

Jeg vet ikke hva jeg er verdt.



En kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Prosjektemne for studenter ved Tverrfaglige kjønnsstudier
Universitetet i Oslo
Vår 2010

Oda Stormo, Regina Mwansa, Shawnem Eliassi, Nora Mehsen, Mette-Gro Karlsen,
Fethawit Hakin, Elin Mobæk



UNIVERSITETET
I OSLO

reform
RESSURSSENTER FOR MENN

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Forsidebildet er tatt av Nora Mehsen

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Forord

Denne rapporten er utført av sju studenter ved prosjektemne på Tverrfaglige kjønnsstudier ved Universitet i Oslo, i oppdrag fra Reform – ressursenter for menn. I rapporten har vi satt søkelyset mot eldre innvandrer menn og deres egenopplevde helse. Vi håper prosjektet vårt kan bidra til at det offentlige retter blikket mot, ikke bare disse mennene, men alle innvandrere med helseproblemer, slik at de kan få en bedret situasjon.

Først og fremst vil vi takke alle informantene våre. Takk for at dere tok dere tid til å snakke med oss, uten dere ville vi ikke klart å gjennomføre denne rapporten. Verdien deres kan ikke måles.

Vi vil også takke Bashe Musse som skaffet oss tre informanter fra Somalia og Tahir Salam som hjalp oss helt på tampen med de siste informantene vi trengte fra Pakistan.

Nina Lily Ek, Svein Blom og Bjørg Moen fortjener takk for informasjonen de ga oss om innvandrere og helse.

Vår foreleser Tone Irene Brekke har guidet oss gjennom mang en utfordring og fortjener en stor takk for sin tålmodighet og ikke minst for sin entusiasme for prosjektet.

Stian Overå, veilederen vår, skylder vi også en stor takk. Du har vært der når vi har trengt deg, og har kommet med gode litteraturtips og tilbakemeldinger. Du har hatt tro på leurene!

Eieren til hendene på forsiden av rapporten fortjener en stor takk for utmerket modellarbeid.

Vi vil også takke Ellen Christine Reiss for bildene hun tok av oss til rapporten.

Sist, men ikke minst, vil vi takke Elise og resten av gjengen på Reform for at de har tatt så godt i mot oss. Takk for lån av grupperom, kontorutstyr og mange liter med kaffe. Elise har vært kontaktpersonen vår på Reform, men har på mange måter fungert som en ekstra veileder med sine mange gode tips og ideer som vi har tatt med oss i prosessen. Det blir nok stille i gangene hos dere, nå som vi er ferdige!

Oslo, juni 2010.

Fethawit Hakin

Mette-Gro Karlsen

Oda Stormo

Elin Mobæk

Regina Mwansa

Shawnem Eliassi

Nora Mehse



Forfattere



Fethawit Hakin



Regina Mwansa



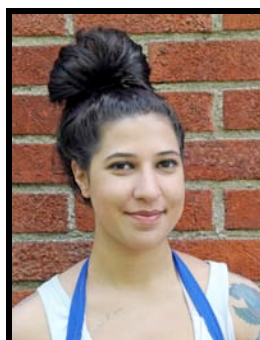
Mette-Gro Karlsen



Shawnem Eliassi



Oda Stormo



Nora Mehse



Elin Mobæk

Sammendrag

Rapporten ”Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse” undersøker innvandrer menn i Norge med en alder på 55 år og oppover, og deres generelle opplevelse av og erfaringer om helse. I hovedsak dreier rapporten seg om innvandrer mennenes subjektive forståelse av helse og hvordan de forholder seg til dette i sammenheng med hverdagen og de formelle sosiale infrastrukturene. Studien har blitt avrenset til et utvalg innvandrere med opprinnelse fra Somalia og Pakistan, som har bosatt seg i Oslo. Kvalitativ metode ble brukt for å samle inn data og intervjuer ble tatt i bruk som et verktøy for å samle inn informasjon. I tillegg til informantene som har skaffet oss det primære datamaterialet, hadde vi også intervjuer med ulike fagpersoner som hadde ekspertkunnskaper på feltet.

Undersøkelsen viser frem aspekter ved livssituasjonen til informantene som påvirker helsen deres, både i Norge og i en flernasjonalt sammenheng. Et fremtredende funn er beskrivelsen av vansker med overgangen fra en kultur til en annen, blant annet gjennom opplevelsen av å ha gjennomgått en negativ klassereise. De fleste informantene uttrykket at statusen de hadde i hjemlandet falt da de kom til Norge, og at dette har påvirket helsen deres både psykisk og fysisk. Når det gjelder den kulturelle overgangen, mener flere av informantene at alderdommen de har her i Norge står i kontrast til hvordan den ville fortont seg i hjemlandet. Andre funn var en opplevelse av at diskriminering og isolasjon har påvirket helsen deres, ved at de ikke opplever å få innpass i det norske samfunnet og dermed føler seg verdiløse.

Rapporten konkluderer med at integrering og det å sørge for at innvandrere får riktig kunnskap om deres helse og sosiale velvære, vil ha en positiv effekt på helsen deres. Når det gjelder dette burde norske myndigheter sørge for at innvandrere får den informasjonen de trenger til gjennom adekvate kanaler. Myndighetene kan for eksempel vurdere om det kan brukes flere personer med flerspråklig bakgrunn for å nå ut til de som ikke behersker norsk. Kontaktpersoner på ulike eldresentre burde være mer tilgjengelige for samfunnets medlemmer ved å arbeide mer flerkulturelt rettet. Vi håper at prosjektet vårt kan være med på å bidra til en forbedring av eldre innvandrer menns situasjon i Norge.

English Summary

The study “Jeg vet ikke hva jeg er verdt. – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse” investigates the general health situation and experience of male immigrants to Norway that are over 55 years of age. In particular, the study focuses on the subjective feelings of the immigrants about their health in relation to their daily living and the social infrastructure. The study was restricted to participants that originally came from Somalia and Pakistan that have settled in Oslo. Qualitative methodology was used to collect data and utilized individual interviews as a tool for data collection. In addition to the immigrants that provided the primary data in the study, we also interviewed different persons with expertise on the field.

The study shows aspects of the informants’ situation which influences their health in both Norway and in a multinational context. One prominent finding is the downward status shift and the sudden change in the cultural practices in the immediate environment for the immigrants. Most participants claim that the status that they held in their original countries before relocating diminishes when they come to Norway, thus, affecting their health physically and psychologically. On the cultural practices, some participants insisted that their situation as elderly persons in Norway contrasts with what it would have been if they had not migrated. At another level, the participants also singled out discrimination and isolation as something that has affected their health. They express that they are excluded from the Norwegian society, and because of this feel they are worthless.

The study concludes that by integrating and providing the immigrants with contextual knowledge about their social and health well being, their health will be positively affected. In this regard, the Norwegian authorities should make sure that immigrants receive the information they need adequately. For example authorities could consider multi-lingual persons to cater for the non-Norwegian speakers. Contact persons at immigrant centres should be present and the centres should be more multicultural. Finally, it is hoped that our project contributes to the improvement of the elderly male immigrants’ situation in Norway.

1.0 INNLEDNING	10
1.1 PROBLEMSTILLING	10
1.2 PRESENTASJON AV OPPDRAGSGIVER	11
1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING	11
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER OG KUNNSKAPSGRUNNLAG	13
2.1 MANNSFORSKNING	13
2.2 SOSIALMEDISIN	14
2.3 INNVANDRERES HELSE 2005/2006	15
2.4 SOMALIERE OG PAKISTANERE I NORGE	16
3.0 METODE OG ETIKK	18
3.1 VALG AV METODE	18
3.2 INFORMANTUTVALG	18
3.3 GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE	20
3.4 ANALYSEMETODE – EN KOMBINASJON AV EN TEMASENTRERT OG PERSONSENTRERT TILNÆRMING	21
3.5 ETIKK	22
3.6 UTFORDRINGER I PROSJEKTET	24
3.7 PRESENTASJON AV INFORMANTENE	25
4.0 Å TILPASSE SEG EN NY KULTUR – ET HELSEANLIGGENDE	28
4.1 ”DE BETYR INGENTING”: Å BLI GAMMEL I NORGE	29
4.2 ”[...] JEG TENKE VELDIG MYE”: BEKYMRINGER FOR DE SOM BLE IGJEN	30
4.3 ”[...] I’M WALKING LIKE AN OLD MAN”: KLIMAETS BETYDNING FOR HELSE	31
5.0 KLASSEREISE, SOSIAL ISOLASJON OG BETYDNINGEN AV NETTVERK	34
5.1 ”[...] JEG SØKER ALLE, ALLE JOBBEN, OG DESSVERRE, DESSVERRE, DESSVERRE”: DET Å IKKE FÅ BIDRA	35
5.2 ”SÅ DET ER HER, MOSKEEN OG HJEM”: LIVSRUM OG ENSOMHET	38
5.3 UNNTAKET: KABIR	41

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

6.0 MANNLIGHET OG HELSE	42
6.1 MANNEN OG KROPPEN	42
6.2 ”DET LIGGER I KULTUREN VÅR AT VI HAR ET ANSVAR, DET ER EN SELVFØLGE.”	44
7.0 LEGEBRUK OG HELSEFORSTÅELSE	49
7.1 HVORDAN BRUKER INFORMANTENE HELSEVESENET?	49
7.2 ”ET HELT MENNESKE”	51
8.0 KONKLUSJON	53
8.1 MULIGHETER FOR ENDRING?	54
9.0 LITTERATURLISTE	56
10.0 VEDLEGG	61
10.1 UTDRAG FRA SSB-RAPPORTEN <i>INNVANDRERES HELSE 2005/2006</i> AV SVEIN BLOM	61
10.2 INTERVJUGUIDE	63
10.3 INFORMASJONSBROSJYRE TIL INFORMANTENE	66

1.0 Innledning

Å bli gammel i et nytt land kan bringe med seg store utfordringer på mange områder. De fleste eldre innvandrere bosatt i Norge må forholde seg til en hverdag som skiller seg betraktelig fra de forventningene de har hatt til alderdommen, og det er mye som tyder på at den situasjonen informantene våre befinner seg i virker negativt på deres helse. Hensikten med rapporten ”Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse” er å belyse hvordan eldre innvandrer menn opplever egen helse og det å bli gammel i Norge. Vi har intervjuet flere menn med innvandrerbakgrunn bosatt i Norge, som alle er over 55 år, om deres livssituasjon og helse. I arbeidet har vi latt oss inspirere av ulike teorier fra maskulinitetsforskning og sosialmedisin, men ettersom vi hovedsakelig er interessert i å fange de subjektive forståelsene og opplevelsene av helse, vil informantenes egne historier hele veien stå i hovedfokus.

1.1 Problemstilling

I arbeidet med å presisere problemstillingen for prosjektet var det viktig for oss at formuleringen fanget informantenes subjektive situasjon. Ut i fra SSB-rapporten, ”Innvandrerens helse 2005/2006”, som har vært utgangspunktet for prosjektet, visste vi at eldre menn med minoritetsbakgrunn som gruppe rapporterte om et syn på egen helsesituasjon som dårligere enn etniske nordmenn på samme alder. Ønsket vårt var å få en dypere forståelse av hva som lå bak dette. Vi var hovedsakelig opptatt av deres egne tanker og følelser rundt sin egen helse, ikke først og fremst deres diagnoser. Dessuten var det viktig for oss i arbeidet med problemstillingen å definere hvem rapporten skulle omhandle. Den formuleringen som best fanget opp de tankene og ideene vi hadde ble:

Hvilke subjektive forståelser av helse og egen helsesituasjon har et utvalg av eldre innvandrer menn fra Somalia og Pakistan, bosatt i Oslo?

De spørsmål som i hovedsak omfattes av denne problemstillingen er hvordan informantene våre forstår og opplever helse, samt hvilke faktorer som påvirker helsesituasjonen. Tematikken vår vil i stor grad dreie seg om opplevd helse. Opplevd helse eller sykdom formes av kulturelt bestemte måter å oppleve, beskrive og fortolke endret kroppsopplevelse på, men

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse avhenger også av personens individuelle erfaringer, kunnskap og holdninger (Mæland 2009:30).

1.2 Presentasjon av oppdragsgiver

Reform – ressurscenter for menn ble åpnet i 2002. Det var initiativtakerne bak Krise- og rådgivningstelefonen for menn som stod bak etableringen av Reform. Etter 20 års telefonkontakt med menn, ble det tydelig hvor viktig det var å kunne sette mannsspørsmål i fokus i samfunnet. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet støtter Reform finansielt (Reform 2010b).

Senteret har sine kjerneområder i satsing rundt menn og helse, menn og seksualitet, menn som fedre, gutter og utdanning, og voldsförebygging (Reform 2010c). Som utgangspunkt i sitt arbeid har de en tanke om at menn og kvinner er likeverdige, og jobber derfor aktivt for likestilling og mot diskriminering på grunnlag av kjønn. De arbeider også for å synliggjøre menn som kjønn i samfunnet. Reform bidrar med rådgivning, veiledning og informasjon uavhengig av hvilken livsfase eller hva slags livssituasjon mennene måtte være i (Reform 2010a).

1.3 Rapportens oppbygging

Denne rapporten består av 10 kapitler. Innledningskapittelet vil ta for seg problemstillingen vår og presentasjon av oppdragsgiveren, Reform. Kapittel 2 inneholder en presentasjon av de forskningstradisjonene arbeidet vårt bygger på, med tilhørende begrepsavklaringer. Der vil det også komme en presentasjon av SSBs rapport ”Innvandrerers helse 2005/2006”, som dette prosjektet bygger på, samt en kort innføring i immigrasjonshistorien til de landene informantene våre har bakgrunn fra. En redegjöring over forskningsmetodene vi har benyttet oss av, samt de etiske valgene vi har måttet ta i løpet av prosessen, finnes i kapittel 3. Kapittel 4, 5, 6 og 7 er hoveddelene i rapporten, der det fokuseres på de funn vi har gjort i intervjuene. Funnene presenteres tematisk, inndelt etter de faktorene som informantene pekte ut påvirket deres helse i stor grad; kulturforskjeller, negativ klassereise, sosial isolasjon, mangelen på nettverk og mannlighet. En dröfting av informantenes legebruk og helseforståelse kommer også her. I kapittel 8 vil vi samle trådene fra funnene våre i en konklusjon, og se på hvilke

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

utfordringer de gir og muligheter for endring de åpner opp for. Komplette litteraturlister for rapporten er å finne i kapittel 9. Det siste kapitlet inneholder vedleggene, som innlemmes for å gi prosjektet et større grunnlag for etterprøvbarehet. Dette utgjør et utdrag fra SSB-rapporten prosjektet har tatt utgangspunkt i, intervjuguiden til intervjuene og informasjonsbrosjyren vi ga informantene våre.

2.0 Teoretiske perspektiver og kunnskapsgrunnlag

De forskningstradisjonene vi har valgt å ta utgangspunkt i er vesentlige i forhold til hvilke begrepsforståelser som ligger til grunn for prosjektet. Vi har hovedsakelig hentet inspirasjon fra mannsforskning og sosialmedisin i arbeidet ettersom vi følte at disse retningene hadde mye å bidra med i forhold til våre tolkninger informantfortellingene. I disse avsnittene ønsker vi å gi en kort presentasjon av tradisjonene og å redegjøre for noen av de viktigste begrepene vi forholder oss til i analysen av vårt materiale.

2.1 Mannsforskning

Maskulinitetsperspektivet er noe vi implementerer i vårt prosjekt for å kunne bedre forstå informantene våre som kjønnede aktører. Forskning på menn og maskuliniteter har direkte forankring i kvinneforskningen. Med det menes at denne forskningen tar i bruk mange av de samme metodologiske overveielser, teorier og problemstillinger som kvinneforskningen har brukt til å skrive om kvinner og kvinnelighet. Mannsforskning har et kritisk blikk på mannlighet og maskuliniteter, og skiller seg dermed fra tidligere tradisjoner hvor menn har blitt regnet som det normale eller kjønnsnøytrale (Lorentzen 2006: 121).

Mannlighet, maskulinitet og helse hører sammen ved at menns oppfatninger om mannlighet kan påvirke dem både fysisk og psykisk. En av Reforms hovedmålsettinger er å arbeide for å øke bevisstheten omkring at menn også er kjønnede og handler ut ifra bestemte kjønnspraksiser. Det ble derfor naturlig for oss å sikre ivaretagelsen av et maskulinitetsperspektiv i arbeidet med denne rapporten.

