

## Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut av regeringen den 14 december 1995 bemyndigades chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att kartlägga och analysera frågan om bemötande av äldre (Dir. 1995:159). Dåvarande statsrådet Ingela Thalén utsåg den 15 januari 1996 kommunalrådet Britta Rundström, Helsingborg, till särskild utredare med detta uppdrag. Som sakkunniga i utredningen har förordnats företrädare för pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, forsknings- och utbildningsinstitutioner, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Socialstyrelsen och Socialdepartementet. Som sekreterare i utredningen har förordnats Elisabet Spjuth (fr.o.m. den 4 mars 1996) och Ann-Charlotte Carlberg (fr.o.m. den 1 augusti 1996). Som bitr. sekreterare har Charlotta Haldén förordnats fr.o.m. den 1 maj 1997.

Härmed överlämnar jag rapporten *Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:76).

Det är möjligen mindre vanligt att uppmärksamma en rapport till utredningen, ett underlag, på detta sätt. Denna rapport berör emellertid en angelägen fråga som framhävs i mina direktiv: "Äldre invandrare kommer att utgöra en växande grupp i det svenska samhället. Mötet mellan människor från olika kulturer ställer särskilda krav på kvalitet och kompetens i olika verksamheter." (Dir. 1995:159.)

Som del i min kartläggning och analys av frågor om bemötande av äldre har jag uppdragit åt tre forskare att undersöka hur äldre från andra länder upplever möten med den svenska vården och omsorgen. Forskarna är alla knutna till Forsknings- och utvecklingsenheten vid Stockholms resursförvaltning för skola och socialtjänst. De är David Gaunt, docent och forskningsledare samt Fariba Hajighasemi och Kristiina Heikkilä,

forskningsassistenter. De förmedlar i denna rapport sina resultat och ger även inblickar i annan svensk och internationell forskning.

Mina motiv för att formellt presentera rapporten, vars innehåll forskarna själva svarar för, är följande.

- I enlighet med direktiven vill jag uppmärksamma och markera att äldre från andra länder är en del av hela den äldre befolkningen i vårt land.
- Det är därmed självklart att den kartläggning av frågor om bemötande som hittills redovisats genom två delbetänkanden och en rapport också skall omfatta äldre med invandrarbakgrund.
- Schablonbilderna om äldre invandrare, deras behov och önskemål om insatser inom vård och omsorg är många. Genom denna rapport väcks väsentliga tankar, viktiga bl.a. vid planering av insatser. En fråga som diskuteras är om man även efter flera decenniers liv i Sverige förblir "invandrare". En annan fråga handlar om alltför generaliserade antaganden om "alla invandrares" önskemål och behov.
- Forskning om bemötande i förhållande till äldre från andra länder är tämligen ny och har ännu inte nått någon större omfattning. Det finns dock studier i näraliggande ämnen som författarna också uppmärksammar.
- I mitt uppdrag ingår att "lyfta fram frågor som rör bemötande, förhållningssätt och attityder till äldre och få till stånd en öppen debatt". Det är väsentligt bl.a. i olika utbildningar för personal. I rapporten uppmärksammas behovet av att fördjupa kunskaperna om äldre från andra länder.

Det är min förhoppning att denna rapport skall leda till fortsatt forskning som kan bidra till att utveckla bemötandet av äldre.

Rapporten har också framställts i punktskrift, på kassett och i en lättläst sammanfattning för personer med olika funktionshinder.

Helsingborg i juni 1997

Britta Rundström

## Innehåll

<i>Förord</i>	.....	11
<i>Sammanfattning</i>	.....	15
<i>1 Inledning</i>	.....	19
<i>2 Vad betyder "äldre invandrare"?</i>	.....	21
2.1	Bakgrund	21
2.2	Begreppet måste granskas på flera sätt	22
<i>3 Forskning och utvecklingsarbete</i>	.....	25
3.1	Internationell forskning	25
3.1.1	Färre äldre från minoritetsgrupper har formell omsorg och vård	25
3.1.2	En undersökning om bemötande och äldre med annorlunda kulturell bakgrund	26
3.2	Undersökningar om användning av vård och omsorg	29
3.3	Brukarundersökningar	31
3.4	FoU-enhetens undersökningar	33
3.4.1	Studier av tre verksamheter för äldre invandrare	33
3.4.2	Likhets- och olikhetsprinciper	35
<i>4 Teoretiska överväganden</i>	.....	37
4.1	Inledning	37
4.2	Makrosociologiska perspektiv	38
4.3	Mikrosociologiska perspektiv	40
4.4	Socialpsykologiska perspektiv	41
4.5	Några motsägelsefulla hypoteser	44

5	<i>Undersökningsmetod och metodanalys</i> . . . .	47
5.1	Undersökningsmetod . . . . .	47
5.1.1	Inledning . . . . .	47
5.1.2	Urvalet av vårdcentraler . . . . .	48
5.1.3	Enkäten på vårdcentralerna . . . . .	48
5.1.4	Djupintervjuerna . . . . .	50
5.2	Metodanalys . . . . .	51
5.2.1	Översättningsproblem . . . . .	51
5.2.2	Vårdcentralernas överskattningar . .	53
5.2.3	Representativitet . . . . .	54
6	<i>Redovisning av undersökningens resultat</i> . .	57
6.1	Inledning . . . . .	57
6.2	De svarandes bakgrund . . . . .	58
6.2.1	Var bor de? . . . . .	58
6.2.2	Varifrån härstammar de? . . . . .	58
6.2.3	När kom de till Sverige? . . . . .	61
6.2.4	Ålder och kön . . . . .	62
6.2.5	Boendeförhållanden . . . . .	63
6.3	Resultat av enkät och intervjuer . . . . .	64
6.3.1	Modersmål och språkkunskaper . . .	64
6.3.2	Sjukdomar och besvär . . . . .	68
6.3.3	Synpunkter på vård och omsorg . . .	69
6.4	Bekräftades hypoteserna? . . . . .	76
7	<i>Diskussion och rekommendationer</i> . . . . .	95
7.1	Inledning . . . . .	95
7.2	Planering av insatser för äldre från andra länder . . . . .	95
7.2.1	Att upprätta planer - en del i bemötandet . . . . .	95
7.2.2	Behov av uppsökande verksamhet som komplement till statistik . . . . .	96
7.2.3	Särlösningar? . . . . .	98
7.2.4	Ytterligare några planeringsfrågor .	99
7.3	Behov av utbildning och utbildningsmaterial	100
7.4	Rekommendationer . . . . .	102

7.5 Behov av forskning ..... 102

*Litteraturreferenser* ..... 105

*Bilagor*

- 1 Tabeller
- 2 English Summary
- 3 Publikationer från utredningen om bemötande av äldre

## Förord

Direktiven till utredningen om bemötande av äldre konstaterar att äldre invandrare kommer att utgöra en växande grupp i det svenska samhället. Detta förhållande ”ställer särskilda krav på kvalitet och kompetens i olika verksamheter” (dir. 1995:159). Som utredare skall jag belysa frågor om bemötande av äldre från andra länder. Jag har valt att göra det på två sätt. I generella analyser och i kommande förslag uppmärksammas både brister och goda kvaliteter i vård och omsorg om äldre, oavsett enskilda personers bakgrund. Att åstadkomma ett personligt bemötande och individuellt anpassade insatser för äldre är en väsentlig uppgift i olika verksamheter. Analysen och förslagen behöver därför också tillföras ny kunskap om önskemål och behov som kan finnas hos äldre från andra länder. För detta särskilda syfte har jag uppdragit åt några forskare (se nedan) att bidra till utredningens underlag genom denna separata rapport, *Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:76).

På samma sätt som i det övriga utredningsarbetet (bl.a. redovisat i delbetänkandet *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre*, SOU 1997:51) konstaterar jag att innehållet i begreppet bemötande kan ges olika tolkningar. Ibland avses mötet mellan några få personer i en vardaglig situation, andra gånger handlar det t.ex. om positiva eller negativa kvaliteter i den enskildes kontakter med myndigheter.

I den här rapporten om äldre från andra länder och deras möten med svensk vård och omsorg tillförs begreppet bemötande flera dimensioner. Det är en spännande läsning att följa försöken att hitta täckande översättningar på många språk. Det ger perspektiv på både språkliga och kulturella likheter och skillnader.

Det inspirerar också till frågan om hur uppfattningar om den svenska vården och omsorgen om äldre kan färgas av tidigare erfarenheter från länder med skiftande organisation och utbud av vård och omsorg.

