygtighed).
- ◆ Hobbies, fritidsinteresser. (Hvilke? Opfordre til).
- ◆ Fortiden, forhold til afdøde. (Mindes du? Hvem? Hvor ofte?).
- ◆ Traditioner, højtider. (Fejres de? Hvem er med?). Opmuntring og hjælp til.

- ◆ Kæledyr. (Har du haft kæledyr? Kan der være kæledyr nu? osv.).
- ◆ Organisationer og foreninger. (Tilhører/har du tilhørt nogen? Kunne der være nogen nu? Møde op/deltage?).
- ◆ Forbundethed med det, der ligger uden for viden. (Beder du? Kan du finde styrke/ro i bøn? Kan du vende noget (evt. sammen med andre) til det bedre? Genoptage noget? osv.).

Fokusering på og opbygning af sådanne relationer, når personen har det forholdsvis godt, er hovedfokus i resourceopbygning og stabilisering af en ældre (etnisk) traumatiseret. Når personen får det "dårligt", drejer det sig om at regulere og stabilisere tilstanden og vende tilbage til et aktivt socialt engagement.

Undervisning og øvelse i rolig vejrtrækning er hjælpsomt i denne tilstand. At lære rolig og dyb vejrtrækning kan blive en automatisk færdighed, der kan hjælpe og skabe jordforbindelse, når personen har det svært med genoplevelser og er uden kontakt med andre m.m.

**Tilstand II:
Personen befinder sig
i ”kamp/flugt” fase
og er ikke særlig nærværende**

Når den traumatiserede person automatisk og ubevidst opfatter situationer og personer som farlige og truende, bliver vedkommende utryg (bange, angst), og hjernen aktiverer beskyttelsesstrategier, der mobiliserer energi til handling.

Personen bliver mere fjern i forhold til, hvad der sker i øjeblikket og fokuserer snævert på mindre, afgrænsede aspekter af det, der sker. Personen bliver også mere energifyldt og urolig og kan rejse sig, begynde at gå væk (bange), eller ”kæmpe”, fx ved at gå tættere på, være anklagende, skælde ud, være truende osv. (vrede).

I kamp/flugt fasen, hvor personen automatisk og ubevidst opfatter situationen som truende, kan vedkommende skifte mellem afvisning/skælde ud, vrede og håbløshed/selvbebrejdelse/frygt.

Håbløsheden kan fx vise sig ved udsagn som: ”Du hjælper mig overhovedet ikke”; ”Lige meget hvad du siger, vil jeg ikke leve mere”. Eksempler på selvopgivelse kan være: ”Jeg spiller din tid”; ”Jeg synes, jeg er ond”.

Personens afvisning kan fx lyde: ”Du er ligeglad med mig”; ”Du er kold og dum”. Eksempler på vrede og aggressivitet kan fx være: ”Du hader mig, du er iskold”; ”Din hjælp skader

mig, du gør mig syg, og jeg skal nok få ram på dig”.

Ældre (etniske) personer har ofte stærke, negative stereotype opfattelser af professionel hjælp og behandling: ”Kun ”skøre” mennesker søger hjælp hos behandlere og psykologer”; ”Psyriske problemer viser moralsk svaghed”; ”Behandling betyder snagen i det mest private”; ”Voksne, der søger hjælp, er svage og ”skøre”.

Det kan derfor være svært at overtale disse personer til at søge professionel behandling, som i øvrigt kræver særlige forløb, hvor PTSD gennemgås og afmystificeres.

*Fokus på relation
og empati*

De fleste behandlere og andre professionelle kan huske episoder, hvor borgeres udtryk for en subjektiv oplevelse har været svært at acceptere, og hvor følelserne derfor kan ”løbe af med en”.

For at reducere og regulere sin vrede, frygt, skam m.m. må medarbejderen huske, at sådanne udbrud ikke er en beskrivelse af virkeligheden. De definerer derfor hverken personen eller behandleren/medarbejderen, men derimod en subjektiv oplevelse. At have dette for øje gør det lettere for den professionelle at bevare roen, accepten og interessen for personen.

Den faglige og professionelle udfordring for behandleren/medarbejderen er ikke at gentage eller understøtte

personens subjektive og fordrejede opfattelser, men derimod at passe på ikke at "retraumatisere" ved igen at møde vedkommende med frygt, vrede og tristhed. Personen skal erfare og lære noget nyt: at hans frygt, vrede og afmagt bliver mødt med ro, accept og interesseret nærvær. Samtidig kan behandleren/medarbejderen tale enkelt og reflekteret og anvise handlemuligheder ved fx at sige "Nu går vi herhen..."; "Jeg synes, vi lige skal sætte os ned, så finder vi ud af det..." osv.

Sådanne empatiske reaktioner indbygges som positive erfaringer i den traumatiseredes hjerne og hjælper med tiden til mindre voldsomme reaktioner.

Såkaldt reflekterende empati med personen er således kernen i hjælpen til ældre traumatiserede, der på denne måde "overtager" behandlerens accept, ro og interesse og hos personen bliver til selvaccept, evne til selvberoligelse og interesse for at forstå sig selv og andre.

Hvordan vindes personens accept og tillid?

Tillid og accept opbygges som sagt ikke kun ved "empatiske" ord, ved at være venlig, at dele glæder og undgå de vanskelige situationer. Men primært ved at behandleren/medarbejderen ikke svigter, når den traumatiserede har det sværest med vrede, angst, opgivenhed m.m., og hvor de

nævnte voldsomme verbale udbrud mod personalet kan komme til udtryk. At svigte (eller opbygge ikke-tillid eller mistillid) betyder i denne sammenhæng, at behandleren/medarbejderen bliver synligt bange, vred, ked af det osv., eller at være følelsesmæssig fjern, aflukket og at fjerne sig osv.

Opbygning af tillid og accept hos personen af sig selv og andre sker ved vellykkede gennemlevelser af svære sygdomsproblemer. Den traumatiserede erfarer at kunne klare sig igennem rædsel, raseri, tristhed, genoplevelser, flashbacks og smertefulde tilstande gennem samvær med en reflekterende, og følelsesstabil behandler/medarbejder, der udviser accept, ro og interesse, uanset hvor svært personen har det, og hvor upassende hans tale er i kamp/flugt tilstanden.

Fysiske udfald og angreb mod en behandler må derimod *ikke* accepteres, men skal afvises og stoppes øjeblikkeligt – om nødvendigt med magt eller ved, at behandleren/medarbejderen søger i sikkerhed.

Tilstand III: Personen er i en lammet og fraværende tilstand

Når den traumatiserede automatisk og ubevidst opfatter situationen som livstruende overtager de dybeste hjerne-stammestrukturer helt personens funktionsmåde. Vedkommende bliver handlingslammet, fjern og uden kon-

takt til situationen og de tilstedeværende. Nogle bliver stillestående og stivner. Andre bliver mere kaotiske, svage og slappe – en tilstand der kan resultere i besvimelse.

Begge tilstande kan medføre hallucinationer (der ikke er psykotiske), flashbacks, genoplevelser som en film, der kører indeni, krops- og lugtforfølelser, der relaterer sig til traumat, og at personen hører stemmer m.m.

”Realitetscheck” og hjælp tilbage til nutiden

”Realitetscheck” er en metode til at forebygge og bekæmpe stressituationer. Her fokuseres ofte i dagligdagen på at adskille fortiden fra nutiden og på skelnen mellem traumatiske stressreaktioner og aktuel virkelighed. Fx kan hjertebanken og åndenød ved at gå op ad en trappe i nutiden af en traumatiseret person forveksles med et begyndende angstanfald med hjertebanken og åndenød. Eller en aktuel smerte. Selv om smerter er ubehagelige og virkelige, ligger grunden måske ikke i en aktuel sygdom, men er snarere en kropslig erindring fra tidligere traumer.

Når den traumatiserede oplever kropsfølelser, får bestemte tilskyndelser til handlinger eller oplever stærke følelser, består behandlingen primært i at lære at skelne imellem, om årsagen er at finde i nutiden – i

øjeblikket – eller om det er en reaktion, der er indirekte og sidder fast fra fortiden.

Den traumatiserede kan lide af ufrivillige erindringer og sansoplevelser. Billeder, lyde, lugte, kropsfølelser fra de traumatiserende begivenheder kan pludselig aktiveres, hvis personen opfatter noget i en nutidig situation som livstruende. Det kan være en mand med skæg, en høj lyd, en lugt fra køkkenet, en berøring osv. Personen bliver ”væk” eller ”forsvinder” fra den aktuelle situation og styres af fortiden. Behandlerens/medarbejderens første opgave i sådanne situationer er roligt at hjælpe personen tilbage til nutiden. Tilbage til, hvor vi er nu, hvem vi er, tidspunktet, og at der ikke er fare på færde nu.

Behandleren/medarbejderen kan tale højt, i enkle vendinger og tydeligt om her og nu. Hjælpe personen med at styre vejtrækningen, som vedkommende tidligere har lært. Visse genstande fra her og nu: Billeder, som personen er velkendt med (børn, børnebørn, hjemmet), eller konkrete genstande som vedkommende holder af.

Det centrale er behandlerens/medarbejderens ro og nærvær med tydelige og enkle udtryk, mens der skabes ”jordforbindelse” og udføres ”realitetscheck”. Behandleren/medarbejderen fungerer som brobygger mellem de kaotiske og traumatiske rædsler fra fortiden og den mere trygge nutid, og

som en ”ekstern regulator” for den hjælpeløse, der med tiden bliver en ”indre regulator” hos personen.

På denne måde medfører behandlerens/medarbejderens hjælp til at fokusere på nutiden, at den traumatiserede med tiden oplever de påtrængende erindringer som fortidige og uaktuelle, og at der ikke er tale om en aktuel traumatisk situation. De fem sanser: Syn, lyd, lugt, smag og berøring er effektive til at fremme jordforbindelsen.

Den psykofarmakologiske behandling af minoritetsetniske ældre med traumer

Det er nødvendigt med en gennemgang af den traumatiseredes medicin og en grundig instruktion i de forskellige medikamenters virkning. Mange er ikke fortrolige med medicinen fra hjemlandet. Såkaldte SSRI præparater, dvs. midler mod depression m.m., er ofte hjælpsomme, men mange tager fx kun tabletterne, når de har det dårligt og holder op, når det går bedre. Derfor er en grundig instruktion og løbende opmærksomhed på medicinering og bivirkninger m.m. vigtig. Erfaringen viser, at det er gavnligt at begynde med små doser af alle typer psykofarmaka og langsomt stige i dosis.

Livshistorie, tid og tillid er nøgleord i Indvandrermedicinsk Klinik

*Sygeplejerske, cand.scient.san., ph.d. Dorthe S. Nielsen,
Indvandrermedicinsk Klinik, Odense Universitetshospital*

Livshistoriens betydning for omsorg, pleje og behandling

Ældre med en ikke-vestlig etnisk baggrund udgør en stor mangfoldighed. Nogle af disse ældre har boet i Danmark i årevis, andre er nylig ankommet, og nogle af dem har haft traumatiske oplevelser i deres tidligere hjemland. Nogle ældre lever i tæt samhørighed med deres familier, mens andre bor alene og må klare forskellige udfordringer på egen hånd.

Viden om ældre patienters nuværende livssituation har stor betydning for, hvordan sygdom og behandling håndteres. Og i mange tilfælde er det afgørende for de sundhedsprofessionelle at få indblik i livshistorien for at sikre, at patienten får den rette udredning, pleje og behandling.

Menneskets livshistorie består af en ”stor fortælling” og af en ”lille fortælling”. Den ”store fortælling” indebærer verdenshistoriske begivenheder, ideologiers opkomst og staters under-

gang, socialt opbrud, krigstid samt opbygning af velfærdsstater. Den ”lille fortælling” handler primært om menneskeliv, og den tager udgangspunkt i det enkelte menneskes unikke og særegne fortælling. (Blaakilde 2000; Dreyer 2010)

I Indvandrermedicinsk Klinik, IMK, arbejder personalet ud fra en helhedsorienteret tilgang til patienterne. Empati, anerkendelse og livshistorier er centrale elementer/redskaber i den helhedsorienteret udredning, pleje og behandling. (Nielsen et al. 2011).

Tid til at opbygge tillid

Det kræver tryghed, tillid og tid at få livshistorien afdækket. Livshistorier kan for mange indvandrere og flygtninge rumme oplevelser som fængsling, tortur, voldtægt og krig. Men kendskab til historien er en forudsætning for, at patienten kan få den rette hjælp, støtte og omsorg.

Ved at lytte til patientens fortælling om sit liv, skabes mening og forståelse for sammenhæng mellem tidligere betydningsfulde erfaringer og aktuelle problemstillinger med afsæt i patientens eget perspektiv. I samarbejde med patienten skabes der overblik over patientens problemer, og i fællesskab udarbejdes en prioriteret liste over problemstillinger, der målrettet arbejdes med gennem samtale. Personalet sætter de nødvendige foranstaltninger i gang, og der indledes et samarbejde på tværs af fag og sektorer (sygehus, kommune/sagsbehandler, ministerier, hjemmepleje osv.), hvor dette skønnes nødvendigt.

Samtalen er afgørende, når den mistro, som mange flygtninge har til autoriteter, skal bearbejdes. Det er nødvendigt, fordi tryghed og tillid til personalet er en forudsætning for, at patienterne overhovedet kan og vil samarbejde om pleje og behandling.

Ofte giver både ældre og sundhedspersonale op

Mange af de ældre patienter fortæller om situationer, hvor de har oplevet, at deres praktiserende læge ikke forstår dem eller deres situation. En ældre kvinde med arabisk baggrund forklarede; *"Jeg blev ramt af en svær depression på grund af mine tab og min for-tid, og min læge ville kun behandle mig med D-vitamin"*.

Kvinden havde opgivet at få hjælp og mistet næsten al kontakt til omverdenen. Hun kommunikerede gennem sine børn og førte en isoleret og lukket tilværelse. Først efter tætte samtaler med en af klinikkens sygeplejersker, som udviste empati og anerkendelse og som tog sig tid til at tage hul på livshistorien, begyndte hun at tale og få tillid til personalet. Sammen med klinikkens læge og socialrådgiver blev hun hjulpet og lever i dag en lidt mere aktiv og udadvendt tilværelse.

Mange af de ældre patienter giver op over for systemet, og flere udtrykker, at de ikke længere går til læge, fordi der ikke er relevant hjælp at hente – de bliver ikke mødt med anerkendelse og forståelse for deres problemer, og deres angst og usikkerhed.

Flere undersøgelser har vist, at sundhedspersonale anser patienter med anden etnisk baggrund som besværlige, tidskrævende og problematiske at håndtere i en travl hverdag (Troelsen 2006). Mange giver op, inden de overhovedet har haft den første kontakt til patienten.

I en henvisning fra en praktiserende læge til Indvandremedicinsk Klinik kan eksempelvis stå: *"Patienten forstår ikke dansk, har dårlig compliance over for medicinsk behandling, diabetes, har altid sine pårørende med, diffus smerteklagende"*.

Her drukner de egentlige problemstillinger i en masse "støj". Det hand-

Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital

Indvandrermedicinsk Klinik er en ambulant klinik for flygtninge og indvandrere med langvarige sygdomme og symptomer, der kræver en længe-revarende tværfaglig og koordineret indsats i samarbejde mellem sygehus, praktiserende læge, familie og sagsbehandler.

Klinikken blev etableret i 2008 i erkendelse af, at en voksende gruppe patienter med forskellige etniske baggrunde havde dårlig adgang til forebyggelse og behandling i sundhedsvæsenet.

Klinikken fungerer som tovholder i indsatsen, hvilket bl.a. indebærer, at klinikken iværksætter og koordinerer udredning og behandling af patienterne, der ofte har komplekse helbreds-mæssige og sociale problemer. Mange er tidligere forsøgt udredt og behandlet hos speciallæger og sygehusafdelinger men er endt som kronisk syge patienter med uafklarede sundhedsproblemer.

Et typisk forløb starter med, at klinikken forsøger at skabe sig et overblik over patientens somatiske, psykiske og sociale problemer, og der inviteres til indledende samtale(r) med læge og sygeplejerske. Der er i forløbet stort fokus på at skabe tillid og tryghed. Rolige fysiske rammer og god tid er afgørende for, at personalet kan nå ind til patienten og finde frem til problemets kerne. Tid til hver enkelt patient prioriteres derfor højt, og der afsættes omkring en time til hver konsultation.

Klinikken fik i 2010 Dagens Medicins Lighedspris og var den eneste af sin slags i Danmark indtil april 2013, hvor Region Hovedstaden åbnede en indvandrermedicinsk klinik på Hvidovre Hospital.

ler om at møde patienten dér, hvor han/ hun er og få skabt en relation, og ved at lytte kommer de egentlige problemstillinger, som patienten oplever dem, frem.

Det handler således om at fjerne ”støjen” og finde ind til patienten og de reelle problemer og barrierer for behandling. Ved at bruge tid og ud-

vide empati får man som sundhedsprofessionel et reelt ”rum” til at lytte til patienten.

Sociale problemstillinger

Sociale problemstillinger i patientens liv i Danmark er i mange tilfælde med

til at gøre den ældre syg og kan være indirekte årsag til, at patienten ikke passer sin behandling. Ikke at være dansk statsborger, ikke at kunne rejse frit rundt i verden og besøge sine børn og nære pårørende har meget store konsekvenser for mange, og her er de ældre særligt sårbare.

Flere af de ældre patienter har fx ikke permanent opholdstilladelse i Danmark, og de beskriver stor angst og usikkerhed for, hvor de skal leve i fremtiden, men også hvor de skal dø. En del ældre lever med udsigten til ikke at få dansk statsborgerskab og dermed risiko for at blive sendt tilbage til deres hjemland uden adgang til vigtig medicin såsom insulin, og uden adgang til offentlig hjælp og ydelser – og endnu værre udsigten til ikke at have nære slægtninge til at hjælpe og støtte dem.

Sprogbarrierer er en udfordring for tillid og livshistorien

De ældre patienter, som kommer i IMK, har forskellige baggrunde og livshistorier, og der kan være stor forskel på, hvordan deres liv former sig. Mange lever dog isoleret fra det danske samfund, og deres omgangskreds består primært af familie og slægtninge. Flere fortæller, at når de ikke længere går på sprogskole eller på arbejde, mister de kontakten til det danske samfund, og de finder det svært at

Anbefalinger til sundhedspersonale, der arbejder med patienter med indvandrerbaggrund

- ◆ Lyt til historien og livet bag patienten/ Livshistorien
- ◆ Giv tid
- ◆ Vis empati og omsorg
- ◆ Tag udgangspunkt i patientens hverdagsliv
- ◆ Vær åben og modtagelig for, at der er forskellige måder at se verden på
- ◆ Vær opmærksom på sprogbarrierer: Brug tolk
- ◆ Tænk tværfaglighed: Inddrag samarbejdspartnere
- ◆ Henvis til specialister, fx indvandrermedicinske klinikker eller traumecentre

Kilde:
Nielsen et al. Sygeplejersken nr. 7, 2011

vedligeholde de dansk kundskaber, de engang havde. Andre har stort set aldrig haft kontakt til danskere og har aldrig været i stand til at lære dansk. Det er desuden klinikens erfaring, at mange patienter mister deres danske sprogfærdigheder som følge af Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD). (Sodemann et al. 2011).

Tolkning

I klinikken benyttes forskellige former for tolkning, og cirka 60 pct. af alle konsultationer foregår sammen med en professionel tolk.

Videotolkning er i dag den hyppigst anvendte tolkemåde, og både patienter, personale og tolke udtrykker generelt stor tilfredshed med denne form for tolkning. Det er med til at afkorte ventetid, og det er nemmere for den enkelte patient at ønske den samme tolk, som gør samtalen mere tryk for patienten, og lettere skaber en relation mellem patienten og den sundhedsprofessionelle.

Ofte foretrækker ældre patienter at benytte nære familiemedlemmer som tolke. De pårørendes tilstedeværelse er med til at gøre den ældre tryk, men det er dybt uetisk og uprofessionelt at lade pårørende være oversættere i forbindelse med alvorlige diagnoser eller livshistorier, som kan indeholde svære følelsesmæssige oplevelser.

Det tilstræbes derfor altid, at der er en professionel tolk tilstede til samtalerne i IMK, da man i klinikken har oplevet mange misforståelser og fejl-tolkninger pga. pårørendes følelsesmæssige involvering og manglende professionelle kompetencer.

De pårørende er brobyggere mellem sundhedsprofessionelle og ældre patienter

For at der kan skabes tillid og kontakt til den ældre patient, er det oftest nødvendigt at indlede et tæt samarbejde med yngre pårørende. Mange patienter udtrykker håb og forventninger om, at deres børn tager sig af dem, når de ikke længere kan klare sig selv. Dette bliver i de fleste tilfælde også understøttet af de pårørende. En ung kvinde udtrykte; *"Min mor skal aldrig på plejehjem – Vi skylder vores forældre at passe på dem – min mor skiftede min ble, da jeg var lille, og jeg vil gøre det samme for hende"*.

Den tætte samhørighed, og behovet for at "familien hjælper", ses også blandt ældre med syge børn. Her bliver alderdommen med sygdom en endnu større belastning, og livet uden hjælp fra det offentlige bliver en stor udfordring. En ældre kvinde på 72 år fortæller, at hun selv passer sin svært handicappede søn. Han har spastisk lammelse og skal have hjælp til alt, inklusiv personlig hygiejne og indtag af væske og fødevarer. Hun har tidligere afslået at få hjælp fra hjemmeplejen *"da de ikke kunne udføre plejen, som hun selv ville gøre"*.

Pårørende kan være pressede

Personalet i IMK forsøger via en helhedsorienteret tilgang også at få af-dækket de familiære betingelser og ressourcer. Det kan for mange pårørende imidlertid være svært at udgøre det eneste netværk.

Som en datter på 26 år fortæller:
"Hver gang jeg ikke er i nærheden af min mor, bliver hun angst. Hvis hun skal på sygehuset eller til lægen, har hun brug for, at jeg altid er med. Jeg har svært ved

at foretage mig andet, end at være der for hende, og hun vil kun have mig som tolk".

Yngre slægtninge betaler i mange tilfælde en meget høj pris for at tage sig af deres ældre. Flere yngre kvinder har således måttet opgive uddannelse og arbejde for at pleje deres ældre slægtninge ved siden af pasning af egne børn og ægtefæller. Mange slægtninge beskriver, at de er fanget i et spændingsfelt bestående af kultur, forventninger, opdragelse, skyld, samvittighed, arbejde, børn og økonomi,

"Tak fordi I lavede en bedre version af mig"

Sådan lyder et citat fra en patient, da vedkommende blev afsluttet fra klinikken. Det er samtidig titlen på en rapport fra Indvandrermedicinsk Klinik, der dokumenterer den forskelsbehandling, som flygtninge og indvandrere oplever i det danske sundhedsvæsen og i kommunerne.

Rapporten fremlægger fem års erfaringer med mere end 700 patientforløb og tydeliggør behovet for et stort løft i lægers og sygeplejerskers viden og forbedring af de arbejdsvilkår, der forhindrer dem i at yde den nødvendige ekstra indsats, som skal til, for at undgå forskelsbehandling.

Manglen på viden går bl.a. ud over patientsikkerheden og kvaliteten af undersøgelser og behandling – misforståelser opstår, og fejlagtige udtryk som fx "etniske smerter" bruges, fordi læger og sygeplejersker kommer til kort. Den manglende viden forsinker diagnoser, øger hyppigheden af medicinflj og medfører sværere bivirkninger og komplikationer. Desuden anvendes for sjældent tolk, og der afsættes ikke den fornødne tid til samtalerne. Ansatte i social- og sundhedsvæsenet mangler med andre ord respekt for samtalen som det centrale værktøj i samtalen med patienter og borgere.

Professor og overlæge Morten Sodemann, Indvandrermedicinsk Klinik, står bag rapporten, der kan downloades på: www.ouh.dk (se under "Om OUH" – "Afdelinger").

og de kan ikke overskue, hvad de skal gøre, eller hvor de skal gå hen for at få hjælp.

Mange ældre har brug for pleje og omsorg, men har svært ved at tage imod hjælp fra andre end familien. Det er ikke kun et spørgsmål om tryghed, men om mere komplekse forhold som ære, opdragelse, respekt, religion og guds vilje. En ældre mand fra Libanon på 87 år, udtrykker det på følgende måde:

”Det er svært psykisk og personligt at komme på plejehjem – det handler om vores selvrespekt og selvværd – det er svært at komme sådan et sted hen, hvor andre skal tage sig af os, især når vi har børn – Det hele afhænger af, om man har opdraget sine børn godt – har man det, tager de sig af en, når man bliver gammel ... At vise omsorg for sine forældre, især når de bliver gamle, er at udvise taknemmelighed, både over for dem og over for Allah ...”

Personalet i IMK forsøger at inddrage de pårørende i pleje og behandlingen af ældre patienter. I flere tilfælde er de pårørende selv blevet henvist til støtte, pleje og behandling i klinikken. En del af disse fortæller, at det har haft afgørende betydning for dem, især i forhold til at håndtere det store pres med selv at skulle passe sine syge, ældre pårørende.

Afsluttende kommentarer

Der vil i de kommende år blive flere og flere ældre med anden etnisk baggrund. Lighed i sundhed opnås, når der i forebyggelse og behandling tages hensyn til, at mennesker er forskellige, har forskellige behov og forskellige ressourcer. Dette gælder i allerhøjeste grad også ældre med anden etnisk baggrund.

Der er brug for mere viden inden for området, og derfor er det med stor taknemmelighed, at vi har modtaget 500.000 kr. fra Novo Nordisk Fonden til videre forskning i ældre flygtninge og indvandreres håndtering af sygdom og alderdom i hverdagslivet.