Maskulinitet eller mannlighet er ikke noe som er konstant og universelt. Det er et flytende begrep som betyr forskjellige ting for ulike menn i forskjellige kulturer til ulike tider. Hver kultur konstruerer idealer for maskulinitet som menn måler seg mot (Lorentzen 2006:126-128). Den maskulinitetsformen som til enhver tid er kulturelt opphøyet i et bestemt samfunn kan kalles en *hegemonisk* maskulinitet (Connell 1995:77). Dersom mannlighet er noe som kan oppnås og som menn bør strekke seg etter, vil det på samme tid bety at den kan mistes. En mann må derfor stadig vise seg verdig betegnelsen. En måte å sirkle inn idealet på er å se på motsetningen: de som faller utenfor, seksuelle minoriteter, kulturelle minoriteter. Kvinner

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse fungerer som slike motstykker (Kimmel 1994:120). Idéhistorikeren Claes Ekenstam skriver i sin artikkel ”Kroppen, viljen & skræcken för att falla” om menns forhold til kropp og maskulinitet. Han nevner psykoterapeuten Alexander Lowens teori om forholdet mellom kroppen og det psykiske, som problematiserer den moderne oppdelingen av mennesket som kropp og personlighet (Ekenstam 1998:111-112). I de anliggender som gjelder helse er det særlig relevant med et maskulinitetsperspektiv ettersom helse og kjønn er knyttet til hverandre både på det sosiale, det fysiske og det psykologiske planet.

2.2 Sosialmedisin

Helse er et stort begrep som er vanskelig å definere, fordi alle kulturer og medisinske systemer har egne definisjoner på helse (Eriksen & Sørheim 2006:202). Sentralt i vårt prosjekt har vært å fange informantenes subjektive helsedefinisjoner, som i våre funn i stor grad kan sies å være kulturelt betinget. Samtidig viste det seg i intervjuene at informantene så på helse som et altomfattende fenomen som ble vurdert ut ifra en forestilling om livskvalitet. En relevant fagtradisjon vi har blitt inspirert av er sosialmedisin, som tar utgangspunkt i vekselvirkningen mellom individ og samfunn i forhold til helse. Intensjonen med perspektivet er å sette den biomedisinske kunnskap inn i en større samfunnsmessig kontekst, ved å studere de sosiale årsaker til og konsekvenser av sykdom (Michelsen m.fl. 2000:5). Tre sentrale begreper innen sosialmedisinen er *sickness*, *illness* og *disease*. Av mangel på tilsvarende begreper på norsk, kan de i stedet sies å fange opp samfunnsmessige, subjektive og medisinske perspektiver på sykdom (Svensson 1998:25). I vårt prosjekt har de to første begrepene vært mest relevante, da vi har fokusert på informantenes subjektive forståelser av helse, og hvordan kultur, som da er en samfunnsmessig størrelse, influerer denne. En helsedefinisjon som sosialmedisinen ofte tar utgangspunkt i er hentet fra Verdens helseorganisasjon (WHO), som er et FN-organ satt til å overvåke og sikre helse på et internasjonalt plan (Mæland 2009:42). Definisjonen lyder som følgende:

Sunhed er en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær av sykdom (WHO i Hyldig 2008:23).

Definisjonen har en holistisk tilnærming til forståelsen av helse, fordi den ikke kun omfatter det sykdomsfrie liv, men også en dimensjon om det gode liv. Faktorene som påvirker helse inkluderer på dette viset også sosioøkonomiske forhold, som tilfredsstillende økonomiske og

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse materielle ressurser, givende arbeid, deltagelse i sosiale nettverk og opplevelse av sosial stabilitet. I tillegg bringer den inn en subjektiv dimensjon, fordi forestillingen om hva som utgjør det gode liv vil variere fra person til person (Hyldig 2008:23, Mæland 2009:44-45, 98). I vårt prosjekt har vi forholdt oss til en slik holistisk forståelse av helse, fordi vi var interessert i å få kunnskaper om det subjektive aspektet i informantenes egne helsedefinisjoner, og hvilke faktorer de opplevde virket inn på deres helsesituasjon. Implisitt i dette hadde vi også en forutsetning om at helseforståelsen til informantene våre var farget i større eller mindre grad av deres kulturelle forhistorie fra deres respektive opprinnelsesland. Vi har derfor også forsøkt å utforske hvordan overgangen fra en kultur til en annen kan ha påvirket deres helse.

2.3 Innvandreres helse 2005/2006

Bakgrunnen for dette prosjektet er SSB-rapporten ”Innvandreres helse 2005/2006” fra 2008, som er basert på helsedelen av en større undersøkelse om innvandreres levekår. I arbeidet med vårt prosjekt har vi hatt som hovedanliggende å hente frem noen av de historiene som skjuler seg bak tallene fra det kvantitative materialet i denne rapporten. Vi vil her kort presentere noen av funnene fra den som vi anser som mest relevante for vårt videre arbeid.

”Innvandreres helse 2005/2006” hadde som hensikt å kartlegge innvandreres helsetilstand og å sammenligne resultatene med data fra den øvrige befolkningen (Blom 2008:6). Noe av det mest oppsiktsvekkende rapporten avdekker, er at innvandrere ikke bare rapporterer om dårligere opplevd helse, men at det også er en uttalt forskjell i forhold til når i livet en forverring av helsesituasjonen begynte. 67 % av innvandrerbefolkningen beskriver sin helsetilstand som god/meget god, mens 85 % av den øvrige befolkningen rapporterer om det samme. Den gruppen som ifølge rapporten er aller mest utsatt for dårlig helse er innvandrerkvinnene, men også blant menn er det store ulikheter mellom innvandrerne og den øvrige befolkningen. Blant innvandrer menn i alderen 55-70 år er det om lag like mange som rapporterer om god helse som dårlig helse (ibid.:9). Det er minimale forskjeller mellom innvandrere og resten av befolkningen når det gjelder konkret antall sykdommer, men visse sykdommer, som diabetes, andre stoffskiftesykdommer, angina, magesår og leddgikt er mer utbredt blant innvandrere som gruppe (ibid.:11).

Vår oppdragsgiver, Reform, ønsket å få en forståelse av hva som lå bak disse tallene. Vårt

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helseprosjekt har derfor gått ut på å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse for å forsøke å få svar på noen av de mange spørsmål som denne rapporten vekker.

2.4 Somaliere og pakistanere i Norge

For å få en bedre forståelse av våre informanternes liv og historie ser vi det som nødvendig å gi et kort overblikk over den migrasjonshistorien de to folkegruppene vi har hentet informanter fra bærer med seg. I de forestående avsnittene vil vi dermed gi en rask oversikt over når og hvorfor de største strømmingene av somaliere og pakistanere innvandret til Norge. Vi har valgt å intervju menn fra Somalia og Pakistan, både fordi dette er store innvandrergrupper i Norge og fordi deres kultur og historie både i hjemlandet og her i Norge er svært ulike.

Det geografiske området som nå utgjør nasjonalstaten Norge, har alltid vært et "innvandringsland" i den forstand at nye mennesker stadig har slått seg ned her (Gullestad 2002:38). Innvandrere har kommet til Norge av ulike årsaker, og over ulike tidsperioder. Majoriteten av de som har migrert til Norge har vært arbeidsinnvandrere. Når man ser på den totale innvandrerbefolkningen har innvandrere med pakistansk bakgrunn vært den største gruppen. I 1975 iverksatte myndighetene en innvandringsstopp som fremdeles varer ved. Etter at den trådte i kraft, har nykommere og/eller innvandrere bare blitt tatt imot som eksperter, gjennom familiejenforening, som studenter, som flyktninger eller asylsøkere. Fra midten av 1980-årene har flyktninger og asylsøkere utgjort den største delen av innvandrere (Henriksen 2007:41).

2.4.1 Pakistansk innvandring

Innvandringen fra Pakistan til Norge begynte så tidlig som på 1960-tallet. De første pakistanske innvandrere migrerte til Norge som arbeidsinnvandrere, med den største toppen rundt 1967. Pakistanske og tyrkiske innvandrere kom for å fylle ledige jobber, hovedsakelig jobber det var vanskelig å rekruttere nordmenn til. De fleste pakistanere som kom var menn som opprinnelig planla å reise tilbake etter en viss tid i landet. I stedet bosatte mange seg i Norge, giftet seg i Pakistan og hentet sine ektefeller gjennom familiejenforening. Mange av dem har i dag voksne barn som har levd praktisk talt hele livet sitt i Norge. En forholdsvis stor andel (ca. 30 %) har bodd i Norge i mer enn 25 år (Henriksen 2007:37). På tross av lang botid

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse i Norge er sysselsettingsnivået og utdanningsnivået blant pakistanske innvandrere fortsatt lavt, og de har lavere gjennomsnittsinntekt pr. familie enn mange andre innvandregrupper (ibid.: 50).

2.4.2 Somaliernes migrasjon til Norge og deres livssituasjon

Somalierer slår også dårlig ut på flere levekårsforhold sammenlignet med andre innvandringsgrupper. For eksempel viser tall fra 2005 at de var innvandregruppen som hadde lavest sysselsettingsnivå av samtlige (Henriksen 2007:83). De fleste eldre somaliere i Norge migrerte hit i perioden 1988-90, da borgerkrigen i landet herjet for fullt. Mange av de som kom hit i denne perioden hadde levd lenge i krigstilstand, og flere hadde mistet både familiemedlemmer og andre klansmedlemmer (Berg og Lauritzen 2008:133). Katrine Fangen, sosiolog og forfatter av boken *Identitet og praksis*, skriver at somalieres første møte med Norge opplevdes som svært varierende. Noen opplevde et møte med et inkluderende samfunn fylt av imøtekommende mennesker, mens andre fortalte om negative erfaringer med rasisme og stigmatisering (Fangen 2008:48). Sosiologen Berit Berg og antropologen Kirsten Lauritzen hevder i boken *Eksil og livsløp* at den generelle oppfatningen av somaliere i media og i det norske samfunn har vært stigmatiserende og gjort integreringen til en vanskelig prosess, både når det gjelder skolegang, arbeidsliv og språkkunnskaper (Berg og Lauritzen 2008:135).

Informantene i vårt prosjekt kommer dermed fra to svært ulike land, med ulik bakgrunn og kultur. Allikevel er begge disse gruppene forholdsvis dårlig integrerte i majoritetssamfunnet. Dette har hatt betydning for hva slags tilpasning de har hatt til arbeidsmarkedet, helsevesenet og samfunnet forøvrig.

3.0 Metode og etikk

I dette kapitlet skal vi gjøre rede for valg av metode for datainnsamlingen og hvilke analytiske metoder vi har tatt i bruk. Vi vil også se på ulike etiske utfordringer vi møtte på underveis i prosessen.

3.1 Valg av metode

Som tidligere nevnt har SSB utført en landsdekkende kvantitativ intervjuundersøkelse om levekår blant innvandrere. Ett av funnene i rapporten var at innvandrer mennene i undersøkelsen opplevde sin helse som noe dårligere enn befolkningen generelt. På grunn av dens kvantitative tilnærming kan den ikke si noe om *hvorfor* disse mennene føler det slik. For å belyse deres subjektive helsesituasjon har vi derfor valgt å benytte oss av kvalitative intervjuer som metode. Kvalitative intervjuer har som mål å løfte frem personlige fortellinger og opplevelser heller enn statistiske tendenser – *hvorfor*-fortellinger.

3.2 Informantutvalg

I SSB-rapporten var innvandrere fra ti forskjellige land representert, og levekårsundersøkelsen var landsdekkende. Vi begynte derfor tidlig å diskutere hvordan vi skulle foreta et informantutvalg. Hvor mange skulle rekrutteres og hvor skulle de komme fra? I og med at dette prosjektet tar utgangspunkt i kvalitativ metode, har det ikke vært mulig å oppnå et representativt utvalg. Poenget har ikke vært å oppnå statistisk representativitet, men heller å finne gode eksempler eller mer typiske tilfeller, som kan finnes i tilsvarende varianter andre steder. Utvalget vårt er heller strategisk enn statistisk (Fangen 2004:51). Vi har ikke hatt mulighet til å følge samme prinsipper for utvelgelse som i kvantitative studier. Vi tok i bruk snøballmetoden, hvor informanter rekrutteres ved å forhøre seg om hvilke personer som vet mye om det temaet som skal undersøkes, og som forskeren bør komme i kontakt med. Disse personene kan igjen vise til andre informanter som det kan være aktuelt å ha med i undersøkelsen (Johannessen, Tuft & Kristoffersen 2005:109). Noen kriterier har vi derimot hatt: mennene måtte bo i Oslo-området fordi dette var mest praktisk for gjennomføringen av intervjuene, og fordi det er den kommunen i Norge med flest innvandrere. Mennene måtte ha

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse en alder fra 55 år og oppover siden vi valgte å operasjonalisere ”eldre innvandrer menn” med en slik avgrensning. Vi ble også enige om å fokusere på å skaffe informanter fra Somalia og Pakistan da disse to innvandrergruppene er godt representert i Oslo. Pakistanerne kom til Norge som arbeidsinnvandrere på 1960- og 70-tallet, mens somalierne begynte å komme til Norge på slutten av 1980- og begynnelsen av 90-tallet på grunn av borgerkrig. Vi syntes derfor det kunne være interessant å se om det er noen forskjeller eller likheter mellom disse to gruppene når det kommer til helseopplevelse.

For å komme i kontakt med informantene begynte vi å ringe rundt til forskjellige mennesker som det kunne tenkes hadde kunnskaper om eldre innvandrer menns helse. Først kom vi i kontakt med Bashe Musse, som er leder i Somalisk nettverk. Gjennom ham skaffet vi oss raskt tre informanter fra Somalia. Det viste seg at det for oss var mye lettere å få tak i de somaliske informantene enn de pakistanske, noe som overrasket oss siden pakistanerne har en lengre historie i Norge, og fordi de er flere enn somalierne. En grunn til at vi lettere fikk informanter fra Somalia enn Pakistan kan være at vi kom i kontakt med Musse som fungerte som kontaktperson mellom oss og somalierne, mens vi aldri hadde én fast kontaktperson når det kom til pakistanerne. Vi ringte også rundt til ulike eldresentre der det kunne tenkes at det ville være noen eldre menn med innvandrerbakgrunn. Etter hvert kom vi i kontakt med en mann som leder en mannskafé på et eldresenter i Oslo. Vi fikk lov til å komme dit og presentere oss og prosjektet. Det ble en del misforståelser da mange av mennene trodde vi kom fra myndighetene eller var medisinstudenter. De trodde vi kom som ”ressurspersoner” som kunne hjelpe dem og videreføre informasjonen de kom med høyere opp i systemet. Vi avklarte dette raskt og mennene fikk i tillegg en brosjyre der det stod informasjon om prosjektet, oppdragsgiver og om oss (se vedlegg). Det var ikke mange av mennene som meldte seg, men vi skaffet oss tre informanter. Dessverre var det bare én av disse som faktisk gjennomførte et intervju, da det var vanskelig å få de to andre til å møte opp til avtalt tid.

Vi ønsket oss to grupper med tre informanter for å få et sammenligningsgrunnlag. Vi oppsøkte mannskaféen ved flere anledninger for å skaffe informanter, men vi fikk avslag etter avslag. Til slutt tok vi kontakt med en tillitsvalgt i et prosjekt om å opprette en moské, pakistaneren Tahir Salam. Han skaffet oss to informanter fra Pakistan, og vi hadde da tre informanter fra Somalia og tre fra Pakistan. Det kunne virke som pakistanerne på eldresentrene var lei av å bli spurt om være med på forskningsprosjekter, da det også var en annen student som brukte de samme mennene som informanter i sin forskning.

Bashe Musse gav oss mye informasjon om somaliere og helse i Norge, og fungerte som en slags ”portåpner” i prosjektet siden han skaffet oss de tre informantene fra Somalia. Musse kom til Norge i 1987 og har i tiden han har bodd i Norge fått mulighet til å reflektere over hvordan det er å skulle integreres i et nytt og ukjent samfunn. Ettersom han har bodd i Norge i så mange år har han skaffet seg et stort nettverk og kjenner mange av somalierne i Oslo-området. På eldresenteret, med stor representasjon av pakistanske menn, kom vi i kontakt med Nina Lily Ek. Hun arbeider som seniorrådgiver på to eldresentre i Oslo, og er utdannet sykepleier. Mye av arbeidet hennes er rettet mot blant annet eldre pakistanske menn. Vi fikk også et intervju med Bjørg Moen som har intervjuet pakistanske menn om deres bruk av eldresentre og hva de synes om slike tilbud, og med Svein Blom som står bak SSB-rapporten prosjektet vårt har tatt utgangspunkt i.

3.3 Gjennomføringen av intervjuene

Vi har gjennomført intervjuene på ulike steder, på kafé, på et eldresenter og hjemme hos informantene og båndopptaker ble brukt under samtlige av dem. Under intervjuene var det alltid to stykker fra gruppa som var tilstede, den ene ledet intervjuet og konsentrerte seg om informanten og samtalen, mens den andre observerte og tok notater om det skulle skjære seg med båndopptakeren. Totalt har vi gjennomført ti intervjuer, hvorav seks var av eldre innvandrer menn, og fire med ulike fagpersoner på feltet. Alle intervjuene varte rundt en time.