De forskare som fått mitt uppdrag att undersöka och beskriva bemötande i vård och omsorg av äldre från andra länder har fördjupat frågan genom ett antal antaganden som prövas mot resultatet av en enkät- respektive intervjuundersökning. Systematiska studier är viktiga – det finns många inte alltid sanna schablonbilder inom området. Ett resultat av studien är att synpunkter från äldre med s.k. invandrabakgrund i så hög grad överensstämmer med den erfarenhet som i andra sammanhang redovisas av äldre födda i Sverige. Ett annat resultat är att det varken teoretiskt eller praktiskt är möjligt att, exempelvis vid planering av insatser, utgå från att ”alla invandrare” behöver eller önskar ett visst slags åtgärder. Många olika faktorer inverkar, vilket framgår av studiens resultat och diskuterande avsnitt. I rapporten lämnas också internationella beskrivningar som tydliggör dessa frågor.

Jag kan med författarna instämma i att bl.a. personalutbildning och forskning behöver utvecklas i frågor som rör ett personligt bemötande av äldre från andra länder. Det måste självfallet ske med medverkan av personer som har olika språkliga och kulturella erfarenheter vilka kan vitalisera och fördjupa en sådan utveckling. Flödet mellan teoretisk och praktisk kunskap måste underlättas, en fråga som jag avser att återkomma till i mitt slutbetänkande.

De forskare som fått uppdraget att här beskriva frågor om bemötande av äldre från andra länder är alla knutna till FoU-enheten vid Stockholms resursförvaltning för skola och socialtjänst. **David Gaunt** är docent och forskningsledare, **Fariba Hajjghasemi** och **Kristiina Heikkilä** är forskningsassistenter.

Författarna svarar själva för rapportens innehåll. Min förhoppning är att deras beskrivning (tillsammans med rapportens rikhaltiga litteraturreferenser) skall stimulera till fortsatt diskussion och utveckling.

Rapporten finns också på punktskrift och på kassett. Med lättläst text redovisas innehållet i ett informationsblad –



samtliga dessa utgåvor för personer med funktionshinder kan beställas hos Utredningen om bemötande av äldre, Socialdepartementet, 103 33 Stockholm, fax 08-24 17 27.

Helsingborg i juni 1997

Britta Rundström  
(särskild utredare)

## Sammanfattning

I Sverige finns omkring 110 000 äldre personer som är födda i andra länder. De brukar betecknas ”äldre invandrare” oberoende av när och hur de kommit till Sverige. Frågan har väckts om dessa personers upplevelser av bemötande i vården och omsorgen är annorlunda, t.ex. med tanke på kommunikationssvårigheter eller eventuella kulturella skillnader. Under 1990-talet har många verksamheter startats för specifika grupper. Verksamheterna kan bygga på religiös tillhörighet som för assyrier/syrianer och judar, på etnisk och nationell tillhörighet som för finländare, greker, turkar och iranier eller på ett gemensamt språk som för spansktalande eller arabisktalande.

”Äldre invandrare” är underrepresenterade både bland dem som har hemtjänst och dem som bor i särskilda boendeformer. Utnyttjandet av sådan service varierar efter personernas ursprungsland. Äldre som kommer från Norden och andra av Sveriges närmaste grannländer har hemtjänst och utnyttjar den offentliga vården och omsorgen i samma omfattning som genomsnittet av äldre. Siffrorna är lägre för personer från utomeuropeiska länder. Äldre personer i Stockholm kommer från 112 olika länder, men bland dem som har hemtjänst är bara 61 länder representerade. De boende i särskilda boendeformer representerar endast 39 länder. Vilken roll spelar kultur och bemötande för det låga utnyttjandet av offentlig vård och omsorg?

För att svara på dessa och liknande frågor som sammanhänger med bemötande har vi gjort *två rikstäckande studier av ”äldre invandrare”*. Den ena är kvantitativt upplagd med en enkät som besvarades av 141 personer från trettio olika länder. Den andra är kvalitativt upplagd med långa intervjuer med sexton personer från nio olika länder. Intervjuerna genomfördes på den intervjuades hemspråk (om hon/han inte uttryckligen ville tala

svenska) företrädesvis hemma hos personen för att skapa en situation som var trygg för den intervjuade.

Rapporten inleds med en genomgång av relevant svensk och utländsk litteratur om åldrande, etnicitet, hälsa och bemötande. Genomgången innehåller en kritisk granskning av begreppet "äldre invandrare" ur lingvistisk, statistisk och socialpsykologisk synvinkel. Huvudproblemet är att gruppen som betecknas som "äldre invandrare" inte är enhetlig utan tvärtom mycket heterogen. Ett annat problem är att individer kan förhålla sig på många olika sätt till den grupp de anses tillhöra. Ett tredje problem är att begreppet leder till en negativ stereotyp med innebörden att gamla från andra kulturer är mycket utsatta personer som är fattigare, sjukare och ensammare än svenskar i allmänhet.

Utifrån olika makro- och mikrosociologiska perspektiv formulerade vi *sju hypoteser som kunde testas på det insamlade materialet*. De är i förkortad form:

1. Somliga äldre från andra kulturer kommer att ha svårt att finna sig tillrätta i den svenska vård- och omsorgsstrukturen.
2. Somliga kommer tvärtom att bejaka och uppskatta den svenska vården och det svenska sättet att bemöta.
3. Äldre som kommer från de närmaste grannländerna kommer att ha lättare än utomeuropeiska invandrare att ställa krav på och påverka vården och omsorgen.
4. Äldre kommer att försöka "läsa av" och anpassa sig till det beteende som personalen i svenska vårdmiljöer föredrar.
5. Förmågan att anpassa sitt beteende varierar. De som kommer från grannländerna kommer att ha det lättast, andra måste uppfinna strategier för att bemästra ovanliga situationer.
6. Upplevelsen av bemötande inom vård och omsorg kan vara likadan för svenskar och invandrare, således reagerar de på samma sakförhållanden.
7. Många inom personalen arbetar med en bestämd uppfattning om vad det innebär att vara "äldre invandrare". Invandrare som kan kommunicera på svenska bemöts annorlunda än de som behöver tolk.

Det insamlade materialet bekräftar dessa hypoteser i olika hög grad, med ett undantag. Personer från länder med hälsosystem<sup>1</sup> som är/var mycket annorlunda än det svenska hade inte svårt att acceptera det svenska systemet. Visserligen fanns det några personer som åkte tillbaka till sina hemländer för sjukvård, men de gjorde så först efter mångåriga problem med den svenska vården. Vanligtvis gällde deras problem läkarnas svårigheter att ställa diagnos när personer hade diffusa symtom och kom från utomeuropeiska länder.

*Överlag var de "äldre invandrarna" nöjda med det bemötande de fått i vården och omsorgen.* Enkätmaterialet är överväldigande positivt, med bara ett fåtal individer som uttrycker negativ kritik. Omdömena i intervjuerna är också positiva, men kritik av enskilda detaljer förekommer. Man är exempelvis kritisk mot att bli bemött som om man vore ett barn; att inte få tid att prata med personal; att telefontider inte respekteras; att det kommer ny personal hela tiden; att omsorgspersonal kan vara rigid och ovillig. Flera muslimska och kristna kvinnor från Mellanöstern berättar att de känt obehag när de undersökts av manliga läkare. Några personer berättar om felbehandlingar. Några som kommer från Norden och Östeuropa har varit framgångsrika i att klaga på och ändra de insatser de får inom antingen sjukvården eller äldreomsorgen. Inga av de utomeuropeiska äldre har klagat. Många säger uttryckligen ifrån att de aldrig skulle klaga oberoende av vad deras anhöriga ansåg. I stället har några få sökt vård i hemlandet.

Rapporten slutar med några rekommendationer om planering av insatser riktade till äldre människor från andra länder, om personalens utbildningsbehov samt om behovet av forskning.

Nyckelord: Äldreomsorg, sjukvård, migration, bemötande, kommunikation, etnicitet, gerontologi.

<sup>1</sup>Hälsosystem är ett medicinskt-socialantropologiskt begrepp som omfattar alla beteenden och tankar kring sjukdomar och deras behandling i en kultur eller ett land.