Forestillinger om døden blandt ældre og pårørende med etnisk minoritetsbaggrund

Sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d. Mette Raunkiær,
Palliativt Videnscenter

Mennesker bosætter sig i fremmede lande, hvor de ældes, bliver syge, modtager lægebehandling, hjemme-sygepleje, og opholder sig på institutioner som hospitaler, plejehjem m.m. for til sidst at dø. Derfor er det – selv om de udgør en differentieret og mangfoldig gruppe med forskellig baggrund og historie – vigtigt at have viden om deres forestillinger og ønsker i forhold til døden. Denne artikel er baseret på en interviewundersøgelse blandt 13 ældre med etnisk minoritetsbaggrund, som boede på plejehjem eller i eget hjem, og ni pårørende om deres forestillinger om døden (Raunkiær 2012).¹⁷

Kendskab til generelle og palliative tilbud

De fleste ældre i undersøgelsen ønskede ikke at komme til at bo på et plejehjem, heller ikke etniske plejehjem med andre udenlandske ældre. Selv om flere pårørende forbandt det med skam at sende deres forældre på ple-

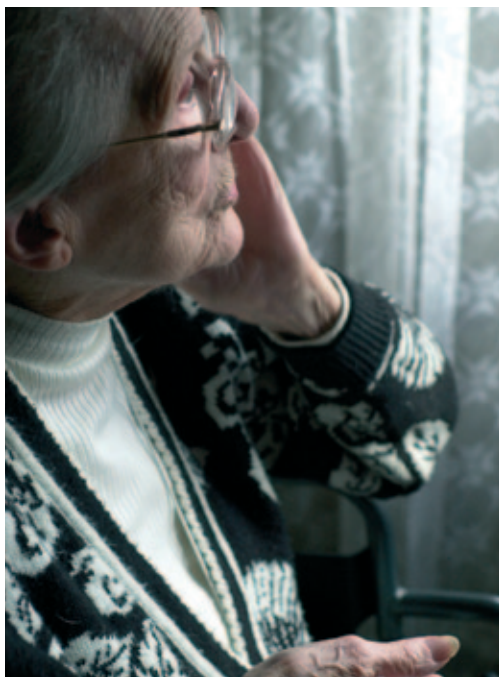
gehjem, havde flere behov for opgør med denne kulturelle opfattelse. Samtidig havde både ældre og pårørende begrænset viden om det danske sundhedsvæsens institutionelle tilbud – både generelt, men særligt om palliative indsatser og muligheder. De fleste kendte til hospital, men deres kendskab til institutioner som plejehjem, hospice, palliative enheder m.m. var ringe.

Undersøgelsen indikerer således behov for, at ældre og pårørende får oplysning om danske offentlige velfærdstilbud – både for at udligne social ulighed i sundhed og i palliation, som er en af Sundhedsstyrelsens målsætninger (Sundhedsstyrelsen 2011), men også fordi det kan være vanskeligt for ældres pårørende at leve op til det, som kan kaldes en *generationskontrakt* (Moen 2011).

En generationskontrakt indebærer gensidighed i omsorg, omsorgsforpligtelser og solidaritet mellem generationer. Men hverdagen hos yngre etniske minoritetsfamilier levner måske ikke

tid og overskud til indfrielse af en sådan generationskontrakt, bl.a. fordi de lever et hverdagsliv, hvor begge køn er tilknyttet arbejdsmarkedet, børnene går i offentlige pasnings- og fritidsordninger og har fritidsinteresser, tager uddannelser m.m.

Således åbnes der op for, at omsorgen for ældre, i lighed med nordiske familiemønstre, er et samfundsansvar med familien i en supplerende rolle (Daatland, Veenstra og Lima 2009). Denne udvikling må samfundet på et mere strukturelt niveau forholde sig til, men sundhedsprofessionelle har også et ansvar for at oplyse og gå i dialog med familier med etnisk minoritetsbaggrund om sundhedsfaglige og palliative tilbud.



Forestillinger om at dø og døden

I lighed med etniske danske ældre (Raunkiær 2007) forbandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund en ”god død” med særlige betingelser: Døden skulle være hurtig, pludselig, uden afsked og tavs.

Modsat blev en ”dårlig død” forbundet med afhængighed samt en langstrakt og bevidst død. Det blev bl.a. udtrykt således: *”Jeg håber, at jeg sover om natten og ikke vågner op om dagen og siger farvel. Jeg vil ikke sige noget. Det er den mest behagelige og dejlige måde at dø på”*.

Eller som en ældre tyrkisk mand udtrykte det:

”Jeg ønsker, at jeg døde i dag, for jeg vil ikke være afhængig af nogen, som kommer og giver mig personlig pleje ... Jeg har set, hvordan personer ikke kan tåle deres egen lugt ... Man tager afstand fra sig selv. Gud det er meget hårdt, jeg kan ikke klare det”.

Derudover viste studiet, at nogle familier forholdt sig problematiserende med uro og angst til døden, mens andre var mere afklarede, rolige og fortrøstningsfulde.

Disse to måder at forholde sig til dødsprocessen på havde sammenhæng med, om den ældre og de pårørende var præget af dommedagsforestillinger eller livscyklusforestillinger i forhold til liv og død.

Især ældre og pårørende med mus-

limsk baggrund havde dommedagsforestillinger og fortalte mere problematiserende om døden og den sidste tid. Hvorimod ældre og pårørende med buddhistisk baggrund og forestillinger om livet og døden som en cyklus gav udtryk for mere harmoniserende forestillinger om døden.

Dommedagsforestillinger og uro og angst i forbindelse med døden hos familierne med muslimsk baggrund skyldtes bl.a. bekymring for, om den, der skulle dø, havde udført tilstrækkeligt med gode gerninger til at komme i himlen og ikke i helvede efter døden. En ældre hjemmeboende muslimsk mand fra Pakistan udtrykte det således:

”Jeg har ikke gjort noget dårligt mod mennesker, fordi jeg er bange for Gud. Tyve procent er jeg bange for politik, firs procent er jeg bange for Gud. Jeg har ikke hjulpet nok. Det, jeg er mest bange for, er helvede”.

Familierne med især buddhistisk baggrund, der betragtede livets afslutning som en del af en naturlig livscyklus, gav i langt mindre grad udtryk for angst og frygt. Selv om de også var optagede af at gøre noget godt for andre, imødeså de i højere grad døden med ro og fortrøstning.

Som en thailandsk-kinesisk kvinde på plejehjem fortalte: *”Jeg ved, at dette er den sidste periode af mit liv. Jeg ved godt, at der skal ske nogle ting, jeg er buddhist. Det er naturligt, at man fødes, man vokser, og man bliver ældre og dør.*

Det accepterer jeg. Jeg tænker godt om mig selv og er glad for livet”.

Forventninger til familie og andre pårørende

Der var forskellige forventninger om, hvem den ældre ønskede ved sin side ved døden. Nogle ældre og pårørende udtrykte forventning og ønske om, at fjernere familiemedlemmer var til stede, mens flere kun ønskede den nære familie omkring sig. Andre familier mente ikke, at fjerne slægtnings deltagelse var mulig pga. praktiske omstændigheder som geografisk afstand, økonomi, krig m.m.

Forventninger til de professionelle i forbindelse med døden

Både ældre og pårørende gav udtryk for, at de i den sidste tid ønskede behandling, pleje og omsorg fra professionelle med dansk oprindelsesbaggrund, men ville også gerne have et sprogfællesskab med dem. Generelt var der ikke ønske om pleje og behandling fra professionelle med etnisk minoritetsbaggrund, og kun få gav udtryk for ønske om hjælp af professionelle fra deres oprindelsesland.

Nogle begrundede det med, at de oplevede kulturelt fællesskab med danskere og Danmark. For andre handlede det mere om, at pleje og behandling af sundhedsprofessionelle fra

oprindelseslandet kunne indebære, at de ”blev drillet” – de oplevede således, at danskere ”var mere åbne”.

En måde at forstå dette på kunne være, at den ældre ønskede at tage afstand fra eller undgå social kontrol fra sin egen kulturkreds. Ved social kontrol forstås de sociale processer, der udspiller sig, når en persons handling eller adfærd uformelt eller formelt mødes med sanktioner med det formål at stabilisere eller genoprette den sociale orden (Elle og Larsen 2010). Frem for at udsætte sig for uformel social kontrol af ”egne” professionelle var der således en forestilling om større rummelighed og frihed i samspillet med professionelle med etnisk dansk baggrund.

Derudover forventede ældre og pårørende, at de professionelle både havde faglige kompetencer og kunne vise omsorg for den døende. Fx forventede de, at en sygeplejerske kunne observere, handle på baggrund af observationerne, anerkende og respektere ældre mennesker, være til stede i situationen, samt lytte, informere og vejlede familien. Forventningerne til læger var især, at hun/han havde et højt vidensniveau og kunne stille en diagnose.

Efter døden – håndtering af krop og begravelse/bisættelse

Efter døden ønskede nogle af deltagerne i undersøgelsen at kombinere forskellige religiøse og kulturelle ritualer; andre ønskede at fastholde oprindelige religiøse og kulturelle ritualer; mens andre igen havde pragmatiske forestillinger og ønsker uden religiøs forankring. Nogle familier ønskede således både at fastholde og/eller integrere oprindelseslandets kulturelle rutiner, traditioner, religiøse handlinger m.m. med opholdslandets.

Dette har betydning for, at sundhedsprofessionelle, som i palliative forløb må have en kulturel basisviden, kan skabe samarbejdsrelationer til familien og samtidig have blik for familiers forskellige måder at fortolke egen kultur på – og handle derefter.

Derfor er det umiddelbart ikke hensigtsmæssigt at udarbejde palliative retningslinjer for etniske minoritetsgrupper med udgangspunkt i kategorier som religion eller nationalitet, men derimod at udvikle og arbejde med redskaber, som har universel karakter og som samtidig tager afsæt i, at familier er forskellige (Walter 2010).

Afsluttende bemærkning

Denne undersøgelse indikerer, at der sundhedspolitisk er brug for en mere struktureret og målrettet indsats i forbindelse med palliative forløb for ældre med etnisk minoritetsbaggrund. Der er behov for information til både ældre og pårørende – både med henblik på at øge kendskab til palliative tilbud, og for at reducere social ulighed i palliation.

For de professionelle ligger der en stor formidlingsopgave i det konkrete samarbejde med familier med etnisk minoritetsbaggrund – fx om hvad palliation er, hvad der kan tilbydes, og om de institutionelle rammer m.m.

Umiddelbart er der ifølge denne lille undersøgelse ikke behov for plejehjem for ældre med etniske minoritetsbaggrunde, men det er relevant at undersøge nærmere. Det er samtidig væsentligt at overveje, hvordan sproglige barrierer kan mindskes, og hvordan det vil være muligt at etablere sprogfællesskaber på plejehjem, palliative institutioner m.m.



3

Over-
vejelser,
initiativer
og konkrete
erfaringer

Indsatser, erfaringer og overvejelser i forhold til ældre med anden etnisk baggrund – Københavns Kommune

*Specialkonsulent Dorte Magnussen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune*

Københavns Kommune har de senere år haft øget fokus på ældre etniske minoriteter. For det første fordi antallet af ældre borgere med anden etnisk baggrund i København forventes at stige i de kommende år, og for det andet fordi ældre med etnisk minoritetsbaggrund gør brug af kommunens tilbud i meget mindre omfang end ældre borgere med etnisk dansk baggrund.

Københavns Kommune har fokus på, at de forskellige tilbud skal kunne rumme, tiltrække og tilpasses alle borgere uanset etnisk baggrund. Kommunen er samtidig opmærksom på, at der i nogle tilfælde er behov for særlige tilbud målrettet nogle ældre med anden etnisk baggrund.

Vi ved fra undersøgelser foretaget i Københavns Kommune¹⁸, at der kan være følgende årsager til, at etniske minoriteter bruger kommunens tilbud og ældrepleje mindre end ældre etnisk danskere:

- ◆ **Familie og uformelle netværk:** Flere ældre med etnisk minoritetsbaggrund og deres familier foretrækker i højere grad end etniske danskere at bruge familie og pårørende, hvis der er behov for støtte og omsorg.
- ◆ **Manglende sprogkunderskaber:** Flere ældre med anden etnisk baggrund har få danskunderskaber, og familien er utryk ved at lade den ældre alene med en plejemedarbejder, som han/hun ikke kan kommunikere med pga. sprogvanskeligheder.
- ◆ **Manglende viden om kommunale tilbud:** Nogle borgere med etnisk minoritetsbaggrund har ikke tilstrækkelig viden om mulighederne for kommunal støtte og omsorg, og hvad de forskellige tilbud og ydelser konkret indeholder.

- ◆ **Tidligere erfaringer:** Nogle borgere med etnisk minoritetsbaggrund har dårlige erfaringer med det kommunale system og har dermed modvilje mod at bruge kommunale tilbud.
- ◆ **Socioøkonomiske forhold:** Flere ældre med anden etnisk baggrund har en lav indkomst, som kan være en barriere for at anvende nogle tilbud og ydelser i kommunen, hvor der i nogen grad er egenbetaling.

Undersøgelserne understøttes af viden fra andre undersøgelser om ældre med anden etnisk baggrund og ældreplejen i Danmark og indgår i den løbende udvikling af tilbud og ydelser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København.

Informationsindsats

En grundlæggende forudsætning for, at ældre etniske minoriteter kan gøre brug af kommunens tilbud om forebyggelse, aktiviteter, støtte, omsorg og pleje, er, at de har viden om disse tilbud. På den baggrund har de mulighed for at vælge, om de vil gøre brug af de kommunale tilbud, eller om de hellere vil gøre brug af deres uformelle netværk af familie og pårørende.

Københavns Kommune har derfor igangsat forskellige indsatser for at udvikle ældreplejen og øge kendskabet til mulighederne for kommunal støtte

og omsorg. Der er udarbejdet informationsmateriale på flere sprog, bl.a. folderen ”Ældre i København. Sundhed, træning, pleje og bolig”, der er oversat til arabisk, farsi, urdu, tyrkisk, kinesisk, bosnisk-kroatisk-serbisk, somali, fransk og engelsk. Folderen introducerer kort til de forskellige tilbud og muligheder for borgere på 65 år eller derover. Den er oversat til de forskellige sprog på baggrund af befolknings-



sammensætningen og kendskab til målgruppen af borgere på 65 år eller derover med anden etnisk baggrund i København.

Københavns Kommune har også en særlig hjemmeside, www.kenddin-kommune.kk.dk, som indeholder in-

formation om mange af kommunens tilbud og ydelser, herunder sundheds-tilbud, praktisk og personlig hjælp samt plejeboliger. Oplysningerne på hjemmesiden er oversat til forskellige sprog.

Kommunen har også samarbejdet



med Alzheimerforeningen om oversættelse af foreningens folder ”Er det en demenssygdom? 10 advarselstegn”, der kort beskriver demens og symptomer på sygdommen.

Københavns Kommune er klar over, at foldere ikke kan stå alene. Men de er en del af en informationsindsats, som suppleres med dialogmøder med repræsentanter for foreninger, netværk og grupper for etniske minoriteter. Det er kommunens erfaring, at den bedste måde at komme i kontakt med etniske minoriteter er gennem opsøgende arbejde og besøg i de forskellige foreninger, netværk eller grupper samt ved hjælp af nøglepersoner, som taler de ældres modersmål.

Sundhedsformidlere – et eksempel på brug af nøglepersoner

Københavns Kommune har oprettet et korps af sundhedsformidlere, som består af medarbejdere med anden etnisk baggrund. Sundhedsformidlerne er forankret i forebyggelsescentrene og er uddannet til at holde dialogmøder om fx mad og måltider, tandsundhed, rygning og diabetes. Møderne afholdes enten som enkeltstående møder eller som et sammenhængende forløb over 3-6 gange. Indsatsen hedder ”Sundhed på dit sprog”.

Sundhedsformidlerne har også motionshold, der primært er rettet mod

henholdsvis mænd eller kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Der er gode erfaringer med at tiltrække og fastholde kvinder og mænd med anden etnisk baggrund, som ikke har ønsket at tage imod tilbud om at deltage i andre motionstilbud i foreningsregi.

Sundhedsformidlerne har stor succes med at opnå kontakt til etniske minoriteter. I 2012 var der over 3.500 deltagere i aktiviteter og dialogmøder med sundhedsformidlerne. Heraf deltog nogle borgere i flere aktiviteter.

Sundhedsformidlerne fungerer som rollemodeller og har, udover sprogkundskaberne, den fordel, at de har viden om borgernes oprindelsesland og dominerende sundhedsforståelse. En anden fordel er, at sundhedsformidlerne gennem deres netværk har en helt anden og nemmere adgang til borgere med etnisk minoritetsbaggrund. Det er erfaringen, at sundhedsformidlerne bidrager til større tryghed, trivsel og åbenhed blandt borgere med anden etnisk baggrund.

Udvikling af plejeboligtillbud

I de senere år har flere foreninger og grupper for etniske minoriteter i København udtrykt interesse for plejehjem med særligt fokus på ældre med anden etnisk baggrund end dansk. Interessen skyldes ønsket om større mulighed for at mødes og tale med andre beboere, der har samme modersmål,

at der serveres mad, der er tilpasset egne madvaner og behov, og at der er mulighed for at fejre andre højtider end de danske og evt. praktisere egen religion.

Som led i udviklingen af plejeboligtilbuddet foretog Københavns Kommune derfor i 2010 en mindre interviewundersøgelse blandt ældre med anden etnisk baggrund, som boede i plejebolig, og deres pårørende.¹⁹ Formålet var at undersøge, hvad der har betydning for, at ældre etniske minoriteter oplever livskvalitet og tryghed i hverdagen på plejehjem.

Det særlige ved denne undersøgelse er, at udsagnene fra de ældre og deres pårørende bygger på *konkrete erfaringer* fremfor forventninger og forestillinger om, hvordan det er at bo i en plejebolig – som de fleste undersøgelser ellers har fokus på.

Særligt tre forhold viste sig at have afgørende betydning for beboernes trivsel i plejeboligen:

1. Nærhed til familien

Nærhed til familien og hyppig kontakt til de pårørende havde den største betydning for beboernes livskvalitet. De pårørende spiller en stor rolle i hverdagen bl.a. i forhold til kommunikation med personalet på plejehjemmet og i forhold til besøg, men også ved at støtte et godt hverdagsliv for beboeren ved at skabe genkendelighed i form af fællesskab om sprog, mad og samvær i forhold til beboerens

oprindelsesland. Både de ældre og deres pårørende oplyste, at de havde valgt plejebolig efter den geografiske nærhed til familien, og de gav udtryk for, at de med stor sandsynlighed ville prioritere den geografiske nærhed frem for et plejehjem med særligt fokus på etniske minoriteter, hvis det lå i en anden bydel.

2. God kontakt til personalet

Det andet forhold var god kontakt til plejepersonalet. Ifølge beboere og pårørende var det vigtigste, at plejepersonalet viste nærhed og interesse for beboeren frem for at kunne tale beboerens modersmål. Det kunne fx komme til udtryk ved, at personalet gav sig tid til at prøve at forstå og gøre sig forståelige gennem fagter og bevægelser, og at de i det daglige viste varme og omsorg for den ældre.

3. Sociale relationer

Muligheden for at have et socialt liv udover samvær med familien og deltagelse i aktiviteter på plejehjemmet havde også væsentlig betydning for livskvaliteten. Både beboere og pårørende gav udtryk for en grundlæggende bekymring for, at beboeren skulle opleve ensomhed på plejehjemmet pga. begrænsede danskundskaber. Aktiviteter på plejehjem har endvidere ofte en dansk referenceramme, som ældre etniske minoriteter ikke har noget forhold til eller ikke forstår, fx danske sange eller gamle danske film.

Nyt tiltag: Mangfoldighedsplejehjem

Resultaterne fra undersøgelsen indgår i kommunens videre arbejde med udvikling af plejeboligtilbud til ældre med etnisk minoritetsbaggrund og etablering af et mangfoldighedsplejehjem, som blev igangsat i sommeren 2013 på Peder Lykke Centret på Amager.

På et mangfoldighedsplejehjem har beboerne forskellige nationaliteter og etniske baggrunde, og de bor mellem hinanden på tværs af etnicitet, sprog og religion. Mangfoldighedsplejehjemmet giver borgerne mulighed for at vælge et plejehjem, hvor der er større sandsynlighed for at møde andre beboere med samme sprog og interesser, og som man kan fejre fælles højtider sammen med m.m. I det daglige skal personalet understøtte den enkelte beboers behov for fællesskab med andre beboere i forhold til fx sprog, aktiviteter eller højtider. Det er vigtigt, at medarbejderne tager udgangspunkt i hver enkelt beboers livshistorie, ønsker og behov.

Københavns Kommune har været i Holland for at hente inspiration fra et lignende mangfoldighedsplejehjem, som har gode erfaringer med modellen.

Væsentlige faktorer ved etablering af en mangfoldighedsprofil

En række forhold har vist sig væsentlige og har indgået i kommunens konkrete overvejelser.

Beliggenhed

Erfaringer fra Aarhus og resultaterne fra Københavns Kommunes egen interviewundersøgelse viser, at geografisk nærhed til familien har afgørende betydning for valg af plejebolig. Mangfoldighedsplejehjemmet i København bliver derfor etableret i et lokalområde med en høj andel af etniske minoriteter.

Produktionskøkken

Erfaringerne fra Holland peger på, at det er hensigtsmæssigt at have eget produktionskøkken på plejehjemmet for at kunne imødekomme beboernes forskellige ønsker og behov til mad og måltider samt tilberedning af maden. Eget produktionskøkken øger muligheden for tæt dialog med beboerne om deres ønsker og behov og giver samtidig beboere og pårørende større tillid til og tryghed ved madproduktionen, fordi de har mulighed for at gå ud i køkkenet og se, hvordan maden tilberedes.

I Holland er man meget åben over for beboere og pårørende om de vil-

kår og muligheder, som plejehjemmet har i forhold til håndtering og tilberedning af mad. Der er en skarp opdeling af, hvor maden tilberedes, så mad der fx skal tilberedes halal, foregår i et bestemt område af køkkenet. Men bagefter bliver alle køkkenredskaber, uanset hvilken menu de har været anvendt til – halal som ikke-halal – sat ind i samme opvaskemaskemaskine, rengjort samtidig og brugt igen næste dag. Hvis en ovn har været anvendt til fx flæsketeg, bliver den rengjort efter hygiejniske og ikke religiøse principper, hvorefter der fx tilberedes halal-kylling.

Erfaringerne fra Holland, bl.a. om eget produktionskøkken, indgår i Københavns Kommunes videre overvejelser om, hvordan man bedst imødekommer kommende beboeres ønsker og behov mht. mad og tilberedning.

Fysiske rammer

Mange beboere med forskellige etniske baggrunde har forskellige interesser og behov, bl.a. mht. aktiviteter, fejring af forskellige højtider og lignende. Plejehjemmets indretning og fysiske rammer skal derfor være rummelige og fleksible i forhold til behovene for fælles aktiviteter og samvær.

Interkulturelle kompetencer og inddragelse af familien

Personalet skal have særlige interkulturelle kompetencer, som indebærer en grundlæggende kulturforståelse og individuel tilgang til beboernes ønsker og behov for pleje. Det betyder bl.a., at beboerne ikke kategoriseres på baggrund af deres oprindelsesland, og at personalet kan lytte til hver enkelt og aflæse hans/hendes individuelle ønsker og behov.

Inddragelse af familie og pårørende er et kardinalpunkt i samarbejdet med beboeren. Erfaringer fra både Holland og Danmark²⁰ viser, at et godt samarbejde med familie og pårørende har afgørende betydning for beboernes trivsel. Det mindsker også risikoen for konflikter og misforståelser, hvis plejepersonalet er opmærksomme på, at beboeren allerede ved indflytningen udpeger en repræsentant fra familien, som har den primære kontakt til personalet.

Det er samtidig vigtigt, at personalet er åbent og ærlig om, hvilke rammer og muligheder plejehjemmet kan tilbyde. Det kan fx dreje sig om, hvordan maden tilberedes, at det ikke altid er muligt at tilbyde kommunikation på borgerens modersmål, selv om der blandt plejepersonalet er forskellige sprogkunds-kaber, og at man heller ikke kan garantere, at plejepersonale af bestemt køn altid hjælper beboeren.

Det kan fx være vanskeligt i aften- og nattetimer.

Det er Københavns Kommunes ambition, at flere ældre med etnisk minoritetsbaggrund skal have gavn af kommunens tilbud. Med etableringen af et mangfoldighedsplejehjem i København bliver kommunens samlede plejeboligtilbud mere varieret, og tilbuddet om et mangfoldighedsplejehjem kan være med til at øge trykthed og trivsel for nogle ældre med anden etnisk baggrund.

En dynamisk duo – Odense Kommune

*Leder af Forebyggende Hjemmebesøg, Jenny Havn,
Odense Kommune*

I Odense Kommune gennemfører tosprogede medarbejdere forebyggende hjemmebesøg hos ældre med anden etnisk baggrund og driver samtidig det multietniske værested Mimers Brønd, som ligger centralt i Vollsmose.

Denne såkaldte ”dynamiske duo”, som har været en kommunal indsats siden 2005, har vist sig meget hensigtsmæssig, fordi den med relativt begrænsede omkostninger både kan opnå kontakt med og iværksætte forebyggende tiltag for en gruppe ældre, der er særligt udsat, da mange af dem ikke taler dansk og har svært ved at håndtere kontakten til det offentlige. Samtidig er det en gruppe, der vokser markant i antal de kommende 10 år.

Forebyggende hjemmebesøg allerede fra 65 år

Ældre med anden etnisk baggrund tilbydes et forebyggende hjemmebesøg to gange årligt, allerede når de er fyldt 65 år – dvs. 10 år tidligere end etnisk danske ældre tilbydes besøg. Det skyl-

des bl.a., at ældre med anden etnisk baggrund ofte er mere nedslidte og sygdomsramte i en tidligere alder og derfor har behov for en tidligere indsats.

Besøgene foretages af tosprogede medarbejdere, der har en dansk, sundhedsfaglig uddannelse og som sprogligt og kulturelt matcher de største minoritetsetniske ældregrupper. Besøgene er således målrettet ældre fra arabisktalende lande, Iran, Somalia, Tyrkiet, Vietnam og Bosnien.

En rutineret forebyggende medarbejder fungerer som konsulent for de tosprogede medarbejdere og tilbyder både faglig sparring, coaching og praktisk vejledning i fx kommunens elektroniske styresystem, information om muligheder for støtte i kommunen og hjælp til samarbejde med kommunens visitatorer.

Formål med besøget

Besøgene følger samme model som de lovpligtige, forebyggende hjemmebesøg hos ældre over 75 år: Forud for be-

søget sendes et brev på modersmålet, som giver mulighed for at acceptere eller afvise tilbud om hjemmebesøg. Ældre, der ikke kan læse, kontaktes desuden telefonisk, og brevet sikrer i sådanne tilfælde, at pårørende som fx børn også er orienteret.

Formålet med besøget er bl.a.:

- ◆ At tale om, hvordan man kan holde sig i gang fysisk, mentalt og socialt og dermed opnå eller bevare en god livskvalitet.
- ◆ At skabe forståelse for, at det at blive ældre ikke nødvendigvis er ensbetydende med at blive svagere, men at der med alderen kan støde sygdomme eller andre ting til, som kan have forskellige konsekvenser,

og hvad den ældre i så fald selv kan gøre.

- ◆ At skabe tryghed og trivsel samt formidle viden om sundhed. Medarbejderen kan opfange og vurdere problemer og vejlede om løsninger. Samtidig informeres om aktiviteter og andre tilbud i kommunen.
- ◆ At have en fortrolig samtale, idet medarbejderen har tavshedspligt.

Nogle ældre kan være reserverede ved det første besøg, og de kan være usikre på eller bekymrede for, hvad formålet er. Men når det går op

En af de tosprogede medarbejdere på forebyggende hjemmebesøg hos en ældre, somalisk kvinde i Odense Kommune.



for dem, at besøget både er frivilligt og omfattet af tavshedspligt, brydes isen ofte. Og mange oplever for første gang, og sætter stor pris på, at repræsentanter for det offentlige taler direkte til dem på deres eget sprog.