Under to av intervjuene med innvandrer mennene at vi bare hadde én informant tilstede. Under de andre intervjuene hadde informantene venner med seg som var tilstede, som også bidro med kommentarer underveis. Enkelte ganger var det så mye dialog mellom informanten og andre tilstedeværende at formen nærmest ble et gruppeintervju. Grunnen til dette var at det var naturlig for informantene å ha noen de kjente med seg under intervjuene. Det kan bli sett på som problematisk at mange av intervjuene ble til gruppeintervjuer, da kanskje informantene sensurerte seg selv fordi det var flere tilstede. Men tvert i mot følte vi at informantene var mer komfortable med å ha kjente rundt seg og snakket svært åpent. Bashe Musse var med under alle tre intervjuene med somalierne og fungerte som tolk på to av dem. Av intervjuene med pakistannerne var det bare ett som ble utført med tolk.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Vi valgte å bruke delvis strukturerte intervjuer der vi hadde en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene, mens spørsmål, temaer og rekkefølge varierte. Innledningsvis presenterte vi prosjektet igjen for informantene og gjorde dem oppmerksomme på hva slags temaer vi ville snakke med dem om. Vi leste sammen igjennom samtykkeerklæringen slik at informantene ble innforståtte med at de ville bli anonymisert i prosjektrapporten og at de kunne velge å ikke svare på spørsmål eller trekke seg når som helst under intervjuet.

I begynnelsen av intervjuene valgte vi å ha enkle faktaspørsmål om alder, opprinnelsesland, utdanning, jobb og familie. Utover i intervjuene hadde vi mer kompliserte og sensitive spørsmål. Det var her vi begynte å snakke om helsen deres og hvordan de bruker helseapparatet. Avslutningsvis stilte vi igjen litt lettere spørsmål slik at intervjuet ikke skulle få en brå slutt og for å myke opp stemningen. Vi nevnte at det bare var noen få spørsmål igjen, og helt til slutt spurte vi informantene om de hadde noen kommentarer til intervjuet, noe de følte de hadde glemt å si, eller om de hadde forslag til tiltak som kunne gjøre helsesituasjonen deres bedre. Grunnen til at vi valgte å bygge opp intervjuene på denne måten var fordi vi ville etablere en relasjon og et tillitsforhold mellom oss og informantene. Ved å stille for sensitive spørsmål tidlig i intervjuet kunne informantene bli skremt og kanskje provosert. Vi valgte også å ikke avslutte med for sensitive spørsmål slik at informantene ikke skulle gå fra intervjuene med en negativ emosjonell tilstand (Johannessen et al. 2005:141).

3.4 Analysemetode – en kombinasjon av en temasentrert og personsentrert tilnærming

Vi har valgt å bruke en kombinasjon av temasentrert og personsentrert tilnærming i vår analysedel, hvor vi har lagt vekt på temasentrert analyse med fokus på å bevare individene. Temasentrerte og personsentrerte tilnærminger representerer ulike fremgangsmåter for tolkninger av data, og kan derfor utfylle hverandre. Vi har ikke lagt spesielt vekt på hvordan informantene uttrykker seg, men heller et fokus på innholdet i tekstene (Thagaard 1998:147, 184). Ved å inndele materialet i kategorier har vi kunnet utføre både en personsentrert og temasentrert tilnærming. Dette har resultert i både en presentasjon av persontyper eller grupper, som i vårt tilfelle er somaliere og pakistanere, og som beskrivelse av temaer (ibid:148). Vi har valgt å fokusere på temaer som maskulinitet, helsevesen, sosial isolasjon, møteplass/nettverk og kultur. Vi har alle tatt utgangspunkt i den samme intervjuguiden der vi

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse har stilt så og si de samme spørsmålene til alle informantene, og dermed har det vært lettere å danne et bilde av mønstre og temaer som har gått igjen i intervjuene (ibid:149).

En kategorisering av materialet har innebåret at vi har reflektert både over hvordan enhetene i materialet kan klassifiseres, og hvilke betegnelser vi har gitt kategoriene. Kategoriseringen av data har representert en interaksjon mellom vår forforståelse som forskere og tendenser i datamaterialet (ibid: 149). Presentasjonen av materialet har fokus på temaene. Når vi bruker en temasentrert tilnærming innebærer det at vi sammenligner informasjon om hvert tema fra alle informantene. Hovedpoenget bak dette var å gå i dybden på de ulike temaene. En innvending mot denne typen tilnærming er at analysen ikke ivaretar et helhetlig perspektiv. Når utsnitt av tekster fra ulike informanter sammenlignes, løsrives tekstbitene fra sin opprinnelige sammenheng som utsnittet av teksten er en del av. For å ivareta et helhetlig perspektiv er det derfor viktig at informasjon fra hver informant eller situasjon settes inn i den sammenhengen som utsnittet av teksten er en del av (ibid:171). I likhet med personsentrert tilnærming er også temasentrert tilnærming basert på at teksten inndeles i kategorier. Disse kategoriene representerer temaer som er sentrale i undersøkelsen. Når sammenligninger av informasjon fra ulike informanter er hovedpoenget med analysen er det viktig at informasjonen er sammenlignbar. De kategoriene vi har valgt å analysere, er de som har inneholdt utfyllende informasjon fra alle informantene. Personsentrerte tilnærminger stiller ikke tilsvarende krav til sammenlignbarhet, og kan derfor baseres på større ulikhet i den informasjonen informanten gir (ibid: 172).

3.5 Etikk

Som forskere møter man på ulike etiske dilemmaer underveis. Det er særlig tre etiske retningslinjer som er viktige når det kommer til kvalitativ forskning der forskeren får data som kan knyttes til de personene som deltar i prosjektet. Disse retningslinjene er informert samtykke, konfidensialitet og at informantene ikke skal ta skade av å ha deltatt i prosjektet (Thagaard 1998:24-25). Helse er et sensitivt tema og vi har derfor vært nøye med å følge disse prinsippene.

3.5.1 Informert samtykke

Informert samtykke går ut på at vi som forskere måtte ha deltagerens informerte samtykke før vi begynte med intervjuene. Prinsippet er basert på respekten for individets rett til å bestemme over sitt eget liv, og at personen som deltar skal ha oversikt over hvilke opplysninger som blir delt med andre (ibid:26). At samtykket er fritt, betyr at det er avgitt uten ytre press. At det er informert, betyr at informanten orienteres om hva deltagelsen i prosjektet innebærer (ibid).

Før intervjuene startet ba vi informantene om å signere på en samtykkeerklæring. Erklæringen dreide seg om at de hadde mottatt informasjon om prosjektets hensikt og form, og deres rettigheter til informert samtykke og konfidensialitet. Samtykket fra informantene var ikke basert på fullstendig informasjon om prosjektet. For detaljert informasjon kunne for eksempel ha påvirket informantenes adferd og de ville kanskje revurdert om de ville være med på intervju (Thagaard 1998:26).

Ved flere anledninger var det mange av informantene som ikke var interessert i å skrive under på erklæringen. De syntes ikke det var nødvendig selv om vi opplyste om at det var for å beskytte rettighetene deres. Som en løsning valgte vi da å benytte oss av muntlige samtykker. Et problem med dette kan være at forskningen kan bli sett på som mindre seriøs når informantenes rettigheter ikke er skriftlig sikret.

3.5.2 Konfidensialitet og anonymisering

Det neste prinsippet handler om konfidensialitet. Dette innebærer at det ikke skal offentliggjøres data som kan avsløre den personlige identiteten til de som deltok i prosjektet. Den vanlige måten å sikre konfidensialitet på er å endre personnavn, stedsnavn og annet som kan avsløre enkeltpersonenes identitet (Fangen 2004:158-159). Vi valgte å garantere informantene gjennom samtykkeerklæringen at persondataene skulle behandles konfidensielt. Vi låste inn alt av materiale og kassetter, og notater ble makulert ved prosjektets slutt. Gjenkjennelige personopplysninger som navn og bosted har blitt omskrevet. Vi har kommet i kontakt med svært personsensitive opplysninger gjennom prosjektet, og ble allerede helt i begynnelsen oppmerksomme på at vi muligens måtte søke om konsesjon gjennom Norsk

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse
samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å kunne starte med prosjektet (ibid:159). Det viste seg at vi ikke trengte å søke til NSD hvis vi brukte båndopptaker i stedet for digital diktafon. Dette var heldig for oss siden vi hadde begrenset tid til disposisjon.

Utgangspunktet vårt har vært at de vi har skrevet om kan komme til å lese rapporten, selv om noen av dem også snakker et annet språk. Vi har derfor skrevet om dem på en etterrettelig måte og foretatt stor grad av anonymisering (ibid:160). Vi har tatt utgangspunkt i personsentrert og temasentrert analyse, og siden vi bare har seks informanter tror vi de lett kan gjenkjenne seg selv. Vi tror ikke dette vil by på problemer da mange av informantene uttrykte hvor glade de var for at de fikk lov til å være med å bidra. Vi har også valgt å bevare sitatene som de er, inkludert diverse språkfeil. Grunnen til dette var at språket var data i seg selv, og vi ønsket å ha respekt for informantene og å være tro mot utsagnene de kom med. Hvis vi hadde redigert sitatene for mye ville det blitt vanskeligere for leserne å se hva vi har tatt utgangspunkt i.

3.5.3 Spesielt om innvandrere som forskningssubjekter

Folkeminneviter Bente Gullveig Alver og sosiolog Ørjar Øyen (1997) skriver i sin artikkel ”Personvern og samtykke” spesielt om innvandrere som en svak og utsatt gruppe i forhold til forskning, særlig hvis de ikke har oppholdt seg lenge i vertslandet. Det som stiller innvandrere i en utsatt posisjon, er at de grunnet samfunnsstatus og språkproblematikk ikke har samme mulighet til å verne sin egen integritet og gjøre sine rettigheter gjeldende. Alver og Øyen nevner spesielt en forsker som arbeidet med vietnamesere i Bergen, som fortalte at en familie han kjente var blitt spurt av mer en 12 forskere i løpet av samme året om å delta i forskjellige spørreundersøkelser. Forfatterne nevner også språk og kultur som utfordringer, samt at de undrer over om noen innvandrere kan misforstå slik at de tror forskerne kommer fra myndighetene og at de dermed er forpliktet til å delta. Hva som blir regnet som sensitiv informasjon kan også variere mellom kulturer (Alver & Øyen 1997:113). Alt dette hadde vi i bakhodet da vi utførte prosjektet.

3.6 Utfordringer i prosjektet

Tidlig var vi klar over at vi kunne støte på ulike utfordringer som kunne få negative utslag for

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

forskningen. Vi tenkte på mulige misforståelser som kunne oppstå hvis informantene ikke snakket godt norsk. Temaet vi skulle konsentrere oss om, helse, kan for mange være sensitivt og ubehagelig å snakke om. Forskergruppen vår består av seks unge kvinner. Kunne dette medføre at mennene ville synes det var vanskelig å skulle snakke med oss om helse? Etter intervjuene viste mange av bekymringene våre seg for å være overflødige. Som tidligere nevnt hadde vi tolk under flere av intervjuene, og vi fikk utført dem selv om noen av informantene ikke snakket så godt norsk. Det viste seg også at mennene ikke hadde noen problemer med å åpne seg og snakke med oss om helse og andre private temaer. En grunn til at de snakket så fortrolig med oss kan være at de har få muligheter til å snakke om deres helsesituasjon. I noen miljøer kan kvinner ofte bli sett på som mer ufarlige, mens fremmede menn oppleves som rivaler. Hvis en kommer inn i slike miljøer kan det være en fordel å være kvinne (Fangen 2004:127). Etter intervjuene var det ikke bare vi som takket informantene, men de takket også oss fordi de hadde fått utløp for frustrasjon og følelser de ellers satt inne med. Nå hadde de endelig fått noen å dele dette med. Vi kan selvfølgelig ikke være helt sikre på alle informantene har vært så åpne som vi har trodd. Dette kan vi se i sammenheng med at vanskelige temaer som for eksempel seksualitet ikke har blitt tatt opp i noen av intervjuene. Mange av mennene, særlig somalierne, ble også veldig nysgjerrige på oppdragsgiveren vår, Reform. De hadde aldri hørt om en egen organisasjon som jobber med å fremme menns rettigheter. Ved at de ble nysgjerrige følte vi at vi hadde gjort innvandrermennene oppmerksomme på organisasjonen og at de kanskje ville ta kontakt med dem i fremtiden.

3.7 Presentasjon av informantene

For å gjøre analysedelen oversiktlig for leseren skal vi i det følgende gi en kort presentasjon over våre informanter.

Tarek er 62 år og fra Somalia. Fra hjemlandet har han utdannelse som pilot. Han bor på et mottak, som han har gjort siden han kom til Norge i 2003. På tross av at han har søkt flere jobber, har han vært arbeidsløs siden ankomst. Kona hans er enda i Somalia, sammen med sju av hans barn. I Norge har han to barn, samt barnebarn. Han har ikke besøkt hjemlandet sitt etter at han kom til Norge, fordi han har fått avslag på søknader om norsk pass og familiegjening. Familien hans i Somalia har heller ikke hatt sjansen til å besøke ham i Norge. I en periode var han uten oppholdstillatelse, noe som resulterte i at han var uten rett til

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse
norskopplæring, på tross av at han ønsket å lære språket. Han har søkt om uføretrygd, men
enda ikke fått det innvilget. Siden han selv ikke snakker norsk, fungerte Bashe Musse som
tolk under intervjuet.

En annen somalisk informant er Roble. Han er 72 år, og kom til Norge i 1992. Av familie har
han syv barn, hvorav tre er voksne. Han er separert fra kona sin. Utdannelsen hans, som han
har tatt i Tyskland og Italia, er innen fysioterapi og sportsmedisin. Han har vært svært fysisk
aktiv, og drevet med blant annet basketball, fotball og svømming. I Norge har han ikke fått
brukt kompetansen sin, på tross av mange forsøk på å få relevant jobb. Roble snakker relativt
godt norsk, men foretrekker å snakke mest somalisk under intervjuet. Bashe fungerte derfor
som tolk under intervjuet.

Den siste somaliske informanten er Abdi på 63 år. Han kom til Norge i 1988, uten kona, men
med to av sine barn. Fra Somalia har han utdanning på videregående nivå. Han har søkt om å
få alderspensjon, men enda ikke fått det innvilget. Abdi snakker dårlig norsk, men utmerket
engelsk. Intervjuet foregikk derfor på engelsk.

En av de pakistanske informantene har vi kalt Mohammed, som er 62 år gammel. Han kom til
Norge i 1971 for å arbeide, og har vært sysselsatt med forskjellig lagerarbeid og
fabrikkarbeid. Nå bor han sammen med kona, barna hans er voksne og har startet egne
familier. Mohammed er pensjonert. Han snakker norsk, men vi hadde i tillegg med en tolk
under intervjuet for å unngå misforståelser.

Kabir er 66 år. Han er født i India, men har bodd det meste av livet sitt i Pakistan. Han kom til
Norge som kvoteflyktning i 1984. Av utdanning har han en bachelorgrad innen mediefag, og
lærerutdanning fra Norge. I Norge har han jobbet som lærer i mange år, blant annet som lærer
innen fremmedspråk. I dag jobber han som tolk. Han bor med kone og har fire barn, hvorav to
fortsatt bor hjemme. Kabir snakker godt norsk, og intervjuet foregikk derfor på norsk.

Den siste pakistanske informanten vår er Ali. Han er 60 år, og har kone og barn i Norge. Ali
har vært i Norge siden 1975 og har vært svært yrkesaktiv. Nylig ble han arbeidsløs, og nå
venter han på behandling av søknaden om uførepensjon.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

4.0 Å tilpasse seg en ny kultur – et helseanliggende

Ali: Spesielt eldre mennesker, det er ikke lett å tilpasse seg ny kultur, nytt land og klima.