# 1 Inledning<sup>2</sup>

Direktiven till den statliga utredningen om bemötande av äldre (dir. 1995:159) anger bl.a. kulturell bakgrund som en tänkbar förklaring till olikheter i bemötande av äldre människor. Undersökningar om äldre som har invandrat eller tillhör minoriteter har hittills varit otillräckliga för att ge besked om hur den kulturella bakgrunden påverkar individernas upplevelser av vård och omsorg samt personalens behandling av äldre invandrare. Även utländska undersökningar är få. Oftast begränsar de sig till att behandla en enda grupp eller enstaka fallstudier. Sällan vet man hur äldre som tillhör minoriteter ser på den vardagliga vården och omsorgen som samhället erbjuder.

Det finns en schablonbild som säger att när personer med en viss etnisk eller religiös bakgrund åldras, tenderar de att betona sin barndoms kulturer och traditioner mycket mera än tidigare. Schablonbilden gäller personer från andra kulturer, men kan också gälla svenskar som med åren kommer att betona vikten av sin "svenskhets". Ibland förutsätts dessa äldre människor kräva att få särskild behandling. Schablonbilden av viljan att bli särbehandlad behöver naturligtvis inte vara sann, men den behöver inte vara helt falsk heller.

<sup>2</sup> Ett särskilt tack för synpunkter och kommentarer går till docent Solvig Ekblad, Institutet för psykosocial miljömedicin, Karolinska institutet och docent Owe Ronström, Institutet för folklivsforskning, Stockholms universitet.

Prognoser (gjorda beträffande den utlandsfödda delen av den äldre befolkningen) tyder på en snabb ökning av gamla människor som invandrat. Som befolkningskategori omfattade "äldre invandrare" år 1996 ungefär 110 000 individer i hela landet. I Stockholm är antalet 17 000, vilket motsvarar omkring 13 procent av alla gamla som bor i huvudstaden. Svensk vård och omsorg kommer att ha kontakt med allt äldre människor med rötter i andra kulturer än den svenska. Antalet "äldre invandrare" bör dock inte ses som ett problem i sig. Denna befolkningskategori är mycket heterogen. De flesta har varit i Sverige mer än halva livet och torde vara etablerade i samhället. Endast en liten andel var gamla redan när de anlände. Dessa bor vanligen tillsammans med eller mycket nära sina barn.

## 2 Vad betyder ”äldre invandrare”?

### 2.1 Bakgrund

Det är svårt att hantera begreppet ”äldre invandrare”. Termen togs i bruk i slutet av 1970-talet eller början på 1980-talet i samband med att statliga kommittéer utredde frågor som hörde ihop med skapandet av en svensk invandrapolitik. Invandrarutredningen, som tillsattes år 1968, identifierade åldringsvård som en kommande viktig social fråga (SOU 1974:69 s. 165). I slutbetänkandet från Invandrapolitiska kommittén används ordkombinationen ”äldre invandrare” officiellt (SOU 1984:58). Ordet invandrare hade under 1960-talet införts som ersättning för ”utlänning” som ansågs ha fått en negativ klang. Tanken var bl.a. att utarbeta, förutom en politik för invandring, dvs. vem som skulle få komma in i Sverige, även en politik för invandrare, dvs. sociala program riktade till dem som fått komma in. Kommittén uppmärksammade att en del av 1930- och 40-talens flyktingar och arbetskraftsinvandrare började nå pensionsåldern och antog att antalet skulle växa. Kommittén undersökte om kommunerna hade någon beredskap eller planering för gruppen. Genomgående svarade kommunerna att det fanns ringa efterfrågan på äldreomsorg på andra språk än svenska. De enda undantagen var ett par verksamheter under uppbyggnad eller under planering för äldre med finskt ursprung. Förmodligen hade frågan väckts alltför tidigt, men kommittén rekommenderade att kommunerna åtminstone borde upprätta planer.

Oftast initieras myndigheternas planering i sociala frågor efter det att tydliga krav har vuxit fram på lokal nivå och hos en betydande del av invånarna. I fallet ”äldre invandrare” har läget varit det motsatta. Gruppen hade identifierats genom en inventering av befolkningens framtida servicebehov. Kommu-

nerna uppmanades att planera för en kommande efterfrågan. Kommunerna kunde ana att begreppet måste täcka en grupp med sociala problem eftersom de hade fått uppmaning att särskilt planera för gruppen. Så görs vanligtvis endast för personer med särskilda behov. Därför tog tänkandet kring begreppet "äldre invandrare" formen av planer för ett framtida socialt problem. Man började spana efter tecken på brister och behov. Men det var först under 1990-talet som planeringen egentligen förverkligades.

Länge behöll begreppet "äldre invandrare" sin ad hoc-betydelse och saknade innehåll i form av t.ex. etniskt inriktade boendeformer eller program som matchade personalens språkresurser med de gamlas hemspråk. Forskarna hade svårt att finna lämpliga äldre personer att intervjua när de i början på 1980-talet för Socialstyrelsens räkning skulle skriva om de "äldre invandrarernas" erfarenheter av vård och omsorg (Zetzell 1980, Sachs 1980, Dahl 1981). En del invandrare hade visserligen kommit upp i pensionsåldern, men få av dem var så gamla att de behövde vård och omsorg. En förklaring som då framfördes var att de äldre invandrarerna av kulturella skäl var ointresserade av omsorgen – en hypotes som även de gamla bekräftade. Många sydeuropeer som intervjuades uppgav att de ämnade flytta till hemlandet när de blev gamla. Så blev faktiskt fallet med de grekiska invandrarerna som nu är mycket färre än för tjugo år sedan.

## 2.2 Begreppet måste granskas på flera sätt

Begreppet "äldre invandrare" har många svårigheter, bl.a. ur lingvistisk, demografisk och socialpsykologisk synvinkel.

Ur lingvistisk synvinkel är begreppet "äldre invandrare" ett slags metonym. En metonym är ett allmänt känt ord eller en kombination av ord som står för och betyder någonting helt annat (Lakoff 1987). När en sjuksköterska säger t.ex. "714 behöver byta medicin" är "714" en metonym för en person som placerats i en säng i ett rum som betecknas så.



På samma metonymiska vis tenderar ordkombinationen "äldre invandrare" att stå för en grupp som karakteriseras av socialmedicinska problem som t.ex. dålig fysisk och psykisk hälsa, isolering, språk- och kommunikationssvårigheter och kulturell vil-senhet. Från början är "äldre invandrare" en konstgjord metonym. Den avtecknar sig som en klar kontrast mot det normala tillståndet. Invandrare brukar vara unga och inte gamla; gamla människor brukar vara svenskar och inte invandrare. De två orden i sammansättning markerar någonting annorlunda, vars betydelse måste fyllas just med ett annorlunda innehåll. Man utgår från att gruppen inte kan vara som alla andra.

Demografiskt är begreppet "äldre invandrare" närmast en omöjlighet. De siffror som förekommer i officiella sammanhang, t.ex. 110 000 år 1996, baseras på alla folkbokförda människor 65 år och äldre för vilka uppgifter finns att de föddes i utlandet. Nästan allt detta är problematiskt.

"Äldre" inom svensk vård och omsorg brukar numera inte betyda 65 år. Samtidens planering av vård och service för äldre är inriktad på personer över 80 år. Av lång erfarenhet vet man att personer mellan 65 år och 79 år sällan brukar efterfråga äldreomsorg. Om man i stället använde 80 år som lägsta gräns, skulle kategorin "äldre invandrare" genast bli mycket mindre (dock inte obetydlig) och andelen som nyss kommit till Sverige skulle bli mycket liten.

"Invandrare" betyder här personer med annat födelseland än Sverige. Det innefattar personer med svenska föräldrar som arbetat i utlandet, t.ex. som missionärer och diplomater, för att inte tala om den mycket stora grupp som är barn till svenska utvandrare i USA och som sedan återvänt till Sverige.

Folkbokföringen brister i registreringen av adresser för äldre invandrare. Många är inneboende hos sina barn. Några kan ha återvänt till sina hemländer för längre vistelser utan att ha anmält flyttningen.

Begreppet "invandrare" kom till på 1960-talet och kopplades därför ofta till de stora grupper som var aktuella då, främst jugoslaver, greker och turkar. På 1980-talet är motsvarande begrepp "flykting" bl.a. från Mellanöstern, Afrika och Bosnien.

Alla dessa förhållanden bidrar till att producera missvisande teoretiska uppskattningar av antalet "äldre invandrare" i Sverige. Den praktiska definitionen är något annorlunda.