Bryder barrierer

Samtalen er det vigtigste værktøj i de forebyggende hjemmebesøg, og ofte må man lytte til både ord, tonefald og kropssprog for at forstå eller fornemme. Det har derfor stor betydning, at samtalen kan foregå direkte mellem den forebyggende medarbejder og den ældre uden brug af tolk

Ofte åbner besøgene for et væld af spørgsmål, da meget få kan læse og forstå dansk og derfor er sat uden for den almindelige informationsstrøm –

og dermed afhængige af at få viden og information mundtligt. Dette forstærkes af den offentlige digitalisering, hvor bl.a. NemID kan være en særlig udfordring, hvis man aldrig har gået i skole, er analfabet på eget sprog og ikke er født med et cpr.nr.

Desuden mangler minoritetsetniske ældre ofte den viden om at være ældre i Danmark, som de fleste danskere tilegner sig i løbet af et langt liv. Fx at folkepension og pension ikke er det samme, at man kan låne en rol-lator hos kommunen, og at man ikke bliver sat under administration, hvis man flytter på plejehjem.

Mimers Brønd

Når de tosprogede medarbejdere møder ældre, der er ensomme eller sav-



Mimers Brønd – multietnisk værested

Mimers Brønd er et værested for minoritetsetniske borgere over 55 år i Odense Kommune, hvis hovedformål er at bryde ensomhed og social isolation samt at støtte sundhedsfremme og forebyggelse for stedets brugere.

Værestedet drives til daglig af de samme tosprogede medarbejdere, som udfører de forebyggende hjemmebesøg hos kommunens ældre med anden etnisk baggrund. Medarbejderne refererer til lederen af de forebyggende hjemmebesøg, som jævnligt er til stede i værestedet.

Værestedet benyttes af ca. 250 ældre af forskellige nationaliteter, og nogle kommer flere gange dagligt, mens andre kommer en gang om ugen eller måneden. I perioder rejser en del af de tyrkiske og bosniske ældre på ferie i hjemlandet i et par måneder. De arabiske og somaliske ældre kommer stort set dagligt, mens iranske ældre sjældent benytter stedet. Gennemsnitligt har værestedet 400 besøg om ugen.

Der er åbent alle hverdage for alle etniske grupper, men mange foretrækker at komme de dage, hvor medarbejderen med samme sproglige og kulturelle baggrund er til stede.

Mimers Brønd ligger centralt placeret i stueetagen i beboelsesområdet Vollsmose, hvor mange ældre med anden etnisk baggrund bor. Men da næsten halvdelen af kommunens minoritetsetniske ældre bor andre steder i kommunen, er det ofte svært at få dem til at komme til Mimers Brønd.

Der bor ca. 600 ældre med ikke-vestlig baggrund i alderen 65 år og derover i Odense Kommune. De fleste kommer fra Vietnam, Tyrkiet, Bosnien, Iran, Irak, Libanon og Somalia. Antallet ventes at stige til ca. 1.000 i løbet af de kommende 5 år og til 1.500 ældre om 10 år.

ner kontakt med andre fra hjemlandet, kan de henvise til det multietniske værested Mimers Brønd, hvor medarbejderne også er ansat. Dermed kender den ældre i hvert fald én person, hvilket ofte gør det lettere at komme af sted første gang. Medarbejderne tager også gerne nye ældre

under armen ved de første besøg i værestedet og hjælper med at skabe kontakt til andre.

Der er en bred vifte af aktivitetstilbud i værestedet, som tilrettelægges efter brugernes ønsker, bl.a. gymnastik på hold, individuel motion, stavgang, madlavning og kostvejledning, massa-

gestol og en særlig øreakupunktur kaldet NADA, som hos mange hjælper mod søvnbesvær, depression, stress og smerter.

Der er stor tilslutning til temæftermiddage om bl.a. kost, diabetes og demens, som enten foregår i hver sproggruppe for sig eller med flere sproggrupper samlet. De tosprogede medarbejdere står for tolkning og åbning af spørgsmål og debat om emnet for temadagen.

Kontakten til offentlige instanser fylder også meget i hverdagen. Mange er utrygge ved selv at kontakte det offentlige system og bliver bange, når de fx modtager et brev fra kommunen. De tosprogede medarbejdere er en stor hjælp og fungerer ofte som livline

til det danske samfund – de oversætter breve og hjælper med at ringe til sagsbehandleren, forklare symptomer og bestille tid hos lægen, eller med at gøre behov forståelige for fx hjemmeplejen.

Effekten af indsatsen

De tosprogede medarbejdere er nøglen til kontakt til og dialog mellem minoritetsældre og Odense Kommune, og kombinationen af forebyggende hjemmebesøg fra 65 års alderen og Mimers Brønd har vist sig at være en stor succes.

Langt de fleste ældre, svarende til ca. 85 procent af målgruppen, vælger

Som at åbne Pandoras æske

Når tilliden mellem tosprogede medarbejdere og minoritetsetniske ældre er etableret, er det ofte som at åbne Pandoras æske: Et virvar af spørgsmål, problemer og sager af både økonomisk, social, sundhedsmæssig og familiemæssig art dukker op, og det kan være svært for medarbejderne at få overblik og finde ud af, hvor de skal begynde.

Det kræver samtidig en tålmodig og vedholdende indsats at holde kontakt med de mange relevante samarbejdspartnere, som ofte skal inddrages, fx pårørende, hospital, egen læge, borgerservice, hjælpemiddelsagsbehandling, genoptræning, hjemmepleje, visitation, boligselskab og tandlæge m.m.

Det overvejes derfor, om det er muligt at udvikle et særligt tværfagligt og tværsektorielt "specialist team" i kommunen med erfaringer i at løse disse meget tidskrævende og komplicerede opgaver, som ofte kræver mange forskellige former for viden og indsigt.

at tage imod de forebyggende hjemmebesøg, hvilket er markant flere end blandt gruppen af etnisk danske ældre. Det kan tolkes som udtryk for, at ældre med anden etnisk baggrund har stort behov for medarbejdernes hjælp og vejledning. Set i lyset af, at mange minoritetsetniske ældre er bekymrede for at kontakte kommunen, bl.a. på grund af dårlige erfaringer fra deres hjemlande, kan interessen for at modtage besøg også ses som en tillids-erklæring til de tosprogede medarbejdere.

Samtidig er brugen af Mimers Brønd voksende, og værestedet udgør i dag et fast samlingspunkt for mange ældre. At medarbejderne taler samme sprog og er kendte ansigter fra de forebyggende hjemmebesøg skaber tryk-
hed for mange, og er i nogle tilfælde en forudsætning for at lokke meget ensomme og isolerede ældre ud af deres hjem og hen i et fællesskab med andre.

De tosprogede medarbejdere er i mange situationer også brobyggere, når minoritetsetniske ældre skal bruge andre af kommunens tilbud som fx træning eller personlig pleje. Medarbejderen kender den ældres kulturelle baggrund og samlede situation, både fysisk, psykisk og socialt, og kan derfor hjælpe med information, med at oversætte og afklare evt. behov.

Samarbejde med frivillige organisationer

Mimers Brønd har i samarbejde med Dansk Arbejder Idræt opbygget idrætsforeningen *Healthy People*, der i dag fungerer som en selvstændig idrætsforening med op mod 100 medlemmer med anden etnisk baggrund. Samarbejdet med *Healthy People* er stadig nært og i udvikling. Mimers Brønd stiller lokaler til rådighed og støtter i forhold til sprogbarrierer ved at samarbejde med instruktører til de forskellige sproggrupper.

I 2012 etablerede Mimers Brønd et samarbejde med Røde Kors om besøgsvener til borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Denne ordning er i sin spæde start og er målrettet ensomme ældre, som har svært ved selv at komme til Mimers Brønd. Her spiller de tosprogede medarbejdere igen rollen som brobyggere i forhold til sprogbarrierer og opbygning af tillid mellem den enkelte ældre, besøgsvennen og Røde Kors som frivillig forening.

Centrale erfaringer

- ◆ **Engagement og vilje:** Ældre med anden etnisk baggrund overses let i det kommunale system. Indsatser og initiativer afhænger derfor ofte af ildsjæle, der finder det vigtigt at tale de ældres sag ”indad” og ”opad” i det kommunale system.

- ◆ **Overblik over gruppen:** Overvejelser om særlige initiativer eller en indsats bør starte med at skabe overblik over ældre med anden etnisk baggrund i kommunen: Hvor mange er der, hvilke sprog taler de, og hvad er deres – og kommunens – behov?
- ◆ **Tosprogede medarbejdere og rekruttering:** Det er en god idé og ofte helt nødvendigt at starte med at ansætte tosprogede medarbejdere for overhovedet at komme i kontakt med minoritetsetniske ældre og dernæst få indblik i deres behov. Der skal ofte afsættes ressourcer til opsøgende kontakt, særligt i starten, og det er en fordel at benytte eksisterende netværk som etniske foreninger og klubber, og særlige nøglepersoner i de etniske miljøer, som forbindes med autoritet og respekt.
- ◆ **Sammenhæng i indsatsen:** Et åbent værested er en god og trykramme om mange aktiviteter for ældre med anden etnisk baggrund, som giver mulighed for at bryde isolation og skabe kontakt mellem kommunen og de ældre. Forebyggende hjemmebesøg med tosprogede medarbejdere, som er medansvarlige for begge indsatser, fungerer rigtig godt. Værestedet skal være centralt placeret i ældres nærmiljø, så det er nemt at komme til.
- ◆ **Frivillighed:** Mange ældre har dårlige erfaringer med offentlige instanser, og nogle har i hjemlandet oplevet alvorlige konsekvenser af at lade sig registrere. Tilbud, der er åbne og frivillige, virker derfor bedst. Regler om tavshedspligt er helt afgørende for mere fortrolige samtaler.
- ◆ **Opfattelse af tid:** Brugere af Mimers Brønd har generelt en anden indstilling til begrebet tid end de fleste danskere. ”Tiden går ikke – tid er noget, vi har”. Det kan give udfordringer i forhold til arrangementer og andre aktiviteter, som foregår på bestemte tidspunkter.
- ◆ **Aktivitetstilbud:** Aktiviteterne skal være interessante og afspejle brugernes behov og ønsker. Arrangementer, der på den ene eller anden måde vedrører mad, har stor tilslutning, og de kan suppleres med undervisning eller information.

Mange har voldsomme oplevelser bag sig i forbindelse med krig, flugt og ophold i flygtningelejre. NADA, som er en særlig form for øreakupunktur, har overvældende interesse og tilslutning fra alle etniske grupper, der tilkendegiver, at NADA giver bedre søvn, appetit og såvel fysisk som psykisk ro og overskud. Virkningen opleves så væsentlig, at mange kommer længe før det aftalte tidspunkt.

Yderligere information

Odense Kommunes indsats er bl.a. beskrevet i pjecerne, "**Nu kan jeg snakke med kommunen**" og "**Evalueringsrapport Mimers Brønd**", som kan hentes på kommunens hjemmeside: www.odense.dk

Interesserede er også velkomne til at kontakte:

Jenny Havn

Leder af Forebyggende Hjemmebesøg

Tlf. 30 94 27 57

Mail: jhcl@odense.dk

Det multietniske aktivitetshus Mosaikken – Esbjerg Kommune

Daglig leder Charlotte Kaarsberg, og sundhedscoach Birgit Klockmann
Jørgensen, Sundhed & Omsorg, Esbjerg Kommune

Esbjerg Kommune har i de seneste 5 år prioriteret en særlig indsats i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, som er målrettet etniske minoriteter, heriblandt ældre. Det er primært sket gennem tre spor, som skaber en sammenhængende indsats: Det multietniske aktivitetshus Mosaikken, etniske sundhedsformidlere og etnisk sundhedscoach.

Mødested og aktivitetshus

I Mosaikken mødes ældre med forskellige etniske og religiøse baggrunde hver dag over en kop kaffe, en tur på motionscykler, træning af det danske sprog eller for at tale med andre ældre på eget sprog om store og små spørgsmål eller bekymringer – og om det at blive gammel i et andet land end hjemlandet.

Nogle har et brev med fra fx kommunen, som de gerne vil have husets tosprogede medarbejdere til at over-

sætte, mens andre ønsker hjælp til at forstå en regning eller bestille tid hos lægen o.lign. Nogle kommer samtidig for at få en individuel snak med sundhedscoachen om kost og diabetes, få målt blodtryk og vægt eller for at få uddybet det med motion og sund livs-

”Vi var nogle medarbejdere i kommunen, som oplevede, at mange ældre med anden etnisk baggrund ikke trivedes og sad meget isolerede i deres boliger. En del var også ensomme. De talte ikke dansk, forstod ofte ikke hvad der foregik omkring dem og vidste ikke, hvor de skulle henvende sig, hvis de havde brug for hjælp. Derfor tog vi initiativ til at starte en samværsgruppe, som så senere har udviklet sig til Mosaikken”.

Charlotte Kaarsberg,
daglig leder af Mosaikken

Ældre med anden etnisk baggrund i Esbjerg Kommune

Esbjerg Kommune har i 2013 knap 400 borgere på 60 år og derover, som kommer fra ikke-vestlige lande. De største nationalitetsgrupper er bosniere, tyrkere, vietnamesere, irakere, somaliere og libanesere – i nævnte rækkefølge.

stil. Andre for at deltage i kreative aktiviteter og øve samtale på dansk, som er fællessproget i huset.

Fælles for dem er, at Mosaikken udgør en tryk base, der er med til at give indhold i hverdagen og bryde social isolation og ensomhed. De møder andre mennesker, opbygger netværk, kommer i kontakt med etniske danskere – ofte for første gang – får råd og vejledning om sundhed, og hjælp til at forstå og navigere i det danske samfund.

Dermed fungerer huset også som igangsætter for større selvhjulpenhed. For nogle betyder det konkret, at de så tør bevæge sig ud, tage bussen og selv kontakte offentlige instanser. Eller at de føler sig sikre på, at de nu kan gøre sig forståelige, hvis de får brug for at ringe 112.

Samtidig har huset vist sig at være et rigtigt godt tilbud til ældre, der har traumer og på anden vis er belastede

som følge af bl.a. krig og uroligheder i deres hjemlande. Mosaikken er et sted, hvor de kan få ro fra hverdagens problemer, slappe af og få de dårlige minder lidt på afstand.

Mosaikken er brobygger

Mosaikken er i løbet af årene blevet en central platform, hvorfra kontakten til mange af kommunens ældre med anden etnisk baggrund etableres – som det ellers har været vanskeligt at komme i dialog med. Samtidig spiller huset en vigtig rolle i forbindelse med de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag, som iværksættes i kommunen over for denne målgruppe.

Et meget populært tilbud er fx sundhedsformidling om forskellige emner som kost, motion, kroniske

Fisketur ved sø ved Esbjerg 2009



sygdomme, stress, tandsundhed og sundhedssystemets opbygning. Det er kommunens etniske sundhedsformidlere, der i samarbejde med Mosaikken kommer i huset og fortæller om

emnerne på deltagernes modersmål. Sundhedsformidlerne har forskellige etniske og uddannelsesmæssige baggrunde og er samtidig tosprogede. Mange ældre får ny indsigt i sam-

Fakta om Mosaikken

Mosaikken er et multietnisk aktivitetshus for borgere i Esbjerg Kommune på 60 år og derover samt yngre førtidspensionister, der har anden etnisk baggrund end dansk.

Mosaikkens hovedformål er at forebygge og afhjælpe sundhedsmæssige og sociale problemer blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund samt at forbedre deres fysiske, psykiske og sociale almentilstand, så både livskvalitet, trivsel og evnen til at mestre dagligdagen styrkes.

Huset drives af Esbjerg Kommune med en årlig budgetbevilling på ca. 900.000 kr. og er et gratis og åbent tilbud – der er hverken visitation eller formel registrering af brugerne. Der er ansat en daglig leder og tilknyttet en række fortrinsvis timelønnede tosprogede medarbejdere, som ikke har en bestemt uddannelsesbaggrund men taler de sprog, der er mest udbredte blandt ældre i kommunen. Tilbuddet dækker dermed hovedsageligt de største nationalitetsgrupper i Esbjerg Kommune.

Mosaikken er etableret i en større stuelejlighed i et boligområde, hvor en stor del af kommunens minoritetsetniske ældre bor, og der er åbent alle hverdage kl. 10-16.

I 2012 havde Mosaikken kontakt til cirka 150 borgere i målgruppen, heraf kom 80 personer jævnligt i huset. Det daglige antal brugere varierer, men ligger gennemsnitligt på ca. 35 brugere.

Mosaikken åbnede i 2008 som et forsøgsprojekt støttet af statslige puljemidler. Ved projektets udløb i 2009 overgik aktivitetshuset til kommunal drift og har siden været et fast tilbud i kommunen.

Samlet set udgør Mosaikken kernen i en mere helhedsorienteret indsats, der både bidrager til at øge minoritetsetniske ældres sundhed og trivsel og til at understøtte deres handlekompetence og ageren i samfundet som helhed. Desuden får brugerne via Mosaikken en anderledes og mere positiv tilgang til "kommunen".

menhængen mellem livsstil, sundhed, sygdom og trivsel, og flere tager – suppleret med vejledning fra sundhedscoachen – initiativer til at leve sundere.

Mosaikken skaber også kontakt mellem de ældre og kommunens fysio- og ergoterapeuter, sundhedsklinik og visitation. Og der er et tæt samarbejde lokalt, bl.a. med det nærliggende pleje- og områdecener. Fx benyttes centrets sundhedsklinik ofte af Mosaikkens brugere sammen med en af de tosprogede medarbejdere som tolk. Og klinikens sygeplejerske kommer efter aftale i Mosaikken, hvor hun bl.a. vejleder om medicin og forskellige sygdomme.

Samtidig indgår en række samarbejdspartnere i Mosaikkens tilbud som oplægsholdere, medarrangører, udfører af tilbud m.m. Det er bl.a. læger, terapeuter, lokale foreninger, daghøjskole, den kommunale visitation og personale fra Afdelingen for Traume- og Torturoverlever i Region Syddanmark.

Tosprogede medarbejdere er en forudsætning

Da størstedelen af Mosaikkens brugere taler og forstår meget lidt dansk, er tosprogede medarbejdere helt afgørende for husets succes, og uden dem ville Mosaikken ikke være det sted, det er i dag. De bidrager især til:

- ◆ at rekruttere (nye) ældre, bl.a. ved at udbrede kendskabet til Mosaikken i de etniske miljøer

”Grundtanken bag Mosaikken er, at sociale netværk og relationer har afgørende betydning for menneskers sundhed og trivsel. Og at netværksaktiviteter ofte er en forudsætning for at udbrede viden om sundhed og sygdom til denne gruppe.

For nogle ældre betyder dét, at de vil hen i Mosaikken, at de faktisk kommer ud, ser noget andet og får gået turen herhen. Og det alene kan være målet for os nogle gange”.

Birgitte Klockmann Jørgensen,
sundhedscoach, Esbjerg Kommune

- ◆ at informere mundtligt og kontakte brugerne om aktiviteter og arrangementer
- ◆ at stå for kulturformidling/brobygning, fx i form af tolkning ved daglig rådgivning og vejledning samt i forbindelse med aktiviteter, hvor der skal formidles viden til brugerne
- ◆ at skabe tryghed for de brugere, som kun forstår meget lidt dansk, da de kan tale med brugerne på eget sprog
- ◆ at fungere som positive rollemodeller, fx ved at udfordre vaner og myter

Aktiviteter i Mosaikken

De faste, ugentlige aktiviteter er dansk sprogtræning, motion, information og kurser om sundhed, samt kreative og sociale aktiviteter som madlavning, fællesspisning og håndarbejde.

Derudover tilbydes daglig rådgivning og vejledning, bl.a. hjælp til at læse og forstå breve fra myndigheder og til at tage kontakt til dem samt til fx læge, sygehus, hjemmepleje, sagsbehandlere og visitationen. Denne hjælp er meget afgørende for mange af brugerne pga. sproglige barrierer.

Der afholdes jævnligt arrangementer med information om det danske samfund, dansk kultur og emner inden for sundhed og sygdom. Desuden arrangeres ture ud af huset, der øger kendskabet til det danske samfund og til eget lokalområde.

Samarbejde med frivillige

I samarbejde med Dansk Flygtningehjælp og Dansk Røde Kors er det lykkedes at etablere to frivilligrupper i Mosaikken. Grupperne indgår i eller står for nogle af de faste aktiviteter og hjælper med planlægning og afvikling af større arrangementer og ture. De frivilliges indsats har stor betydning for udbuddet af aktiviteter og arrangementer i Mosaikken.

Det er meget svært at rekruttere ældre, hvis der ikke er en medarbejder i huset med samme sproglige eller etniske baggrund. Og når en medarbejder med anden etnisk baggrund forsvinder, mister huset ofte brugere fra samme sproggruppe – og det kan tage tid at genopbygge kontakten.

Jævnlig udskiftning af medarbejdere skaber derfor uro og usikkerhed i huset. Det er imidlertid en løbende udfordring både at dække brugernes behov og at fastholde medarbejderne i længere perioder, da de fleste er time-

lønnede og kun har få ugentlige timer pr. sproggruppe.

Medarbejderne har ikke en bestemt uddannelsesbaggrund men vælges primært ud fra bl.a. sprog og personlige kompetencer. Og det har desuden vist sig at være en god idé at stikke et par følere ud, inden personen vælges, for at sikre, at den pågældende ikke har et omdømme, der kan skabe mistillid blandt brugerne.

"Jeg er stolt i dag, jeg var i banken helt alene og fik mig tilmeldt Betalingsservice".

"Før jeg kom i Mosaikken, græd jeg hver dag – nu græder jeg ikke mere".

"Det er dejligt at lære helt almindelige danskere at kende".

"Det er godt, fordi man får viden om sundhed, som man kan bruge i sin hverdag".

"Jeg har lært at bruge mindre sukker i teen og kigge efter "nøglehulsmærker", når jeg køber ind".

Udsagn (oversat) fra ældre i Mosaikken

"Jeg havde før hørt om Nordjylland og Skagen, men jeg var ligeglad, fordi jeg ikke havde været derovre – men nu er det noget helt andet, fordi jeg selv har set det og nu husker jeg det".

"Jeg var meget, meget træt og det var hårdt, men det var lige meget, for jeg var glad, meget glad, fordi vi var sammen, alle sammen og bare grinede og hyggede os, lige meget om det var somaliere, arabere, vietnamesere".

Udsagn fra to ældre, der var med på et ferieophold arrangeret af Mosaikken og EGV – Ensomme Gamles Værn

Synlig ledelse er vigtig

Det er vigtigt at have en leder i huset, som både har ansvar for den daglige drift og for at skabe rammerne for aktiviteterne i hverdagen. Men også en synlig leder, der kan gå forrest og skabe en god atmosfære og "ånd" i huset for både brugere og medarbejdere, bl.a. ved at tage imod nye, lære brugerne at kende samt ikke mindst ved at vise, at der plads til alle, uanset etnisk, sproglig eller religiøs baggrund. Det er også lederen, der står for den formelle information til brugerne om fx arrangementer – med medarbejderne som brobyggere og oversættere – og som tager sig af eventuelle uoverensstemmelser eller konflikter i huset. Den rolle kan det være sværere for medarbejderne at påtage sig.

Mosaikkens erfaringer – og anbefalinger til andre, der ønsker at etablere væresteder o.lign. for ældre med anden etnisk baggrund:

- ◆ Udvalg nøje den geografiske placering, da modet og viljen til at bevæge sig ret langt væk fra hjemmet ofte er meget lille.
- ◆ Sørg for genkendelighed, da det giver tryghed: Dvs. samme fysiske mødested og samme medarbejdere – og kaffe på kanden.

- ◆ Hav faste åbningstider hver dag. Skiftende åbningstider fungerer dårligt. Det gælder også tilbagevendende aktiviteter – faste ugedage og faste tidspunkter.
- ◆ Tilknyt tosprogede medarbejdere eller frivillige, da de, udover at tale samme sprog, kender de ældres kulturelle og sproglige baggrunde, og derfor har særlig gode forudsætninger for at forstå og hjælpe. De er således vigtige brobyggere.
- ◆ Vær fleksibel og rummelig. Selv om der er planlagt en bestemt aktivitet, kan det være, at en telefonregning eller et brev fra myndighederne fylder så meget, at det først skal håndteres. Derefter er der ”ro” til fx at modtage undervisning eller tale om kost og motion.
- ◆ Hav en overordnet plan og strategi, men ikke alt skal være på plads og planlagt fra starten. Det er ikke altid indlysende, hvilke tilbud der vokser og er populære, bl.a. fordi minoritetsetniske ældre også flytter sig mentalt i kraft af nye sociale netværk og øget viden.
- ◆ Udnyt allerede kendt viden om etniske minoriteter og ældre i kommunen, bl.a. om deres behov og interesserer. Men spørg også de ældre selv, og spørg i de etniske foreninger og hos fx integrations-

Et hus for alle på alle dage

I begyndelsesfasen var det en udfordring at få de forskellige nationalitetsgrupper til at acceptere, at Mosaikken skulle være åben for alle, på alle dage, og uanset køn og nationalitet. Der var ønske om én dag for bosniere, én dag for tyrkere osv. Og der blev udtrykt ønske om en ugentlig dag kun for kvinder.

Det blev dog fastholdt, at huset skulle være for alle på alle dage. For at sikre det i praksis sørges så vidt muligt for, at der dagligt er en tosproget medarbejder i huset fra de største sproggrupper, og der er ingen dage, hvor kun kvinder eller mænd er velkomne. Til gengæld tilbydes kønsopdelte aktiviteter.

I dag fremhæver mange brugere det netop som positivt, at huset rummer alle nationaliteter på én gang, og det er tydeligt, at det giver fællesskab og skaber sociale netværk imellem de forskellige etniske grupper. Samtidig har det vist sig uproblematisk, at både mænd og kvinder er i huset på samme tid.

konsulenter og medarbejdere med anden etnisk baggrund i kommunen.

- ◆ Sørg for at få et godt samarbejde med alle i lokalmiljøet, fx hjemmepleje, plejecentre, foreninger, afdelingsbestyrelser, borgere, boligsociale medarbejdere og viceværter. Vær i dialog med dem, fx ved at hjælpe hinanden i hverdagen og invitere til åbent hus eller arrangementer som fødselsdage og jul.
- ◆ Skab netværk, godt samarbejde og gode forbindelser ind i og opad i det kommunale system til beslutningstagere og politikere. Det er vigtigt at få det politiske niveau med hurtigt – ellers risikerer indsatsen for ældre med anden etnisk baggrund at blive glemt eller overset.

Yderligere information

Interesserede er velkomne til at kontakte:

Charlotte Kaarsberg,
leder af Mosaikken

Tlf. 75 14 01 82

Mail: cka@esbjergkommune.dk

Birgit Klockmann Jørgensen,
sundhedscoach

Tlf.: 76 16 32 75

Mail: jorg@esbjergkommune.dk

Ældre med anden etnisk baggrund er ofte en usynlig gruppe i kommunerne. Der skal derfor være nogle medarbejdere eller ildsjæle, der peger på deres behov. Nogle der vil tale deres sag og brænder for det. Ellers risikerer man, at de bliver overset.