Sitatet ovenfor er fra intervjuet med pakistanske Ali, der han svarer på spørsmålet om hvordan det var å migrere til et nytt land. På tross av at han kom hit i 1975, og dermed har bodd over halvparten av sitt liv i Norge, forteller han om hvor vanskelig det er å tilpasse seg den norske kulturen. I sitatet identifiserer han to elementer som problemfylte; overgangen til et nytt land med en ny kultur og hvordan aldersdimensjonen vanskeliggjør denne. Samtlige av informantene våre har i større eller mindre grad uttrykt vanskeligheter med det legen Ingrid Rønholt Einarsveen betegner som "acculturation", overgangsprosessen som skjer når et menneske går fra en kultur til en annen. Denne prosessen kan i mange tilfeller oppleves som en stressfaktor med innvirkning på både den fysiske og den psykiske helsetilstanden. Studier viser at segregering, altså når en person holder fast på den opprinnelige kulturen etter han har migrert, uten å integrere den nye kulturen inn i sin forståelsesramme, er en strategi som fører til høyt stressnivå. Integrasjon, altså når en person kombinerer elementer fra den gamle og den nye kulturen, blir fremstilt som den taktikken som gir det laveste nivå av stress (Einarsveen 2005:12-13). Samtlige av våre informanter, med unntak av Kabir, kan hevdes å være segregerte fra det norske samfunn på ulike vis. De omgås for eksempel nærmest utelukkende egne landsmenn, og har hatt løse eller ingen tilknytninger til det norske arbeidsliv. Vi tolker ikke dette som et resultat av at de *ønsker* å være segregert fra det norske samfunnet, men snarere som et resultat av mislykket eller manglende integreringsarbeid, både fra Norges side og fra deres egen. Når en ikke opplever å få innpass i det nye samfunnet og sitter med en følelse av eksistensiell fremmedhet, er det forståelig at en søker tilhørighet med andre i samme situasjon som har felles kulturbakgrunn (Ingebretsen & Nergård 2007:25). Nina Lily Ek, seniorrådgiver ved et eldresenter i Oslo, forteller i et intervju med oss hvordan hun har erfart at det å migrere til et fremmed land med en annerledes kultur har vært utfordrende for flere innvandrere hun har vært i kontakt med i sitt arbeid. Kunnskap om de enkelte innvandreners kultur mener hun er basalt for å kunne forstå og dermed hjelpe dem i forhold til ting de måtte lure på. Språk nevnes også som en viktig faktor for vellykket integrering. Fordi informantene ikke har norsk som morsmål blir et viktig spørsmål derfor hvorvidt språkbarrierer også begrenser deres tilgang til og bruk av eksisterende velferdstilbud.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Selv om informantene ikke oppga at de hadde språkvansker, hendte det flere ganger under intervjuene at spørsmålene måtte utdypes av oss, eller oversettes og forklares av en tolk. Majoriteten av informantene våre snakket dårlig norsk, eller mestret det ikke i det hele tatt. Tarek som var pilot i hjemlandet sitt, Somalia, følte seg hjelpløs og som en ignorant fordi han ikke mestret det norske språket og var avhengig av tolk under intervjuet. Sosialantropologene Eriksen og Sørheim hevder at fravær av språkbeherskelse kan skape en følelse av isolasjon og ensomhet, med redusert psykisk helse og dermed redusert fysisk helse som potensielt resultat (Eriksen & Sørheim 2006:125-130). De manglende norskkunnskapene hos flere av informantene vanskeliggjør integreringen, og sjansen for sosial isolasjon vil med dette øke.

4.1 "De betyr ingenting": Å bli gammel i Norge

Bourdieu har utviklet begrepet habitus, forstått som kulturelle avtrykk, som er relevant å trekke inn i denne sammenheng. Begrepet viser til hvordan tillærte kulturelle praksiser danner grunnlag for individers fremtidige praksiser. Denne kulturelle forståelseshorisonten hevder han er så integrert i individenes sinn og kropp, at den vanskelig kan avlæres (Bourdieu i Brataas & Olsen 2003:12). Poenget vårt er ikke å hevde at informantene er "fanget" i sine respektive kulturer, men at deres kulturelle opphav på enkelte områder setter preg på deres tanke- og handlingsmønstre, selv etter migrasjonen. Under intervjuene var vi interessert i å spørre informantene hvorvidt det de mente det eksisterte en kulturell forskjell mellom statusen til eldre menn i deres respektive hjemland og statusen de opplever at eldre menn har her i Norge. Årsaken til dette var at vi hadde en hypotese om at alderdommen deres i Norge utartet seg som annerledes, sammenlignet med hvordan den ville vært om de ikke hadde migrert. Tarek sier dette om eldre menns status i Somalia:

Tarek: [...] respekt er veldig viktig. [...] hvis de på en måte at en eldre man da kommer med en krigstilstand, krigssone så kan med stoppe krig og sloss fordi det har kommet en eldre menneske, han er på en måte han er hoved, han har stor respekt.

Eldre menn har ifølge Tarek svært høy anseelse og mottar mye respekt i Somalia. Eksempelet han kommer med illustrerer nøyaktig hvor høy status de har, de kan til og med stoppe krig. Ved spørsmål om hva slags status eldre menn har i Norge, svarer han dette:

Tarek: En voksen menneske, eller en gammel mann, man respekterer ikke i Norge. Det er ikke, de betyr ingenting.

Tarek fremstiller eldre menns status i Norge som svært lav, de blir ansett som verdiløse av samfunnet. Med dette kontrasterer Tarek eldre menns status i hans eget hjemland med stillingen de har i Norge. Både de somaliske og de pakistanske informantene påpeker mangelen på respekt og fraværet av en privilegert posisjon når de snakker om eldre menns posisjon i Norge. Mennene hevder at menn i Norge taper sosial status jo eldre de blir, mens menns status kulminerer i Somalia når alderen øker. Eldre mennesker blir sett på som en ressurs og får ofte rollen som meklere og rådgivere i lokalsamfunnet. Abdi forteller at det å være eldre i Somalia ikke konnoteres med noe negativt, men tvert i mot ses på som en tid i livet fylt med aktivitet og mening. Dette illustreres gjennom hans påstand om at det er vanlig å benytte uttrykket ”vis” fremfor ”gammel” når man snakker om eldre personer, da de blir ansett som bærere av verdifull kunnskap. For mennene i vårt prosjekt ser det ut som at eldre ikke blir behandlet med verdighet og respekt i Norge, noe som tyder på at de forventer en mer tydelig og offentlig form for respekt enn det som er vanlig å vise her.

Når vi sammenligner statusen informantene hadde hatt i hjemlandet sitt, med den statusen de opplever å ha i Norge, er kontrasten stor. Den kulturelle forskjellen fremstiller informantene som en faktor som forringer deres helse, i den forstand at de i Norge mangler muligheten til å utøve den sosiale funksjon de ville hatt gjennom sin posisjon i hjemlandet. Dette vil bli nærmere beskrevet i rapporten under kapittelet om klassereise, sosial isolasjon og mangelen på møteplasser. NOVA-forskerne Reidum Ingebretsen og Trude Brita Nergård beskriver hvordan eldre innvandrere kan oppleve at de kulturelle verdiene fra hjemlandet kan miste sin gyldighet i landet de migrerer til, og som konsekvens kan medføre helseforringende effekter som stress, depresjoner, ensomhet og sosial isolasjon (Ingebretsen & Nergård 2007:25).

4.2 ”[...] jeg tenke veldig mye”: Bekymringer for de som ble igjen

Som beskrevet ovenfor kan møtet med en ny kultur i seg selv ha innvirkning på helsen. I tillegg til disse tilpasningsproblemene har de somaliske informantene våre gjenværende familie i hjemlandet, som potensielt kan være i fare for å bli utsatt for krigssituasjoner, forfølgelse og tortur (Ahmadi 2008:79). Samtlige av de somaliske informantene uttrykket hvordan bekymringer for gjenværende familie gikk utover deres helse. Roble illustrerer dette godt:

Roble: Veldig stresset, jeg har, etter hvert jeg fikk blodpropp, jeg fikk sukkersyke, jeg fikk stress, nerveproblemer og alt, jeg kan ikke sove lenge om natten, jeg tenke veldig mye.

Det er også verdt å nevne at Tarek ikke har sett kona og sine syv barn siden 2003, og at han også har fått det bekreftet fra legen sin at dette utgjør en risiko for hans mentale helse. Abdi forteller at han må ringe hjem til Somalia hver eneste kveld for å snakke med konen sin, om han ikke gjør dette får han ikke til å sove. Det er ikke vanskelig å forestille seg at de enorme bekymringene de sitter på, i forhold til familiens ve og vel, og maktesløsheten de opplever når deres påvirkningskraft i forhold til dette er begrenset, sliter på deres helse. Psykologene Michael Passer og Ronald Smith mener at det er nære forbindelser mellom stress, negative emosjoner, sosial isolasjon og en persons fysiske helse. Stress, kombinert med andre psykologiske faktorer, kan påvirke mange kroppslige sykdommer som hjerteproblemer og diabetes, sykdommer som gikk igjen hos flere av informantene (Passer & Smith 2008:503).

4.3 "[...] I'm walking like an old man": Klimaets betydning for helse

Klima går igjen som en svært viktig faktor for både den psykiske og den fysiske helse hos samtlige av informantene. Dette er et interessant funn, som vi på forhånd ikke hadde forventet skulle bli tillagt denne betydningen. I ettertid virker det åpenbart at klima kan oppleves som essensielt for helsetilstanden. Overgangen fra et solfylt land med stabilt høye temperaturer til Norge med et svært skiftende klima, snø og mye mørke, legger premisser både for sinnstilstanden og for muligheten til utøving av utendørsaktiviteter. Det å gå regnes som en viktig del av informantenes kultur, en aktivitet de ikke føler de kan utøve her i Norge grunnet klimaet, men også fordi de rett og slett mangler steder å gå til. Ali beskriver det slik:

Ali: [...] hvorfor dårlig helse, grunnen er klima, det alle vet. Når de er eldre og det er 20-30 kuldegrader, da kan de ikke gå ut. De blir syke fordi de kan bare holde seg inn hele dagen, får ikke nok frisk luft, får ikke noe trening, de bare sitter hjemme og ser ut av vinduet. Det er ikke noe spesielt å ta seg til. Hos oss i Pakistan går folk ofte rundt ute, får frisk luft og alt er grønt gress, ikke sant. Det er veldig mye bedre enn å sitte inne i 6 måneder.

Abdi underbygger dette:

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Abdi: When I'm in Somalia I can walk to a lot of places, but here because of climate, I'm walking like an old man. In Somalia I feel young.

Det norske klimaet kan tolkes som en trussel både for den fysiske helsen deres. Lave temperaturer og lite sol forhindrer dem fra å være fysisk aktive utendørs, men også i forhold til den psykiske helsen, ved at de mangler steder og gå til og dermed isolerer seg innendørs. Fysisk aktivitet er en viktig faktor knyttet til menneskers helsetilstand (Eriksen & Sørheim 2006:203). Samtlige av informantene ble under intervjuet spurt om de hadde vært fysisk aktive den siste uken, hvor majoriteten av dem svarte nei. Mye av dagen tilbrakte de hjemme, og hvis de først beveget seg ut var det kun til moskeen eller kafeen, og så tilbake. Aktiviteter som turgåing i skog og mark eller trening i helsestudio var kulturelt fremmed for flere av dem. Det norske klimaet gir slik negative ringvirkninger for informantenes helsetilstand, ved at den hindrer dem i å gjøre aktiviteter som de ville funnet meningsfulle i hjemlandet.

Det *kulturelle* klimaet i Norge er også et aspekt informantene trekker frem i deres fortellinger, særskilt i forhold til vanskeligheter med å få innpass i lokalsamfunnet. Nordmenn beskrives som mer reserverte og mindre gjestfrie enn hva de er vant med i Somalia og Pakistan. Både Abdi og Ali peker på dette som vanskeliggjørende for deres integreringsmuligheter:

Abdi: In Norway I see people very quiet people, indoors always. You can stay next door with somebody but you never know his name. In Africa we have different culture, here you have to be isolated.

Abdi forteller her at hans synes det er vanskelig å bli kjent med norske folk i hans nærmiljø, fordi de er reserverte og holder seg mye innendørs. Nordmenns fysiske og psykiske ”utilgjengelighet” mener han fører til sosial isolasjon hos han selv. Ali konkretiserer det mer konkret i forhold til integrering:

Ali: Det er ikke så lett, med integrering, [...] for eksempel hos nordmenn du får en svart kaffe, ikke noe mer. Når jeg hjem, brukt masse penger, mat og søtsaker og kaffe. Men nordmenn bruker bare svart kaffe og sier ”hjertelig takk for besøket” og jeg sulten sitter dagen hele dagen. [...] jeg skal ikke gå neste gang. Da bestemmer, nei beklager. Hvis jeg bare trenger svart kaffe, da jeg lager hjemme.

Ali kontrasterer her hans egen pakistanske gjestfrihet, hvor han disker storslagent opp med mat og søtsaker når han får norske gjester på besøk, med nordmenns form for gjestfrihet, der han mener man bare får en enkel kopp med kaffe. Han tolker dette som tegn på manglende

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

gjestfrihet og imøtekommenhet, og sier at han som konsekvens heller foretrekker å være hjemme. Selv om dette utfallet ikke nødvendigvis er intensjonelt fra han selv eller de nordmennene han har vært på besøk hos, fører de ulike kulturelle perspektivene på gjestfrihet til en sosial avstand mellom partene.

Overgangen fra en kultur til en annen beskrives av informantene som innebefattende en rekke utfordringer, som ulike syn på eldres posisjon, bekymringer om gjenværende familie, nye værforhold og et annerledes kulturelt klima. Samtlige forhold mener de er faktorer setter et negativt preg på deres alderdom og helseopplevelse.

5.0 Klassereise, sosial isolasjon og betydningen av nettverk

Med utgangspunkt i en informant sin subjektive helsedefinisjon, kommer dette kapitlet til å ta for seg de helsemessige konsekvensene av omvendt klassereise, sosial isolasjon, og mangelen på møteplasser. Kapitlets fokus er hovedsakelig rettet mot de somaliske informantene, da det er blant dem vi har funnet det rikeste materialet angående disse temaene. Tendensene til de samme helsekonsekvensene kan imidlertid også leses ut ifra de pakistanske informantenes fortellinger.

Intervjuer: Hva er dårlig helse?

Tarek: Det er arbeidsledighet. Det er å tenke på hvordan skal du leve, man har det dårlig, man har ikke et sted bo, man mangler nettverk, å være sammen med andre [...].

Definisjonen på dårlig helse som Tarek kommer med er slående. Samtlige av faktorene han mener utgjør dårlig helse, kan anses som tegn på sosial isolasjon. Helse blir et mål på livskvalitet, en situasjon, heller enn å bli målt ut ifra diagnoser. Vurdert ut ifra Tareks egen definisjon, kan man si at helsetilstanden hans er heller dårlig. Når han ramser opp mangelen på jobb og egen bolig kan det tolkes som at han opplever en mangel på autonomi og kontroll over eget liv. I tillegg ønsker han en mening i tilværelsen, å kunne bruke kompetansen sin og bidra i det norske samfunnet. Når han snakker om fravær av nettverk og en møteplass det blir forstått som et savn etter å bli sett av medmennesker og å føle seg som en del av et større fellesskap.

For innvandrere kan en se for seg at samfunnsdeltagelse i form av sysselsetting kan virke avvergende på ensomhetsfølelsen. Samtlige av de somaliske informantene migrerte til Norge på sine relativt eldre dager. Risikoen for sosial isolasjon kan være større for denne gruppen, da deres evne til omstilling, mulighet til deltagelse i arbeidsliv og sosiale sammenhenger kan være redusert (Ingebretsen & Nergård 2007:39). Disse informantene har hatt en svak eller ingen tilknytning til det norske arbeidsmarkedet. Slik kan arbeidsledighet bli et hinder for integrering, og en kilde til sosial isolasjon (Ytrehus 2004, Schmidt 2002, Dommerud 2008, Thorsen & Clausen 2009, Blom 1997). Det kan også bli vanskeligere å strukturere tiden, utvikle språkferdigheter og bygge nettverk (Nergård 2009).

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Et funn som vi la merke til blant to av de somaliske informantene, som skilte dem fra de pakistanske, var opplevelsen av å gjennomgå en omvendt klassereise. I det følgende vil fokuset derfor være mer eksplisitt rettet mot somalierne.

5.1 "[...] jeg søker alle, alle jobben, og dessverre, dessverre, dessverre": Om det å ikke få bidra

Et somalisk ordtak lyder at en mann heller vil bli drept enn å bli ydmyket (Fangen 2008:73). Flere av de somaliske mennene som nå bor i Norge hadde en høyere sosial status i hjemlandet, sammenlignet med den de har i Norge (Fangen 2008:75). Bashe Musse, leder i Somalisk nettverk, forteller at mange somaliske menn var vellykkede i Somalia, de hadde familie, utdanning, jobb, respekt og anseelse. Da de kom til Norge måtte de starte på nytt og orientere seg i en ukjent tilværelse. Mange syntes overgangen var vanskelig, grunnet blant annet et dårlig integreringsarbeid fra statens side. Musse forteller at det på slutten av 1980-tallet, da den første store gruppen av innvandrere migrerte fra Somalia, ikke eksisterte noe introduksjonsprogram for innvandrere. De ble bare plassert i et velferdssystem og fikk utdelt penger, i stedet for at de fikk muligheten til å kunne bidra til samfunnet gjennom egen sysselsetting og bruk av den kunnskap de brakte med seg. Det dårlige integreringsarbeidet fra Norges side har ifølge Musse resultert i at mange menn ikke har klart seg godt i det norske samfunnet, men har falt utenfor. Som i de fleste kulturer er det vanlig at mannen opplever det å forsørge familien som sitt hovedansvar. Når han ikke får muligheten til å oppfylle denne rollen, kan han oppleve tilværelsen som meningsløs.