Socialpsykologiskt finns ett stort problem som sammanhänger med den personliga identiteten. Varför måste en person som en gång för länge sedan invandrat fortsätta att kallas "invandrare" hela livet igenom? Inom den demografiska kategorin "äldre invandrare" finns många personer som varit här mycket länge, upp till 50 eller 60 år. Många är svenska medborgare sedan lång tid tillbaka. De kan ha lärt sig svenska, kommit från ett grannland, och deras barns och barnbarns familjer kan vara väletablerade i samhället. Det är inte givet att de alltid identifierar sig själva med begreppet "invandrare". Särskilt påtagligt är detta för finlandssvenskar, norrmän och danskar, av vilka det finns stora grupper bland de äldre utlandsfödda. När FoU-enheten<sup>3</sup> tidigare gjort undersökningar av äldre från olika länder har det varit vanligt att en del som blivit identifierade genom folkbokföringen ringt och sagt ifrån, att de minsann inte var några "invandrare".

<sup>3</sup> Forsknings- och Utvecklingsenheten vid Stockholms resursförvaltning för skola och socialtjänst. Fortsättningsvis i rapporten: FoU-enheten.

## 3 Forskning och utvecklingsarbete

### 3.1 Internationell forskning

#### 3.1.1 Färre äldre från minoritetsgrupper har formell omsorg och vård

Utländska studier av äldre invandrare eller äldre som tillhör minoritetsgrupper visar ofta att just dessa grupper är underrepresenterade bland mottagare av formell omsorg och vård (både offentlig och privat). I USA är t.ex. svarta och spansktalande äldre underrepresenterade bland brukare av motsvarigheterna till hemtjänst och särskilda boendeformer. Orsakerna till att färre äldre från etniska grupper har formell omsorg är omtvistade. Ofta framhävs att äldre från dessa grupper får mer vård av sina anhöriga och oftare bor i flergenerationshushåll (Markides & Mindel 1987; Gelfand & Barresi 1987). En alternativ tolkning är att äldre personer i dessa grupper är friskare än genomsnittet av amerikanska pensionärer därför att så många i deras födelsekohort dött tidigare i livet och bara de friskaste överlevt till hög ålder. Det finns även andra hypoteser, t.ex. att äldre invandrare riskerar att bli dubbelt diskriminerade (den s.k. double jeopardytesen) därför att de ansvariga för landets vård och omsorg vägrar att ta hänsyn till kulturell olikhet (Norman 1988). I England har man funnit att äldre från minoriteter vänder sig till verksamheter som frivilliga organisationer byggt upp vid sidan av den offentliga omsorgen.

### 3.1.2 En undersökning om bemötande och äldre med annorlunda kulturell bakgrund

Forskning om såväl bemötande som om äldre invandrare är förhållandevis ny. Den enda större vetenskapliga undersökning som gjorts om bemötande och äldre med annorlunda kulturell bakgrund är brittisk, tryckt år 1996 (Askham 1996). Huvudsyftet med undersökningen var att se om några av de större minoriteterna önskade separat vård och omsorg eller åtminstone några särskilda hänsynstaganden, vad gäller bl.a. mat, personalens kön, språk, miljö. Resultaten från undersökningen visade att önskemål om separata vård- och omsorgsformer varierade mellan olika grupper. Det fanns de som ville ha helt egna vård- och omsorgsformer medan andra värjde sig mot att deras vård och omsorg skulle vara annorlunda än den vanliga brittiska.

Äldre som tillhör minoriteter är en växande grupp i England. De flesta, men inte alla, har invandrat från främmande länder. Under de senaste tio åren har andelen invandrare över 60 år mer än fördubblats. Motsvarigheten i England till Socialdepartementet i Sverige initierade därför en undersökning (Askham 1996) om vissa gruppers hälsa och erfarenheter av vård och omsorg. Den bygger på tidigare studier som funnit att människor som tillhör etniska minoriteter oftare än genomsnittet inte fått behandling för en rad olika sjukdomar (Atkin 1993).

#### **Olika uppfattningar om ”speciella hänsyn”**

En av frågorna som ställdes i undersökningen var: ”Skall den allmänna servicen tilldelas alla åldringar, oavsett deras bakgrund, eller skall myndigheterna ta speciell hänsyn till deras etniska bakgrund?” De flesta av de tillfrågade (och så gott som alla som hade karibisk bakgrund) tyckte inte att de skulle behandlas på ”ett speciellt sätt.” De ansåg att alla människor borde behandlas som ”individer”. Med ett individuellt bemötande behövdes inga diskussioner om personalen skulle ägna olika grupper speciell uppmärksamhet. Svaren från den sydasiatiska gruppen gick i motsatt riktning. Dess representan-

ter ville bli behandlade på ett särskilt sätt och tonade ned individualiteten.

Det var komplicerat att formulera och översätta denna fråga till flera andra språk. En del av de utfrågade tyckte dessutom att det var svårt att svara och andra lämnade motsägelsefulla svar. Forskarna menar därför att tolkningen av svaren inte heller blev problemfri. De som ville bli behandlade på "ett speciellt sätt" menade faktiskt många olika saker med sina svar.

Trots de språkliga svårigheterna kunde dock vissa slutsatser dras. Så gott som ingen av de tillfrågade äldre som invandrat från de karibiska öarna ville behandlas "in a special way". I stället ville de att vård- och omsorgspersonalen skulle behandla alla rättvist och på samma sätt, ha en snäll attityd och visa respekt. De motiverade sin inställning med bl.a. alla människors likvärdighet och att de var brittiska medborgare och hade betalat skatt. Av argumenten att döma tolkade dessa människor förslaget om "vård och omsorg på särskilt sätt" som en form av segregation och möjligtvis rasdiskriminering.

Den andra gruppen som tillfrågades bestod av äldre personer från Asien, huvudsakligen Indien, Pakistan och Bangladesh. Här var gruppen närmast enhällig i att ställa sig bakom tanken att ha vård och omsorg på "särskilt sätt". Det gällde bl.a. språk, personalens kön, mat och vissa behandlingssätt. Sin kulturella särställning ville de behålla. Få tycktes se risker för segregation.

Få äldre indier utnyttjade den offentliga äldreomsorgen. Äldre från de karibiska öarna och från det indiska området hade skilda uppfattningar om den offentliga servicen. De karibiska äldre tog gärna del av kommunens eller frivilliga organisationers ordinarie verksamheter. De som hade erfarenheter av den formella vården och omsorgen var sällan missnöjda (detta gäller även några enstaka indier). När de även tillfrågades om de någonsin haft problem med dessa tjänster nekade de flesta. De problem som oftast nämndes av de äldre hade samband med deras etnicitet eller ras. De anmärkte på kommunikationer, diskriminering, fientlighet, olämplig mat och kulturella missförstånd.

Hela 58 procent av de asiatiska äldre tyckte att läkarens kön var en ”viktig” fråga eller att de skulle föredra läkare av samma kön som de själva. Asiatiska kvinnor var mest angelägna om att få kvinnliga läkare. För karibiska äldre hade däremot läkarens kön ingen betydelse. Motsvarande uppfattningar framkom om sjuksköterskorna.

En stor andel av asiaterna (83 procent) ansåg att det var viktigt att kunna påverka vilken mat som serverades på sjukhus. Siffran var mycket lägre bland äldre personer från de karibiska öarna (39 procent).

Många äldre asiater ville att den personal som tog hand om dem också skulle tala deras språk. Nästan alla asiatiska äldre (98 procent) ville bli bemötta av personal som talade deras språk. Endast 5 procent hade någonsin erbjudits tolk när de besökt läkare. 40 procent hade fått tolkhjälp på sjukhus. På vårdcentraler var andelen som erbjudits tolkhjälp 34 procent.

Erfarenheterna från den brittiska undersökningen är entydiga på vissa punkter. Gruppen äldre som tillhör minoriteter är heterogen. Inget får tas för givet utan att förhållandena undersöks. En del äldre vill helst bli bemötta och behandlade på ett särskilt sätt och ser detta som en positiv gest mot deras kulturella särart. Andra grupper vill absolut inte behandlas annorlunda än alla andra och tolkar sådana förslag som diskriminering.

### **Etniskt organiserad mångfald handlar om grupper, inte individer**

Ovan redovisade skillnader mellan de olika gruppernas önskemål om utformning av vård och omsorg illustrerar några kärnfrågor om hur etniskt organiserad mångfald byggs upp. Traditionellt medborgarskap baseras på individer som behandlas jämlikt och rättvist. Etniskt organiserad mångfald handlar om grupper, inte om individer. Rättvisa och jämlikhet förvandlas då till värden som individen kan få del av genom att han/hon accepterar att behandlas som medlem i och representant för ”sin” grupp. Men grupperna kan ha olika ambitioner vad gäller att ha tillgång till vård och omsorg. Karibierna ser sig som ”brittiska medborgare” och kräver lika behandling trots att de

inte är lika i yttre mening. Sydasiaterna anser sig vara "utanför" och kräver särskild behandling.