Charlotte Kaarsberg,
daglig leder af Mosaikken

Der laves falafel, Mosaikken 2013



Det gode møde – inspiration til medarbejderes møde og kommunikation med minoritets-etniske ældre i ældreplejen – Aarhus Kommune

Teamleder Kristian Dall, Aarhus Kommune

Kristian Dall var i 2009 en af hovedkræfterne bag projektet "Krop og religion" i Aarhus Kommune, som er baggrunden for denne artikel. Kristian Dall arbejder imidlertid ikke længere med området. Al eventuel henvendelse om kommunens indsats m.m. for ældre og flygtninge skal derfor ske til Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune.

Religiøse og kulturelle forskelle spiller kun en mindre rolle for mødet mellem personale og ældre flygtninge og indvandrere med behov for omsorg og pleje. Derimod har åbenhed, respekt og faglige kompetencer stor betydning – som det har i alle andre møder i ældreplejen mellem personale og ældre uanset kulturel og religiøs baggrund.

Dette er en af hovedkonklusionerne i projektet "Krop og religion", der blev gennemført i Aarhus Kommune for at få viden om, hvilken betydning religion og kultur har for gode relationer mellem plejepersonale og ældre med anden etnisk baggrund.

Med afsæt i undersøgelsen er der udarbejdet inspirationsmateriale og anbefalinger til personale i ældreple-

jen, der føler sig usikre ved at møde andre kulturer. I det følgende gengives kort nogle af undersøgelsens hovedkonklusioner og anbefalinger.

Mennesket før kulturen

Undersøgelsen viser, at mødet som regel foregår ganske uproblematisk: Personalet optræder høfligt, respektfuldt og imødekommende og leverer den visiterede ydelse med høj faglighed. Og den ældre er tilfreds med og taknemmelig for hjælpen. Begge parter er opmærksomme på, at mødet har et bestemt formål – praktisk hjælp, omsorg og pleje, eller træning – og at det er dette formål, der definerer mødet.

Mødet kan dog for begge parter,

oftest i starten, være forbundet med usikkerhed og utryghed. Fx havde nogle af medarbejderne i undersøgelsen forud for deres arbejde blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund nogle forestillinger om, at det krævede en særlig form for tilpasning og et kulturelt/religiøst kendskab. Men de erfarede efter kort tid, at det ikke var tilfældet. Åbenhed, interesse og respekt for den enkelte ældre – og eventuelt for anderledes eller uventede måder at gøre tingene på – var vigtigere for en god kontakt og relation, og de fleste ældre forventede ikke, at personalet på forhånd kendte til kulturelle eller religiøse normer og rutiner i hjemmet. Derfor var de fleste

også forstående, hvis personalet kom til at ”gøre noget forkert”.

Udfordringer i mødet

Som når personale løser opgaver hos etnisk danske ældre, kan der også i mødet med ældre med etnisk minoritetsbaggrund opstå misforståelser og frustrationer som følge af uafklarede forventninger og uindfrie ønsker. Som oftest bunder dette i utilfredshed med serviceniveauet eller ulykkelige private omstændigheder.

Mange misforståelser kan forebygges ved at afklare forventningerne – både ved det første møde og under-

Projekt ”Krop og religion”

Aarhus Kommune og Stiftsudvalget for Islam og Kristendom under Århus Stift gennemførte i årene 2006-2009 projektet, der bestod i en kvalitativ undersøgelse af, hvilken betydning religion og kultur har for mødet mellem medarbejdere i ældreplejen og ældre flygtninge og indvandrere.

I undersøgelsen blev 34 medarbejdere, ældre flygtninge og indvandrere samt pårørende interviewet. De var alle grundlæggende enige om, hvad der er afgørende for en god relation. Som hos alle andre borgere lykkes indsatsen, når faglighed kombineres med respekt, åbenhed, tydelighed, fleksibilitet, grænsesætning og tolerance.

Undersøgelsen resulterede bl.a. i en projektrapport og i pjecen ”*Det gode møde. Inspiration til medarbejdere, der løser opgaver hos ældre flygtninge og indvandrere indenfor pleje og praktisk hjælp*”.

Både projektrapporten og pjecen kan downloades fra ÆldreForums hjemmeside www.aeldreforum.dk ved omtalen af denne publikation, ”Ældre med anden etnisk baggrund – viden og inspiration til indsats”.

vejs, hvis borgerens behov eventuelt ændrer sig. For at opnå god kontakt er det også vigtigt at tydeliggøre, hvad personalet kan og vil hjælpe med, hvad deres rolle er, og hvor deres grænse går.

I nogle tilfælde kan der opstå misforståelser, som er forbundet med kulturelt eller religiøst betingede forventninger eller ønsker, fx hvordan man hilser på hinanden, om personalet tager skoene af i entréen, eller særlige religiøse behov ved alvorlig sygdom og død, som ikke er blevet afklaret. Det kan også handle om, at den ældre kun ønsker personlig pleje af medarbejdere med et bestemt køn.

Oftest finder man frem til en forståelse og pragmatisk løsning, og det har vist sig, at mange ældre er villige til at fortolke kulturelle normer og religiøse påbud eller forskrifter på en måde, så de ikke blokerer for nødvendige behandlingsmæssige tiltag.

Fx fortalte en ældre muslimsk

”Jeg havde førhen nogle forestillinger om, at man skulle være speciel for at arbejde herude [Aarhus Vest], det har jeg ikke mere. Du skal bare være naturlig, så bliver du tilgivet, hvis du laver noget, der ikke passer ind i deres system”.

Jette,
medarbejder i undersøgelsen

”De religiøse forskelle mellem medarbejderen og min mor har overhovedet ikke nogen betydning. Det er den måde, man er på – om man er sød og rar – det er det vigtigste”.

Azra, pårørende i undersøgelsen

kvinde i et af interviewene, at hun indvilligede i at lade en mandlig sygeplejerske injicere insulin i hendes ben, selv om hun opfattede det som urent at lade sig ”se” af en fremmed mand. Injektionen i benet, i stedet for som normalt i maveskindet, udgjorde det kompromis, der både tilgodeså kvindens religiøse identitet og nødvendigheden af at fortsætte behandlingen af hendes diabetes.

At møde det enkelte menneske

Undersøgelsen viser således, at religiøst eller kulturelt funderede ”regler” og ”påbud” ikke er statiske, men fortolkes individuelt og forskelligt afhængigt af temperament, baggrund, livsomstændigheder og kontekst. Og dette er netop en af undersøgelsens hovedpointer. Minoritetsetniske ældre er m.a.o. lige så forskellige som alle andre ældre, og det giver derfor ikke mening at forestille sig, at man gennem forhåndskendskab til en given kultur og religion ved, hvad der er

særligt vigtigt for netop denne ældre, og hvordan plejesituationen dermed skal håndteres. Eller at misforståelser og konflikter kan forebygges, hvis personalet blot tilegner sig nok viden om specifikke kulturer og religioner.

Generel viden om forskellige kulturer og religioner kan naturligvis lette kommunikationen og hjælpe medarbejderen til bedre at forstå ønsker, synspunkter og reaktioner. Og opmærksomhed på skik og brug i familien kan være med til at forebygge misforståelser. Men skik og brug kan ikke afledes direkte af en bestemt kultur eller religion, og man kan ikke bruge religion som facitliste eller rettesnor

"Jeg tager altid udgangspunkt i den, jeg kommer hos... og kultur er jo en del af individet og baggrunden. Men... Jeg tænker jo ikke, at nu skal jeg ud til én fra Tyrkiet i dag, så nu skal jeg gøre sådan. Jeg tænker, nu skal jeg over til Fatme. Og Fatme er den person. Det indebærer, at hun måske har nogle andre måder at forholde sig til tingene på, fordi jeg ved sådan og sådan om Fatme. Det er jo ikke anderledes, end når jeg skal over til fru Jørgensen, hvor jeg skal tale i hendes venstre øre, fordi hun er lidt tunghør".

Lizzie,
medarbejder i undersøgelsen

for, hvad der for den enkelte ældre er "rigtigt". Forståelse af individuelle ønsker kræver derimod åbenhed i mødet med det enkelte menneske.

Kultur og religion som forklaringsmodeller, når borgeren ikke overholder "spillereglerne"

Af undersøgelsen fremgik det, at flere medarbejdere oplever, at der kan være særlige udfordringer forbundet med at løse opgaver hos ældre med anden etnisk baggrund, og at disse udfordringer hænger sammen med den kulturelle baggrund eller religion. Frustrationen opstår bl.a., når den ældre borger ikke "agerer" i overensstemmelse med medarbejdernes forventninger og ønsker, og det kan for medarbejderne opleves som en bevidst eller ubevidst besværliggørelse af arbejdet.

Nogle af disse frustrationer skyldes ofte at:

- ◆ borgeren er diffus i beskrivelsen af sine symptomer: "Det gør ondt over det hele", kan være en typisk kommentar, hvilket gør det svært at foretage en faglig vurdering af helbredstilstanden. Samtidig er der ofte en fornemmelse af, at den fysiske smerte er et udtryk for magesløjshed, ensomhed, savn og tristhed.
- ◆ borgeren er svær at motivere til at ændre sine kost- og motionsvaner,

eller at aftaler om kost og motion ikke overholdes. Dermed er det svært at nå evt. opstillede mål om, at borgerens helbredstilstand skal forbedres, og at borgeren skal blive mere selvhjulpne.

- ◆ borgeren beder om hjælp til at kommunikere med andre offentlige

”Jeg kan ikke lige forklare, hvordan de forskellige trosretninger er, men det behøver man heller ikke at kunne udenad. Når man kommer ind i et hjem og fornemmer tingene, så får man hurtigt en fornemmelse af, hvordan det er. Det synes jeg ikke, jeg har nogle problemer med”.

Dorte,
medarbejder i undersøgelsen

”Når døren går op, så bruger jeg mine øjne med det samme, ser på hvad personen gør. Uanset om man kommer i et dansk hjem eller et fremmed hjem, så gør man sig de observationer. Man fornemmer sig på plads, sådan at man virkelig kan vinde tilliden, så de synes, det er på den rigtige måde, man kommer ind i deres hjem”.

Vivi,
medarbejder i undersøgelsen

myndigheder. En opgave, der kan frustrere medarbejderen, fordi der ikke er tid til at imødekomme ønsket om hjælp.

Det kan således være en svær balance både at sikre optimal pleje og omsorg, og at udvise den nødvendige forståelse og respekt. Faglig sparring i personalegruppen og afprøvning af nye muligheder for dialog og samarbejde kan derfor være særligt nødvendigt i nogle situationer.

Gode råd til dig som medarbejder

Ældre med anden etnisk baggrund udgør ikke en særlig gruppe, der skal behandles helt anderledes end andre borgere med behov for omsorg og pleje. Alligevel kan mødet med ældre, der har anden kulturel og religiøs baggrund, give anledning til usikkerhed. Med afsæt i undersøgelsen har Aarhus Kommune derfor udarbejdet en pjece med bl.a. følgende råd og forslag, der kan medvirke til at skabe et godt forhold til og samarbejde med minoritetsetniske ældre:

- ◆ Vær åben og interesseret i den ældre nydanskers liv – de fleste mennesker kan lide at tale om sig selv.
- ◆ Det kan være en god idé at bruge tolk i forbindelse med de(t) første møde(r) (med en ny borger).

- ◆ Spørg direkte til borgerens behov og ønsker. Det kræver mod at stille direkte spørgsmål, men med direkte dialog undgås mange misforståelser, der opstår som følge af forskellige forventninger.
- ◆ Vær fleksibel i forhold til at opfylde borgernes ønsker – naturligvis inden for rimelighedens grænse.
- ◆ Udvis respekt og tolerance i mødet – allerede i døråbningen. Tillid opbygges fra første øjekast, og tillid er en forudsætning for god kommunikation.
- ◆ Undgå at optrappe mulige konflikter til principalsager – men vær tydelig i forhold til grænser – både dine egne grænser og grænserne for den hjælp og pleje, du som medarbejder skal levere.
- ◆ Du kan vise interesse og skabe gode relationer ved at være opmærksom på højtider og ved at udvise interesse for familien.
- ◆ Vær dig selv. Fejl tilgives. Generelt er ældre medborgere meget imødekommende og taknemmelige for at modtage hjælp. Det gælder også for ældre flygtninge og indvandrere.
- ◆ Overkom berøringsangsten over for svære emner, og lad være med at være bange for at blive opfattet som dum eller racistisk, fordi du ikke kender til personens kultur eller religion – eller fordi du ikke kan imødekomme særlige ønsker. De ældre skal nok selv sige fra, hvis du spørger om noget, de ikke ønsker at svare på.
- ◆ Hos nogle familier er det vigtigt, at mændene i familien inddrages i beslutningerne. Spørg derfor direkte, hvordan beslutningerne foregår. Det gør det lettere at få afstemt forventninger.
- ◆ Stå ved din faglighed. Den skal hverken overskrides eller suspenderes, men bestræb dig på at forklare årsagen til givne regler eller grænser. Det øger chancerne for at undgå misforståelser.
- ◆ Del dine erfaringer med din ledelse og dine kolleger.
- ◆ Hvis du har en særlig baggrundsviden om bestemte kulturer eller religioner, så brug den til at stille kvalificerede spørgsmål til det enkelte menneske – og ikke til at forme faste forestillinger om, hvordan det enkelte menneske forholder sig til tilværelsens spørgsmål.
- ◆ Akkurat som hos ældre med etnisk dansk baggrund er der også blandt ældre flygtninge og indvandrere borgere, som har forventninger, der gør samarbejdet vanskeligt. Anerkend samtidig, at du ikke opnår noget ved at søge efter kulturelle eller religiøse forklaringer på, hvorfor det forholder sig på den måde.

- ◆ Vær særlig opmærksom på religiøse behov ved alvorlig sygdom og død – det kan eksempelvis være holdninger til livsforlængende behandling, smertelindring, og hvordan man taler om døden i forbindelse med uhelbredelig sygdom. Det kan være en god idé at formulere spørgsmålene meget generelle – i stil med: *Hvordan gør man blandt kristne assyrere fra Irak, når et menneske er meget sygt og lægerne ikke mener, at de kan gøre så meget mere for at hjælpe?*
- ◆ Gør dit bedste inden for de givne rammer. Det betyder, at du også skal acceptere, at din indsats ikke nødvendigvis medfører det ønskede resultat. Her er der ingen forskel på dit arbejde hos nydanskere og etniske danskere.

10 hurtige råd

- ◆ Vær dig selv.
- ◆ Stå ved din faglighed og dine grænser – og udvis gerne fleksibilitet.
- ◆ Mød det enkelte menneske som det er og ikke som en repræsentant for en bestemt religion eller kultur.
- ◆ Vær nysgerrig og stil spørgsmål.
- ◆ Husk på, at det ikke forventes, at du har kendskab til forskellige kulturelle og/eller religiøse traditioner – du opnår mere ved at spørge den enkelte om ønsker og behov.
- ◆ Gør dit bedste og acceptér, at borgeren kan have andre prioriteter end dig selv.
- ◆ Acceptér, at opgaverne tager længere tid, når der er sprogvanskeligheder.
- ◆ Udvis åbenhed i forhold til andre måder at gribe tingene an på.
- ◆ Brug tolk i situationer, hvor det er vigtigt at undgå misforståelser.
- ◆ Vær særlig opmærksom på religiøse behov og ønsker ved alvorlig sygdom og død.

Fra pjecen: ”Det gode møde. Inspiration til medarbejdere, der løser opgaver hos ældre flygtninge og indvandrere indenfor pleje og praktisk hjælp”.

Inspiration til drøftelse på arbejdspladsen

- ◆ Kommunikation med ældre flygtninge og indvandrere kan være vanskelig på grund af sproglige barrierer. Samtaler kan være svære at gennemføre – også selv om samtalen tolkes af en tolk eller et familiemedlem. Drøft med kolleger og ledelse, hvornår det er i orden at bruge tolk, og hvordan I håndterer de dilemmaer, der kan være forbundet med at bruge familiemedlemmer som tolke.
- ◆ Det kan tage ekstra tid at komme hos ældre flygtninge og indvandrere, da kommunikationen ofte er præget af fagter, få ord og kropssprog. Tid og kontinuitet er vigtige faktorer for at skabe tryghed og tillid. Især for ældre mennesker, der opholder sig i et nyt land. Drøft med din leder og kollegaer, hvordan I håndterer den tidsmæssige udfordring.
- ◆ Mange ældre flygtninge og indvandrere efterspørger hjælp til at finde vej gennem det offentlige system. Stol på din faglighed og spørg din leder eller kollegaer, hvis du er i tvivl om grænserne for din hjælp. Henvis evt. til andre offentlige myndigheder.
- ◆ Kommunikation handler om at have en god relation med det andet menneske. Nogle svinger godt sammen med det samme, men overordnet set gælder det, at jo mere tid man har sammen og jo mere viden man opnår om hinandens væremåde, kropssprog, mønstre og præferencer – jo nemmere er det at føle sig godt tilpas sammen.
- ◆ Tosprogede medarbejdere ønsker ikke nødvendigvis at udføre opgaver hos borgere med samme etniske eller sproglige baggrund som dem selv. Dels kan borgerne opstille forventninger om en særlig solidaritet i kraft af den fælles baggrund. Hos andre ældre med samme baggrund vil medarbejderen måske blive mødt med modvilje på grund af uoverensstemmelser i opfattelse af religion eller på grund af forskellige opfattelser af den politiske situation i oprindelseslandet. Derudover kan medarbejderen risikere at blive afvist, da den ældre eller dennes familie ikke ønsker, at andre i indvandremiljøet får indsigt i familiens private forhold.

Fra pjecen: "Det gode møde. Inspiration til medarbejdere, der løser opgaver hos ældre flygtninge og indvandrere indenfor pleje og praktisk hjælp".

3. Overvejelser, initiativer og konkrete erfaringer



Gode virkerum for sundhedsfremme for borgere med anden etnisk baggrund end dansk – ti gode eksempler fra København

Postdoc, cand. mag. i folkløstik og retorik, ph.d. Anne Leonora Blaakilde, cand.mag. i etnologi Signe Gronwald Petersen, og cand.mag. i pædagogisk antropologi Maria Benavente Rasmussen. Alle fra Center for Sund Aldring, SAXO-instituttet, afd. for etnologi ved Københavns Universitet.

Statistikken taler sit tydelige sprog. Etniske minoritetsgrupper har flere sygdomme end etniske danskere. Borgere med anden etnisk baggrund end dansk har dårligere selv vurderet helbred, dårligere mental sundhed, føler sig oftere nervøse eller stressede, føler sig ofte generet af smerter og ubehag, har oftere bl.a. diabetes, psykiske lidelser og rygproblemer, de er oftere overvægtige og har mere tendens til stillesiddende fritidsbeskæftigelser end etniske danskere (Singhammer 2008).

Alle disse forhold påvirker hinanden, og gennem livet vil de forstærkes og få afgørende indflydelse på denne gruppe borgeres sundhedstilstand. Derfor er der et stort behov for sundhedsfremmende og rehabiliterende arbejde særligt for etniske minoriteter, og de ældre ikke mindst.

Erfaringer fra 10 virkerum

Der er mange gode intentioner og sundhedsfremmende arbejde for befolkningen generelt, men ofte når disse initiativer ikke ud til de etniske minoriteter. Der skal tilsyneladende andet til, og vi savner viden om, hvad dette "andet" er.

I rapporten "*Sundhedsfremme for udsatte borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Erfaringer fra ti gode virkerum for sundhed i København*", som er udgivet af Center for Sund Aldring, præsenteres nogle af de mange gode erfaringer med sundhedsfremmende arbejde rettet mod etniske minoriteter i Københavnsområdet, der foregår i forskellige organisationer, foreninger og mødesteder. Det er steder, som kan påvise succes – og som har eksisteret i mellem fem og over

100 år. Se oversigten over de 10 steder sidst i artiklen.

Den overordnede betegnelse *virkerum for sundhed* eller *sundhedsvirkerum* er valgt for disse steder, fordi deres indsatser ser ud til at gavne sundheden for hovedparten af de mennesker, som kommer der; de udgør altså rum, der virker for sundhed. De ti virkerum fungerer således hver især som gode eksempler på, hvordan sundhedsfremme for udsatte borgere med anden etnisk baggrund end dansk kan gøres. Der findes naturligvis også tilsvarende steder i resten af landet, men denne erfaringsopsamling er begrænset til Københavnsområdet.

De sociale faktorerers betydning for helbredet er veldokumenteret (Iversen et al. 2011), og de ti udvalgte virkerum i Københavnsområdet er derfor studeret med henblik på at lære om, hvordan de fremmer sundheden for

etniske minoriteter også gennem sociale tiltag.

Fællesskab, respekt og anerkendelse øger motivationen

De ti sundhedsvirkerum dækker en bred målgruppe, som nås på forskellig vis, og de repræsenterer forskellige kompetencer. Fælles for dem er, at de ikke fokuserer ensidigt på sundhed og sundhedsformaninger, men derimod lægger stærkt vægt på det sociale liv, fællesskaber og respekt for det enkelte individ. Med anerkendelse for den enkeltes egne bidrag og muligheder for at deltage styrkes selvværd og derved også motivationen for at gøre noget for sundheden.

Eksemplerne viser således, at det er muligt at arbejde med sundhedsfremme blandt etniske minoriteter, og især når man inkorporerer sociale elementer og menneskelig anerkendelse, kan det gøre en stor forskel for målgruppens fysiske og mentale sundhed. Nøgleord er menneskeligt samvær, respekt for det enkelte individ og for kulturelle forskelle, mens fravær af tvang, kontrol og værdidomme også har befordrende effekt for sundhedsfremme.

Samlende aktiviteter har høj prioritet, og navnlig frembringelse og spisning af mad har god effekt for velbefindende, socialt samvær og, som en nyttig bonus, viden og handling i for-

Rapporten "*Sundhedsfremme for udsatte borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Erfaringer fra ti gode virkerum for sundhed i København*" formidler erfaringer med at fremme fysisk, social og mental sundhed for borgere i alle aldre med anden etnisk baggrund end dansk.

Rapporten kan downloades gratis på: www.sundaldring.ku.dk/virkerum-rapport

bindelse med sund ernæring. Gymnastik eller andre fysiske fællesaktiviteter er tillige udbredte i de ti virkerum og har samme befordrende effekt for både socialt samvær og helbred.

Kontinuitet og koordinering er nødvendig

Nære og vedholdende relationer er vigtige, og derfor er kontinuitet i adgangen til og samværet i de gode virkerum for sundhed essentielle for vellykket sundhedsfremme. Behovet for kontinuitet er af social såvel som af økonomisk karakter, idet en del sundhedsvirkerum er belastet af manglende faste bevillinger og derfor må bruge mange ressourcer på at søge finansiering.

Forekomsten af komplekse problemstillinger er høj hos målgruppen, der både kan være ramt af økonomiske, helbredsmæssige, sociale og personlige problemer. Disse problemer kan være dybt sammenhængende for den enkelte, men i det offentlige system repræsenteres de ofte strukturelt set af forskellige forvaltninger og kontaktpersoner, og dette system risikerer at forværre løsningsmulighederne på grund af manglende koordinering.

Der er derfor brug for en koordineret indsats med hjælp fra og samarbejde mellem forskellige faggrupper. De gode virkerum for sundhed har kapacitet til at favne sådanne komplekse problemstillinger, enten ved hjælp

Fra rapporten:

De vil bare gerne i arbejde og blive en del af det danske samfund. Danmark er på mange måder rigtig dårlig til at tage imod folk udefra. Der er så mange regler, der alt for let kan komme til at smadre lysten til komme i gang. Så uddør gejsten. Sundheden bliver ofte kvalt i regler og modstand. Der kunne godt trænge til at blive ryddet op.

Birgith Rasmussen, projektleder i Kringlebakken

Men de har ondt i livet, fordi de ikke længere har den status, de havde hjemme, de har ikke de strukturer, de havde hjemme, de har ikke de familieforhold de havde hjemme. Og det er virkelig hårdt for nogen af kvinderne, men såmænd også for mændene, at finde deres egen identitet i det her kulturskifte. For mange af dem lever jo virkelig mellem to kulturer.

Thyra Smidt, leder af "Mødestedet", Danmission

af samarbejde mellem forskellige faggrupper, som er internt knyttet til stedet, eller ved kendskab til og kontakt med andre i lokalområdet, der kan hjælpe.

De stramme systemiske rammer i det offentlige Danmark har ifølge medarbejdere i de gode sundhedsvirkerum også en anden konsekvens for nogle indvandrere og flygtninge; nemlig at de mister tilliden til det offentlige system, som burde være en hjælp, men i stedet kan føles som en modstander. I den sammenhæng kan det være en fordel, hvis virkerummet for sundhed netop ikke er kommunalt og derfor ikke repræsenterer "systemet".

Men det er naturligtvis afgørende, at der foregår et samarbejde mellem de kommunale og private virkerum, for at tilliden skal genopbygges og relationen mellem borger og samfund kan fungere. De kommunale og de private tilbud komplementerer hinanden godt, og samarbejde anbefales kraftigt.

Nøgleord:

- ◆ Nærhed og respekt
- ◆ Sociale fællesskaber
- ◆ Kontinuitet
- ◆ Økonomisk stabilitet
- ◆ Samarbejde – mellem faggrupper, mellem kommunale og private organisationer

De 10 udvalgte virkerum i rapporten

Blandt de ti udvalgte steder er der ét kommunalt tilbud, mens resten er NGO-prægede organisationer (frivillige og private), der modtager økonomisk støtte fra kommune, stat eller private fonde.

Forebyggelsescenter Nørrebro: Et kommunalt center for alle københavnere over 18 år. Tilbyder bl.a. samtaler om sundhed, rehabiliteringstræning, sygdomsspecifik undervisning, kostvejledning, rygestop, motionscaféer og dialogmøder om sundhed. Centret har særligt fokus på borgere med kronisk sygdom. Se også: www.fcn.kk.dk

Muhabet: Værested for psykisk syge og sårbare med særligt fokus på flygtninge og indvandrere, primært i alderen 20-80 år. Muhabet betyder "kærligt samvær". Der tilbydes bl.a. et dagligt måltid og gæsterne har mulighed for at søge hjælp og rådgivning hos personalet. Muhabet åbnede i 2010 en afdeling i Aarhus. Se også: www.muhabet.dk

Mødestedet: Danmissions arbejde blandt indvandrere og flygtninge. Mødestedet er en form for "social skadestue" og forum for fællesskab, tillid og hjælpsomhed. Stedet tilbyder bl.a. gymnastik, rådgivning, lektiehjælp, fællesspisning, foredrag og udflugt-

Rekruttering – drop folderne!