Bashe: [...] det er en av de grunnene veldig mange mennene trekker seg da tilbake fra familien, og det er jo at de ikke har noe meningsfulle oppgaver, at de ikke kan forsørge familien sin.

Samfunnsforsker Julia Orubapo har studert innvandrere med høy utdanning fra Afrika, Asia og Øst-Europa, i forhold til deres grad av inkludering og ekskludering i det norske samfunnet. Kun én av hennes informanter får brukt den kompetansen han sitter på i en relevant jobb, resten jobber innenfor renhold, vaskeri og kjøkken, eller er arbeidsløse. Forventningene og ambisjonene de har når de kommer til Norge, og vanskelighetene de opplever med å få en relevant jobb, oppleves for dem som en klassereise nedover. Opplevelsen av denne negativ klassereisen deler de med flere innvandrere (Andersen 2008, Orubapo 2008:22, Alghasi,

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Fangen & Frønes 2006, Mathari 2006). Et sitat fra vår informant Tarek illustrerer denne situasjonen godt, når han snakker om hvordan han opplever møtet med det norske samfunnet:

Tarek: Det ingen som verdsetter oss, det er ingen som hjelper meg som person, det er ingen som spør meg om den kunnskapen jeg besitter, det er ingen som spør meg [...] hva kan vi gjøre, det er ingen som spør meg om noen ting. Så det er veldig vanskelig. Jeg vet ikke hva jeg er verdt. Så kan du tenke deg, jeg har vært pilot og så nå må jeg avhengig av at noen andre kan tolke for meg. Jeg føler jeg på en måte da blir en ignorant, en slags en person uten kunnskap.

Tarek opplever at den kunnskapen og kompetansen han besatt ikke hadde overføringsverdi til det norske samfunnet. Helt fra han kom til Norge i 2003 ønsket han å lære seg språket, få seg jobb, bidra og bli integrert. Som eksempel på det statusfallet og den klassereisen han har opplevd, nevner han det faktum at han er avhengig av Musse som tolk under intervjuet. Det å ikke være i stand til å snakke for seg selv, grunnet manglende norskkunnskaper, opplever han som en form for ydmykelse. Roble sitter også på den samme følelsen av negativ klassereise som Tarek beskriver:

Roble: [...] jeg søker alle, alle jobben, og dessverre, dessverre, dessverre. Min er spesial er fysioterapeut og sportsmedisin og aldri fikk jeg riktige jobb, ja. Og det er urettferdighet her i Norge.

Intervjuer: Hvordan påvirker det deg, din selvfølelse?

Roble: Ja, jeg føle, føle veldig dårlig og kjedelig.

Roble: [...] ingenting jobb her i Norge. Nei, tenker det er så diskriminering og problemer og religion og colour og alle sanne ting.

I Somalia var disse to informantene, i kraft av sin utdanning og sitt arbeid, personer med høy sosial status. Etter immigrasjonen var fallhøyden stor, og nå føler de at de er nederst på samfunnets rangstige. Dette gjør både at de setter spørsmål ved sin egen verdi, samt det norske samfunnets toleransenivå overfor innvandrede.

Om årsaken til deres manglende sysselsetting skyldes diskriminering, dårlige norskkunnskaper eller kvalifikasjoner er vanskelig å si noe sikkert om. Sammenhengen mellom opplevelsen av å bli diskriminert og en juridisk definisjon av diskriminering, er ikke nødvendigvis sammenfallende. Faktum er likevel at de selv opplever å bli ekskludert fra det norske samfunnet, på tross av flere forsøk på å få arbeid. SSB rapporterer at 1 av 3 somaliere opplever å bli diskriminert på arbeidsmarkedet, som vil si at veldig mange sitter på den

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

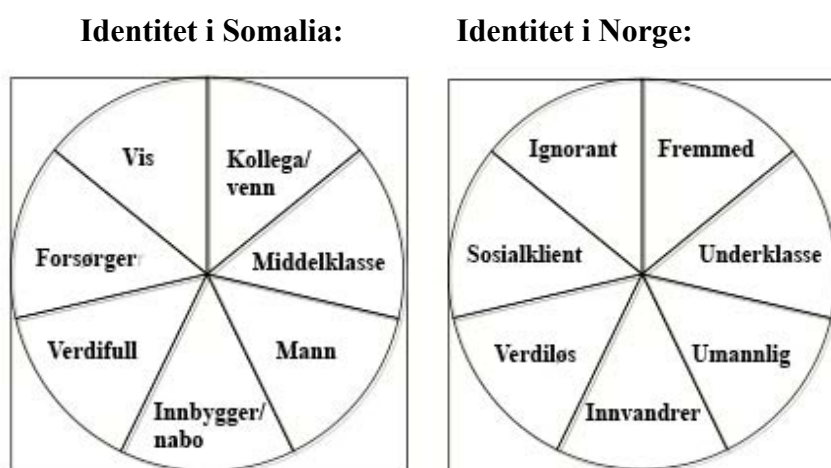
samme følelsen som Tarek og Roble. I tillegg viser SSB at 1 av 4 somaliere i arbeid ikke føler at de får utnytte ferdigheter og kunnskaper de har i jobben (Blom & Henriksen 2008:129).

Konsekvensen av manglende respons kan føre til at motivasjonen daler, og at individet resignerer grunnet fraværet av sosial funksjon (Fangen 2008:82-83). Kulturviter Line Alice Ytrehus har forsket på intellektuelle flyktninger fra Asia, Øst-Europa og Latin-Amerika, og beskriver hvordan de opplever et tap av identitet etter migrasjonen. Gapet er stort mellom den intellektuelle yrkesidentiteten til informantene og den nye tilskrevde identiteten de blir tillagt i Norge. Bashe Musse underbygger den samme dynamikken blant flere somaliske flyktninger:

Bashe: Når de komme til Norge så sliter de masse, da. Fordi de har jo på en måte da identitet [...] de var jo noen da de kom fra Somalia, også blir de ingenting her.

Bashe: De blir litt sånn, sånn usynlige.

NOVA-forskerne Reidun Ingebretsen og Trude Brita Nergård hevder at et vanlig perspektiv på ikke-vestlige innvandreres kultur, er at de opererer med en mer kollektivistisk forståelse av selvet, i form av større vekt på rolleinnhaling. Slik kan det å eldes i et annet land gi opphav til en opplevelse av eksistensiell fremmedhet, hvor det tidligere grunnlaget for identitet ikke kan overføres til det nye landet (Ingebretsen & Nergård 2007:25). Inspirert av illustrasjonsmodeller fra Ytrehus kan identitetsreisen til Tarek, den informanten som kan sies å ha opplevd den største kontrasten, fremstilles i form av kakediagrammer (Ytrehus 2004:117):



En stor helseundersøkelse i Oslo viser at det er større psykiske vansker blant innvandrere fra lav- eller middelinntektsland (Asia, Afrika, Sør-Amerika, Øst-Europa), sammenlignet med norskfødte og innvandrere fra høyinntektsland (Amerika, Vest-Europa). Professor ved

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Divisjon for psykisk helse ved Folkeinstituttet, Odd Steffen Dalgard, mener dette henger sammen med psykososiale belastninger i Norge, som dårlig tilknytning til sosiale nettverk, vansker på arbeidsmarkedet, økonomisk usikkerhet og opplevelsen av maktesløshet. Særlig det siste fremhever han som viktig, da en følelse av kontroll over egen livssituasjon er en essensiell faktor for god psykisk helse (Dalgard i Dommerud 2008). Ensomhet kan føre til både dårligere psykisk og fysisk helse, hvor en ond sirkel av depresjon, spenninger, søvnløshet og fortvilelse blir vanskelig å komme ut av (Thorsen & Clausen 2009, Ingebretsen & Nergård 2007:150).

Samtlige av informantene i prosjektet vårt, både de somaliske og de pakistanske, uttrykker en hverdag preget av mangel på mening, livet er monotont og forutsigbart. I tillegg opplever de seg selv som svært ensomme. Unntaket er Kabir fra Pakistan, som vi vil komme tilbake til senere.

5.2 "Så det er her, moskeen og hjem": Om livsrom og ensomhet

Ensomhet kan defineres som mangelen på sosialt fellesskap, og er på denne måten både et individuelt og et sosialt fenomen (Ingebretsen & Nergård 2007, Thorsen & Clausen 2009). I en SSB-undersøkelse om innvandreres levekår fra 1996 oppga 49 % av somaliske menn mellom 16 og 70 år at de ofte eller av og til følte seg ensomme. I 2005/2006 oppga 33 % av de somaliske mennene det samme. For pakistanere var tallene henholdsvis 35 % og 22 %. Til sammenligning viser tallene fra 1996 at 17 % av ikke-innvandrere opplevde det samme (Blom & Henriksen 2008:64). Det er grunn til å tro at tallene for *eldre* somaliske og pakistanske menn er enda høyere, da dette er tilfelle for den eldre befolkningen som helhet. Nasjonal og internasjonal forskning på eldre innvandrere bekrefter dette bildet (Ingebretsen & Nergård, Moen 2009). For å forebygge ensomhet, forstått som opplevelsen av sosial isolasjon, er møtesteder en viktig faktor (Thorsen & Clausen 2009, Ingebretsen & Nergård, Moen 2009).

Alle intervjuene av de somaliske informantene foregikk på deres faste møteplass, en kafé i sentrumsområdet av Oslo, hvor mange somaliere samles daglig. Kafékulturen står sterkt blant somaliske menn, og har en viktig funksjon på flere områder. For det første er den en arena hvor de kan få en følelse av tilhørighet på bakgrunn av felles kulturell referanseramme, slå av en prat og diskutere siste nytt fra Somalia. Samtidig blir den et insentiv for å bevege seg ut av

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse hjemmet, et gjøremål som blir et avbrekk i en ellers så altfor stille hverdag. Den siste funksjonen den kan sies å ha er at den skaper en mulighet for utøving av rollen som ”vis, eldre mann”, tilsvarende den de ville hatt i hjemlandet. De eldre mennene søker nemlig kontakt med yngre somaliere, og veileder dem slik at de ikke havner i sosialt uføre. Slik åpner kafeen opp for en liten mulighet til å skape mening i tilværelsen, og legger en svak demper på den sosiale isolasjonen. Disse funnene er samsvarende med flere nasjonale og internasjonale studier (Ingebretsen & Nergård 2007, Fangen 2008, Schmidt 2002). Selv om enkelte av de eldre somaliere tilbringer mye tid på kafeene, er det fortsatt mange timer igjen av døgnet. Når det å være på kafé blir hverdagens hovedbeskjeftigelse, er det likevel ikke tilfredsstillende nok i mennenes prosjekt om å skape mening i tilværelsen. Samtlige av informantene, med unntak av Kabir, uttrykker en frustrasjon over en ensom og meningsløs tilværelse. Den somaliske informanten vår, Abdi, svarer dette på spørsmålet om hva han gjør på en typisk hverdag:

Abdi: I don't have to do anything. I just get up in the morning, go to town and go to a coffee shop and stay with the friends of mine of the same age. And in the evening I go back home and I'm all alone there.

Intervjuer: And do you think this is a good life for you?

Abdi: No [...] I'm not happy with this life, being alone. Sometimes it could be nearly 24 hours and I don't have anybody to contact, to talk.

Intervjuer: So you feel like alone, basically. Is it hard for you?

Abdi: It seems to be socially acceptable here, people are living all alone (1er). Which is not like that in Somalia, people are always together. You can go to the next door and say "hallo" to them [...], there's no kind of isolation.

Intervjuer: Do you think this kind of isolation affects your health also?

Abdi: Psychologically, yes. You never know what can happen to you when you're alone, with my age [...] so it's little bit hard here.

At noen uttrykker at de er utilfredse med sin egen tilværelse er vondt å høre på. Abdi uttrykker en hverdag preget av ensformighet, ensomhet og sosial isolasjon, som han kontrasterer med hvordan det sosiale liv organiseres i Somalia. På et vis fremstiller han det som at isolasjonen bare er noe han er nødt til å akseptere, fordi den er en uunngåelig karakteristikk ved det norske samfunnet. Det monotone i hverdagen går også igjen i intervjuet med Tarek:

Tarek: Om morgen [...] da kommer jeg hit [...] snakker med folk, så drar jeg til moskeen, så drar jeg hjem. Så det er her, moskeen og hjem.

Bashe Musse underbygger dette, men legger til den hyppige bruken av fastlegen, som vil

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

utdypes i kapittelet om legebruk, som enda et sted som inngår i mange somaliske menns hverdagslige rutiner:

Bashe: [...] de har et hjem, kafé, moské, ikke noe annet. De tre tingene, typiske to-tre arenaene de, de drar til. Også er det fastlegen. Det er ikke noe annet og det landet de har kommet til så kjenner de verken til struktur, system [...]. Så det er veldig vanskelig, de er ikke orientert.

Kontrasten i tilværelsen blir spesielt stor når en tenker på den rollen disse eldre somalierne ville hatt i hjemlandet, som aktive deltagere i lokalmiljøet gjennom formidling av deres klokskap. I Norge opplever de at kunnskapen de sitter på blir regnet som verdiløs.

Kriminologen Nils Christie beskriver vår samfunnsform som avstandsskapende, preget av individers fremmedgjøring overfor hverandre og utstøting av enkelte utvalgte. I et samfunn av mer tradisjonell karakter, vil individene være uløselig tilknyttet hverandre og samhandlingen mer personifisert (Christie 2001:25-32). Det er nettopp slik Abdi kontrasterer det somaliske samfunnet med det norske. Ensomhet, i form av at individer tilbringer mye tid på egenhånd, kan sies å være et sosialt akseptert fenomen i Norge og en naturlig del av folks hverdag. I hjemlandet hans er samfunnet organisert i en mer kollektivistisk manér, hvor sosial isolasjon ifølge ham er ikke-eksisterende.

De to pakistanske informantene fra utkanten av Oslo forteller om en annen type problematikk. Den tidligere møteplassen deres rettet mot muslimer er nylig blitt nedlagt. Nedleggingen har nå gjort at de, sammen med ca. 2000 av de tidligere brukerne, har mistet en viktig brikke i hverdagen. En av de pakistanske informantene, Mohammed, svarer dette på spørsmålet om hva han bruker dagene sine til:

Momammed: Dagen, hjemme, jeg er moské og gå til moské, kamerat kommer og snakker. Nå ikke moské [...] bare sitte hjemme. Så mye problemer gammel folk, eldre ingen møteplasser, bare sitte hjemme hele tid.

Forfatter, journalist og samfunnsdebattant Mahmona Khan etterlyser flere møteplasser for eldre innvandrere (Khan 2010):

Da pakistanerne kom til Norge vandret de rundt i Oslos gater på utkikk etter arbeid. I dag nesten 40 år senere, er de ikke lenger i jobb. Det er trist å se dem vandre rundt på sentrene og i byens gater formålsløst. Den sosiale isolasjonen har ført til ensomhet og depresjon og de lider ofte av diabetes, leddplager og hjerteproblemer. De få tiltakene

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

som finnes, bygges rundt norskopplæring. Andre tiltak for eldre med minoritetsbakgrunn er svært lite kjent for de som sårt trenger det (Khan 2009).

Manglene på tilfredsstillende møteplasser og nettverksarenaer er derfor et gjennomgående trekk i funnene våre, både når det gjelder somalierne og pakistanerne. Den pakistanske informantene vår, Kabir, har derimot en annen historie å komme med, som vi nå skal se nærmere på.

5.3 Unntaket: Kabir

Det som er slående ved Kabir i forhold til de andre informantene, er at han ikke fremstiller seg selv som ensom i intervjuene. Dette kan ha sammenheng med flere faktorer. Han har kjernefamilien sin i Norge og opplever dermed ikke den isolasjonen som de somaliske mennene gjør, som hadde familie i Somalia og barn som var så store at de hadde flyttet hjemmefra. I tillegg har han et nettverk som går utover kjernefamilien. Han tilbringer mye tid på et flerkulturelt eldresenter i Oslo, hvor han møter eldre menn med samme kulturelle bakgrunn. I tillegg har han flere norske venner som han har god kontakt med. Botiden hans i Norge har vært lang, som har gitt han tid til å kunne integreres gjennom å lære språket, ta utdanning, arbeide og danne nettverk. Kabir er en svært aktiv mann som uttrykker en følelse av mening i tilværelsen. Han har en kone og små barn som trenger han, en jobb hvor han får anerkjent sine evner og bidra til samfunnet og en møteplass der han kan treffe folk fra samme kultur. I tillegg er han opptatt av litteratur og dans. Avslutningsvis kan det nevnes at han gjennom eldresenteret har et bindeledd til det offentlige. Slik kan han få veiledning når han lurer på ting vedrørende for eksempel helse, kosthold, trening og ulike offentlige ordninger. De somaliske mennene har en uformell kanal hvor de møtes, en kafé i sentrum. De har ikke dette naturlige bindeleddet med det offentlige, og barrieren for å ta kontakt blir derfor større. Som en konsekvens av underforbruket vil de vanskeligere kunne få hjelp til ting de lurer på, og opplever i stedet at de blir usynliggjort av det offentlige. Dette blir særlig tydelig når vi ser hvordan de somaliske informantene ifølge Musse bruker fastlegen sin, som en informasjonskanal til det offentlige. Dette vil bli utdypet nærmere i kapitlet om legebruk. Samtlige av forholdene som er nevnt kan virke positivt og forebyggende på den psykiske og fysiske helsen, og redusere opplevelsen av ensomhet (Blom 1997, Blom & Henriksen 2008:47, Schmidt 2002:51, Ingebretsen & Nergård 2007:122, Moen 2009:11-13, intervju med Ek, intervju med Moen, intervju med Blom).