Vårdpersonal bemöter enskilda personer individuellt medan den övergripande planeringen av vård och omsorg inriktas på bemötande av större kollektiv, etniska grupper eller representanter för olika "kulturer". I planeringen för en etniskt organiserad mångfald tenderar man att behandla alla grupper på samma sätt. I de fall några grupper har tillgång till särskilda vård- och omsorgsformer, leds planerare att tro att varenda grupp bör ha sin egen vård- och omsorgsform. Planeringen blir med denna uppfattning inte fullständig förrän alla gruppers "behov" är täckta. Men etniskt baserad mångfald kan dölja en maktkamp mellan enskilda invandrare som vill integreras och invandrarorganisationer som strider för särbehandling för sin grupp.

### 3.2 Undersökningar om användning av vård och omsorg

#### **Olika gruppers utnyttjande av vård och omsorg**

Svenska undersökningar om äldre invandrare har inte berört bemötandet, men många har behandlat olika gruppers utnyttjande av vård och omsorg eller granskat särskilda vårdmiljöer för äldre med viss religiös eller etnisk bakgrund. Undersökningarna indikerar att vissa förhållningssätt gentemot svensk vård och omsorg kan ha kulturella aspekter. Resultaten är inte entydiga. Det är troligt att den svenska vården och omsorgen framdeles kommer att vara mer känslig för kulturella och etniska frågor. Somliga orter har kommit längre än andra, vilket återspeglar sig i regionala variationer.

#### **Erfarenheter från äldreomsorg i Halmstad och Göteborg**

År 1995 fann Socialstyrelsen i en uppföljning av den kommunala äldreomsorgen i Hallands län och Göteborgs- och Bohuslän att relativt få brukare var invandrare. Statistik från Göteborg och Halmstad visar att äldre invandrare är underrep-

resenterade bland brukare av social hemtjänst och särskilda boendeformer (servicehus, gruppboenden, ålderdomshem och sjukhem). Underregistreringen gäller dock inte alla grupper. Äldre som invandrat från de närmaste grannländerna nyttjar hemtjänsten i nästan samma omfattning som svenskar, och i vissa åldersgrupper t.o.m. mer än svenskar. Detta gäller äldre personer från Danmark, Finland, Norge, Tyskland och Polen. Däremot använder klart färre äldre från utomeuropeiska länder social hemtjänst (Eriksson 1996).

#### **Erfarenheter från äldreomsorg i Stockholm**

Mönstret är detsamma i Stockholm, där det i september 1996 fanns 16 816 äldre invandrare. 23 procent av äldre invandrare över 80 år hade hemtjänst, vilket var ungefär fyra procentenheter lägre än genomsnittet för hela åldersgruppen. Andelen personer med hemtjänst från länder som Danmark, Tyskland och Polen ligger dock på samma nivå som genomsnittet för staden (27 procent). Det är även höga andelar med hemtjänst bland äldre personer från Finland, Chile och Estland (23-25 procent). Med undantag av chilensarna var det mindre vanligt att utomeuropeiska äldre hade hemtjänst – t.ex. hade enbart 9 procent av iranierna över 80 år hemtjänst och motsvarande andel bland äldre från Turkiet var 15 procent. De äldre invandrarna i Stockholm kommer från 112 olika länder men enbart 61 länder är representerade bland dem som har hemtjänst.

Det är ännu större skillnader mellan invandrargrupperna vad gäller utnyttjande av särskilda boendeformer. Visserligen bor 4,1 procent av de äldre invandrarna (över 65 år) i särskilt boende. Denna procentandel är nästan i nivå med genomsnittet för staden. De som bor i särskilt boende kommer dock endast från 39 av de 112 länderna som finns representerade bland äldre invandrare i staden. 93 procent av de invandrare som bor i särskilt boende är födda i Europa. Av dessa kommer 74 procent från fem länder: Danmark, Estland, Finland, Norge och Tyskland (Gaunt 1996).

Frånräknas Nordamerika och Australien från beräkningsgrunden, innebär det att bara 1,4 procent av äldre personer födda utanför Europa bor i särskilda boendeformer. Det finns dess-



utom anledning att misstänka att några av de boende som uppges vara födda i Indien, Indonesien, Kina och Japan kan vara barn till svenska missionärer som verkat i dessa länder.

Det förefaller att finnas större motstånd mot att flytta till en särskild boendeform än mot att tillfälligt ta emot hemtjänstpersonal i det egna hemmet. Det är därför motiverat att skifta fokus från hemtjänst och hur denna nyttjas av äldre invandrare. Det var tidigare ett stort problem men tycks nu ha minskat i betydelse (Songur 1992). I stället verkar flyttning till särskilda boendeformer vara huvudproblemet (Barresi & Stull 1993). Sannolikt försöker många invandrarfamiljer klara skötseln av anhöriga med svåra demenssjukdomar eller personer med omfattande rörelsehinder inom hushållet, kanske utan att be om stöd eller hjälp från samhället.

### 3.3 Brukarundersökningar

Svenska studier av äldre invandrares attityder till och värderingar av vård och omsorg uppvisar en splittrad bild. FoU-enheten (Stockholm) har inom ramen för Socialstyrelsens utvärdering av Ädelreformen ställt frågor till brukarna om deras upplevelser av vården och omsorgen. Svaren från utlandsfödda brukare avvek obetydligt från svenska brukares svar.

**Tabell 1. Andelen brukare av hemtjänst i Stockholm år 1993 som var nöjda eller mycket nöjda med flera olika vård- och omsorgsformer. Indelade efter födelseort. (N= 959 varav invandrare = 84). Fem socialdistrikt: Östermalm, Centrala staden, Maria-Högalid, Vällingby-Hässelby, Kista.**

Vårdform	Invandrare procent	Fem socialdistrikt procent
Vårdcentral	87	88-92
Hemsjukvård	83	87-93
Hemtjänst	83	80-88
Sjukhusvistelse	85	82-88

Skillnaderna i bedömningar mellan invandrare och svenskar är obetydliga. Mellan 8 och 9 av 10 tillfrågade tycker att verksamheten är bra. I denna studie liksom i andra studier av äldres upplevelser av vård och omsorg tyder resultaten på att äldre människor i allmänhet tenderar att svara att de är nöjda med den service, vård och omsorg som ges (Möller 1996). Om det finns stora kulturella skillnader i sådana bedömningar hos unga och medelålders personer, tycks skillnaderna försvinna snarare än förstärkas i hög ålder.

Socialstyrelsen lät upprepa undersökningen år 1995 men med delvis nya frågor. Brukarna tillfrågades även om födelseort.

**Tabell 2. Andelen brukare av hemtjänst i Stockholm år 1995 som var nöjda eller mycket nöjda med olika vård- och omsorgsformer. Indelade efter födelseort. (N= 1271 varav invandrare = 96).**

Vårdform	Stockholm	Övriga Sverige	Födda utomlands
	procent	procent	procent
Hemtjänst	87	86	83
Distriktssköterska	94	91	94

Inte heller i denna undersökning påvisades nämnvärda skillnader i uppfattningar mellan äldre svenskar och äldre invandrare. En möjlig förklaring till samstämmigheten är att äldre invandrare som får vård och omsorg utgör ett speciellt urval av personer som varit länge i Sverige. De kommer från de närmaste grannländerna och är tämligen integrerade i samhället. I så fall kan det röra sig om en grupp som kanske är mer positiv till vården och omsorgen än grupper som inte använder den kommunala hemtjänsten. Det kan även tänkas att några äldre invandrare avstår från vissa former av service på grund av kulturella föreställningar. Personer som t.ex. har speciella krav på renlighet, krav på att inte blanda mjölk och kött, eller krav på att få avstå från vissa vanliga svenska maträtter, kan avstå från hemtjänst eller försöka få en anhörig som vårdgivare eftersom de tror/vet att det annars kan vara svårt att få behoven tillgodosedda.

En ytterligare förklaring kan vara en allmän åldersrelaterad nivellering som reducerar skillnader när människor åldras (Markides 1996). Möller (1996) och flera andra (Thomas och Heggeman 1987) konstaterar att äldre människor "upplever ett underläge i mötet med det allmänna" och att detta medför en ovilja att kritisera samhällsservicen. Kanske svenska och invandrade äldre upplever underlägsenhet på samma sätt och lika starkt.