I arbejdet med sundhedsfremme for udsatte borgere med anden etnisk baggrund end dansk er der et presserende spørgsmål: Hvordan får man fat i dem? For at kunne besvare dette spørgsmål er det nødvendigt at kende og forstå sin målgruppe: Hvad er vigtigt for dem, hvad motiverer netop dem og hvilken kommunikationsform appellerer til dem?

Mange, særligt ældre borgere, taler meget begrænset dansk, og mange kan ikke læse eller skrive på dansk eller eget modersmål. Skriftligt informationsmateriale har derfor en minimal effekt, er erfaringen fra de fleste af de interviewede til denne rapport. Mange ser heller ikke dansk TV eller læser danske aviser, så kommunikation gennem disse kanaler vil ikke ramme den ønskede målgruppe.

Bortset fra én meldte de interviewede klart ud: Drop folderne! De har alle forsøgt sig med skriftligt materiale i forskellige variationer, men uden held. Målgruppen har brug for at blive informeret og vejledt ansigt til ansigt. Mulighederne skal fremlægges for dem på en måde, så det fremgår relevant og vedkommende for dem. Derimod kan skriftlig information være relevant til samarbejdspartnere, der fx kan henvise borgerne til tilbudde-
ne.

Den vigtigste og mest værdifulde formidling af information om sundhedsfremmende tiltag er den, der sker uopfordret brugerne imellem. Det sker, når tilbuddene virker, og når brugerne tager dem til sig og føler medejerskab. Langsomt fungerer brugerne som nye lag på organisationen eller som forbindelsesled ud i brugernes egne netværk.

Erfaringen er således, at langt de fleste brugere rekrutteres af andre brugere. Det gælder derfor om at udnytte følelsen af ejerskab og fællesskab og kombinere denne med uddannelse af brugerne som ambassadører i forskellige sammenhænge.

ter, og det benyttes af indvandrere og flygtninge i alle aldre. Se også: www.danmission.dk

Aktivitetcentret Sankt Joseph:

Centret er en selvejende institution for pensionister på 60 år og derover på

Nørrebro, der tilbyder aktiviteter for ældre efter § 79 i Serviceloven. Der er særligt fokus på integration, så stedet tiltrækker både etnisk danske ældre og ældre med anden etnisk baggrund. Alle aktiviteter er brugerdrevne og finder både sted i mindre sproggrupper

og på tværs. Blandt aktiviteterne er undervisning, motionstilbud, sociale sammenkomster, hobbyprægede aktiviteter, foredrag m.m. Se også: www.aktivitetscentret.dk

Foreningen Shahrazad: Foreningens formål er via undervisning og aktiviteter at fremme sundhed og forebygge sygdomme hos kvinder med flygtninge- og indvandrerbaggrund, som har et særligt behov i forhold til indlæring og undervisning. Der er bl.a. undervisning på små hold for ældre kvinder, der bremses af koncentrationsbesvær, vanskeligheder ved at tilegne sig ny viden, manglende almen viden og sprogbarrierer. Se også: www.shahrazad.dk

FAKTI – Forening Af Kvinder Til fremme af Integration: Foreningen arbejder for at forbedre trivsel for kvinder med flygtninge- og indvandrerbaggrund over 18 år, særligt kvinder med post-traumatisk stress syndrom (PTSD), og deres familier. Mange af kvinderne er i alderen 40-60 år. De tilbydes socialt samvær, samfundsoplysende undervisning, danskundervisning, daglig motion, cykelkurser og mulighed for vejledning af sygeplejerske og socialrådgiver. Se også: www.fakti.dk

Fakhras Klub, Kristeligt Studenter-Settlement: Mødested for kvinder med dansk og anden etnisk baggrund,

hvor de kan samles om forskellige aktiviteter såsom håndarbejde, motion, hygge, udflugter m.m. Se også: www.settlementet.dk

Kirkens Korshærs Kvindeklub:

Genbrugsbutik der fungerer som mødested for kvinder med anden etnisk baggrund, typisk i alderen 40-60 år. Se også: www.kirkenskorshaer.dk

Indvandrer Kvindecentret: Centrets formål er at fremme indvandrer- og flygtningekvindes integration, især kvinder med særlige sociale vanskeligheder; at fremme forståelsen mellem indvandrere og danskere; medvirke til at etablere netværk for kvinderne og deres familier og at styrke kvinderne i deres selvopfattelse som forældre. Organisatorisk er centret delt op i en rådgivningsenhed og en være- og aktivitetsenhed. Målgruppen er kvinder i alderen 30-60 år. Se også: www.indvandrerkvindecentret.dk

Integrationshuset Kringebakken:

Er organiseret som en forening, der skal støtte integration af unge kvinder med anden etnisk baggrund i det danske samfund, primært i alderen 18-45 år. Kvinderne undervises i dansk og samfundsforhold, og der informeres om sund kost, motion, dansk børneopdragelse og institutionskultur m.m. Se også: www.kringebakken.dk

Medarbejdere og frivillige med anden etnisk baggrund

Det betragtes som en forudsætning for succes, at der i arbejdet med udsatte borgere med anden etnisk baggrund end dansk også ansættes personale af anden etnisk baggrund. Dette praktiseres i alle de besøgte sundhedsvirkerum, og det vurderes af de interviewede at have stor signalværdi og effekt.

Andre eksempler på initiativer for og tilbud til ældre med anden etnisk baggrund

Flere kommuner og frivillige eller private organisationer er, som det fremgår, opmærksomme på, at der kan være behov for målrettede, lokale initiativer for ældre med anden etnisk baggrund. Eller for at justere etablerede tilbud, så de også er attraktive for denne gruppe ældre, fx ved at tilknytte medarbejdere og frivillige, der taler samme sprog, og ved at samarbejde med lokale etniske foreninger.

For at videregive yderligere inspiration og eventuelt hjælpe nye initiativer på vej omtales her andre eksempler på tilbud og aktiviteter, som allerede er sat i værk eller er på vej. Nogle tilbud er målrettede ældre, mens andre henvender sig til bredere grupper. Fælles for dem er, at de også benyttes af ældre.

Ved hvert initiativ eller tilbud er der information om, hvordan man kan få yderligere oplysninger og om kontaktpersoner m.m.

Sundhedsformidling og motion

Sundhed på dit sprog – flere kommuner

En række kommuner har, i lighed med bl.a. Københavns og Esbjerg Kommune, etableret ordninger eller indsatser, hvor tosprogede frivillige eller ansatte formidler viden om sundhedsrelaterede emner til etniske minoritetsgrupper i alle aldre.

Indsatsen har lokalt forskellige betegnelser, bl.a. *sundhedsformidlere*, *sundhedsambassadører*, *bydelsmødre*, *sundhed på dit sprog*, men det overordnede koncept er fælles. Det består i at uddanne tosprogede med etnisk minoritetsbaggrund til at informere og skabe dialog om sundhedsrelaterede emner, fx det danske sundhedsvæsen, sund mad, motion, indkøb, tandsundhed, sund livsstil, sygdomme, netværksdannelse og stress.

Sundhedsformidlerne afholder dialogmøder om udvalgte emner, laver opsøgende arbejde og kan som regel

bestilles gratis af foreninger, institutioner, sprogskoler, aktiveringssteder, boligområder, arbejdspladser, lokale grupper, netværk og andre steder, hvor etniske minoriteter samles. Ofte fungerer sundhedsformidlerne samtidig som brobyggere mellem etniske minoriteter og kommunale instanser.

Kommunerne har typisk uddannet mellem 5 og 10 sundhedsformidlere med forskellig etnisk og kulturel baggrund, som dækker de største sproggrupper. Flere kommuner, bl.a. Ballerup, Greve og Herning, har også uddannet mænd.

Folkesundhed København var de første til at uddanne sundhedsformidlere i 2005, og siden har konceptet spredt sig til flere kommuner. Ifølge en kortlægning gennemført af Statens Institut for Folkesundhed havde 37 kommuner etableret målrettet sundhedsformidling til etniske minoriteter i 2012 (se også omtale af kortlægningen i kapitel 4 "Yderligere inspiration").

Yderligere oplysninger

Information om tilrettelæggelse af sundhedsformidleruddannelsen kan fås ved henvendelse til kommuner, som har etableret en ordning og er omtalt i denne publikation.

Interesserede kan også henvende sig til konsulent Lisa Duus, som har været hovedansvarlig for udviklingen af ordningen i Københavns Kommu-

ne og siden varetaget uddannelse af sundhedsformidlere i flere kommuner: www.lisaduss.dk eller duuslisa@gmail.com

Sundhedsformidlere bygger bro til ældre – Greve Kommune

Som mange andre kommuner har også Greve erfaret, at det er en udfordring at komme i kontakt med minoritetsetniske ældre, der ofte ikke selv opsøger generelle forebyggelses- og sundhedsrelaterede tilbud.

I forbindelse med en større boligsocial indsats i Greve Nord, hvor mange ældre med anden etnisk baggrund bor, er det imidlertid lykkedes at motivere ældre til at deltage i forskellige tilbud ved at placere tilbuddene i nærområdet og samtidig bruge sundhedsformidlere med etnisk minoritetsbaggrund til at skabe den indledende kontakt. Og hvis en ældre har svært ved at komme frem eller føler sig utryk i starten, kan sundhedsformidleren hjælpe ved at følge den ældre af sted.

Nogle tilbud er forbeholdt ældre, men de fleste henvender sig til alle i området på tværs af alder og etnicitet. Blandt tilbuddene er:

Café for ældre kvinder

Hver fredag eftermiddag mødes en gruppe tyrkisk-kurdiske kvinder til

hyggeligt samvær og samtale på modersmålet. Flere af kvinderne taler slet ikke dansk, opholder sig meget i hjemmet og har kun begrænset kontakt til andre udover den nære familie. De har stor glæde af tilbuddet, hvor en sundhedsformidler jævnligt deltager og bringer forskellige sundhedsrelaterede emner med ind i snakken.

Motionshold for ældre mænd

To mandlige sundhedsformidlere tilbyder motion en gang om ugen for ældre mænd med anden etnisk baggrund og fungerer samtidig som instruktører. Mange har aldrig tidligere dyrket motion, så der er ofte behov for vejledning i at benytte træningsmaskinerne. Efter træningen er der god tid til at hygge sig med hinanden over en

*Motion for mænd på tværs af etnicitet,
Køge Kommune 2013*



kop te eller kaffe. Undervejs benytter sundhedsformidlerne samtidig lejligheden til at tale om sundhed og kost.

Kvinde – svøm for livet

En gang om ugen mødes en gruppe voksne og ældre kvinder til svømmeundervisning i en svømmehal på en nærliggende skole, hvor der i tidsrummet kun er åbent for kvinderne. Ca. 30 kvinder deltager på holdet, og der kommer 10-15 hver gang. De trykke rammer er vigtige for kvinderne, og de er gode til at hjælpe hinanden. Greve Svømmeklub stiller instruktører og "vandtid" til rådighed, og indimellem deltager sundhedsformidlere i undervisningen eller som ledsagere for nye kvinder.

Sundhedscafé

Flere gange årligt afholdes sundhedscaféer i samarbejde med de lokale patientforeninger, bl.a. Diabetesforeningen, Gigtforeningen og Hjernesagen. Tilbuddet er for alle uanset alder og etnicitet, og ofte deltager ældre, der har fået nys om cafetilbuddet via familie og venner eller via sundhedsformidlerne. Udover fx at få viden om diabetes, gigt og hjerte-/karsygdomme og hvordan man lever et godt liv med sygdommene, kan deltagerne få målt blodsukker og blodtryk og få inspiration til motion og sund mad m.m.

Diabetes- og hjertemadskole giver nye indspark

Flere gange årligt afholdes madskole på sprogdelte hold med ca. 10 deltagere, hvor bl.a. sundhedsformidlerne deltager som undervisere og oversættere. Formålet er at give deltagerne viden om og input til sund, diabetesrigtig og hjertevenlig kost. Undervisningen, der forløber over flere uger, tager udgangspunkt i deltagernes egne opskrifter, hvilket gør det lettere at få ændringerne indarbejdet i hverdagen.

Yderligere oplysninger

Projektkoordinator
Kira Gilling Hansen
Greve Kommune/
Greve Nord Projektet
Tlf. 60 35 46 62
Mail: kgh@greve.dk

Se også Greve Nord Projektets hjemmeside: www.grevenord.dk

Stolemotion på tværs af etnicitet og sprog – Køge Kommune

Projekt "Sund Zone" i Køge Kommune, der har fokus på forebyggende indsatser i nærområder, har med stor succes fået etableret fælles stolemotion for ældre kvinder i beboelsesområdet Ellemarken.

Tilbuddet blev etableret som følge af et ønske blandt flere ældre kvinder i området om at dyrke motion uden at skulle hoppe, ligge på gulvet og lytte til høj musik. Samtidig havde to af kvinderne ønske om at uddanne sig til instruktører i stolemotion og derefter stå for undervisningen.

Nu mødes 15-20 kvinder i alderen 60-90 år to gange om ugen til en times stolemotion i et fælleshus i Ellemarken, hvor de undervises af de to kvindelige instruktører. De motionerende kvinder har både etnisk dansk og anden etnisk baggrund, primært tyrkisk. Nogle er svækkede motorisk, andre har svært ved at høre eller se, og nogle af kvinderne taler fx kun tyrkisk. Men alle hjælper hinanden og deler glæden ved at kunne deltage i den fælles undervisning på tværs af etnicitet, sprog og skavanker. Og alle sætter meget stor pris på den efterfølgende "hyggestund", hvor de mødes til fælles kaffe og te.

For projekt "Sund Zone" er hensigten med tilbuddet, der er gratis, at give mindre mobile og svækkede ældre et tilpasset motionstilbud suppleret med socialt samvær så tæt på deres bolig som muligt. Målet er at motivere ældre til at dyrke motion og udvide deres sociale netværk til gavn for helbredet såvel fysisk som mentalt – og dermed deres livskvalitet.



Der arbejdes på, at stolemotion bliver et fast tilbud i den lokale boligforenings regi i lighed med andre tilbud om bl.a. petanque og stavgang.

Yderligere oplysninger

Projektkoordinator Charlotte Baere
Køge Kommune, Projekt Sund Zone
Tlf. 30 46 61 01
Mail: charlotte.baere@koege.dk

Se også: www.sundzone.info

Rådgivning og vejledning

Folkeinformation – et rådgivningstilbud i Aarhus Kommune

Folkeinformation er et gratis tilbud om anonym rådgivning og vejledning

Stolemotion for kvinder i Køge Kommune

på flere sprog om rettigheder, pligter og muligheder. Der ydes endvidere hjælp til kontakt med offentlige myndigheder og til fx at forstå breve og udfylde ansøgninger m.m.. Formålet er at bygge bro mellem borgere og det offentlige system og at forebygge sociale problemer.

Rådgivningen begyndte som et projekt i 2004, men fik så stor succes, at den nu er et fast tilbud, drevet af Aarhus Kommune. Rådgiverne, der matcher de store sproggrupper i kommunen, har hverken beslutnings- eller myndighedskompetence men henviser til rette instans og samarbejder med flere forvaltninger i kommunen.

Rådgivningen er baseret på empowerment (hjælp til selvhjælp) og tager således sigte på at hjælpe borgerne til selv at kunne håndtere og løse problemer. Tilbuddet benyttes især af borgere med anden etnisk baggrund, heriblandt mange ældre, og af beboere i de socialt set mest belastede områder i Aarhus.

Henvendelser

Folkeinformation modtager årligt ca. 10.000 henvendelser, der oftest drejer sig om økonomi og regninger (fx regler for kontanthjælp, gældshåndtering, medicintilskud), opholdstilladelse og asyl samt boligforhold og pension, særligt reglerne for brøkpension.

Henvendelserne fra ældre drejer sig desuden ofte om visumspørgsmål, besøg i hjemlandet og repatriering, og om hjælp til at benytte NemID og andre digitale løsninger. Begrænsede dansk kundskaber er en væsentlig årsag til vanskelighederne, men også mange (ældre) med gode dansk kundskaber kender ikke regler og procedurer eller har svært ved at forstå dem.

Det er også muligt at få juridisk rådgivning fra en fast tilknyttet jurist, og der afholdes jævnligt informations- og temamøder om udvalgte emner, bl.a. ret og pligt i forhold til modtagelse af offentlige ydelser.

Folkeinformation har tre afdelinger på lokale biblioteker, hvor det er muligt at henvende sig både personligt og telefonisk uden tidsbestilling – hvilket sammen med den fysiske placering i lokalområderne gør tilbuddet lettilgængeligt og synligt for mange.

Yderligere oplysninger

Projektleder Sami Saidana
Socialcenter Vest
Tlf. 89 40 14 66 / 51 57 62 00
Mail: sasa@aarhus.dk

Se også: www.aakb.dk/biblioteker/gellerup eller www.aarhus.dk/hotspot (se under "Afdelinger").

Etnisk ressource team hjælper patienter, pårørende og personale

Etnisk Ressource team er et tilbud til patienter og pårørende med etnisk minoritetsbaggrund og til personalet på Region Hovedstadens københavnske hospitaler. Teamet skal ved hjælp af omsorg, støtte og kommunikation bidrage til at sikre patienter og pårørende et optimalt møde med sundhedsvæsenet.

Teamets 44 frivillige, der har forskellige kulturelle, religiøse og etniske baggrunde, fungerer som støttepersoner for patienter og pårørende, og de tilbyder rådgivning og undervisning målrettet hospitalspersonalet. Teamet kan tilkaldes efter ønske fra en patient, pårørende eller sygehuspersonalet.

En besøgsven eller støtte til patienter og pårørende tilbydes bl.a. i forbindelse med dødsfald eller modtagelse af en alvorlig diagnose men også i andre situationer, fx ved behov for at tale om religiøse og eksistentielle spørgsmål eller om særlige bekymringer.

Rådgivning og undervisning af hospitalets personale er en vigtig opgave for teamet, der også kan tilkaldes som brobyggere og mæglere, hvis der opstår usikkerhed eller konflikter mellem personale og patient/pårørende.

Undervisningstilbuddet, der typisk varer et par timer ad gangen, kan end-

videre benyttes af andre hospitaler og sundhedsinstitutioner i landet. Emnerne er bl.a. interkulturel kommunikation, sygdomsforståelser, etik, bioetik, sjælesorg og ritualer. Underviserne er teologer, læger, sygeplejersker og psykologer, der samtidig er tilknyttet Etnisk Ressourceteam som frivillige ressourcepersoner.

Yderligere oplysninger

Koordinator Naveed Baig

Tlf. 25 69 95 69

Mail: naveed.baig@rh.regionh.dk

Etnisk ressource team har sekretariat på Rigshospitalet. På teamets hjemmeside kan pjecer på flere sprog om tilbuddet downloades:

www.ressourceteam.dk

Samvær og møder på tværs af etnicitet

Ældre danskere og indvandrere mødes i fælles forening

Siden 1997 har Venskabsforeningen for Ældre Danskere og Indvandrere, som holder til i Aarhus, haft succes med at skabe kontakt mellem ældre danskere og indvandrere. I foreningen, som er frivilligbaseret og organiseret efter dansk foreningsmodel med bl.a. bestyrelse og generalforsamling, mødes ældre til

kurser, danskundervisning, gymnastik, fællesspisning og udflugter m.m. Og erfaringerne viser, at det trods forskellig baggrund sagtens kan lade sig gøre at finde sammen.

Dansk kultur og sprog er i centrum i foreningen, men respekt for andre kulturbaggrunde, åbenhed og dialog er foreningens varemærke.

Foreningens formål er at: • fremme mellemfolkeligt venskab og gensidig forståelse mellem ældre mennesker • yde hjælp og rådgivning til medlemmerne • udnytte ældres ressourcer og styrke deres mulighed for indflydelse i samfundet • opbygge netværk og forebygge social isolation.

Venskabsforeningen har 40-50 medlemmer fra 15-20 forskellige lande. Godt 75 procent af medlemmerne er flygtninge og indvandrere, mens resten udgøres af etnisk danske ældre. Gennemsnitsalderen er omkring 60 år.

Mange medlemmer benytter foreningen hver dag, og der er således stor aktivitet i hverdagen. Blandt aktiviteterne er også studiekredse og samtalegrupper, hvor medlemmer kan øve sig i det danske sprog og skabe nye kontakter.

Læsegruppe for flere nationaliteter

I 2012 oprettede foreningen en læsegruppe i samarbejde med Læseforeningen og Ensomme Gamles Værn (EGV), hvor gruppelederen, en frivil-

lig dansker, læser højt af dansk litteratur, digte m.m.

I gruppen, der stadig mødes en gang om ugen, er flere nationaliteter repræsenteret, som lytter og samtidig følger med i den udleverede tekst. Undervejs gøres ophold, så svære ord og talemåder kan forklares, og medlemmerne får lejlighed til at forholde sig til teksten og sætte den i relation til deres egen kultur. Atmosfæren er højskolelignende, afslappet og hyggelig – med rigelig te/kaffe og mundgodt.

Læsegruppen er bl.a. beskrevet i rapporten ”Det spirer og gror – læsegrupper for sårbare ældre”, som kan downloades på www.egv.dk

Stiftet af ældre kursister

Venskabsforeningen blev stiftet i 1997 af en gruppe ældre kursister med etnisk minoritetsbaggrund på de århusianske sprogskoler og udspringer af projektet ”Ældreværkstedet”, som sprogskolerne etablerede i 1995 for at imødekomme de ældre kursisters særlige interesser og behov. Ældreværkstedet fungerede således både som skole og værested med bl.a. kulturmøder.

I 1997 ønskede kursisterne at etablere faste rammer for deres møde med ældre danskere og stiftede derfor foreningen, som siden har vundet flere priser for at fremme integration blandt ældre.

Venskabsforeningen holder til i Foreningen Klostergadecentret, som er paraplyorganisation for klubber og foreninger fortrinsvis for personer over 60 år.

Yderligere oplysninger

Venskabsforeningen for
Ældre Danskere og Indvandrere
Klostergade 37, 8000 Aarhus C
Tlf. 86 18 26 63
www.venskabsforeningen.dk og
www.klostergade.dk

Kvindehuset i Århus – også for ældre kvinder

Foreningen Kvindehuset i Århus er et aktivitetshus og mødested for kvinder i alle aldre uanset etnisk, kulturel og religiøs baggrund. Huset, der blev etableret i 2008, er dog især et tilbud til kvinder med indvandrerbaggrund, og målet er at fremme deres integration i det danske samfund.

Kvindehuset har enkelte ansatte men bygger i vid udstrækning på frivilligt arbejde og tilbyder bl.a. danskundervisning, kurser i sund kost og sundhed, deltagelse i gymnastik og fysiske aktiviteter (bl.a. cykelkurser), kreative aktiviteter og kulturarrangementer m.m. Huset benyttes af ca. 200 kvinder, og besøges hver uge af ca. 125 kvinder.

Det har imidlertid vist sig vanske-

ligt at tiltrække ældre kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, bl.a. fordi mange kun taler modersmålet og ikke er vant til at bevæge sig ret langt væk fra hjemmet. Der kan derfor være stor utryghed og usikkerhed forbundet med at benytte aktivitetstilbud m.m.

Har etableret multietnisk ældreklub

Tanken bag ældreklubben, som Kvindehuset har etableret, er derfor at tilbyde en tryk base, hvor kvinderne kan møde ligestillede og opbygge bekendtskab til stedet – og derefter gradvist

*Ældreklubber spiller banko i
Kvindehuset i Århus*

benytte husets øvrige aktiviteter og tilbud sammen med både yngre og ældre kvinder.

En tosproget medarbejder er ansvarlig for klubben, mens Kvindehusets frivillige bydelsmødre opsøger ældre kvinder i boligområderne, motiverer dem til at deltage og tilbyder at ledsage dem. Bydelsmødrene deltager også i klubben som tolke for de kvinder, der har behov for det.

Bydelsmødrene er kvinder med indvandrerbaggrund, som efter et kursus i Kvindehuset kan hjælpe nye borgere med at lære det danske samfund og system at kende, herunder retigheder, pligter og muligheder. Formålet med deres indsats er at støtte andre



kvinder til at opdage og anvende egne ressourcer.

Ældreklubben mødes hver fredag i huset og er først og fremmest et tilbud om samvær og fællesskab med andre (ældre) kvinder. Samtidig formidles viden om bl.a. sundhed og fysisk aktivitet og om aktiviteter i kvindernes boligområder. Desuden arrangeres danskundervisning og udflugter ud af huset.

Både kvinder med indvandrerbaggrund og etniske danske kvinder deltager i klubben, der tæller ca. 30 kvinder, heraf kommer 10-15 kvinder hver fredag.

Yderligere oplysninger

Piruza Ali
(ansvarlig for ældreklubben)
Kvindehuset i Århus
Tlf. 50 43 67 15
Mail: raadgivning@khaa.dk
Se også: www.khaa.dk

Muhabet – værested for sindslidende i København og Aarhus

Muhabet er et frivilligbaseret værested for psykisk syge og sårbare med særligt fokus på flygtninge og indvandrere. Formålet med stedet er at skabe rammer for, at dagen i dag bliver en god dag.

I Muhabet, der betyder ”kærligt samvær”, bliver man budt indenfor som stedets gæst. Ansatte og frivillige er værter, og gæstebuddet er det centrale element. Ud over at tilbyde et frirum og uforpligtende samvær med andre, serveres hver dag et gratis måltid varm mad samt te og kaffe.

Gæsterne kan også få råd og vejledning hos stedets værter og frivillige, bl.a. til kontakten med sociale myndigheder. Værestedet er åbent for alle inden for målgruppen.

Muhabet åbnede i 2003 på Frederiksberg i København som en reaktion på manglende tilbud til psykisk syge, marginaliserede og isolerede flygtninge og indvandrere. Herfra er værestedet vokset og åbnede i 2012 en afdeling i Aarhus. Muhabet, der støttes af offentlige midler og private donationer, drives i det daglige af ansatte medarbejdere og en række frivillige.

I København har Muhabet 25-40 gæster dagligt. I Aarhus er der ca. 20 gæster om dagen. Værestedet bruges af mænd og kvinder i alle aldre, der som regel har fået kendskab til værestedet via andre brugere eller via egen læge, psykiater eller andet sundhedspersonale. De er i nogle tilfælde blevet fulgt dertil flere gange af en ledsager og er derefter begyndt at komme selv.

Yderligere oplysninger

Der er fyldig information om Muhabet, herunder om konceptet, dagligdagen i værestedet og aktiviteter m.m., på www.muhabet.dk, hvor der også er link til afdelingen i Aarhus.

Muhabet har adresse på Vesterbrogade 165-167 i København, og på Skolebakken 11 i Aarhus.

Lokale talerør

Ældreråd og integrationsråd tager initiativ – Skanderborg og Kolding Kommune

Flere kommuner har frivilligt etableret kommunale *integrationsråd*, der fungerer som talerør for etniske minoriteter og rådgiver kommunalbestyrelsen om den lokale integrationsindsats. Alle kommuner er ved lov forpligtede til at etablere *ældreråd*, der skal rådgive kommunalbestyrelsen i ældrepolitiske spørgsmål og fremme dialog og samarbejde mellem borgere og kommunalbestyrelse.