6.0 Mannlighet og helse

En av våre antakelser i prosjektet var at menns helse påvirker de tankene de har om egen maskulinitet, og at måten informantene gjør kjønn på påvirker deres opplevelse av egen helse. I det neste kapitlet vil vi se nærmere på måten mennene i undersøkelsen snakker om maskulinitet og mannlige verdier. På den måten blir det mulig å se på hvordan maskulinitet og helse gjensidig påvirker hverandre.

6.1 Mannen og kroppen

Mohammed: Det er viktig å huske at man kan være svak og være mann.

I følge den kjente mannsforskeren R. W. Connells teori utgjør hegemonisk maskulinitet den maskulinitetsformen som til en gitt tid i et gitt samfunn er kulturelt opphøyet (Connell 1995:77). Det vil si at maskulinitetsidealene vil variere både historisk og kulturelt. Ettersom vi ser maskulinitetsidealer som noe sosialt konstruert og historisk situert valgte vi å både stille spørsmål om hva informantene så på som viktig for å være en mann da de var yngre og om hva de ser som viktig for å være mann nå som de er blitt eldre og har flyttet til en annen kultur. Den fysiske kroppen har en sentral stilling i flere av informantenes fortellinger om maskulinitet. Det ser allikevel ut til at betydningen av fysisk styrke er noe som blir tonet ned med alderen. Dette kan ha sammenheng med at deres egen kropp ikke er like sterk som den var da de var unge, at det er ulike idealer som gjelder unge menn og eldre menn, eller at de ikke lenger befinner seg i en kultur der deres maskulinitetsform er den overordnede.

Ali og Mohammed er begge fra Pakistan. De er krigsveteraner og kjempet som soldater i krigen mellom India og Pakistan på 60-tallet. Begge forteller at de i sine yngre dager så på det å være mann som tett knyttet opp mot fysisk styrke, men at de selv har opplevd å bli fysisk svakere fra 50-årene. At de hadde et syn på maskulinitet som nært knyttet til det kroppslige kan forklares ut fra at de som soldater har vært en del av en kultur som verdsetter evne til kamp høyt.

Mohammed: Men altså, en mann er jo definert på kjønn ikke sant. Kjønnsmessig er en mann, men de sier en mann er en mann og han er fysisk sterk, men hvis han ikke er sterk da er han også mann. Han kan også være svak da han var ung, definisjonen på en

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

mann er jo at han er kjønnsmessig en mann [...]

Her gir Mohammed et inntrykk av at han har fått et begrep om mannlighet som favner videre nå enn det han hadde i sine yngre dager. Ved å selv få dårligere helse og svakere fysikk har han opplevd at det å være en riktig mann ikke nødvendigvis er knyttet til å ha en sterk kropp. Ved å definere en mann som ”en som er kjønnsmessig en mann” åpner han opp for ulike måter å konstruere sin maskuline identitet på.

Ingen av de somaliske mennene i vår undersøkelse gir like eksplisitte uttrykk for sammenhengen mellom kropp og maskulinitet, men det ligger en gjennomgående forståelse av viktigheten av å bevege seg fritt. Dette sammenfaller med mannsforskerens Stephen M. Whiteheads teorier om den mannlige kroppen (2002:189). Han skriver at ett av kjennetegnene på den mannlige kroppen er dens evne til å ”være i verden” og å ta opp plass, ikke bare ved hjelp av fysisk styrke og aggressivitet, men også ved å bevege seg på en måte som krever plass og rom. Han nevner dessuten konkurranseidrett som en måte menns kropp befester deres maskulinitet på. Særlig i Abdi og Robles fortellinger blir fysisk aktivitet og bevegelsesfrihet tillagt stor betydning:

Abdi: When I'm in Somalia I can walk to a lot of places, but here, because of climate, I'm walking like an old man (ler). In Somalia I feel young.

Dersom vi, som Whitehead foreslår, forstår den maskuline kroppen som et aktivt subjekt som skaper seg plass, er den reduksjon av bevegelsesfrihet som Abdi forteller om en ytterligere reduksjon av hans bilde av seg selv som mann. Å miste sin evne til å bevege seg fritt kan frata en mann hans evne til å skape sin maskulinitet ved å erobre plass, enten dette tapet av bevegelse skyldes klima eller en aldrende og svekket fysikk.

De nære forbindelsene mellom informantenes syn på kropp, styrke og mannlighet har mye å si for hvordan de opplever sin egen helsetilstand. Når menn eldes forandres måten de sees på av andre, og ikke minst hvordan de oppfatter seg selv. Helsen blir dårligere, kroppen forandrer seg og deres posisjon i verden endres. For menn som har opparbeidet seg en god posisjon i samfunnet kan alderdommen føre med seg økt grad av verdighet og nye muligheter, men for andre kan den føles som et tap (Whitehead 2002:199). Flertallet av våre informanter føler ikke at de har oppnådd den posisjonen de ønsket i samfunnet. De har opplevd store skuffelser i

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse arbeidslivet, føler at de ikke blir hørt og sett av majoritetsbefolkningen, og uttrykker at de ikke vet hva som forventes av dem som menn her i Norge. En slik posisjon gir lite rom for de muligheter og den verdighet som alderdommen kan føre med seg.

Pakistanske Kabir ønsker derimot ikke å knytte sine ideer om mannlighet til kroppen overhode. Han avviser biologiske forklaringer på kjønn, og gir uttrykk for at han ikke ønsker å forholde seg til maskulinitetsidealene i særlig grad. Dette kan både tolkes som at han har funnet alternative måter å være mann på, og at han har en tryggere og mer solid posisjon i samfunnet:

Kabir: Vet du at, man kan ikke tenke uavhengig. Det er alltid andre som skaper ditt jeg, det er andre som forteller deg at du er mann, du skal gjøre det og det [...] Det pleide mora mi å si, ”gå og klipp håret ditt, veit du hvor varmt det er ute”? Jeg sa at du har så lange hår har du aldri følt det var for varmt? [...] Jeg har lært at en sjel er verken han eller hun, og jeg vet ikke med de andre, men jeg har aldri fått at svar til å være en mann. Jeg er bare et menneske [...]

Kabir beskriver seg selv som en opprører og avviser ideen om kjønn som biologisk forankret. De tankene man har om hvordan en mann skal oppføre seg i lys av sin rolle som mann avfeier han som ”bruktmarkedstanker”. Han gir uttrykk for at det er et større problem i tradisjonelle samfunn at et fåtall bestemmer de rådende normene. Han nektet allerede som barn å føye seg etter de rådende idealene ved å utfordre morens oppfordring til å klippe håret. At han har et syn på mannlighet som avviker noe fra de idealene vi ser i de andre informantenes historier kan, i tillegg til et bedre nettverk, være en medvirkende årsak til at han er den eneste av de intervjuede som forteller at han har noen han snakker om helse med utenom legen sin. Ettersom han er i en tryggere posisjon som mann, har han mindre å tape på å vise sine svakere sider.

6.2 ”Det ligger i kulturen vår at vi har et ansvar, det er en selvfølge.”

De fleste av deltakerne i dette prosjektet snakket om mannlighet som tett sammenvevd med ansvar og forsørgerevne.

Abdi: Mainly you have to be strong. You have to show that you are taking care of the whole family, protecting them [...] You try to stand up to be strong for the family. To stay strong for the family.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Abdi er arbeidsledig og synes det er vanskelig å få pengene til å strekke både til å leve her i Norge og å sende penger til sin kone i Somalia. Hans to barn er voksne og forsørger seg selv. Å være der for familien og ta ansvar for dem er viktige faktorer i livet hans og for ham er det å være mann nært knyttet til å kunne forsørge familien. Han forteller også at han har drømt om å være en mann med fremgang i livet, et arbeid med god inntekt og en familie.

Tareks definisjon av mannlighet ligger også tett opp mot dette, men han er i tillegg opptatt av de sosiale forventningene som en mann har rettet mot seg. Hans måte å snakke om kjønn på bærer preg av hans bakgrunn fra en kollektivistisk kultur, ettersom han definerer en mann ut fra de rollene en mann har, og de forventningene som tillegges en mann fra samfunnet rundt:

Tarek: [...] ha en kunnskap eller utdanning, yrke, en som kan på en måte gi gode råd på og på en måte og komme med gode forslag. Du bør ikke være en kriminell mann, du bør ikke ha kriminell bakgrunn [...] For alle de aspektene på en måte, de forventningene knyttes til å være en mann [...] og at en mann har et ansvar, en ansvarlig mann, har rundt familien og har rundt nettverket og de tingene vi snakket om, og det skaper en mann.

Det er ordene Tarek bruker for å beskrive hva som kjennetegner en mann i Somalia, et syn på mandighet som virker fjernt fra det livet han lever her i Norge. Tarek er også arbeidsledig, han bodde i Norge lang tid før han fikk oppholdstillatelse og venter fortsatt på å få pass. Han har kone og syv barn i Somalia som han ikke har møtt på 7 år. Han har ikke mulighet til å reise noe sted uten pass og familien har fått avslag på søknad om familieforening. Siden han ikke har inntekt og heller ikke har fått pensjon enda er det de to voksne barna hans i Norge som sender penger hjem til familien i Somalia.

Roble er 72 år, gift og har 7 barn, hvorav 3 er voksne, samt 9 barnebarn. Han har nettopp søkt om uførepensjon og kona hans er i attføring. I tillegg til å forsørge familien sin her sender de penger til søsken, en onkel og en nevø i Somalia. Roble opplever mye stress i forbindelse med det ansvaret han har for familien. Å være mann i Somalia er forbundet med å være familiens overhode, en posisjon som bærer med seg mye ansvar:

Roble: Først det er dame [...] to det er barn [...] tredje er hund [...] voff voff [ler] fjerde er katt, femte det er trær. Trær [ler], fem det er mann fordi trær ikke kan lage barn [...] Takk for det.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Dette humoristiske utsagnet kan ses i sammenheng med de fortellingene de andre informantene fra Somalia forteller. Mannens posisjon gir respekt, men krever samtidig at man setter andres behov foran sine egne.

Bashe Musse, leder i Somalisk nettverk, beskriver den somaliske familie som en komplementærfamilie, der kvinnen har ansvar for husarbeid og omsorg og mannen har forsørgeransvaret. Mange menn som kommer til Norge og opplever arbeidsledighet og marginalisering vil dermed oppleve en slags identitetskrise som mann:

Bashe: [...] det er en av de grunnene veldig mange menn trekker seg da tilbake fra familien og det er jo at de ikke har noen meningsfulle oppgaver, at de ikke kan forsørge familien sin.

Det blir en brå overgang fra å være familiens overhode i Somalia til det livet som møter dem i Norge. Å forsørge familien sin er mannens hovedoppgave og Musse mener at denne vanskelige overgangen er roten til svært mange av de problemene somaliske familier i Oslo sliter med, som samlivsbrudd og khat-bruk. Mennene har gått fra å være i en respektert posisjon i samfunnet til å være uten mulighet til å utføre de pliktene som forventes av en mann.

Mohammed: Det ligger i kulturen vår at vi har et ansvar, det er en selvfølge.

Mohammeds kone er hjemmeværende og han har et hjemmeboende barn. Dessuten bor hans 104 år gamle far sammen med dem. Han har arbeidet i 27 år og har hatt mange ulike jobber. Man kan si at han har hatt et ustabilt arbeidsliv, men han gir ikke uttrykk for at det er mye stress forbundet med forsørgerrollen. Snarere ser han på det som en naturlig oppgave som pakistansk mann.

Alis kone er også hjemmeværende, barna jobber ikke og Ali er eneforsørger for en familie på seks. I tillegg sender han penger til sin mor i Pakistan. Han har nettopp mistet jobben, for tiden er han sykemeldt og venter på å få uførepensjon. Presset som kommer av å være økonomisk ansvarlig er noe han føler han sterkt på. Han har arbeidet i 21 år og gir uttrykk for å ha hatt en arbeidskarriere med lav lønn og hardt arbeidspress. For Ali ser det ut til at møtet med det norske arbeidslivet var en skuffelse. Det bildet mange pakistanere har av Vestens

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse velferd før de kommer hit gjør at mange føler det som Ali. I Vesten tilbys de mulighet til å tjene betraktelig mer penger enn de ville i hjemlandet, men for å tjene til livets opphold må de ofte ta til takke med harde arbeidsvilkår, ugunstige arbeidstider og lavstatusarbeid (Charsley 2005:90).

Å ha et stort forsørgeransvar som vanskelig lar seg oppfylle med den status informantene våre har på arbeidsmarkedet, beskrives som tungt. Det sliter på informantene våre i den forstand at de bekymrer seg mye, har søvnløse netter og et høyt stressnivå. Allikevel er det viktig for dem å leve opp til dette ansvaret, og de fleste ser det som en selvfølge at de skal være familiens hovedforsørger. Det er et alminnelig syn at den økonomiske sfæren er knyttet til mannlighet og den private og omsorgsmessige sfære er knyttet til kvinnelighet (Connell 2020:61). Å forsørge familien økonomisk kan derfor være en måte å få bekreftet sin mannlighet på.

Kabir skiller seg igjen noe ut. Han er den eneste av de seks informantene som ikke anser seg selv som hovedforsørger, men som deler forsørgeransvaret med sin kone. Han gir uttrykk for å være mindre tradisjonell, i den forstand at han forteller om sitt forhold til kona som preget av gjensidighet både i forhold til inntekt og i forhold til barna.

Kabir: Kona mi hun pleide å bruke burka. Jeg sa: ”Jeg vil ikke ha den burkadame”.

Det virker som om han har en mindre tradisjonell oppfattelse av arbeidsdeling i hjemmet. Han sier at han og kona har en avtale. De har fire barn, hvorav to fremdeles bor hjemme. Han er pensjonist, men jobber timebasert som tolk i tillegg til pensjonen. Han har tidligere hatt en variert yrkeskarriere der han har fått utløp for sin kreativitet og sitt intellekt. Dette får ham til å virke mye mer selvsikker, også i forbindelse med sin maskulinitet, enn de andre informantene. Han snakker derimot svært mye om jobben sin, og det ser ut til at han legger mye stolthet i å arbeide mye. Han forteller også om press i arbeidslivet, særlig i læreryrket, som har ført til helseproblemer som høyt blodtrykk og hjerteproblemer.

Leder for Senter for likestilling ved Universitetet i Agder Ulla-Britt Lilleaas og sosiolog og kjønnsforsker Karin Wideberg skriver i sin artikkel ”Det sterke kjønns sårbarhet - menns helse i et arbeids-, familie- og likestillingsperspektiv” om hvordan norske menn oppfatter sin egen helse. Der nevner de en forventning om at menn skal være sterke og vise minst mulig svakhet som en forventning mange menn har til seg selv. I flere av intervjuene de

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

gjennomførte kom det fram at mennene hadde opplevd en rekke signaler som tydet på at kroppen var overbelastet, og flere av de eldre mennene som hadde blitt syke på jobben hadde oversett nettopp slike signaler. Forfatterne hevder dette er viktige funn siden internasjonale studier har vist at menn er dårligere til å be om hjelp i tide og at mange menn føler skam over å ha en sykdom (Lilleaas 2004).

På tilsvarende måte ser også våre informanters maskulinitetsidealer om å være hardtarbeidende, sterke og ansvarlige familieoverhoder ut til å ha påvirket helsesituasjonen. De helseproblemene som går igjen i mange av intervjuene er knyttet til stress, høyt blodtrykk og livsstilssykdommer. Det skinner dessuten igjennom at de har problemer med å finne måter å oppnå respekt og verdighet på som aldrende menn når helsen svekkes. Å ikke kunne arbeide og å ikke kunne bruke kroppen sin i utstrakt grad er vanskelig for selvfølelsen og gjør alderdommen vanskelig. For å bøte på dette tar flere av dem på seg oppgaver som bedrer deres følelse av å være nyttige for andre. Ali forteller at han er styremedlem i borettslaget, Kabir hjelper andre ved å arbeide som tolk og Roble snakker med ungdom for å veilede dem i livet. På denne måten kan de tilføre en følelse av mestring til livene sine.