### 3.4 FoU-enhetens undersökningar

FoU-enheten (se s. 24) har tidigare undersökt situationen för olika grupper av äldre invandrare, bl.a. finska, estniska, italienska, iranska, assyriska/syrianska och kurdiska äldre (rapporter av Heikkilä 1994, Linde 1996, Karupää 1994, Ponzio 1996, Hajjghasemi 1994, Frankel 1996, Songur 1992 & 1996). Denna forskning har fått finansiellt stöd från Socialvetenskapliga forskningsrådet genom programstödet "Åldrandets kultur", Rådet för arbetslivsforskning, Forskningsrådsnämnden, Svenska Kommunförbundets forskningsråd och Socialstyrelsen.

Villkoren för de olika invandrargrupperna varierar stort. Det gemensamma är dock att det i nästan varje grupp finns personer som uttrycker önskemål om att få vård och omsorg på sitt modersmål, ibland separata vård- och omsorgsformer. Det är dock sällan som majoriteten inom gruppen vill ha separat vård och omsorg. När speciella vårdenheter har byggts upp t.ex. för finländare, greker och judar har bara en del av målgruppen flyttat dit (Ronström 1996). Frågor kring särbehandling av etniska, religiösa och andra minoriteter splittrar invandrarna. Somliga insisterar på särbehandling medan andra inte alls vill särbehandlas.

### 3.4.1 Studier av tre verksamheter för äldre invandrare

Antologin *Vem ska ta hand om de gamla invandrarna?* (Ronström 1996) omfattar dels en forskningsöversikt, dels separata studier av tre institutioner för äldre invandrare – Älvsjöhemmets ”finska korridor”, en dagverksamhet för äldre greker i Rinkeby och judiska servicehuset och sjukhemmet. De äldre invandranas speciella situation och behov har uppmärksamats på olika sätt i Stockholm sedan många år tillbaka. Frågorna har rört sig kring deras hälsa, livsvillkor, vård- och omsorgsbehov och om speciella vård- och omsorgslösningar bör skapas för kulturellt och språkligt olika grupper. I Stockholm finns ca 17 000 äldre invandrare. De kommer från ett stort antal länder och har högst olika sociala, klassmässiga, religiösa och historiska bakgrunder och därmed också olika föreställningar om och förväntningar på vad det innebär att bli gammal och även på det svenska samhället. De talar olika språk och deras vistelsetid i Sverige varierar. Sär lösningar har utvecklats eller planeras för bl.a. finnar, ester, greker, assyrier/syrianer, iranier och italienare. För att få samlad kunskap om erfarenheter av sådana verksamheters tillkomst och utveckling har de tre ovan nämnda verksamheterna studerats. När studien påbörjades befann de sig i olika skeden – den finska korridoren i Älvsjö var på väg att läggas ner och den grekiska dagverksamheten var på väg att starta, medan det judiska servicehuset och sjukhemmet varit verksamt i många år.

Studien av Älvsjöhemmets finska korridor, *Älvsjöhemmet – en sär lösning* (Linde 1996), beskriver hur verksamheten uppstått och utvecklats, vilka som valt att söka sig dit och varför. Beslutet om att upplåta 18 av husets 100 lägenheter till finska invandrare togs år 1983 efter påtryckningar från de Sverigefinska intresseorganisationerna. Avsikten var att skapa en oas av finsk omsorg i det svenska samhället. Även om det var svårt att identifiera vad som skulle kunna beteckna finsk omsorg (bastu, finska sånger, finsk mat?) var förväntningarna stora. Verksamheten har nu funnits i 13 år. I praktiken har få finska pensionärer utnyttjat möjligheten att bo i denna miljö.

Enligt rapporten kan orsaken till detta återfinnas på olika nivåer. Kunskapen om Älvsjöhemmet och intresset för att hitta och erbjuda särlösningar var ojämn i de enskilda socialdistrikten. En del av dem som erbjuds bostad i Älvsjöhemmet vill inte flytta från sin invanda miljö.

Den finska korridoren blev inte en korridor, en sammanhållen enhet, utan lägenheter utspridda i huset. Det förtog en del av ambitionen att skapa en finsk miljö. Verksamheten fick dåligt rykte, bl.a. på grund av några ”felplaceringar” och på grund av att relationskonflikter uppstod såväl mellan svenska och finska pensionärer som mellan den svensk- och den tvåspråkiga personalen. Dock är många enskilda pensionärer nöjda med att bo på Älvsjöhemmet. Verksamheten är ett uttryck för en svensk ambition att hjälpa finska invandrare. Den är ingen finsk oas, men en bro till det svenska samhället, en svensk bit Finland i Sverige.

Studien av äldre greker i Rinkeby *Vem planerar för vem och varför?* (Lindqvist 1996) handlar om hur en dagverksamhet för greker växte fram i början av 1990-talet. Syftet var att undersöka hur ett ”samhällsproblem”, nämligen gamla grekers vårdbehov, uppstår som en tankekonstruktion och hur en specifik lösning växer fram på beslutsfattarnivå. Idén till en dagverksamhet efter grekisk modell (Kapi) utvecklades i samarbete mellan representanter för svenska myndigheter och enskilda eldsjälar. Tanken var att få till stånd en verksamhet som skulle motverka passivitet och isolering bland äldre och förtidspensionerade greker. Grundidén var att verksamheten skulle byggas upp av grekerna själva. Inom verksamhetens ramar skulle dessa ges möjlighet att stödja och hjälpa varandra. Det tog tid att övertyga grekerna om att de behövde denna dagverksamhet. En hel del anpassningar och nytänkande krävdes innan verksamheten kunde starta år 1995.

Studien *Det judiska hemmet – en boning för själen* (Frankel 1996) belyser de faktorer som gjorde det möjligt för en judisk minoritet att mitt under brinnande krig bygga upp en institution för sina gamla. Pensionärshemmet (servicehuset) kom till år 1945 och sjukhemmet år 1959. En stark tradition att hjälpa sin nästa, att ta hand om sina gamla och att inte belasta samhället

var enligt forskarna avgörande för sjukhemmets och servicehusets tillkomst.

### 3.4.2 Likhets- och olikhetsprinciper

Även Ponzios (1996) undersökning om planering av vård och omsorg för grupper av assyrisk/syriansk och italiensk härkomst behandlar frågor om hur äldre med invandrabakgrund ska tas om hand. De ska ha rätt till vård och omsorg på lika villkor som äldre svenskar. Huruvida denna likhetsprincip ska kunna ersättas av en olikhetsprincip som innebär rätten till vård och omsorg på olika villkor diskuteras i rapporten. Ska särskilda vård- och omsorgsformer inrättas för äldre invandrare, och på vems villkor ska detta i så fall ske? Rapporten baseras på intervjuer med två invandrargrupper, italienare och assyrier/syrianer. Den beskriver vad som händer när äldre invandrare möter det svenska samhället. En av rapportens slutsatser är att olika invandrargrupper tenderar att bli lika på grund av att man använder samma medel för att uttrycka sin etniska identitet; mat, språk, firande av högtider och religion. Detta beror på att dessa identifikationer är lättillgängliga och beskrivbara. Invandrargrupperna lär sig av varandra och utvecklar strategier som erfarenhetsmässigt visar sig vara gångbara i mötet med det svenska samhället. En annan slutsats är att särlösningar fungerar bättre om de planeras och genomförs av invandrarna själva.

Under en period av trettio år (från 1920-talet till mitten av 1950-talet) inrättades på initiativ av svenska staten särskilda ålderdomshem för samerna. Kommuner med samisk befolkning fick statliga bidrag till byggande och drift av små ålderdomshem för samer. Motiveringen var att deras kultur, språk, mat, dygnsrytm och renlighet var så annorlunda att de inte borde blandas med svenskar. Statsbidraget upphörde i början på 1950-talet när myndigheterna ansåg att de gamla samerna inte längre förde ett liv som skilde sig från deras svenska grannars sätt att leva. Beslutet att upphöra med bidraget betydde att hemmen övergavs. Nedläggningarna möttes av protester från samernas sida (Andersson 1996).

## 4 Teoretiska överväganden

### 4.1 Inledning

Det finns mycket forskning om etnicitet, om åldrande och om hälsosystem. Traditionellt är det fråga om separata forsknings-traditioner som sällan berör varandra. Få forskare har försökt att integrera de olika perspektiven.