Det er således oplagt for begge råd at være med til at sikre kommunal opmærksomhed på minoritetsetniske ældres forhold og situation. Eksempler på dette ses i Skanderborg og Kolding Kommune:

Seniorråd og Integrationsråd tager fælles initiativ

I Skanderborg Kommune har Seniorrådet og Integrationsrådet sammen henvendt sig til kommunens socialudvalg for at gøre opmærksom på en voksende gruppe ældre indvandrere og flygtninge, der ifølge de to råd ofte sidder ensomme i hjemmene og sjældent benytter de kommunale aktivitetstilbud, bl.a. pga. dårlige dansk kundskaber. De mener derfor, at der er behov for en særlig indsats.

Socialudvalget har erkendt, at man ikke hidtil har været tilstrækkelig opmærksom på denne gruppe ældre, og har derfor afholdt fælles dialogmøder mellem Socialudvalget, Seniorrådet og Integrationsrådet for at drøfte behovet for initiativer nærmere. Disse drøftelser er fortsat i gang. Rådene har bl.a. foreslået kommunen at tilbyde forebyggende hjemmebesøg tidligere end fra 75 års alderen, og at der i samarbejde med frivillige etableres et særligt tilbud om aktivitet og socialt samvær fx en gang om ugen i lokaler, som kommunen stiller til rådighed.

Yderligere oplysninger

Integrationsrådet i
Skanderborg Kommune.

Se kontaktoplysninger på:
www.skanderborgkommune.dk

Integrationsråd foreslår undersøgelse

På direkte opfordring fra Integrationsrådet i Kolding Kommune, der har afholdt temamøder med etniske foreninger om minoritetsetniske ældres situation, besluttede Kolding Kommune i 2012 at afsætte 150.000 kr. til en større undersøgelse af behov for og ønsker til plejehjem og hjemmepleje m.m. blandt ældre med anden etnisk baggrund.

Undersøgelsen viste bl.a. et stort behov for målrettet information på flere sprog om ældreplejens tilbud og for ensomhedsforebyggende initiativer. Den understregede desuden vigtigheden af at inddrage pårørende aktivt i omsorgen for ældre familiemedlemmer.

Undersøgelsen har bidraget til ny viden, og resultaterne indgår i den videre udvikling af ældreområdet i kommunen. Et af de fremadrettede indsatsområder kan fx være inden for den kommunale madservice, så maden i højere grad tilgodeser denne gruppe ældres behov og ønsker, og i forhold til kommende informationsmateriale om bl.a. plejetilbud, som udformes på flere sprog.

Yderligere oplysninger

Lars Siig Nielsen
Udviklingsmedarbejder
Seniorforvaltningen,
Kolding Kommune
Tlf. 79 79 71 93
E-mail: lasn@kolding.dk

Undersøgelsens resultater fremgår af rapporten "Et liv som ældre i Kolding. Nydanske ældres ønsker og behov inden for ældreområdet", som kan downloades på: www.marselisborg.org (se også omtale af undersøgelsen i kapitel 4 "Yderligere inspiration").



4

Yderligere inspiration

Projekter, undersøgelser, rapporter, netværk og efteruddannelse m.m.

I dette kapitel omtales forskellige projekter og undersøgelser m.m. om ældre med anden etnisk baggrund, som kan bidrage med yderligere viden og inspiration til både kommuner og organisationer.

Der er endvidere information om faglige netværk og kurser, hvor medarbejdere og frivillige kan udveksle erfaringer, få viden og opbygge kompetencer.

Der henvises desuden til videninstitutioner, organisationer og råd m.fl. på området samt til oplysningsmateriale på flere sprog, som er målrettet etniske minoriteter.

Kapitlet er således opdelt i:

- ◆ Projekter, undersøgelser og rapporter
- ◆ Faglige netværk
- ◆ Kurser og efteruddannelsestilbud
- ◆ Videninstitutioner, råd og udvalgt litteratur
- ◆ Pjecer og film m.m. på flere sprog – målrettet etniske minoriteter

Projekter, undersøgelser og rapporter

Projektet ”Kommunerne og de ældre etniske borgere”

I 2004-2006 gennemførte Socialministeriet (nu Social-, Børne- og Integrationsministeriet) projektet ”Kommunerne og de ældre etniske borgere” med det formål at udvikle konkrete redskaber og ny viden til kommunernes indsats for denne gruppe ældre. Der er tale om et meget omfattende projekt med flere undersøgelser og kortlægninger, og i forlængelse heraf blev der i 2006 afsat en pulje til en styrket indsats på området (omtales efterfølgende).

Projektets resultater og værktøjer blev formidlet i flere rapporter, heraf skal særligt fremhæves:

”Undersøgelse om kommunerne
og de ældre etniske borgere”

En undersøgelse blandt 49 kommuner af deres tilbud, aktiviteter og infor-

mationsindsatser i forhold til minoritetsetniske ældre. Der var bl.a. en tydelig sammenhæng mellem aktiviteterens form og graden af deltagelse blandt målgruppen. Det var således særligt tilrettelagte, målrettede tilbud, der fik ældre til at deltage. Undersøgelsen viste også, at over halvdelen af kommunerne oplevede væsentlige sproglige og/eller kulturelle barrierer i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg.

”Ældre etniske borgeres syn på alderdommen og den danske ældreomsorgs muligheder”

Et hæfte, der formidler viden om og indsigt i minoritetsetniske ældres liv og tilværelse i Danmark, bl.a. om de konsekvenser, der er forbundet med at have dårlige danskkundskaber, ringe økonomiske vilkår og begrænset kendskab til det danske samfund. Det nævnes, at ældre med anden etnisk baggrund især efterspørger aktiviteter, hvor de kan mødes med ældre i samme situation og derved bryde den daglige ensomhed.

”Tidlige forebyggende hjemmebesøg hos ældre etniske borgere”

Rapporten beskriver et forsøgsprojekt i seks kommuner med tilbud om tidlige forebyggende hjemmebesøg til ældre i alderen 55-75 år med etnisk

minoritetsbaggrund. Projektet viste, at besøgene var ressourcekrævende, men at de samtidig tilgodeså flere formål: Kommunen fik viden om de ældres behov og situation, de ældre fik kendskab til kommunens tilbud, og der blev sæt tanker om ændrede motions- og kostvaner. Også betydningen af at forblive rask og rørig blev berørt. Og i nogle tilfælde førte besøgene til, at ældre i kraft af nogle hjælpeforanstaltninger kunne forblive selvhjulpne.

”Trin for trin – indsatsen for ældre etniske borgere”

Et hæfte med konkrete råd og anbefalinger til den kommunale myndighed, når en indsats for denne gruppe ældre skal igangsættes, udvikles eller organiseres. Hæftet opdeler indsatsen i fire trin med tilhørende anbefalinger: De første skridt i indsatsen, planlægning af indsatsen, dialog og kontakt med målgruppen samt implementering af indsatsen.

Rapporterne kan læses og downloades på Socialstyrelsens hjemmeside www.socialstyrelsen.dk

Se under ”Ældre” og vælg ”Etniske ældre”. Eller find rapporterne ved at søge på titlerne under ”Udgivelser”.

Styrket indsats for ældre med anden etnisk baggrund end dansk

Af satspuljen for 2006 blev der afsat en ansøgningspulje til ”Styrket indsats for ældre med anden etnisk baggrund end dansk” i årene 2006-2009. Ti konkrete projekter modtog støtte. De spændte vidt fra udvikling af ældreplejen og etablering af væresteder til sundhedsfremmende indsatser og undervisning af ældre med etnisk minoritetsbaggrund.

Projekterne blev evalueret og er beskrevet i den afsluttende evalueringsrapport. Der er således inspiration i rapporten for kommuner og organisationer, der overvejer særlige indsatser eller initiativer på området.

Centrale erfaringer

En gennemgående og meget central erfaring var, at det var næsten umuligt at komme i kontakt med minoritetsetniske ældre, medmindre der i projektteamet var medarbejdere med (samme) anden etnisk baggrund. Flere projekter oplevede, at der blandt de ældre var en udbredt mistillid til kommunen, og det viste sig mest effektivt at rekruttere ældre gennem netværk, da det gav øget tryghed og genkendelighed.

Derudover viste evalueringen, at de mest vellykkede projekter var kendt ved at have en stærk organi-

sering og en målrettet strategi fra projektets start.

Evalueringsrapporten ”*Evaluering af puljen styrket indsats for ældre med anden etnisk baggrund end dansk*”, der blev udgivet i 2010, kan læses og downloades på Socialstyrelsens hjemmeside: www.socialstyrelsen.dk Se under ”Ældre” – ”Etniske ældre”.

Kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser i kommunerne

Statens Institut for Folkesundhed udarbejdede i 2012 en kortlægning af de kommunale indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed. Kortlægningen viste, at 65 kommuner havde målrettede indsatser på sundhedsområdet for etniske minoriteter, og at indsatserne bl.a. var rettet mod kost, motion, rygestop, vægtstop, seksuel sundhed, tandsundhed, type-2 diabetes og andre kroniske sygdomme.

Indsatserne fandt sted i en række kommunale arenaer som sundhedscentre, jobcentre, boligselskaber, lokalcentre, biblioteker og sprogskoler.

Der blev især arbejdet på at forbedre kost- og motionsvaner, men flere kommuner prøvede også på at forbedre netværk og sociale relationer i lokalområdet for etniske minoriteter. Dette ses som et udtryk for, at kommunerne er mere opmærksomme på den betydning, som psykosociale res-

sourcer og sociale relationer har for sundheden, end tidligere.

Kortlægningen viste endvidere, at mange kommuner benytter sig af såkaldt "peer-education", hvor borgere med anden etnisk baggrund formidler viden og erfaringer om en række sundhedsrelaterede emner (ofte betegnet som "etniske sundhedsformidlere") til borgere med samme etniske baggrund. Peer-education fandt sted i forskellige varianter i 37 kommuner, da undersøgelsen gennemførtes.

*Kun få indsatser
for minoritetsetniske ældre*

Kortlægningen viste imidlertid også, at kun få indsatser er målrettet særligt udsatte grupper blandt etniske minoriteter og i den forbindelse fremhæves ældre. Blandt de kommuner, der ifølge kortlægningen har eller for nylig har haft indsatser med fokus på ældres sundhed, er Ballerup, Esbjerg og Greve. Nogle af de øvrige kommuners indsatser kan dog også inkludere ældre, uden at dette fremgår eksplicit i kortlægningen.

Kortlægningen er beskrevet i rapporten "*Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner – En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser*".

Rapporten kan læses og downloades på Statens Institut for Folkesundheds hjemmeside: www.si-folkesundhed.dk Se under "Udgivelser" – "Bø-

ger/rapporter" – "2012": "Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i kommunerne".

Landdækkende undersøgelse af etniske minoriteters sundhed

En landsdækkende undersøgelse i Danmark satte i 2008 for første gang tal på sundhed, sygelighed og livsstil blandt etniske minoriteter i alderen 18-66 år fra Jugoslavien, Tyrkiet, Pakistan, Somalia, Iran, Irak, Libanon og Palæstina samt efterkommere fra Tyrkiet og Pakistan. Resultaterne blev sammenholdt med en etnisk dansk referencegruppe.

Undersøgelsen omhandlede selv-vurderet helbred, forekomsten af langvarig sygdom, psykisk sundhed, rygning, alkohol, sukkerindtag, fysisk aktivitet og overvægt.

*Flere helbredsproblemer
og sygdomme
blandt etniske minoriteter*

Undersøgelsen viste en hyppigere forekomst af langvarige sygdomme som diabetes, gigt, rygsygdom, forhøjet blodtryk, hjerteproblemer, knogleskørhed samt lettere depression og angst. Samtidig var andelen, der havde tre eller flere langvarige sygdomme langt større (25-48 pct.) end blandt etniske danskere (11 pct.), hvilket er et udtryk for større samlet sygdomsbelastning.

Markant flere fra etniske minoriteter, op mod 48 procent, angav at have et dårligt selvvurderet helbred, og andelen var størst blandt de ældste i undersøgelsen. Kun 10 procent blandt jævnaldrende etniske danskere havde et dårligt selvvurderet helbred.

Ældre havde dårligere psykisk sundhed

Undersøgelsen viste også, at den psykiske sundhed var dårligere hos de ældre aldersgrupper end hos de yngre, mens det hos etniske danskere var lige omvendt (idet den psykiske sundhed her var bedst blandt de ældste aldersgrupper). Kvinder havde i alle grupper dårligere psykisk sundhed end mænd.

Desuden viste undersøgelsen, at overvægt og fysisk inaktivitet var mere udbredt blandt etniske minoriteter, særligt blandt de ældre aldersgrupper, end blandt etniske danskere. Også indtaget af sukker og andelen af rygere var større – men over halvdelen af rygerne ønskede samtidig at holde op med ryge.

Undersøgelsen blev udarbejdet af Region Midtjylland i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Københavns Universitet samt flere regioner og kommuner.

Læs mere i rapporten *”Etniske minoriteters sundhed”* på: www.cfk.rm.dk Se under ”Udgivelser” – ”Befolkningsundersøgelser”.

Tyrkiske ældre i Danmark

Projektet *”Etnicitet og alderdom”* blev afsluttet i 2011 og havde til formål at beskrive hverdagsliv og livsbetingelser for tyrkiske ældre i Danmark med inddragelse af erfaringer og materiale indsamlet gennem feltarbejde i London og Berlin.

Projektet viste, at de fleste tyrkiske ældre årligt pendler til Tyrkiet i sommerhalvåret, hvis de kan få råd, og helbredet i øvrigt tillader det. Der er ikke tale om ferie men om bestræbelser på at føle sig hjemme og leve et ”helt” liv ved at fastholde betydningsfulde elementer og relationer på tværs af livsløbet.

Det fremgik også, at tyrkiske ældre ofte føler sig ensomme, og at der er brug for aktiviteter og tiltag, der understøtter, at den enkelte ældre kan føle sig respekteret og værdifuld i hverdagen i Danmark.

Projektet blev gennemført af ph.d., lektor Üzezir Tireli, Professionshøjskolen UCC og konsulent i Videnscenter for Interkulturel Pædagogik, sammen med ph.d., direktør Christine E. Swane, Ensomme Gamles Værn, EGV.

Projektet er bl.a. formidlet i kapitel 2 i denne publikation og i artiklen *”Tyrkiske ældres bestræbelser på at føle sig hjemme”*, der kan læses på www.egv.dk under ”Projekter”.

Etnisk mangfoldighed blandt pleje- og omsorgspersonale

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd gennemførte i 2011 en undersøgelse af 11 kommuners erfaringer med social- og sundhedspersonale (SOSU) i pleje- og omsorgssektoren, der har anden etnisk baggrund. Undersøgelsen havde særlig fokus på rekruttering og fastholdelse af medarbejdere med anden etnisk baggrund og på betydningen af den nye medarbejdersammensætning for omsorgskultur, arbejdsmiljø og ledelsesstil.

Attraktivt at arbejde i ældreplejen

Overordnet viste undersøgelsen, at det er attraktivt for personer med anden etnisk baggrund at arbejde i pleje- og omsorgssektoren. Én ud af 10 medarbejdere har således anden etnisk baggrund, og til forskel fra deres etnisk danske kolleger forventer de fortsat at arbejde på området efter 5 år. At arbejde med mennesker har været centralt for deres valg af uddannelse og job – dette gjaldt også for de øvrige deltagere i undersøgelsen, uanset etnicitet.

Derudover tiltrækkes medarbejdere med ikke-vestlig baggrund af det relativt korte og praktisk orienterede uddannelsesforløb og af muligheden for at gøre karriere og videreudanne sig.

Omsorgskultur

En udbredt opfattelse blandt lederne af, at især medarbejdere med ikke-vestlig baggrund kan bidrage med anden ”naturlig” omsorgskultur og dermed løfte kvaliteten, kan ikke støttes af undersøgelsesresultaterne, der på forskellig vis har forsøgt at indfange etnisk betingede forskelle.

Medarbejdere med ikke-vestlig baggrund ser imidlertid ud til at vurdere grundlæggende principper om ”hjælp til selvhjælp”, selvbestemmelse og brugerinddragelse som mindre væsentlige. Dette opfordres uddannelsesinstitutioner og ledere i ældreplejen til at være særligt opmærksomme på.

Flere medarbejdere med ikke-vestlig baggrund giver udtryk for, at det danske sprog volder problemer i hverdagen, og at det har konsekvenser for både omsorgsarbejdet og for samarbejdet med kolleger.

Arbejdsmiljø og ledelse

På nogle punkter har medarbejdere med ikke-vestlig baggrund ringere arbejdsvilkår: De arbejder jævnligt flere timer, end de får betaling for, bl.a. som følge af mangel på personale, og de vælger oftere at forkorte eller helt springe frokosten over.

En del medarbejdere har været udsat for racisme fra bl.a. ældre og pårørende. Og selv om kollegerne generelt

er gode til at hjælpe med at sige fra, er det ofte op til den enkelte medarbejder at afgøre, hvordan man skal forholde sig over for diskriminerende adfærd. Også her påpeges nødvendigheden af særlig ledelsesmæssig opmærksomhed, så medarbejderne ikke risikerer at stå alene og selv skulle tackle svære situationer.

Både ledere og medarbejdere mener generelt, at det ikke er nødvendigt med en ledelsesstrategi, der tænker etniske forskelle ind. Undersøgelsens resultater peger imidlertid på, at der er behov for et øget ledelsesmæssigt fokus på særlige problemstillinger, når personalegruppen er etnisk mangfoldigt sammensat.

Læs mere om undersøgelsen, der er udarbejdet af Tine Rostgaard m.fl., i rapporten "Omsorg og etnicitet. Nye veje til rekruttering og kvalitet i ældreplejen". Den kan bestilles og downloades på hjemmesiden: www.sfi.dk (se under "Udgivelser" – "2011").

Ældre danskeres og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser

I 2009 viste en større undersøgelse, som blev gennemført af AKF, Anvendt Kommunal Forskning, at ældre indvandrere fra ikke-vestlige lande ikke så ofte som andre ældre benytter sig af de kommunale pleje- og omsorgstilbud, når de har et behov for hjælp.

Især ældre fra ikke-vestlige lande, som har boet i Danmark i mindre end 10 år, benytter tilbuddene langt mindre, fx modtager de kun halvt så ofte praktisk bistand og personlig pleje, og ældre indvandrere bor sjældent i plejebolig.

Undersøgelsens resultater, der er omtalt nærmere i afsnittet "Ældre med anden etnisk baggrund – et signalement" i kapitel 1 i denne publikation, er beskrevet i rapporten "Ældre danskeres og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser", som er tilgængelig på www.akf.dk (AKF blev i 2012 en del af KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning).

Et liv som ældre i Kolding. Nydanske ældres ønsker og behov indenfor ældreområdet

Kolding Kommune iværksatte i 2012, efter opfordring fra kommunens integrationsråd, en stor undersøgelse blandt kommunens ældre med etnisk minoritetsbaggrund. Følgende spørgsmål blev belyst:

- ◆ Hvor markant forventes stigningen i antallet af nydanske ældre i Kolding Kommune at blive de næste 10-20 år?
- ◆ Hvad kendetegner nuværende og kommende nydanske ældre, der endnu kun i begrænset omfang er brugere af ældreområdets ydelser?

- ◆ Hvilke ønsker og behov har nydanske ældre inden for ældreområdets hovedområder: hjemmepleje, hjemmesygepleje, madservice, plejeboliger og ældreboliger?
- ◆ Hvordan kan Kolding Kommune imødekomme nydanske ældres ønsker og behov?

Undersøgelsen blev gennemført af et eksternt konsulentfirma og afsluttet med udgangen af 2012.

*Samme ønsker
som etnisk danske ældre*

Undersøgelsens resultater fremgår af en rapport, som overordnet viser, at minoritetsetniske ældres ønsker og behov ikke adskiller sig ret meget fra etnisk danske ældres.

De fleste ønsker fx at blive i egen bolig så længe som muligt, og evt. modtage praktisk hjælp og personlig pleje i hjemmet, fremfor at flytte i plejebolig. Derudover er der et udbredt ønske om, at børn eller svigerbørn hjælper som supplement til kommunale pleje- og omsorgstilbud, og at de medvirker aktivt i forbindelse med personlig pleje. Mange foretrækker og forventer, at børn og svigerbørn ligeledes hjælper med at oversætte, når der er behov for det.

Personalets etnicitet har ikke betydning, men flere giver udtryk for, at det vil være dejligt, hvis personalet

kan tale deres sprog eller blot nogle få ord. Personalets køn har betydning ved personlig pleje, men kun i lille grad ved praktisk hjælp. Særligt vigtigt er dog de faglige kvalifikationer og almenmenneskelige kvaliteter hos personalet, herunder at de er omsorgsfulde, omhyggelige og har den nødvendige tid til rådighed.

Der er stort ønske om socialt samvær med andre ældre og gerne i et sprogfællesskab, men etniske plejehjem efterspørges ikke. I forhold til plejeboliger er der bl.a. ønske om at kunne se fjernsynskanaler på eget sprog, at der tages hensyn til særlige madønsker (halalslagtet kød, intet svinekød, smag m.m.), og at der er mulighed for at tale med andre ældre på samme sprog – samt mulighed for ofte at have familien omkring sig i boligen.

Anbefalinger og indsatsområder

Rapporten peger bl.a. på følgende indsatsområder:

- ◆ *Behov for målrettet information*

Rapporten fastslår, at de fleste ældre kender til tilbud som hjemmepleje, hjemmesygepleje og madservice, mens kun meget få har viden om, hvad ældreboliger og plejeboliger er. Der er en klar tendens til, at jo mere erfaringsbaseret kendskabet til tilbuddene

er, desto nemmere har de ved at se sig selv som potentielle brugere.

Rapporten anbefaler derfor, at kommunen målretter informationsmateriale om ældreplejens tilbud, og at det fremgår, at der kan tages mange individuelle hensyn. Fx i form af små film, der viser hverdagen i en ældrebolig eller giver en virtuel rundvisning på et plejecenter. Det foreslås også at tilbyde rundvisninger på de lokale plejecentre – evt. i samarbejde med etniske foreninger. Samtidig anbefales brug af ansatte med anden etnisk baggrund som ambassadører for tilbuddene.

◆ *Særlig indsats for at forebygge ensomhed – fx via besøgsvenner*

Undersøgelsen viser, at mange ældre er bekymrede for at blive socialt isolerede, efterhånden som børnene stifter egne familier og tilpasser sig et mere dansk familiemønster. En del udtrykker frygt for ensomhed og for at komme til at dø alene samt at være en byrde for familien.

Det anbefales, at kommunen iværksætter tiltag, der kan forebygge ensomhed, bl.a. besøgsven-ordninger (i samarbejde med etniske foreninger) og aktivitetstilbud der er åbent for flere generationer, så ældre kan følges med børn eller svigerbørn.

◆ *Aktiviteter fremfor snak*

Det kan ofte være lettere at indgå i en social sammenhæng, særligt når der er sproglige barrierer, hvis man er aktive sammen. Aktivitets- og plejecentre opfordres derfor til at inkludere ældre med etnisk minoritetsbaggrund ved at tilrettelægge aktiviteter, hvor danske sprogkundskaber ikke er afgørende og samværet er centreret om kreative sysler, spil og motion o.lign. fremfor ”kun” snak og kaffedrikning.

◆ *Samarbejde med pårørende*

Det anbefales, at kommunen afdækker god praksis for samarbejde med pårørende og beskriver forskellige samarbejdsmodeller. De pårørende har mange ressourcer og påtager sig ofte en stor opgave med at tage sig af ældre familiemedlemmer. Det er derfor vigtigt, at de føler sig inddraget og anerkendt for deres indsats.

Undersøgelsen viser, at de kommende ældre med anden etnisk baggrund, som nu er i alderen 45-64 år, har et dårligere helbred end etniske danskere på samme alder. Det kan medføre, at de får behov for hjælp i en yngre alder, men også at det kan være en særlig stor belastning for dem at tage sig af ældre familiemedlemmer. Det anbefales, at kommunen undersøger dette nærmere og overvejer forebyggelsestiltag.

Undersøgelsens resultater fremgår af rapporten ”*Et liv som ældre i Kolding*.”

Nydanske ældres ønsker og behov inden for ældreområdet”, som kan læses og downloades på konsulentfirmaet Marselisborgs hjemmeside: www.marselisborg.org

European Network on Intercultural Elderly Care – ENIEC

ENIEC er et europæisk netværk for fagpersoner, der er involveret i arbejdet for og med ældre med anden etnisk baggrund. Formålet er at udveksle idéer og erfaringer på tværs af grænserne i Europa samt at bidrage til, at europæiske ældre med anden etnisk baggrund bliver mødt med tolerance, interkulturel forståelse og respekt for deres behov og kulturelle baggrund. Netværket har særligt fokus på social- og sundhedsrelaterede temaer, bl.a. pleje og omsorg for ældre med anden etnisk baggrund.

Netværket blev etableret i 2007 i et samarbejde mellem danskere og hollændere. Medlemmerne kommer bl.a. fra Holland, Tyskland, Belgien, Danmark, Sverige, Norge, Finland, Island, Spanien, Østrig, Italien, Estland, Frankrig og Tyrkiet. De arbejder i plejecentre, hjemmeplejen, dagcentre, kommunale forvaltninger, på universiteter og som rådgivere og konsulenter.

Netværket mødes én gang årligt i marts i et af medlemslandene, og derudover udsendes et elektronisk nyhedsbrev 6-8 gange årligt. Deltagelse og overnatning i forbindelse med mødet, der varer næsten tre dage, er gratis. Deltagerne skal dog selv afholde rejseudgifterne.

Det koster 140 euro årligt at være

Faglige netværk

Globus – fagligt netværk om ældre med anden etnisk baggrund

Globus er et landsdækkende netværk for fagpersoner, frivillige og andre, der har kontakt til ældre med anden etnisk baggrund. Formålet er at dele viden, udveksle erfaringer og få gode idéer til, hvordan arbejdet for målgruppen kan gribes an og opkvalificeres. Formålet er endvidere at øge opmærksomheden om minoritetsetniske ældres livsvilkår i Danmark.

Netværket, der blev etableret i 2008, har nu ca. 25 medlemmer, der mødes to gange årligt i Odense. Det er gratis at være medlem, og netværket optager gerne nye medlemmer.

Yderligere oplysninger

Charlotte Kaarsberg, daglig leder af det multietniske værested Mosaikken i Esbjerg.

Tlf. 75 14 01 82

Mail: cka@esbjergkommune.dk

medlem af netværket. Nye medlemmer er velkomne (gælder også frivillige og andre med interesse for området).