Vi har ikke innlemmet spørsmål i våre intervjuer som dreier seg spesifikt om forholdet mellom kvinner og arbeid i innvandrernes hjem, men utformet spørsmålene om arbeid og forsørging som mer generelle slik at informantene selv kunne trekke frem det de opplevde var mest vesentlig.

7.0 Legebruk og helseforståelse

7.1 Hvordan bruker informantene helsevesenet?

I følge SSBs rapport *Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester* fra 2009 øker bruken av ulike helsetjenester med utdanning og inntekt, og det særlig i aldersgruppene fra 45 år og oppover. Men mye tyder på at innvandrerbefolkningen er et unntak i dette mønsteret (Jensen 2009:5). SSB-rapporten ”Innvandrerers helse 2005/2006” gir et bilde av at innvandrerbefolkningen benytter ulike legetjenester oftere enn den øvrige befolkningen. Innvandrerbefolkningen oppgir nemlig en betydelig høyere besøksfrekvens, særlig hos fastlege men også på legevakten, enn befolkningen forøvrig (Blom 2008:39). Dette stemmer godt overens med det bildet våre informanter gir oss.

Tarek: Jeg har veldig god kontakt med fastlegen og jeg er jo også diabetik. Så det er type to, diabetes type to så jeg besøker fastlegen [...] annenhver uke.

Mange av mennene i utvalget var hyppige brukere både av legevakt og særlig av fastlegen. Samtlige hadde vært i kontakt enten med fastlegen, andre legetjenester eller helserådgivning de siste 14 dagene. Diabetes type 2, hjerteproblemer og stressrelaterte sykdommer ser ut til å være blant de mest utbredte problemene. Tarek har diabetes type 2, høyt blodtrykk og et generelt høyt stressnivå. Han forteller om store helseutfordringer etter at han kom til Norge som følge av arbeidsledighet, mangel på nettverk og familie og på grunn av klima. *7 år har jeg vært uten mine barn. Til og med legen har bekreftet at det er veldig viktig at han reiser og møter sine barn*, kan han fortelle oss via tolk. Med bakgrunn i dette utsagnet kan man forstå at han snakker med fastlegen om sin mentale helsetilstand og det stresset han opplever, i tillegg til å få sjekket den fysiske helsetilstanden og få resepter på de medisinene han trenger.

Abdi: I feel more home because of climate wise, when I'm home my big boy buy me six mints, I don't have to see the doctor.

Abdi sier her at han ikke har det samme behovet for legehjelp hjemme i Somalia, der klarer han seg med halspastiller og frisk luft når han føler seg dårlig. Dette begrunner han med klimatiske forskjeller. På grunn av et stabilt klima i hjemlandet kan han bevege seg mye friere og han har mange steder å gå til. Han sier at han kan føle seg utrygg i Norge fordi han er alene, samtidig som han føler seg tryggere på at han får de medisinene han har behov for. Det

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse er en tvetydighet i disse utsagnene, ettersom han på den ene siden føler at innvandringen er årsaken til mange av hans helseproblemer, men samtidig føler seg bedre ivaretatt av helsevesenet i Norge enn han ville blitt i Somalia med de samme helseproblemene. I Norge går han til legen omtrent to ganger per måned. Ettersom et sterkt fokus på klima som årsak til dårlig helse gikk igjen i mange av intervjuene, er det tydelig at dette preger informantenes hverdag i stor grad. Det kommer derimot ikke frem av intervjuene hvorvidt det er forskjeller i legebruk i de ulike årstidene.

Roble: Problemet det er penger, jeg må betale ja, så det er veldig problematisk.

Roble går til fastlegen fire til seks ganger i måneden, såpass ofte at det blir en stor økonomisk utgift for ham. Legevakten har han vært hos 10-15 ganger så langt i år og han har vært en gang på sykehuset. Forrige gang han var hos legen var to dager før intervjuet. Han forteller at han går mye til legen fordi han blir veldig nervøs. Av og til føler han seg veldig dårlig og han har mye stress forbundet med egen helsetilstand. Ting han sliter med er diabetes, blodpropp og urinproblemer, søvnløshet, stress og nerveproblemer. Han tenker veldig mye og har mange bekymringer.

Mohammed er nylig hjerteoperert i tillegg til å ha diabetes, allikevel gir han uttrykk for at han fremdeles føler seg sterk. Han tar 11 tabletter og insulinsprøyter daglig. Han bruker fastlegen 1-3 ganger per måned, og føler at han går mye til legen etter hjerteoperasjonen. Når Ali snakker om bruk av helseapparatet er det i sammenheng med fysisk sykdom, han nevner ikke bekymringer, søvnløshet eller stressrelaterte symptomer i denne forbindelse, noe som kan tolkes dit hen at han går til fastlegen kun for å kurere fysisk sykdom og å få den medisinen han trenger.

Ali: [...] de har den jobben bare ett år, ett og et halvt år, men flytta igjen, kommer nye. Kommer plutselig brev: Fastlegen din er flytta ut, nå får du igjen ny lege [...] Jeg vet ikke hva som skjer.

Ali har astma og sliter med søvnvansker. Han føler han ikke får mulighet til å få et godt forhold til fastlegen ettersom han har opplevd mye ustabilitet i fastlegeordningen. Han virker mindre fornøyd med ordningen enn de andre informantene og det er nærliggende å tolke det dit hen at det nettopp kommer av hyppig skifte av leger. Han går til legen når han er dårlig eller når han trenger medisin, han er dessuten sykemeldt. På grunn av en forverring av

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helsehelsetilstanden de siste årene bruker han fastlege oftere enn tidligere.

Det tilsynelatende overforbruket av helsetjenester som noen av informantene ser ut til å ha, kan komme av flere ting. Noen, særlig de somaliske mennene i vår undersøkelse, ser ut til å bruke fastlegen som sitt forankringspunkt til det offentlige. Musse som i tillegg til å være i leder i Somalisk senter arbeider som tolk, har vært med mange somaliere til legen. Han forteller at han har sett flere som har med seg lister på 25-30 spørsmål, hvorav bare de siste handler om helse. De går til fastlegen for å søke informasjon om alt fra bolig, arbeid og sosialt nettverk. Det er også interessant å merke seg at fastlegen ofte kom opp i forbindelse med hverdagsrutiner, noe som kan tyde på at legebesøk også kan fungere som et avbrekk i en lite variert hverdag. Flere av informantene gir også inntrykk av at de føler at fastlegen ofte har lite tid og ikke fokuserer på mer enn et problem om gangen, noe som kan føre til at et besøk ikke gir svar på alle deres bekymringer.

7.2 "Et helt menneske"

For det meste er informantene fornøyd med fastlegeordningen, særlig de som har hatt stabile forhold og som har fått opprettet en relasjon til fastlegen sin. Ingen av informantene sier at det spiller noen rolle hvorvidt fastlegen er mann eller kvinne. De sier de føler at de får god informasjon om helsetjenestene, men få vet om noen tilbud de kan bruke som er spesielt rettet mot eldre innvandrere. Å bli gammel i Norge oppleves som trygt fordi fattige og rike har rett på de samme helsetjenestene, og fordi de stoler på å få de rette medisinene.

Det som derimot går igjen er en etterlysning av et mer holistisk syn på helse, at deres mentale helse henger sammen med den fysiske helsen og omvendt:

Kabir: [...] hvis man har tre ting på en gang, legen sier: "Vi vil i dag bare snakke om en ting." Det betyr at han tar ikke en menneske i sin helhet, han deler det. "I dag jeg snakker om ditt [...], og neste gang om [...], og i tredje time." Så, hva er det? Jeg er et helt menneske.

Her forteller Kabir om en syk kropp, med symptomer han føler at må ses i sammenheng og behandles deretter. Han opplever derimot at legen ikke ser helheten, bare delene og dermed ikke klarer å gi en god nok behandling.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Intervjuer: Føle du at helsevesenet i Norge er godt nok?

Roble: Nei, nei. Fordi det er bare MR. Hvis du har arterieproblemer, du har nerveproblemer, det kan ikke de se fordi det er MR [...]

Roble gir uttrykk for noe av det samme i denne uttalelsen. De mentale problemene han får som følge av de fysiske problemene han sliter med blir oversett ettersom de ikke kan måles og objektiviseres. Dette kan ses i sammenheng med skillet mellom *sickness* og *disease*, ettersom Robles egne opplevelser av sykdom ikke nødvendigvis samsvarer med det biomedisinske sykdomsbildet (Svensson 1998:25),

Opplevelsen av å ikke bli behandlet som et helt menneske kan også være en følge av vestlig medisins tradisjonelle måte å behandle pasienter på. Vestlig medisin har røtter tilbake i Vestens filosofisk distinkte skille mellom kropp og sjel. Den vestlige medisins utvikling har vært sterkt preget av et positivistisk verdensbilde der det positive og sansbare er det eneste som kan gi sann kunnskap (Teigen 2004:28). For våre informanter som gir uttrykk for å ha et begrep om helse som innebærer mer interaksjon mellom kroppen, sinnet, det åndelige og de sosiale strukturene de inngår i, kan dette være en uforståelig måte å dele opp et menneskes egenskaper på.

8.0 Konklusjon

Det er umulig å peke på én enkelt faktor som fører til ulikheten i vurdering av egen helse mellom minoriteter og majoritetsbefolkningen. Det er mange faktorer som spiller inn, som gjensidig påvirker hverandre og som setter eldre innvandrer menn i en utsatt posisjon. De historiene vi har fått et innblikk i gjennom denne rapporten, er preget av ensomhet, av bekymring for helse og økonomi og av følelser av å bli stigmatisert, diskriminert og lite verdsatt. Våre informanter opplever en alderdom som ligner svært lite på den alderdommen de hadde forespeilet seg, og hverdagen er preget av mye usikkerhet. Helseplager som diabetes type 2, blodpropp, hjerteproblemer og stress går igjen som en rød tråd gjennom intervjuene. Flere av informantene gir uttrykk for at de neppe hadde opplevd de samme helseplagene, verken fysisk eller psykisk, i hjemlandet.

Felles for alle de intervjuede var at de hadde en eller flere sykdommer og at disse sykdommene og bekymringen rundt den dårlige helsen påvirket livet deres i stor grad. For de fleste av informantene, med unntak av Kabir, var helse noe de sjelden eller aldri snakket med andre om. De ser på sin fysiske og psykiske helsesituasjon som tett sammenknyttede elementer, og ser helse som nært forbundet med funksjon, nytte og gode livsbetingelser.

Hver og en av de historiene vi har fått et innblikk i gjennom arbeidet med ”Jeg vet ikke hva jeg er verdt. – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av egen helse” er unike. Alle informantene snakker om sine helseerfaringer på forskjellige måter og de opplever alderdommen ulikt. Allikevel er det mye som leder fortellingene i samme retning. Helse er for alle våre informanter er svært vidt begrep. Det er langt fra rene sykdomsforklaringer alene som står i sentrum av deres helseforståelse. De beskriver sin egen helsetilstand som en nesten altomfattende situasjon. For å ha god helse er det nødvendig med en basis av god livskvalitet. Å være i stand til å bruke seg selv, både fysisk og psykisk, å ha mulighet til å tilføre noe godt til verden og å slippe å være alene er sentrale elementer.

Dårlig integrering, manglende arbeid og språkvansker ser ut til å være sterke ”premissleverandører” for dårlig helse. På grunn av arbeidsledighet, dårlig økonomi og vansker med å tåle klimaet gir informantene uttrykk for at de ikke får brukt sitt fulle potensial. De opplever mange sosiale, økonomiske og kulturelle barrierer for å fungere optimalt i

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse samfunnet. De faktorene som har pekt seg ut som de viktigste påvirkningene for helsesituasjonen hos informantene våre er i utgangspunktet ikke spesielle for denne gruppen menn. Disse mennene befinner seg derimot i en spesielt utsatt risikogruppe for dårlig helse på grunn av sin marginaliserte posisjon i samfunnet og sin bakgrunn.

8.1 Muligheter for endring?

Ut fra de funnene vi har gjort i prosjektets gang, samt lesing av tidligere forskning, har vi kommet frem til at det er mye som kan gjøres for å bedre livskvaliteten, og dermed også helsetilstanden, til menn som befinner seg i en slik situasjon. Noen av de samfunnsendringene som ville bidratt til en drastisk endring er for omfattende til at vi kan behandle dem her. Men det er også mye som kan gjøres ved hjelp av enklere grep.

Informantene gir uttrykk for at de savner mulighet til å være fysisk aktive og sosiale. Arrangementer i form av cricket-turneringer, svømmegrupper og arrangerte turer i marka for innvandrere, er eksempler på aktiviteter som kan bidra til å øke livsgleden.

Sosiale møteplasser er også svært viktige for å hindre sosial isolasjon og ensomhet, samtidig er det viktig å møte de enkelte gruppenes behov. Somalierne har en sterk kafékultur, men de ser ut til å mangle et fast bindeledd til det offentlige utenom fastlegen. Opprettelsen av en sentralt beliggende kafé med faste møtetider for en ”samfunnsrådgiver”, kan bidra til å lette integreringsprosessen til eldre somaliere og kanskje også lette det tilsynelatende overforbruket av fastlegeordningen til en viss grad.

Flerkulturelle eldresentre er et veldig godt tiltak som sikrer eldre innvandrere en mulighet til å treffe andre. Det burde derfor arbeides for å sikre en rekruttering til slike sentre ved å spre informasjon og tilrettelegge for gruppetilpassede aktiviteter. Det er viktig at flerkulturelle eldresentre tilbyr aktiviteter i blandete grupper for å gi deltakerne mulighet til å bli kjent med, og å lære av hverandre. I tillegg bør det også tas høyde for at det kan være nødvendig med kulturelt tilpassede aktiviteter i separate omgivelser, for å øke følelsen av mestring og tilhørighet for deltakerne. Eldresentre bør i tillegg vurdere å ansette flere rådgivere med tverrfaglig bakgrunn og gode språkkunnskaper for å bedre tilgangen på informasjon og å støtte eldre med innvandrerbakgrunn.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

For å minke bruken av fastlegekontoret som inngangsport til det norske samfunn er det i tillegg svært viktig at informasjon om det offentlige synliggjøres og gjøres tilgjengelig i større grad for eldre med innvandrerbakgrunn.

Det bør vurderes å utrede mulighetene for en oppsøkende rådgivningstjeneste for eldre innvandrere, både i forhold til helse og andre offentlige tjenester, som bolig og arbeid.

Eldre innvandrer menn er en lite synlig gruppe i det offentlige, og de er heller ikke en gruppe det er gjort særlig med undersøkelser om, dette er derfor et område med sterkt behov for videre forskning.

Vi håper at dette prosjektet kan være med på å øke kunnskapen om eldre innvandrer menn i Norge sine opplevelser av helse og hvilke faktorer som påvirker disse. Eldre menn med innvandrerbakgrunn er en ofte oversett gruppe, og vi håper å bidra til å belyse deres situasjon på en måte som kan være med på å forbedre livssituasjonen og gi en følelse av verdighet til våre informanter og menn i lignende posisjoner.

9.0 Litteraturliste

- Ahmadi Farida (2008): "Tause skrik". I: *Minoritetskvinnens behov for anerkjennelse*. Oslo: Pax.
- Alghasi, Sharam, Katrine Fangen & Ivar Frønes (2006): "På reise inn i det norske samfunn". I: *Mellom to kulturer*. Sharam Alghasi, Katrine Fangen & Ivar Frønes (red.) Oslo: Gyldendal.
- Alver, Bente Gullveig & Ørjan Øyen (1997): "Kapittel 5 Individ og fellesskap & Kapittel 6 Personvern og samtykke". I: *Forskningsetikk i forskerhverdag. Vurdering og praksis*. Oslo: Aschehoug.
- Andersen, Unn Conradi (2008): *Omvendt klassereise. Hvordan opprettholde selvfølelsen som renholder når du egentlig er utdannet ingeniør?* URL: <http://www.dagbladet.no/nyheter/2008/07/24/541618.html>. [Lesedato:13.05.10.]
- Anderson, Robert (1996): *The Aims and Achievements of Medical Anthropology. Magic, Science and Health*. Florida: Harcourt Brace & Company.
- Arne Jensen (2009): *Nr. 2009/6 Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt*. Oslo: SSB.
- Berg, Lauritzen & Kirsten Lauritzen (2008): *Eksil og Livsløp*. Trondheim: NTNU.
- Blom, Svein (1997): *Hvorfor er så mange ensomme?* URL: <http://www.ssb.no/ssp/utg/9704/6.html>. [Lesedato: 13.05.10.]
- Blom, Svein (2008): *Nr. 2008/36 Innvandreres helse 2005/2006*. Oslo: SSB.
- Blom, Svein & Kristin Henriksen (2008): *Nr. 2008/5 Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006*. Oslo: SSB.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Brataas Vikkelsmo, Hildfrid & Tove Steen Olsen (2003): "Kvalitet i samspill". I: *Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Oslo: Høyskoleforlaget.