Här görs ett försök att finna utgångspunkter för en undersökning av äldre invandrades upplevelser av vård och omsorg. Det är inte givet att äldre personer från främmande kulturer nödvändigtvis skall uppleva vården och omsorgen annorlunda än svenskar, men frågan är värd en ordentlig undersökning. Särskilt problematiskt är begreppet etnicitet. Det har traditionellt använts för en individs relation till den grupp, det folk, hon/han föddes in i och tillhör.

Förhållandet mellan individen och gruppen har visat sig vara komplicerat. Individer behöver inte bete sig eller ens tänka på det sätt som gruppen anses göra. En persons identifikation med sin ursprungsgrupp kan variera från stark till svag. Förr kunde en invandrare från t.ex. Bosnien välja hur hon/han skulle presentera sig. Hon/han kunde säga ”jag är jugoslav” och då markera en gruppstillhörighet eller säga ”jag kommer från Jugoslavien” och då markera bristen på gruppstillhörighet. Invandrarföreningar försökte på olika sätt att ge form och innehåll till en ”jugoslavisk” identitet (Ronström 1992). Numera är det få som skulle välja att säga ”jag är jugoslav”. Inom socialantropologin och sociologin är begreppet etnicitet numera föremål för mycket omfattande granskning (Jenkins 1997).

## 4.2 Makrosociologiska perspektiv

Från ett makrosociologiskt perspektiv kan man beskriva transkulturella möten inom vård och omsorg som om två färdiga strukturer krockar med varandra. Den ena strukturen tillhör invandrarens kultur och den andra invandringslandets kultur. Dessa strukturer beskrivs av medicinska antropologer som helheter med fasta regler och roller, behandlingar, strategier, planeringsramar och sätt att ta hand om de sjuka (Kleinman 1980). Det makrosociologiska perspektivet gör anspråk på att kunna identifiera hur personer av t.ex. kinesisk, indisk eller afrikansk härstamning helst vill bli behandlade. Sachs t.ex. konstaterar att arbetskraftsinvandrare från södra Europa till Sverige efterfrågar speciella former av behandling, helst i form av sprutor (Sachs 1992 s 70).

Ett makrosociologiskt perspektiv behandlar etnicitet på ett särskilt sätt. Alla anses tillhöra en avgränsad grupp kännetecknad av gemensamma värderingar, beteenden, seder och bruk, som betecknas "en kultur". Kulturerna anses vara mer eller mindre unika för varje grupp. Människor föds och uppfostras in i sina föräldrars kultur, vilket formar personernas värderingar och beteenden för resten av livet. I detta perspektiv finns två lika mäktiga helheter: etnicitet är den ena, hälsosystemet den andra.

Makrosociologiska angreppssätt leder forskarna till att anta att varje folkslag inom sin kultur bygger upp ett eget unikt hälsosystem som i väsentliga aspekter skiljer sig från andra. Således blir förekomsten av äldre personer från andra kulturer en orosfaktor i sig, därför att man förväntar sig att krockar uppstår när de möter de svenska vårdmiljöerna. Konflikterna anses bli större om invandrarens egen kultur bedöms vara mycket olik den svenska, och vice versa. Tidvis kan forskare upptäcka att moderna mediciner används av vissa personer som om medicinerna hade magiska krafter. Det finns t.o.m. fall där personer har löst upp läkarrecept i vatten och druckit blandningen i tron att det var ett botemedel.

Vanligtvis anses patienter eller sökande hos sociala myndigheter vara svaga parter i dessa möten med personal;



invandrade patienter/sökande anses vara ännu svagare. Därför läggs ansvaret för mötet på personalen så att den inte avsiktligt eller oavsiktligt bryter mot den andra kulturens regler. Det makro-sociologiska perspektivet tilldelar personalen en nyckelroll i mötet med äldre personer med annan kulturell bakgrund (Lupton 1994).

Det makrosociologiska perspektivet är det som gäller i Sverige, åtminstone inom utbildning och i officiella sammanhang. Det lägger stor vikt på information riktad till personalgrupperna inom vård och omsorg. Det försöker säkerställa kvaliteten i möten mellan invandrare och personal genom att utbilda personalen i hur andra hälsosystem är uppbyggda – t.ex. genom kurser i medicinsk antropologi.

Läroböcker med sådana syften finns i flera av de stora invandrarländerna – t.ex. England och Australien. Några av dessa böcker är enkla uppslagsverk med korta texter som listar fakta om olika länder och religioner samt ger information av vikt för diagnoser, t.ex. avvikande sjukdomspanorama, och för omsorg, t.ex. regler för mat och hygien. En del kurser och läromedel har kritiserats för att förenkla och befästa negativa stereotyper om etniska grupper (Atkin 1993). Exempel på just sådan litteratur är Squires (1991), Kavanagh och Kennedy (1992) samt Devore och Schlesinger (1987). Ibland tillskrivs ”kultur” en bestämmande roll: en person från landet X förväntas bara bete sig så och en annan från landet Y förväntas bara bete sig så. Kultur används då för att skapa skillnader mellan människor. Något spelrum för personliga önskningar och val existerar knappast. En nyanserad framställning är den officiella australiska skriften *Removing Cultural and Language Barriers to Health* (1993). Ett nyanserat svenskt bidrag är Ekblad, Jansson och Svensson (1996).

Idealet i det makrosociologiska perspektivet är att personalen blir så kunnig i medicinskt kulturella frågor att den kan omhänderta personer från många olika kulturella bakgrunder och bemöta dem på ett sätt som inte kränker kulturernas väsentligaste normer. Syftet är att jämna ut skillnaderna i styrkeförhållanden mellan personal och patient genom hänsynstagande till patientens kulturella föreställningar.

### 4.3 Mikrosociologiska perspektiv

Det mikrosociologiska perspektivet inriktas på enskilda individers förmåga att känna in de regler, normer och beteenden som härskar i en given situation vid en given tidpunkt och att anpassa sig till dem utan att känna sig kränkt till integritet eller kultur även om hon/han konfronteras med något oväntat (Goffman 1961). Människan har också förmågan att förstå sig i nya situationer och anamma ett beteende som passar för sammanhanget. Hon behöver inte säga att detta sätt att presentera sig är hennes egentliga väsen (Hochschild 1983).

Detta perspektiv betonar förändring och anpassning. Det finner inga stabila hälsosystem, utan i stället konstateras att sjukvården över hela världen är i förvandling. Behandlingssätt, mediciner, lokalers utformning, rutiner, bemanning etc. är under ständig omprövning och förnyelse. Få personer väntar sig att vårdssituationer ska förbli oförändrade. Tvärtom utgår många från att förbättrad sjukvård kommer att leda till förändrade rutiner och att även försämringar återspeglas i förändrade villkor. Hälsosystemen kan ha stabila principer, men är trots detta mycket föränderliga i praktiken.

Mikrosociologiska perspektiv på etnicitet har vuxit fram genom forskning på mångkulturella samhällen. Här nedtonas etnicitetens deterministiska funktioner, i stället betonas individernas förmåga att ställa om från sin egen grupp till andra kulturer. Livsstilen bygger på en blandning av kulturer som individen skapar efter eget huvud. Den mest kända talesmannen för den multikulturella synen är den indiskfödde muslimske skeptikern och författaren Salman Rushdie. Ett för honom typiskt uttalande är: "Jag föddes som indier, men inte bara en indier, utan Bombay-bo. Bombay är den mest kosmopolitiska, mest hybrida, mest mischmasch av alla indiska städer. Mina skrifter och tankar har därför påverkats lika djupt av hinduiska myter och attityder som muslimska.... Inte heller var Västerlandet frånvarande i Bombay. Jag var en gatukorsning, en bastard skapad av historien, långt innan vistelsen i London förvärrade mitt tillstånd." (In Good Faith 1990 cit i Waldron

1995, översättningen här gjord av rapportförfattarna). Det kan därför tänkas att äldre invandrare inte är negativa till de förändringar i vård och omsorg som flyttningen till Sverige bär med sig. Det blir nya tekniker, ny apparatur, nya mediciner. Förmodligen utgör detta positiva inslag som är lätta att anpassa sig till.