Yderligere oplysninger om netværket på: www.eniec.eu

Forskningsnetværket Etniske Minoriteters Sundhed

Statens Institut for Folkesundhed står bag oprettelsen og driften af netværket, som består af forskere og andre fagpersoner, der beskæftiger sig med etniske minoriteters sundhed. Der afholdes heldagsseminarer to gange årligt, hvor både afsluttede og igangværende projekter fremlægges og diskuteres. Formålet med netværket er at skabe en platform for sparring og erfaringsudveksling blandt forskere og andre fagpersoner i hele landet, der arbejder med etniske minoriteters sundhed. Netværket er åbent for interesserede.

Yderligere oplysninger

Forskningskoordinator
Nanna Ahlmark
Statens Institut for Folkesundhed
Tlf. 65 50 77 77
Email: naah@si-folkesundhed.dk

Information om netværket, medlemmernes projekter, præsentationer og referater fra seminarerne kan fås på

instituttets hjemmeside: www.si-folkesundhed.dk (se under "Forskning" – "Etniske minoriteter").

Netværksgrupper om sundhedsformidling

Der er etableret netværksgrupper i Jylland og på Sjælland for fagpersoner i kommuner, der arbejder med etnisk sundhedsformidling og sundhedsformidlere. Formålet er at dele erfaringer, inspirere og vidensdele.

Netværket i Jylland har eksisteret i nogle år og består af repræsentanter fra fem kommuner, der mødes ca. to gange årligt. Netværket på Sjælland er nystartet, men mange kommuner har udtrykt interesse for at deltage. Begge netværk er åbne for nye medlemmer.

Yderligere oplysninger

Netværksgruppen på Sjælland:
Pia Feddersen, sundhedskonsulent
Gladsaxe Kommunes Forebyggelsescenter
Tlf. 39 57 57 66, mobil: 23 37 34 40

Netværksgruppen i Jylland:
Birgit Klockmann Jørgensen, sygeplejerske og sundhedscoach
Esbjerg Kommune, Borgerrettet Forebyggelse
Tlf. 76 16 32 75, mobil 24 59 59 33
Mail: jorg@esbjergkommune.dk

Netværk om traumatiserede flygtninge, indvandrere og hjemvendte soldater – i Region Syddanmark

Netværket er et kommunalt og regionalt tilbud i Region Syddanmark, der er åbent for nye medlemmer fra kommuner og tilbud i regionen. Formålet er at udveksle erfaring og viden på tværs af sektorerne og samtidig øge den generelle viden om og forståelse for traumatiserede borgeres situation blandt professionelle, der har berøring med målgruppen.

Netværket, der blev etableret i 2011, ledes af Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital og Afdeling for Traume- og Torturoverlevende. Netværket mødes to gange årligt.

Yderligere oplysninger om netværket kan fås hos Afdeling for Traume- og Torturoverlevende på: www.traume-ogtorturoverlevende.dk

Samarbejde om udvikling af demensplejen for etniske minoriteter i Øresundsregionen

”Migrationsskole for demensplejen i Øresundsregionen” er et samarbejdsprojekt mellem Nationalt Videnscenter for Demens på Rigshospitalet og Kunskapscentrum för Demenssjukdomar på Skånes Universitetssygehus, der skal styrke samarbejdet om etniske

minoriteter og demens i Øresundsregionen.

Migrationsskolen skal bidrage til, at personer, der er født i udlandet, modtager udredning, behandling og pleje for deres demenssygdom på samme niveau som etniske danskere og svenskere. Det skal ske ved at kortlægge de udfordringer, der opstår i forløbet i både Danmark og Sverige.

Migrationsskolens opgave er samtidig at finde løsninger på udfordringerne og efterfølgende sprede viden om dette, bl.a. ved at uddanne sundhedspersonale i kommuner og regioner i Øresundsregionen.

Oplysninger om Migrationsskolens aktuelle temadage, kurser og andre arrangementer for sundheds- og plejepersonale kan fås på Nationalt Videnscenter for Demens’ hjemmeside: www.videnscenterfordemens.dk (se under ”Uddannelse”).

Kurser og efteruddannelsestilbud

Tværkulturel rehabilitering

Masteruddannelsen i rehabilitering på Syddansk Universitet udbyder enkeltfaget ”Tværkulturel rehabilitering” til interesserede på social- og sundhedsområdet i kommuner, regioner og frivillige organisationer. Enkeltfaget er

således for alle, der opfylder optagelseskravene, og ikke kun for studerende på selve masteruddannelsen,

Undervisningen omfatter bl.a. temaer som sundhedsopfattelse, egenomsorg, krop og kropssprog, systembarrierer, lighed og ulighed, etiske kompromisser og tværsektoriel koordination.

Yderligere oplysninger om indhold, pris og optagelseskrav kan fås på Syddanmark Universitets hjemmeside: www.sdu.dk (se under "Efteruddannelse", "Enkeltfag", "Sundhedsvidenskabelige enkeltfag").

Social- og sundhedsarbejde med ældre indvandrere – en kulturel udfordring

Flere professionshøjskoler udbyder "*Diplomuddannelse i ældrearbejde*", hvor et af de valgfrie moduler er "*Social- og sundhedsarbejde med ældre indvandrere – en kulturel udfordring*". Modulet er også åbent for interesserede, der ikke ønsker hele diplomuddannelsen i ældrearbejde.

På modulet undervises bl.a. i emnerne:

- ◆ Sociale og sundhedsmæssige vilkår og problemstillinger hos ældre indvandrere
- ◆ Kulturteoretiske begreber med betydning for aldring og sundhed
- ◆ Relevante aspekter ved kulturmødet

- ◆ Tilpasning af socialt og sundhedsmæssigt arbejde i forhold til ældre indvandrere

Der gælder samme krav til optagelse på modulet som til hele diplomuddannelsen, der henvender sig til sygeplejersker, terapeuter, socialrådgivere og andre med en kort eller mellem-lang videregående uddannelse. Ansøgere, der ikke opfylder de formelle adgangskrav, kan få en individuel vurdering af deres viden og kompetencer, og derefter eventuelt blive optaget på modulet. Professionshøjskolerne kan oplyse nærmere om dette.

Yderligere oplysninger om indhold, pris og optagelseskrav:

- ◆ Uddannelsesguiden www.ug.dk (se under "Uddannelser" – "Diplomuddannelser" – "Sundhedsfaglige område").
- ◆ Professionshøjskolen Metropol: www.phmetropol.dk
- ◆ University College Lillebælt: www.ucl.dk
- ◆ VIA University College: www.viauc.dk

Interkulturel kompetence i jobudøvelsen

Et AMU-kursus (Arbejdsmarkedsuddannelse) på 3 dage, som primært henvender sig til ufaglærte og faglærte deltagere, bl.a. social- og sundheds-

hjælpere og -assistenter, pædagogiske assistenter og omsorgsmedhjælpere. Der er en begrænset deltagerbetaling på 590 eller 890 kr. i 2013. På kurset får deltagerne bl.a. inspiration og værktøjer til at håndtere mødet med etnisk og kulturel forskellighed i pleje- og omsorgsarbejde.

Yderligere oplysninger om målgruppe, økonomi og aktuelle hold på Uddannelsesguiden: www.ug.dk (fagkode 43766)

Etniske minoriteter og demens

Nationalt Videnscenter for Demens afholder en række kurser og temamøder om demens hos etniske minoriteter, bl.a. i forbindelse med projektet *"Migrationsskole for demensplejen i Øresundsregionen"*. Se aktuelle kurser m.m. på: www.videnscenterfordemens.dk

Videninstitutioner, råd og udvalgt litteratur

Socialstyrelsen beskæftiger sig bl.a. med integration og etnicitet. På styrelsens hjemmeside er der et særligt tema med information om ældre med anden etnisk baggrund og beskrivelse af en række projekter.

Se: www.socialstyrelsen.dk (under "Ældre")

Sundhedsstyrelsen bidrager til at styrke forebyggelsesindsatsen for etniske minoriteter og øge opmærksomheden i sundhedssektoren om specifikke sygdomme og risikofaktorer. Styrelsen har derfor udarbejdet materialer og vejledninger til både fagpersoner og borgere.

Sundhedsstyrelsen står også bag databasen for *"Den nationale sundhedsprofil"*, hvor man kan foretage analyser og danne data fra den landsdækkende sundhedsprofilundersøgelse *"Hvordan har du det?"*. Det er bl.a. muligt at hente oplysninger om forekomst af sygdomme, sundhedsadfærd, sociale relationer m.m. fordelt på alder, køn og etnicitet i regioner og i hele landet.

Se: www.sundhedsprofil2010.dk og www.sundhedsstyrelsen.dk (under "Social ulighed i sundhed")

Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed (MESU)

beskæftiger sig med forskning, undervisning og formidling om sundhed, sygdomsårsager og sundhedsvæsenets indsats blandt flygtninge og indvandrere. Centret er en del af Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet.

Se: www.mesu.ku.dk

Statens Institut for Folkesundhed,

som hører under Syddansk Universitet, forsker bl.a. i etniske minoriteters sundhed og igangsætter initiativer,

der kan være med til at forbedre den folkesundhedsmæssige indsats for etniske minoriteter i Danmark.

Instituttet har bl.a. etableret *Forskningsnetværket Etniske Minoriteters Sundhed* (se omtale under "Faglige netværk" i dette kapitel), og det har oprettet – og opdaterer – løbende en søgbar database med litteratur om etniske minoriteters sundhed i Danmark. Litteraturdatabase, der er tilgængelig på hjemmesiden, indeholder danske resuméer af videnskabelige artikler, rapporter og bøger.

Se www.si-folkesundhed.dk (under "Forskning" – "Etniske minoriteter").

Rådet for Etniske Minoriteter er et uafhængigt råd, der rådgiver ministeren i spørgsmål, som omhandler flygtninge, indvandrere og integration. Rådet deltager i udvalg og følgegrupper på integrationsområdet, både kommunalt, nationalt og internationalt, og arrangerer konferencer og andre aktiviteter. Derudover medvirker rådet til at fremme et inkluderende samfund ved at afgive hørings svar til love og bekendtgørelser og ved at deltage i den offentlige debat. Rådet består af 14 medlemmer.

Se: www.rem.dk

Vidensportalen "Integrationsviden – viden der virker" samler og formidler viden, værktøjer og erfaringer på integrationsområdet. Der er også information om eksperter, netværk og

arrangementer samt mulighed for at modtage et nyhedsbrev.

Portalen administreres af Social-, Børne- og Integrationsministeriet men er brugerdrevet. Det betyder bl.a., at alle med viden, værktøjer eller erfaringer, der opfylder udvælgelses kriterierne, kan indsende bidrag til inspiration for andre. Formålet med portalen er at styrke anvendelsen af eksisterende viden, der virker, i den praktiske integrationsindsats.

Se: www.integrationsviden.dk

Nyidanmark.dk er den officielle indgang til digital information og service på udlændingeområdet. Portalen drives af Udlændingestyrelsen og Styrelsen for Fastholdelse og Rekruttering, og den henvender sig bredt til borgere, virksomheder, offentlige myndigheder m.fl. Der er bl.a. information om reglerne for familiesammenføring, asyl, visum, statsborgerskab, arbejde osv.

Se: www.nyidanmark.dk

Vidensportalen "Traume.dk" formidler viden om flygtninge med traumer og PTSD. Den henvender sig især til personale, som møder traumatiserede flygtninge i deres arbejde, og der er særlige målrettede fagopslag for hver faggruppe med viden samt råd og vejledning om de særlige situationer, som kan opstå i mødet. Den har endvidere særlig information til frivillige, flygtninge og deres pårørende samt

andre, som kommer i kontakt med flygtninge, der er mærkede af traumatiske oplevelser.

På portalen kan man bl.a. få viden om, hvad traumer er, få kendskab til tilbud på området, se film på flere sprog hvor flygtninge fortæller om at leve med følgerne af krig og overgreb, og læse foldere på flere sprog om hjælpemuligheder.

Portalen er etableret af Psykiatrien i Region Syddanmark, Dansk Flygtningehjælp, DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur, OASIS og Videnscenter for Transkulturel Psykiatri.
Se: www.traume.dk

Dansk Flygtningehjælp er en privat humanitær organisation, som i Danmark bl.a. løser opgaver på integrationsområdet. Dansk Flygtningehjælp har bl.a. et stort frivillignetværk med 250 frivilligrupper over hele landet, der støtter etniske minoriteter gennem en bred vifte af aktiviteter, og flere rådgivninger, som tilbyder information og vejledning om bl.a. asyl, repatriering, integrationslov m.m.

Se: www.flygtning.dk og www.integrationsnet.dk

Røde Kors er en humanitær hjælpeorganisation med et omfattende netværk af frivillige, der tilbyder forskellige former for støtte i hverdagen til bl.a. indvandrere og flygtninge, fx lektiehjælp, venskabsfamilier og kontaktpersoner.

Se: www.rodekors.dk

Ældre Sagen udfører i flere af sine lokalafdelinger socialt-humanitært arbejde i form af forskellige frivillige aktiviteter for ældre flygtninge og indvandrere, bl.a. sprogtræning, socialt samvær og udflugter.

Lokalafdelingen i Aarhus har fx etableret målrettede aktiviteter i Gellerup-området for ældre med anden etnisk baggrund, bl.a. en systue, hvor det ikke alene handler om at sy men også om at udvikle danske sprogfærdigheder, få viden om muligheder i det danske samfund og hjælp til læsning af breve samt vejledning i forbindelse med kontakter til det offentlige.

I Ølstykke har lokalafdelingen oprettet et målrettet it-tilbud til minoritetsetniske ældre, primært med pakistansk baggrund, hvor de oplæres i at bruge computer, så de med tiden kan sluses ind på Ældre Sagens andre it-hold.

Ældre Sagen har tidligere gennemført et projekt i samarbejde med Dansk Flygtningehjælp, hvor der er indsamlet idéer til og erfaringer med frivillige aktiviteter for ældre med anden etnisk baggrund. Der er bl.a. udgivet et inspirationshæfte og filmen ”Efterår i mange farver”, hvor man følger en gruppe frivillige og ældre med etnisk minoritetsbaggrund i deres fælles aktiviteter.

Se: www.aeldresagen.dk

Udvalgt litteratur (håndbøger m.m.)

Opfattelse af demens blandt personer med anden kulturel og sproglig baggrund

En vejledning fra Nationalt Videnscenter for Demens, der bl.a. fortæller om synet på demens blandt indvandrere og flygtninge fra arabisk-talende lande, Polen, Tyrkiet, Jugoslavien, Pakistan og Iran. Ønsket er at hjælpe fagpersoner og andre til bedre at kunne forstå og tage hensyn til forskellige pleje- og støttebehov hos de forskellige befolkningsgrupper. Vejledningen, der er udgivet i 2013, er gratis og kan downloades på www.videnscenterfordemens.dk (se under "Uddannelse" – "Migrationsskole")

Den gode dialog – om mødet mellem den etniske minoritetsborger og dig som sundheds- og omsorgsmedarbejder

En håndbog til fagpersoner og andre praktikere med inspiration, cases og eksempler, der kan bidrage til at sikre et godt og respektfuldt møde mellem den etniske minoritetsborger og den sundhedsprofessionelle, uanset om mødet foregår i hjemmeplejen, på plejehjemmet eller på hospitalet. Bogen, der også kan benyttes som opslagsværk, opfordrer til refleksion over tilgangen til borgere med anden etnisk baggrund og indeholder konkrete forslag til, hvordan den gode dialog

hjælpes på vej. Den er skrevet af konsulent Lisa Duus og udgivet i 2013 på forlaget Systime.

Krop og religion. Kulturværdier og religion i plejen af den etniske ældre

Bogen henvender sig til pleje- og omsorgspersonale med viden om og forslag til opmærksomhedspunkter i pleje af og omsorg for ældre med muslimsk baggrund. Bogen, der er skrevet af Anne Ehlers og Grethe Hjul Mandrup, er udgivet i 2009 af forfatterne selv i samarbejde med Stiftsudvalget for kristendom og islam, Århus Stift, på Books on Demand.

Tolkeguide. Håndbog om tolkning i den kommunale indsats

Håndbogen videregiver gode råd om, hvordan kommuner får det optimale ud af samarbejde med tolke. Den er tænkt som et praktisk anvendeligt redskab for brugere af tolke og giver bl.a. grundlæggende viden om, hvad en tolk er, hvornår man bør benytte tolk, tolkesituationen, tolkeformer og økonomi m.m. Anvisningerne er baseret på erfaringer indsamlet blandt kommuner, organisationer og enkeltpersoner. Håndbogen, der er redigeret af Else-Marie Ringgaard og udgivet i 2012 af Social-, Børne- og Integrationsministeriet, kan læses og downloades gratis på www.sm.dk

Mad, livsglæde og integration – for ældre indvandrere

Bogen formidler viden om og konkret inspiration til mad til ældre med en anden madkultur end dansk, herunder om kulturens og religionens indflydelse. Med udgangspunkt i tyrkisk, pakistansk og somalisk madkultur sættes fokus på organisering af mad og måltider, herunder at danske måltider nemt kan tilpasses til de tre madkulturer. Indeholder også opskriftsamling med de vigtigste retter fra kulturerne samt bilag med bl.a. måltidsmønstre og portionstørrelser. Bogen er skrevet af Bente Leed og udgivet i 2005 på Erhvervsskolernes Forlag.

At leve i Danmark som ældre med etnisk minoritetsbaggrund

Artikel baseret på viden fra borgerundersøgelser i 2006 i Københavns Kommune af forestillinger om og erfaringer med ældrepleje og ældreliv i Danmark blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund. Blandt temaerne er ældrerollen i Danmark, sprogbarrierer og sociale netværk, professionel versus familiær omsorg, repatriering m.m. – som undervejs suppleres med citater fra ældre i undersøgelserne. Artiklen er skrevet af Mia Henriksen Fatum og indgår i bogen *”Gerontologi – Livet som ældre i det danske samfund”*, der er redigeret af Stinne Glasdam og Bente Appel Esbensen og udgivet i 2009 af Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Indvandrere i Danmark 2012

Publikation fra Danmarks Statistik der udgives hvert år. Den samler oplysninger fra forskellige statistikområder for at give et så bredt og nuanceret billede som muligt af indvandreres og efterkommeres stilling i det danske samfund. I 2012-udgaven er der for første gang et særligt kapitel om *”De ældre indvandrere”*, som bl.a. ser på gruppens sammensætning, genudvandring og indkomstforhold. Publikationen kan læses og downloades på www.dst.dk

Pjecer og film m.m. på flere sprog – målrettet etniske minoriteter

Til ældre flygtninge og indvandrere: En kort orientering om dine muligheder og rettigheder

Pjece fra Dansk Flygtningehjælp og Ældre Sagen som fås på arabisk, bosnisk/serbisk/kroatisk, farsi, somalisk, tamilsk, tyrkisk, urdu, vietnamesisk samt engelsk og dansk.

I pjecen er der bl.a. information om pension og økonomi, offentlige hjælpemuligheder i hverdagen (hjemmepleje, træning, hjælpemidler, boligændringer, forebyggende hjemmebesøg m.m.), ældre- og plejeboliger, tolkning og repatriering, og der oplyses om rådgivnings- og aktivitetsmu-

ligheder i de to organisationer.

Pjecen, der er udgivet med støtte fra Social-, Børne- og Integrationsministeriet, er gratis og kan bestilles hos Ældre Sagen. Den kan også downloades på: www.aeldresagen.dk (se under "Publikationer" – "Bestil pjecer").

Pegebog – kommunikationsredskab til ældre med anden etnisk baggrund og personale

Vejle Kommune har udarbejdet en pegebog på flere sprog, som kan hjælpe med at finde frem til en fælles forståelse på tværs af sprogbarrierer. Pegebogen, der både indeholder billeder og tekster, er udformet med særligt henblik på mødet mellem ældre og personale på social- og sundhedsområdet. Den fås på arabisk, bosnisk, farsi, kinesisk, somalisk, tyrkisk, urdu og vietnamesisk, og kan downloades på kommunens hjemmeside: www.vejle.dk (se under "Borger" – "Sundhed og sygdom" – "Samarbejdspartnere og fagfolk").

Oplysningsfoldere om at leve sundt og med sygdom

Sønderborg Kommune har udformet de fire sundhedsfoldere: "Om at leve sundt", "Om at leve med KOL", "Om at leve med hjertesygdom" og "Om at leve med type-2 diabetes". Folderne fås på dansk, engelsk, fransk, arabisk, bosnisk og farsi, og de kan downloades på kommunens hjemmeside: www.sonderborgkommune.dk (se under

"Borger" – "Sundhed og forebyggelse" – "Sundhedscentret" – "Sundhedstilbud").

Fakta: Hvad er demens?

Et fakta-ark, udarbejdet af Nationalt Videnscenter for Demens, til patienter og pårørende om demens generelt, Alzheimers sygdom, vaskulær demens samt depression. Der er foreløbig fakta-ark på tyrkisk, men flere er under udarbejdelse på arabisk, farsi, polsk, serbokroatisk og urdu. Arket kan downloades på: www.videnscenterfordemens.dk (se under "Uddannelse" – "Migrationsskole" – "Materialer på andre sprog").

10 advarselstegn. Er det en demenssygdom?

Pjece fra Alzheimerforeningen om de 10 typiske advarselstegn på demens. Fås på arabisk, tyrkisk, somali, urdu, farsi, bosnisk-serbisk-kroatisk, engelsk og dansk. Pjecen kan downloades og bestilles på: www.alzheimerforeningen.dk (se under "Materiale").

Kend dit kolesterol

Folder fra Hjerteforeningen på arabisk, tyrkisk og somali. Den kan downloades og bestilles på hjemmesiden: www.hjerteforeningen.dk (se under "Film, bøger, foldere og andre udgivelser" – "Gratis foldere").

Information om kræftsygdomme, rygning, diabetes, D-vitamin og gigt

Sundhedsstyrelsen har udgivet flere pjecer og film, målrettet etniske minoriteter. Hvor intet andet er nævnt i omtalen nedenfor, kan de alle ses, downloades eller bestilles via Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk (se under "Sundhed og forebyggelse" – "Social ulighed i sundhed" – "Etniske minoriteter" – "Hjælp til borgere"):

◆ Kræftsygdomme

Fire pjecer informerer om brystkræft, lungekræft, prostatakræft og tarmkræft på henholdsvis arabisk, somali, tyrkisk, urdu, engelsk og dansk. Pjecerne henvender sig til kræftpatienter og deres pårørende, men kan også bruges af sundhedspersonale.

◆ Rygning

"*Et godt liv uden røg*" informerer om rygning, helbredsmæssige konsekvenser og gevinsterne ved rygestop. Der er samtidig konkrete anvisninger på, hvordan man holder op med at ryge. Materialet består af filmen "*Et godt liv uden røg*", som varer 25 minutter, og en tilhørende pjec "*Den lille rygestopguide*". Begge dele fås på arabisk, somali, tyrkisk, urdu, engelsk og dansk. Filmen kan afspilles direkte fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Pjecen "*Fakta og råd om rygning og rygestop*" fås på arabisk, tyrkisk, urdu, farsi, somali, bosnisk-serbisk-kroatisk, engelsk og dansk.

◆ Diabetes

Filmen "*Et godt liv med diabetes*" informerer om type 2-diabetes, og hvordan man bedst muligt passer på sig selv, når man har sygdommen. Filmen fås på arabisk, tyrkisk, urdu og dansk.

Den er produceret af Sundhedsstyrelsen og Diabetesforeningen, der også har udarbejdet kostvejledningsmaterialet "*Små skridt til et sundere liv*", som henvender sig til fagpersoner, der rådgiver etniske minoriteter om kost og diabetes. Materialet består af 52 billeder med tilhørende vejledning og kommer omkring emner som fedt og sukker, mængder og portionsstørrelser, øget indtag af fibre og grønsager m.m. Billederne kan bruges i samtalen om vaner og valg – fx viser nogle af billederne, hvordan man øger indtaget af fuldkorn og reducerer indtaget af fedt og sukker.

Både filmen og kostvejledningsmaterialet er gratis og kan bestilles hos Diabetesforeningen, der også har udarbejdet en indkøbsguide på arabisk, tyrkisk og urdu sammen med Sundhedsstyrelsen samt andet materiale om diabetes på flere sprog. Se www.diabetes.dk (se under "Netbutik" og under "Fagfolk").

◆ D-vitamin

Pjecen "*Får du D-vitamin nok?*" informerer bredt om D-vitaminbehov og -mangel på arabisk, somali, tyrkisk,

urdu, albansk, farsi, bosnisk-serbisk-kroatisk, engelsk og dansk.

◆ Gigt

Filmen ”*Et godt liv med slidgigt*” informerer om, hvordan man kan få en bedre hverdag med sygdommen ved bl.a. at være fysisk aktiv og tabe sig, hvis man er overvægtig. Filmen er udarbejdet i samarbejde med Gigtforeningen, som også har information på hjemmesiden på flere sprog om gigt, heriblandt foldere om tre udbredte gigt diagnoser (slidgigt, leddegigt og ondt i ryggen). Se mere på hjemmesiden, hvorfra filmen også kan afspilles direkte: www.gigtforeningen.dk (se under ”Et godt liv med gigt” – ”Gigt på flere sprog”).

Film om motion – målrettet kvinder

Diabetesforeningen og Folkesundhed København har udgivet en motions-dvd specielt til kvinder med anden etnisk baggrund. Træningsprogrammet er sat sammen, så alle gerne skulle kunne være med. Øvelserne udføres af en instruktør sammen med en gruppe kvinder, og der er uddybende forklaringer til øvelserne undervejs. Sidst i filmen fortæller kvinderne, hvad de får ud af at motionere; bl.a. at de slapper af med motion, kommer i bedre humør og sover bedre om natten.

Filmen ”*DVD – Motion for kvinder*” fås på dansk, arabisk, somali, tyrkisk

og urdu. Den er gratis og kan bestilles hos Diabetesforeningen. Se mere på www.diabetes.dk (under ”Fagfolk” – ”Diabetes på fremmedsprog”).

Oplysningsfilm om det danske sundhedssystem

På portalen ”www.detdanske sundhedssystem.dk” kan man se oplysningsfilm på flere sprog om det danske sundhedssystem. Filmene er en visuel introduktion til brug af medicin og til sundhed, sygdom og forebyggelse.

Sundhed og sygdom

Filmen ”*Sundhed og sygdom*” består af 20 små film med generel og konkret introduktion til det danske sundhedssystem. Filmene viser besøg hos den praktiserende læge og hos en speciallæge, på apoteket og hospitalet samt i et sundhedscenter. Filmene oplyser bl.a. om forebyggelse og sygdom og om muligheder og rettigheder på området, bl.a. offentlig sygesikring, tidsbestilling, tolkebistand, henvisning til speciallæge og andre specialister o. lign.

Medicin med fornuft

Filmen ”*Medicin med fornuft*” formidler i 13 kortere filmklip en samlet introduktion til brug af medicin. Der er bl.a. information om lægens og apotekets rolle i forbindelse med ordinerings og køb af medicin, og læger og farmaceuter giver råd og vejledning om for-

nuftig brug af medicin. Filmen forklarer også begreber som håndkøbsmedicin, recept, kosttilskud, interaktion og bivirkninger.