Charsley, Katharine (2005): "Unhappy husbands. Masculinity and Migration in Transnational Pakistani Marriages". I: *Journal of the Royal Anthropological Institute 11/2005*. Royal Anthropological Institute.

Connell, R. W. (1995): "Chapter 3: The Social Organization of Masculinity". I: *Masculinities* Cambridge: Polity Press.

Connell R.W. (2002): *Gender*. Cambridge: Polity Press.

Dommerud, Tine (2006): *Mer psykiske vansker blant innvandrere fra lav- og Middelinntektsland*. URL:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MnAea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61144:::1:569:5:::0:0.
[Lesedato: 13.05.10.]

Einarsveen, Ingrid Rønholt (2005): *Kultur og helse – i hvilken grad former kulturen vårt forhold til helserelaterte spørsmål?* Oslo: Universitetet i Oslo.

Ekenstam, Claes (1998): *Rädd att falla. Kroppen, viljen ock skräcen för att falla*. Hedemora: Gidlunds.

Eriksen, Thomas Hylland & Torunn Arntsen Sørheim (2006): *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal.

Fangen, Katrine (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fangen, Katrine (2008): *Identitet og praksis. Etnisitet, klasse og kjønn blant somaliere i Norge*. Oslo: Gyldendal.

Grimen, Ingstad (2006): *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse*. Oslo:

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Universitetsforlaget.

Gullestad, Marianne (2002): *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Henriksen, Kristin (2007): *Nr. 2007/29 Fakta om 18 innvandrergrupper i Norge*. Oslo: SSB.

Hyldig, Jette (2008): *Sunhedsfremme og forebyggelse. En teoretisk bog til det praktiske arbejde*. København: Munksgaard.

Ingebretsen, Reidun & Trude Brita Nergård (2007): *Nr. 13/07 Eldre med innvandrerbakgrunn*. Oslo: NOVA.

Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte & Line Kristoffersen (2009): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.

Kertzer I. David & Jennie Keith (1984): *Age Anthropological Theory*. London: Cornell University Press.

Khan, Mahmona (2009): *En vei ut av isolasjon*. URL:
<http://www.xplosiv.no/default.pl?showArticle=4110&pageId=188>. [Lesedato: 13.05.10.]

Kimmel, Michael (1994): "Masculinity as Homophobia. Fear, Shame and Silence in the Construction of Gender Identity". I: *Theorizing Masculinities*. Harry Brod & Michael Kaufman (red.). California: Sage.

Kimmel Michael (2001): "Global Masculinities. Restoration and Resistance". I: *A Man's World? Changing Men's practices in a Globalized World*. Bob Pease & Keith Pringle (red.). London: Zed Books.

Lilleaas, Ulla-Britt (2004) "Maskuliniteter mellom liv og død". Foredrag holdt på seminaret *Maskuliniteter i Nord*. Universitetet i Tromsø 02.09.2004.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Lorentzen, Jørgen (2006): "Forskning på menn og maskuliniteter". I: *Kjønnsforskning. En grunnbok*. Jørgen Lorentzen & Wenche Mühleisen (red.) Oslo: Universitetsforlaget.

Mathari, Peter (2006): "Forvandling". I: *Mellom to kulturer*. Sharam Alghasi, Katrine Fangen & Ivar Frønes (red.). Oslo: Gyldendal.

Michelsen, Niels, Britt Toftgaard Jensen, Claus Vinther & Marianne Schroll (2000): *Klinisk sosial medisin*. København: Munksgaard.

Moen, Bjørg (2009): *Nr: 7/09 Jeg gleder meg til torsdag*. Oslo: NOVA.

Mæland, John Gunnar (2009): *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nergård, Trude Brita (2009): *Mangfoldig omsorg. Behov for pleie- og omsorgstjenester hos innbyggere med minoritetsbakgrunn*. Brosjyre. Oslo: NOVA.

Orubapo, Julia (2008): "På TV sa de at de trengte ingeniører...". *Etniske minoriteter: klasseidentifikasjon og arbeidsposisjon*. Oslo: Universitetet i Oslo.

Passer, Michael W. & Ronald E. Smith (2001): *Psychology. The Science of Mind and Behaviour*. New York: McGraw-Hill Education.

Reform (2010a): *Formål*. URL: http://www.reform.no/index.cfm?kat_id=6&subkat_id=46.
[Lesedato: 15.05.10.]

Reform (2010b): *Bakgrunn*. URL: http://www.reform.no/index.cfm?kat_id=6&subkat_id=44
[Lesedato: 15.05.10.]

Reform (2010c): *Arbeidsområder*. URL: http://www.reform.no/index.cfm?kat_id=19.
[Lesedato: 15.05.10.]

Romanucci-Ross, Lola, Daniel Moermann & Laurence Tancredi (1997): *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Santa Barbara: Greenwood Publishing Group.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Schmidt, Garbi (2002): *Tidsanvendelse blant pakistanere, tyrkere og somaliere. Et integrationsperspektiv*. København: Socialforskningsinstituttet.

Svensson, Roland (1998): *Samfunn, medisin, sykepleie. En introduksjon til medisinsk sosiologi*. Oslo: Gyldendal.

Teigen, Karl Halvor (2006): *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Whitehead, Stephen M. (2002): *Men and Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Ytrehus, Line Alice (2004): *Intellektuelle i eksil. Integrering og ekskludering i et livsverdenperspektiv*. Bergen: Universitet i Bergen.

Østby, Lars (2005): *Eldre innvandrere – myter og realiteter om innvandring*. URL: http://mighealth.net/no/index.php/%C3%98stby,_Lars_Eldre_innvandrere_myter_og_realiteter_om_innvandring. [Lesedato: 13.05.10.]

10.0 Vedlegg

10.1 Utdrag fra SSB-rapporten *Innvandrerens helse 2005/2006* av Svein Blom

” Sammen drag

Rapporten presenterer resultatene fra spørsmålene om helse i Statistisk sentralbyrås tredje intervjuundersøkelse Levekår blant innvandrere 2005/2006. Til grunn for undersøkelsen ligger et representativt utvalg av innvandrere og etterkommere i alder 16-70 år med minst to års botid i Norge og med bakgrunn fra landene Bosnia-Hercegovina, Serbia-Montenegro, Tyrkia, Irak, Iran, Pakistan, Vietnam, Sri Lanka, Somalia og Chile. I rapporten sammenliknes innvandrerbefolkningens helse med helsen til hele befolkningen basert på de ordinære levekårsundersøkelsene i 2002 og 2005.

Innvandrere og etterkommere vurderer sin helse som noe dårligere enn befolkningen som helhet gjør. Mens 86 prosent av landets befolkning oppfatter sin helse som god eller meget god, er i gjennomsnitt 67 prosent av de ti ikke-vestlige landgruppene av samme oppfatning. Innvandrerkvinner vurderer sin helse mindre positivt enn -menn, og oppfatningen av helsen som god eller meget god synker sterkere med alder i innvandrerbefolkningen enn i befolkningen generelt.

Summeres forekomsten av femten på forhånd oppgitte sykdommer, blir utfallet bemerkelsesverdig likt for innvandrere og deres etterkommere og hele befolkningen. Det gjennomsnittlige tallet på sykdommer som rapporteres er 0,8 blant innvandrere og etterkommere og 0,9 i befolkningen. Blant innvandrere og etterkommere er tallet på sykdommer høyest blant kvinner, i gjennomsnitt 1,0 mot 0,7 blant menn. I befolkningen som helhet er det ingen kjønnsforskjell.

Egenvurderingen av helse blir mindre positiv jo flere konkrete sykdommer som rapporteres. Dette er særlig tilfelle blant innvandrere. Ved fire eller flere sykdommer synes bare om lag en av ti med innvandrerbakgrunn at helsen er god eller meget god. I hele befolkningen er tilsvarende andel seks av ti.

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Respondentene angir hvorvidt de i løpet av de siste tre månedene har vært plaget av en eller flere av åtte oppgitte psykosomatiske plager: smerter i kroppen, hodepine, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, osv. Sju av ti innvandrere og etterkommere rapporterer å ha hatt minst én av plagene mot fem av ti i befolkningen. Antall rapporterte plager er i gjennomsnitt 2,1 blant innvandrere og etterkommere mot 1,1 i befolkningen. Kvinner oppgir flere plager enn menn i begge populasjonene.

På basis av fem spørsmål med formål å avdekke psykiske helseproblemer (Hopkins Symptoms Checklist-5) antas 9 prosent av hele befolkningen og 27 prosent av innvandrerbefolkningen å ha psykiske vansker. I befolkningen er det ingen forskjell etter kjønn. Blant innvandrere og etterkommere er andelen med psykiske problemer 23 prosent blant menn og 31 prosent blant kvinner.

Innvandrere og etterkommere med bakgrunn fra Tyrkia og Irak framstår med flest helseproblemer. Personer med bakgrunn fra Somalia, Serbia-Montenegro og til dels Sri Lanka framstår som friskest.

Andelen som røyker er den samme blant menn med og uten innvandrerbakgrunn og blant kvinner uten innvandrerbakgrunn, om lag fire av ti. Kvinner med innvandrerbakgrunn har i gjennomsnitt en andel røykere på 17 prosent. Det er særlig kvinner med bakgrunn fra Pakistan, Vietnam, Sri Lanka og Somalia som har få røykere (en andel på 5 prosent eller lavere). Andelen som aldri mosjonerer er over dobbelt så høy blant innvandrere og etterkommere som i befolkningen generelt, henholdsvis 33 og 14 prosent. Tilbøyeligheten til overvekt eller fedme er større blant innvandrerkvinner enn kvinner i befolkningen som helhet.

I gjennomsnitt for alle landgruppene var innvandrere og etterkommere nesten fem ganger (4,7) hos fastlegen på grunn av egen sykdom i løpet av de siste tolv månedene. Antall besøk i befolkningen som helhet var under det halve av dette (2,1 ganger). Situasjonen er omvendt når det gjelder besøk hos tannlege. I aldersgruppen 55-70 år har nesten halvparten av innvandrerkvinnene behov for tolk når de er hos lege. Innvandrere og etterkommere er ikke mer tilbøyelige til å oppsøke naturmedisinere eller alternative behandlere enn folk flest. Sju av ti er svært eller ganske tilfreds med helsetjenestene de har fått i Norge.”

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

10.2 Intervjuguide

Informasjon og samtykke

Vi leser gjennom informasjonsbrevet sammen, og samtykke gis.

Personalia

Selvvalgt alias

Alder

Sivilstatus (Gift? Barn?)

Utdanning og arbeid, evt. kones utdanning og arbeid

Etnisk bakgrunn

Migrasjonshistorie, år for ankomst til Norge. Hvor mange ganger har du vært i opprinnelseslandet siden ankomst til Norge? Kontakt med slektninger?

Forsørging

Hvem er det som forsørger familien din?

Hvor mange i ditt hushold har inntekt?

Hvor mange er det som må bli forsørget?

Er det noen andre enn i din kjernefamilie som du forsørger?

Hvis hovedforsørger, hva føler du at det innebærer? (F.eks, fysisk og psykisk?)

Uføretrygdet/arbeidsledig

Hvorfor er du uføre/arbeidsledig?

Hvordan skjedde det?

Hvordan påvirker det din selvfølelse?

Hverdag

Hva bruker du dagene til?

Kan du fortelle om en typisk dag?

Har du vært fysisk aktiv den siste uken?

Har du gjort noe sosialt den siste uken?

Bruk av helseapparatet

Hvordan bruker du helseapparatet?

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse

Har du fastlege?

Hvor mange ganger pleier du å dra til legen i løpet av ett år? Går du mer til legen etter at du sluttet å være yrkesaktiv/etter at du ble uføretrygdet?

Hvor mange ganger har du vært på legevakten det siste året?

Hvor mange ganger har du vært på sykehus siste året?

Når var siste gang du var hos legen?

Bruker du andre rådgivningstjenester innen helse, f.eks. på helsestasjon, eldre senter?

Hvilke helsetilbud vet du om, som er rettet spesielt mot eldre innvandrer menn?

Føler du at den informasjonen du får fra helsevesenet er god nok? Språkbarrierer? Hvor får du tak i denne informasjonen? Venner, helsepersonell?

Hvordan opplever du at møtet er med helsevesenet? Vanskelig, enkelt å få time, god relasjon med helsepersonell, om du får hjelp til dine problemer?

Hvordan opplever du å forholde deg til kvinnelige i forhold til mannlige helsepersonell?

Bruker du andre alternative behandlingsmetoder, enn det som blir tilbudt til deg av det offentlige helsevesenet? Tradisjonell medisin fra hjemlandet?

Hva synes du om det norske helsevesenet i forhold til hjemlandet ditt?

Helse

Hvordan ser man på helse i ditt hjemland?

Hva er god helse/dårlig helse?

Er du opptatt av kroppen/helsen din? Hva?

Hva er du mest bekymret for? Hvorfor?

Er dette noe du snakker med noen om?

Er det sykdom i familien din?

Hvordan vil du beskrive din helsetilstand nå i forhold til da du var yngre?

Hvordan vil du beskrive din helsetilstand i Norge, sammenlignet med da du bodde i hjemlandet ditt?

Hva la du i det å være mann da du var ung?

Hva mener du kjennetegner en mann nå?

Hva er å være gammel? Når blir man det?

Hvordan oppfattes det å være eldre mann i ditt hjemland?

Hvordan mener du eldre menn blir oppfattet i Norge?

Er det noe du savner ved norsk helsevesen? Forslag til tiltak, gjøres bedre? Hva er bra, hva er ikke bra?

Jeg vet ikke hva jeg er verdt – en kvalitativ studie av eldre innvandrer menns opplevelse av helse









Har du noe mer du ønsker å legge til? Kjenner du noen som passer til undersøkelsen og du tror vil snakke med meg?

10.3 Informasjonsbrosjyre til informantene

Kontakt

Kontakt

Helse og uhelse - blant eldre innvandrere

 Fethawit Hakin fethawit@gmail.com 97 75 19 04	 Elin Mobæk elin.mobak@gmail.com 40 62 79 91
 Mette-Gro Karlsen mettegrk@student.uio.no 90 52 21 04	 Shawnem Eliassi shawname@student.uio.no 95 00 97 61
 Oda Stormo odaemilles@hotmail.com 47 17 58 24	 Nora Mehlsen noramehlsen@gmail.com 47 75 94 79
 Regina Mwansa reginamwansa2003@yahoo.com 95 81 46 83	 reform www.reform.no

Om oss

Vi er en gruppe på sju studenter som går på bachelorprogrammet Tverrfaglige kjennstudier ved Universitetet i Oslo. Som en del av vår bacheloroppgave har vi fått i oppdrag å skrive en rapport for Reform - ressursenter for menn. Oppdraget er rettet mot eldre innvandrer menns helse.

Vi håper at du kan bidra til å hjelpe oss med å få mer kunnskap rundt dette feltet, som vil være et viktig bidrag til kartlegging og utbedring av eldre innvandrer menns helsesituasjon. Kontakt oss gjerne via telefonnummer eller mail som er oppgitt på baksiden, dersom du har innspill eller spørsmål!

Om prosjektet

Bakgrunnen for prosjektet er rapporten fra Statistisk sentralbyrå, *Innvandrerers helse*, som kom i 2008. Rapporten viste at innvandrer menns egenopplevde helse var noe dårligere enn etniske norske menns egenopplevde helse. Fokuset på eksisterende forskning har hovedsakelig vært på unge innvandrere eller innvandrerkvinner helse, mens det er lite forskning som har sett på eldre innvandrere sin situasjon.

Gjennom å basere oss på de statistiske funnene fra rapporten ønsker vi å gå inn i et kvalitativt forskningsprosjekt, med intervjuer som innsamlingsmetode. Metodevalget er gjort for å kunne fange inn de subjektive fortellingene til innvandrer mennene, og deres relasjon til helse. Målet vårt er å dekke de kunnskapshullene som eksisterer på dette feltet.

Om Reform

Oppdragsgiveren vår, Reform, er et ressursenter for menn som ble åpnet i 2002. Arbeidsområdene deres kretser rundt menn og helse, menn og seksualitet, menn som fedre, gutter og utdanning, samt sinnemestring.

Reforms utgangspunkt er at menn og kvinner er likeverdige, og jobber derfor aktivt for likestilling og mot diskriminering på grunnlag av kjønn. De vil også synliggjøre menn som kjønn i samfunnet.

Senteret bidrar med rådgivning, veiledning og informasjon, uavhengig av hva slags livsfase eller livssituasjon mennene måtte være i.

Kontaktinformasjon til Reform:
Reform - ressursenter for menn
Akersgata 16, Pb 28 Sentrum, 0101 Oslo
Tlf: 22 34 09 50
epost post@reform.no