Se filmene, der er produceret med støtte fra bl.a. Sundhedsstyrelsen, på dansk, fransk, urdu, arabisk, somalisk og persisk på: www.detdanskeundhedssystem.dk

Oplysningsfilm om Danmark og danskerne

Produktionsselskabet Sfinx Film/ Tv, som også står bag filmene om det danske sundhedssystem (se også omtalen ovenfor), har lavet videoserien "Go 'dag Danmark", som henvender sig til alle, der ønsker en overordnet introduktion til det danske samfund.

Serien består af 10 film om bl.a. demokrati og dansk lovgivning, danskeres religion, kønsroller, arbejdsmarked, sundhed m.m. Udover en række faktuelle oplysninger giver filmene et indblik i dansk kultur og mentalitet.

Filmene kan ses på forskellige sprog. På produktionsselskabets hjemmeside kan man downloade teksthæfter, der bl.a. kan bruges til oversættelser, fx i forbindelse med undervisning. Her kan man også se udvalgte klip fra flere af filmene.

Hver film varer 25-40 minutter og koster mellem 280-510 kr. + moms og forsendelse. Filmene kan også lånes gratis på bibliotekerne.

Se mere på: www.sfinx-film.dk

Sundhed på mit sprog

Hjemmesiden "Sundhed på mit sprog" henvender sig både til borgere med anden etnisk baggrund og til fagpersoner, bl.a. sundhedspersonale og sagsbehandlere. På hjemmesiden er der information på flere sprog om sundhed, helbred, sygdomme, forebyggelse og tilbud i sundhedsvæsenet. Det er hensigten, at hjemmesiden på længere sigt skal samle alt relevant informationsmateriale på området.

Indtil videre er der bl.a. mulighed for at finde information om en lang række sygdomme, medicin, vaccinationer og forebyggelse, sund livsstil, psykiske problemer samt tilbud og retigheder i det danske samfund i relation til sundhed og sygdom.

Se mere på: www.sundhedpaamitsprog.dk

Marhaba – landsdækkende tilbud om støttende samtaler på flere sprog

Marhaba er et tilbud om anonym telefonisk støtte og hjælp på flere sprog fra den landsdækkende telefonlinie "Linien", som drives med støtte fra Social-, Børne- og Integrationsministeriet. Der tilbydes samtaler på arabisk, somalisk, urdu og engelsk, og stadig flere sprog kommer til. Samtalerne foregår med frivillige nydanskere, der efter et oplæringsforløb sidder klar

ved telefonerne flere dage om ugen.

Alle kan henvende sig til Marhaba for at vende tanker og bekymringer med en, der giver sig tid til at lytte. Samtalerne kan også være vejledende og give anvisninger på, hvor man skal henvende sig i systemet for at få den rette hjælp til at løse et problem. Henvendelserne er anonyme og rådgiverne har tavshedspligt.

Telefoniske henvendelser på tlf. 35 36 14 00 mandag til torsdag på forskellige tidspunkter.

Se mere på www.marhaba.liniens.dk og www.liniens.dk, der også har information om Marhaba på flere sprog.

Noter og referencer til de enkelte kapitler

Kapitel 1: Aldring og etnicitet

Etnisk mangfoldighed blandt ældre

- 1 Danmarks Statistik, Statistikbanken, 3. kvartal 2013: FOLK 1 2013K3, FRDK113 og FOLK 2.
- 2 Singhammer, John: Etniske minoriteters sundhed, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, juni 2008. Og databasen for Den Nationale Sundhedsprofil 2010: www.sundhedsprofil2010.dk
- 3 Eskildsen NB, Biswas D, Ahlmark N., Indsatser målrettet etniske minoriteters sundhed i danske kommuner – En kortlægning af sundhedsfremme og forebyggelsesindsatser, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.

Ældre med anden etnisk baggrund – et signalement

- 4 Danmarks Statistik, Statistikbanken 2013, FOLK1: Folketal 2013K3. Danmarks Statistik inddeler befolkningen i tre grupper: *Indvandrere*, *efterkommere* og *personer med dansk oprindelse*. *Indvandrere* er født i udlandet, og ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. *Efterkommere* er født i Danmark, og ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. *Personer med dansk oprindelse* er personer uanset fødested, der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.
I denne publikationen anvendes betegnelsen ”borgere eller ældre fra ikke-vestlige lande”/ ”ældre med anden etnisk baggrund”. I forhold til Danmarks Statistiks tredeling tilhører de gruppen af ”Indvandrere”. Såkaldte ”efterkommere”, som der kun er meget få af i alderen 60 år og derover, indgår således ikke i tallene i dette afsnit.
- 5 Danmarks Statistik, Statistikbanken 2013: FOLK1:2013K3
- 6 Danmarks Statistik, Statistikbanken 2013: FOLK1 2013K3
- 7 Danmarks Statistik, Indvandrere i Danmark 2012, udgivet 2012
- 8 Dansk Flygtningehjælp, Nyt om at vende hjem – nr. 11, marts2013. www.flygtning.dk
- 9 Danmarks Statistik, Indvandrere i Danmark 2012, side 107. Den disponible indkomst omfatter summen af erhvervsindkomst, formueindkomst, overførselsindkomst, private pensionsindbetalinger fratrukket skat m.m. samt renteudgifter, jf. side 102
- 10 Oplysningerne er baseret på: Danmarks Statistik, Indvandrere i Danmark 2012, side 108-110: ”Risiko for fattigdom” (ROP) benyttes som mål af både OECD og Finansministeriet, der definerer gruppen

med risiko for fattigdom som personer med en ækvivaleret (korrigeret for familiens størrelse) disponibel indkomst under 50 pct. af medianen, såkaldt ROP(50). I EU's statistiske kontor, Eurostat, er det under 60 pct. af medianen, såkaldt ROP(60). Medianen er det indkomstniveau, der deler befolkningen i to lige store grupper. Der er altså lige så mange, der ligger over medianen som under. Andelen af personer, der er i risiko for fattigdom, er lavest, når grænsen er sat til 50 pct. af medianindkomsten. I 2010 defineres personer som værende i risiko for fattigdom efter ROP(50) ved en ækvivaleret disponibel indkomst under 104.875 kr. og efter ROP(60) under 125.849 kr.

I en del år er der fra flere sider fremsat ønsker om at indføre en officiel fattigdomsgrænse i Danmark. I juni 2013 anbefalede et ekspertudvalg nedsat af regeringen, at en fattigdomsgrænse i Danmark fastsættes ved, at man i 3 år i træk har haft en indkomst under 50 pct. af medianindkomsten og ikke har en formue over 100.000 kr. pr. voksen. Udvalget anbefalede også, at den økonomiske fattigdomsgrænse i Danmark suppleres med indikatorer for afsavn og risiko for fattigdom. Den daværende social- og integrationsminister gjorde omgående denne anbefaling gældende, og Danmark har dermed nu en officiel fattigdomsgrænse. Fra 2014 forventes der at komme en årlig rapport om fattigdomssituationen i Danmark.

- 11 Danmarks Statistik, Indvandrere i Danmark 2012, side 108-110: Andele i risiko for fattigdom er her ifølge Eurostats grænse ROP(50). I antal personer svarer dette til, at i alt ca. 4.100 ældre med ikke-vestlig baggrund på 65 år og derover var i risiko for fattigdom i 2010, mens det var tilfældet for ca. 15.600 etniske danskere i samme aldersgruppe.
Anvendes grænsen ROP(60) bliver andelen med risiko for fattigdom større: 47 pct. af de 65-79 årige og 60 pct. af de over 80-årige minoritetsetniske er ældre i risiko for fattigdom. De tilsvarende andele for etniske danskere i samme alder er hhv. 6 pct. og 12 pct. Se også note 10 vedr. officiel fattigdomsgrænse i Danmark.
- 12 Danmarks Statistik, Indvandrere i Danmark 2011, side 99. Og: Førtidspension bliver endestation, Berlingske Politiko, 26. marts 2012
- 13 AKF blev i 2012 en del af KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Se også www.kora.dk
- 14 Borgerundersøgelse: Pleje- og omsorgsbehovet blandt ældre flygtninge og indvandrere, Aarhus Kommune, Magistratens 3. afdeling, 2004.
- 15 Er omtalt i kapitlet "Yderligere inspiration", se afsnittet "Projekter, undersøgelser og rapporter" og under overskriften "Udvalgt litteratur".
- 16 Borgerundersøgelse: Pleje- og omsorgsbehovet blandt ældre flygtninge og indvandrere, Århus Kommune, Magistratens 3. afdeling, 2004.

Kapitel 2: Ældre med anden etnisk baggrund – særlige udfordringer?

Alderdom og etnicitet – kommunikation og kultur

Egeblad, Charlotte 2000. Det værste ved livet i Danmark er kedsomheden: hverdagslivet blandt ældre etniske minoriteter. I: Madsen, Diana, Ulla Graumann (red.). Nyt land – nye roller: køn i bevægelse blandt etniske minoriteter. København: Ligestillingsafdelingen.

- Eriksen, Thomas Hylland, Sørheim, Torunn Arntsen 2001. Kulturforskelle, kulturmøder i praksis, København: Gyldendal uddannelse.
- Hansen, Eigil Boll, Galatios Siganos 2009. Ældre danskeres og indvandreres brug af pleje- og omsorgsydelser. København: AKF.
- Olesen, Mia Saskia 2012. Et liv som ældre i Kolding. Nydanske ældres ønsker og behov indenfor ældreområdet. Aarhus: Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden.
- Swane, Christine E. 2007. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane, Christine E. et al. (red.). Gerontologi – livet som gammel. 2. udg. København: Munksgaard Danmark.
- Swane, Christine E., Üzeyir Tireli 2011. Tyrkiske ældres bestræbelser på at føle sig hjemme. Social Kritik, nr. 127, s. 29-43.
- Tireli, Üzeyir et al. 2007. Livet som ældre etnisk minoritet i Danmark. Videncenter for Interkulturel Pædagogik, CVU Storkøbenhavn (www.egv.dk).

Ældre migranternes sundhed

- Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Mundt A, Busch MA, Nickels E, Heimann HM, et al. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry* 2010;25:468-475
- Arnold M, Razum O, Coebergh JW. Cancer risk diversity in non-western migrants in Europe: An overview of literature. *European Journal of Cancer* 2010;46:2647-2659
- Kristensen JK, Bak JF, Wittrup I, Lauritzen T. Diabetes prevalence and quality of diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a native Danish Population. *Prim Care Diabetes* 2007;1:159-165
- Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health* 2010; 55: 357-371
- Nielsen SS, Yazici S, Petersen SG, Blaaikilde AL, Krasnik A. Use of cross-border healthcare services among ethnic Danes, Turkish immigrants and Turkish descendants in Denmark: a combined survey and register study. *BMC Health Services Research* 2012;12: 390
- Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2009; 44: 1023-1029
- Norredam M, Krasnik A, Pippert C, Keiding N. Cancer incidence among 1st generation migrants compared to native Danes – A retrospective cohort study. *European Journal of Cancer* 2007;43:2717-2721
- Razum O. Of salmon and time travelers – musing on the mystery of migrant mortality. *International Journal of Epidemiology* 2006; 35:919-921
- Razum O, Twardella D. Time travel with Oliver Twist-towards an explanation for a paradoxically low mortality among recent immigrants. *Trop Med Int Health* 2002; 7, 4-10
- Silveira E, Skoog I, Sundh V, Allebeck P, Steen B. Health and well-being among 70 year-old migrants in Sweden-results from the H 70 gerontological and geriatric population studies in Goteborg. *Soc psychiatry psychiatry Epidemiol* 2002;37;13-22
- Ujic-Voortman JK, Baan CA, Seidell JC, Verhoeff, AP. Obesity and Cardiovascular disease risk among Turkish and Moroccan migrant groups in Europe: a systematic review. *International Association for the Study of Obesity* 2011;13:2-16
- United Nations 2011. World Population Ageing: 1950-2050. United Nations 2001. 20-02-2013. Ref Type: Online Source

Van der Wurff FB, Beekman AT, Dijkshoorn H, Spijker JA, Smits CH, Stek ML, et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *J Affect Disord* 2004; 83:33-41.

Livshistorie, tid og tillid er nøgleord i Indvandrermedicinsk Klinik

Blaakilde A.L. Den store fortælling om alderdommen. 1.udgave ed. Munksgaards Forlag; 1999.

Dreyer P. Fortællingen. I: Graubæk AM, redaktør. Patientologi. At være patient. Gads Forlag; 2010. p. 91-102.

Nielsen D., Svabo A, Kristensen T.R., Korsholm KM, Sodemann M. Livet med diabetes som indvandrermedicinsk patient. *Diabetes og Sygepleje Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker* 2011 Jan 1;(1):37-40.

Nielsen D., Svabo A, Kristensen TR, Sodemann.M. [The life story is essential in The Migrant Health Clinic] Livshistorien er i centrum i Indvandrermedicinsk Klinik. *Sygeplejerske* 2011;7.

Troelsen M. Undersøgelse: Indvandrere er en belastning. *Sygeplejersken* 2006 Feb 27;2:16-39.

Sodemann M., Svabo A. Selvom du gav mig alt papir i verden... Sprog museet. 2011. Ref Type: Online Source

Forestillinger om døden blandt ældre og pårørende med etnisk minoritetsbaggrund

Note:

17 Undersøgelsen blev udført af en projektgruppe og fulgt af en styregruppe. Projektgruppe: Mette Raunkjær, Palliativt Videncenter/Professionshøjskolen Metropol og Ulla Gars Jensen Professionshøjskolen Metropol. Styregruppe: Christine Swane, EGV, Helle Krogh Hansen, Professionshøjskolen Metropol, Kirsten Søndergaard, Landsforeningen Liv & Død, Margrethe Kusk Pedersen, Ole Andersen og Karen Sonne, Københavns Kommune. Undersøgelsen blev finansieret af: EGV Fonden (Ensomme Gamles Værn), Professionshøjskolen Metropol, Palliativt Videncenter, Landsforeningen Liv & Død og Københavns Kommune.

Referencer:

Daatland S.O, Veenstra M., Lima I.A. (2009). Helse, familie og omsorg over livsløpet: Resultater fra LOGG og NorLag. Oslo: Norsk institutt om oppvekst, velferd og aldring.

Elle C., Larsen K. (2010). Social kontrol i etniske minoritetsfamilier. København: Københavns Kommune, Socialforvaltningen.

Moen B. (2011). "Det står i Koranen": Familieforpliktelse overfor eldre i pakistanske familier. *Norsk Antropologisk tidsskrift*, 22 (1): 37-48, 75-76.

Raunkjær M. (2007). At være døende hjemme – hverdagsliv og idealer. Lund: Socialhögskolan Lunds Universitet.

Raunkjær M. (2012). Forestillinger om og erfaringer med døden blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund og deres pårørende. København: Palliativt Videncenter.

Sundhedsstyrelsen (2011). Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen.

Walter T. (2010). Grief and culture: A checklist. *Bereavement Care*, 29 (2): 5-9.

Kapitel 3: Overvejelser, initiativer og konkrete erfaringer

Indsatser, erfaringer og overvejelser i forhold til ældre med anden etnisk baggrund – Københavns Kommune:

Noter:

18 Se referencer

19 Wivel, Lena: Etniske minoriteter i Københavns Kommunes ældrepleje. Gerontologi, årg. 28, marts 2012.

20 Erfaringer fra bl.a. Etnisk Ressourceteam tilknyttet hospitaler i København.

Referencer:

Abelskov, Conny: Litteratur- og erfaringsstudie – ældreplejen og ældre med etnisk minoritetsbaggrund. Folkesundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune 2007.

Folkesundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, New Insight og Catinét 2007: Forestillinger, ønsker og forventninger til ældreplejen blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund. Kvantitativ borgerundersøgelse.

Folkesundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, New Insight og Catinét 2007: Forestillinger, ønsker og forventninger til ældreplejen blandt ældre med etnisk minoritetsbaggrund. Kvalitativ borgerundersøgelse.

Folkesundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og Catinét december 2008: Behov for ældrepleje i Københavns Kommune blandt personer med indvandrerbaggrund 2008, 2018 og 2023.

Krasnik, Allan; Kristiansen, Maria og Mygind, Anna: Muligheder og barrierer for etniske minoriteters brug af motions- og kostinterventioner – en litteraturgennemgang. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Folkesundhed København, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, 2006.

Strategi og Analysestaben, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, 2013: Ulighed i omsorg? Undersøgelse af ældre etniske minoritetsborgeres brug af sundheds- og omsorgstilbud i Københavns Kommune

Gode virkerum for sundhedsfremme for borgere med anden etnisk baggrund – ti gode eksempler fra København

Iversen L., Christensen U., Lund R. (2011): Medicinsk sociologi. Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard, 2. udgave.

Singhammer, John (2008): Etniske minoriteters sundhed, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.

ÆldreForums udgivelser

Alle publikationer kan læses på hjemmesiden www.aeldreforum.dk.

Publikationerne kan rekvireres vederlagsfrit.

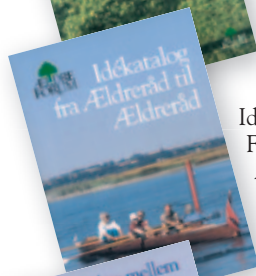
Udgåede titler kan i begrænset omfang rekvireres som fotokopi.



Ny viden & gamle fordomme om ældre
Marts 1997.
13 sider.



Ældre og uddannelse – kulturelt behov eller nyt erhvervsgrundlag?
Juni 1998.
31 sider.



Idékatalog
Fra Ældreråd til Ældreråd
August 1997.
36 sider.



Ældre & Boliger
Udarbejdet af ÆldreForum og Ældreboligrådet.
December 1998.
35 sider.



At bygge bro mellem generationer
September 1997.
23 sider.



Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum og Ældreboligrådet.
April 1999.
9 sider.



Ældreidræt – vedligeholdelse af kroppen, leg, munterhed og socialt samvær.
December 1997.
20 sider.

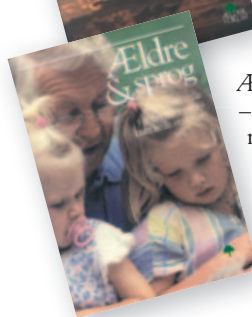


Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde om hjælp til ældre efterladte.
Februar 1999.
20 sider.



Årsberetning 1996/97
Marts 1998. 36 sider.

Age Forum Annual Report 1996/97
Juli 1998. 37 sider.



Ældre & sprog – sprogets rolle i generationernes kulturelle stafetløb.
April 1999.
20 sider.



ÆldreForum 1998
Årsberetning
Maj 1999. 48 sider.

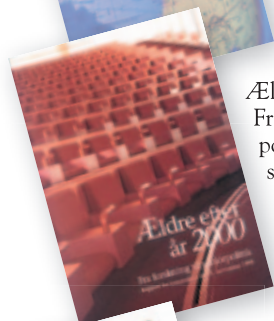
AgeForum 1998
Annual Report
August 1999. 48 sider.



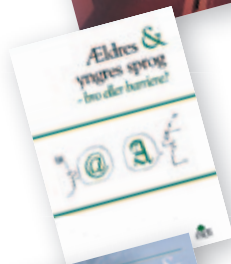
Fremtidens seniorer
i Danmark
Udgivet af Price-
WaterhouseCoopers
og ÆldreForum.
Oktober 1999.
40 sider.



Globalt tema om
ældre & aldring
Videnskabelig forskning:
Artikelloversigt.
Februar 2000.
71 sider.



Ældre efter år 2000
Fra forskning til senior-
politik. Rapport fra
symposium den 5. no-
vember 1999.
April 2000.
48 sider.



Ældre & yngres sprog –
bro eller barriere?
Maj 2000.
41 sider.



Ældre & demens,
depression & selvmord
August 1999.
64 sider.



Ældre & stofskifte-
sygdomme, apopleksi,
afasi & knogleskørhed
December 1999.
52 sider.



Ældre & syn- &
hørelsesretter
Juni 2000.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 1999
Juli 2000.
44 sider.



Ældre & søvn
December 2000.
20 sider.



ÆldreForum 2000
Årsberetning
Juni 2001.
48 sider.

AgeForum 1999-2000
Annual Report
July 2001.
80 sider.



Måltidet & ældre
i eget hjem
August 2001.
64 sider.



Ældre & fodsundhed
November 2001.
40 sider.



Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner,
omsorgs- og plejepersonale
m.fl. December 2001.
72 sider.



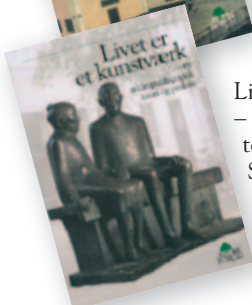
Fald – en trussel mod
ældres liv og førlighed
Rapport fra konference
den 6. november 2001,
arrangeret af Lægefor-
eningens Gerontolo-
giudvalg og ÆldreFo-
rum. Marts 2002.
52 sider.



Styrk kroppen og let
hverdagen – det er
aldrig for sent !
Video eller DVD
samt instruktions-
hæfte med træ-
ningsprogram.
Juni 2002.
Længde: 30 min.



ÆldreForum
Årsberetning 2001
Juli 2002.
40 sider.



Livet er et kunstværk
– om ældrepædagogisk
teori og praksis
September 2002.
64 sider.



Ældrebilledet i medierne
Februar 2003.
48 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2002
Juni 2003.
52 sider.



Idékatalog II
– fra ældreråd til ældreråd.
Juli 2003.
180 sider.



Ældre & fodsundhed
Oktober 2003.
48 sider.



Flexibelt byggeri
til ældre
Fra fortid til nutid
– fra nutid til fremtid.
April 2004.
56 sider.



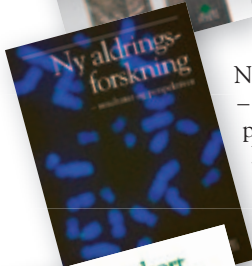
ÆldreForum
Årsberetning 2003
Juli 2004.
54 sider.



Ældre, pårørende & plejepersonale – inspiration til samarbejde.
September 2004.
72 sider.



Older people and preventive home visits.
September 2006.
48 sider.



Ny aldringsforskning – resultater og perspektiver.
December 2004.
46 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2005.
Juni 2006.
80 sider.



Motionskort.
Træn sammen med glæde!
Marts 2005.
4 sider.



Ældre & den frie frivillighed – inspiration til indsats af og for ældre.
August 2006.
60 sider.



Ældre som bedsteforældre – bedsteforældres rolle i børns udvikling og sociale indskoling.
April 2005.
80 sider.



Ældre & naturmedicin.
Januar 2007.
40 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2004.
Juni 2005.
76 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2006.
Juni 2007.
76 sider.



AgeForum
Annual Report 2003-2004 (netpublikation).
Oktober 2005.
83 sider.



Ældre & forebyggende hjemmebesøg.
December 2005.
56 sider.

Flere ældre på arbejdsmarkedet – inspiration til ledelse & medarbejdere.
September 2007.
52 sider.



Naturmedicin
Februar 2008.
16 sider.



Ældreomsorg
– holdninger,
omgangstone & etik
April 2008.
121 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2007.
Juni 2008.
73 sider.



Ældre og psykisk
sygdom – forebyggelse,
behandling og omsorg.
April 2009. 220 sider.
Udgivet i samarbejde med
PsykiaFonden. Bogen
kan købes i PsykiatriFon-
den og i boghandelen, og
kan ikke downloades.



ÆldreForum
Årsberetning 2008.
Maj 2009.
88 sider.



Idékatalog
– inspiration til fysiske
og mentale aktiviteter
for ældre i plejeboliger
samt andre skrøbelige
ældre.
September 2009.
144 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2009.
April 2010.
76 sider.



Velfærdsteknologi
– nye hjælpemidler i
ældreplejen.
Oktober 2010.
104 sider.



Ældres seksualitet
& kærlighedsliv
– tabuer, myter & viden.
November 2010.
72 sider.



Ældre & apopleksi
– inspiration til pleje- og
omsorgspersonale.
December 2010.
160 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2010.
Maj 2011.
88 sider.



Kan det virkelig passe?
– Kostråd og andre
budskaber til ældre om
mad og sundhed.
2011.
40 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2011.
Maj 2012.
80 sider.



Længst muligt i egen bil –
og livet uden bil.
December 2012.
44 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2012.
Maj 2013.
56 sider.



Ældre med anden etnisk
baggrund – viden og
inspiration til indsats.
Oktober 2013.
152 sider.

Forskningsprojekt:

Velfærd for ældre – holdning og handling



Ældre billedet i medierne gennem 50 år – En undersøgelse af ældre stereotyper i dagbladene fra 1953 til 2003.
Oktober 2005.
256 sider.



Et godt liv som gammel.
April 2006.
210 sider.



Mediestormens magt – om mediestorme på ældreområdet og deres indflydelse på ældrepolitikken.
April 2007.
202 sider.



Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger.
Maj 2008.
263 sider.



Fællesskab og ansvar. En kvalitativ undersøgelse af danskernes opfattelse af ansvar og pligt i forhold til aldersforsørgelse.
Maj 2008.
124 sider.



Plejehjemstilsyn. Politik på pressens præmisser.
Maj 2008.
215 sider.



Velfærd for ældre. Holdning og handling.
Maj 2008.
276 sider.

Antallet af ældre med anden etnisk baggrund end dansk stiger ligesom antallet af ældre generelt. I dag er der 28.000 borgere på 60 år og derover i Danmark, som kommer fra et ikke-vestligt land. I 2030 forventes der at være 82.000.

Meget tyder på, at ældre med anden etnisk baggrund er særligt sårbare på en række områder. Fx er deres sundhedstilstand ofte dårligere end hos jævnaldrende etniske danskere, og de oplever oftere at føle sig ensomme og isolerede. Også deres økonomiske situation er dårligere. Mange taler kun lidt eller intet dansk, og en stor del har begrænset kendskab og kontakt til det danske samfund.

En række kommuner og frivillige organisationer har i de senere år gjort sig erfaringer med målrettede indsatser, som bl.a. har været med til at forbedre sundhedstilstand, bryde ensomhed, øge dansk kundskaber og påvirke livskvaliteten positivt hos denne gruppe.

Publikationen giver eksempler på sådanne indsatser og erfaringer. Den indeholder desuden bidrag fra en række fagpersoner med særlig indsigt i minoritetsetniske ældres situation. Hensigten er både at videregive inspiration og skabe opmærksomhed om en mindre, men voksende, gruppe ældre, der er særlig sårbar – og som ofte overses i den generelle debat om ældre.

Publikationen henvender sig især til praktikere, fx social- og sundhedspersonale, forebyggende medarbejdere og frivillige, og til kommunale ledere, beslutningstagere og politikere, som har det overordnede ansvar for den samlede indsats for ældre i kommunerne.

Også de kommunale ældre- og integrationsråd kan hente inspiration i publikationen, bl.a. til overvejelser om, hvordan de lokalt kan være med til at øge opmærksomheden om ældre etniske minoriteter.