Enligt detta perspektiv försöker äldre invandrare pejla in rätt nivå när de träffar vårdpersonalen. De försöker förstå vad det är som pågår, vilka de nya reglerna är, vad personalen vill att de ska göra. Egentligen behöver patienterna inte helt förstå vad som sägs för att bemötandet ska vara tillfredsställande för dem. Enligt bl.a. Erwin Goffman (1961) har människan förmåga att hantera multipla nivåer av verklighet. Därför bör det inte vara förvånande att invandrare har förmågan att samtidigt hantera flera hälsosystem och vårdkulturer. De kan lätt flytta mellan systemen sedan de lärt sig spelreglerna. Kanhända har invandrarna större upptränad förmåga att glida mellan olika hälsosystem. Således bör man inte överdriva betydelsen av kulturella skillnader i bemötande av invandrare. Svenska studier av iranska och sydamerikanska äldre beskriver hur dessa utvecklar flera identiteter, ibland svensk, ibland iransk eller sydamerikansk (Ahmadi & Tornstam 1996, Bacal 1996). Under vår forskning har vi också kommit i kontakt med äldre personer som delar Salman Rushdies mångkulturella liv: bl.a. iranska armenier, polska judar, kristna födda i arabländer, chilenska mapucheindianer och peruvianska kineser som nu alla bor i Sverige. De har andra sätt att pejla in det omgivande samhället eftersom de är vana att tillhöra en minoritet.

#### 4.4 Socialpsykologiska perspektiv

Ett grundproblem i forskning om äldre människors förhållande till vård och omsorg är att äldre personer tenderar att uppges att de är nöjda, medan forskaren själv ser de gamlas situation som problematisk. Detta kan stå för vad psykologer kallar en positiv

bias, dvs. att en människa svarar enligt omgivningens förväntningar på hur man ska svara. Många vetenskapliga och journalistiska undersökningar av äldre människors villkor har konstaterat hur svårt det är att få de gamla att kritisera vården och omsorgen. Kuratorn och radiojournalisten Lis Asklund talar om ett slags "tacksamhetsmur" som det inte går att komma förbi. "Jag gjorde bl.a. ett reportage om ålderdomshem runt om i landet, och det var en nedslående erfarenhet. Detta var 1966. Ofta var föreståndarna av den gamla stammen klädda i blå och vit uniform. När man kom – ofta mycket ovilligt emottagen – möttes man av de gamla som alla sade ungefär så här: 'Här har vi det så bra. Alla är så snälla. Vi får så bra mat...'. Det var vad jag brukar kalla tacksamhetsmuren." (Uppbrott 1986 s. 216). Författaren Ivar Lo-Johansson hade liknande erfarenheter 1949. I *Ålderdoms-Sverige* (1952) anmärkte han att de intagna på ålderdomshemmen var som "lynchningsrädda negrer" och inte ville kritisera ens de mest skandalösa förhållanden.

Moderna studier av äldre människors inställning till vård och omsorg använder mera systematiska metoder, t.ex. anonyma enkäter och djupintervjuer, men finner ändå att de gamla i regel svarar att de är nöjda med sin service. Brukarundersökningar visar vanligtvis att någonstans mellan 80 och 90 procent av de äldre som tar emot service säger sig vara nöjda. När det har varit möjligt att skilja mellan svenskar och invandrare har det visat sig att invandrarna har varit minst lika nöjda som svenskarna. Det är naturligtvis tänkbart att servicen till äldre är bra och att de som svarar faktiskt är nöjda, men huvuddelen av den akademiska forskningen om äldreomsorg utgår ifrån antagandet att brukarna egentligen är mindre nöjda. Forskarna försöker testa olika sätt att förklara de höga positiva siffrorna.

En möjlig förklaring kan hämtas från teorin om "bounded rationality" (begränsad rationalitet) som utvecklats av ekonomen Herbert Simon. Han menar att individer i sin vardag inte eftersträvar att maximera, utan nöjer sig när behandlingen eller servicen håller sig på en tillfredsställande nivå. Människan är aktiv på så många plan att hon bara har tid och ork att ägna sig åt ett fåtal problem samtidigt. Så länge situationen inte är alltför dålig accepterar människan utfallet, i stället för att

försöka förbättra situationen. Hon är nöjd när situationen är tillfredsställande, inte när den är maximalt bra – därför talas det om en ”begränsad rationalitet”. Det är möjligt att de gamla egentligen menar att vården är ”acceptabel” när de markerar alternativet ”bra” i en enkät. Förmodligen har många personer flera andra bekymmer som är viktigare (Collins 1994).

En mer konspiratorisk förklaring ligger i en variant av det klassiska ”fångarnas dilemma” som används inom ”public choice theory”.<sup>4</sup> Två brottsliga kumpaner hålls isolerade från varandra efter arrestering. Brottet har de begått tillsammans. Poliserna säger till varje man att han kan få ett lindrigt straff om han erkänner, men om han först nekar och sedan bevisas vara skyldig kommer han att straffas mycket hårt. Fångarna ställs inför en situation där de inte kan svara optimalt (dvs båda neka till brottet och båda gå helt fria) därför att de inte kan lita på varandra (att båda skall säga likadant). Därför erkänner båda i förhoppning om att få strafflindring (dvs det näst bästa utfallet). Därmed undviker de det allra sämsta resultatet, att själv neka till brott men bli dömd till hårt straff därför att den andre har erkänt att båda var med.

Vad vi kallar ”brukarnas dilemma” formuleras analogt. Flera brukare skall svara på myndighetens fråga om vården är bra eller dålig. De är i ett beroendeförhållande till samma myndighet. Brukarna känner inte varandra och kan inte kontakta varandra. Deras erfarenheter kanske är att vården har varit dålig eller åtminstone inte felfri. Om alla svarar att vården varit dålig kommer sannolikt vården att förbättras. Detta skulle vara det optimala utfallet. Men om bara ett fåtal säger att vården varit dålig och de flesta andra säger att den varit bra, kan man mistänka att de som kritiserat kommer att särbehandlas negativt och bli klassade som kverulanter (Eklund 1996). Resultatet kan bli att vården inte förbättras om bara ett fåtal kritiserar den, och de som svarat sanningsenligt kan bli utsedda till offer. Detta är det värsta resultatet för den som har anledning att klaga. Men om alla säger att vården är bra, trots att den inte är det, kommer

<sup>4</sup>”Public choice” är en teoribildning som bygger på individers val av beteenden ur en uppsättning möjliga beteenden.

åtminstone ingen att bli utsatt för repressalier. Således väljer enskilda brukare att avstå från att kritisera, eftersom de inte kan lita på att de andra brukarna kommer att instämma i kritiken. Det rationella målet att fråga brukarna om vårdens kvalitet motarbetas av deras brist på insikt i hur de andra svarar och deras rädsla för framtida konsekvenser av deras klagomål på servicen.

## 4.5 Några motsägelsefulla hypoteser

*Makrosociologiska hypoteser kan vara följande:*

1. Personer från länder vars struktur och kultur är mycket olik den svenska kommer att ha svårt att finna sig tillrätta i den svenska vården och omsorgen. De kommer att ha det mycket svårt med bemötandet.
2. Personer från länder där sjukvården och äldreomsorgen är mindre avancerad än i Sverige kommer att ha lätt att acceptera de svenska verksamheterna som nya inslag i sina liv. De kommer att uppskatta det svenska sättet att bemöta äldre personer.
3. Personer från länder som liknar Sverige kommer att ställa högre krav på bemötandet än personer från länder där hälsosystemen är mycket annorlunda, därför att de förra vet hur det borde fungera och lätt kan jämföra med likvärdiga men annorlunda system i hemländerna.

*Mikrosociologiska hypoteser kan vara följande:*

4. Äldre invandrare kommer att känna in vårdmiljöer och tillfälligt anpassa sig till vad som erbjuds under de perioder som de vistas i en svensk vård- eller omsorgsmiljö. Sedan återgår de till sina kulturella normer. De kan ha svårt att ens komma ihåg vad som hände och litar på att det som hände var bra.
5. Personer från avlägsna kulturer måste känna in och anpassa sig mera än de som kommer från Sveriges grannländer. Därför måste de förra i högre grad lära sig sätt att bemästra

stress ("coping strategies"). De riskerar även att råka ut för kulturchock i början innan de lärt sig nya "coping strategies". Äldre invandrare som varit här länge kommer att ha lättare att acceptera bemötandet än de som varit här kortare tid.

*En "public choice"-hypotes kan vara följande:*

6. Alla äldre personer upplever vård och omsorg på samma sätt. Detta inkluderar även frågor om bemötande. Således kommer de äldre invandrarnas erfarenheter att likna svenskarnas erfarenheter. Båda grupperna kommer att svara och reagera på samma sätt i en enkät eller en intervjusituation.

*En social konstruktion-hypotes<sup>5</sup> kan vara följande:*

7. Personalen gör mer eller mindre medvetet ett särskilt urval ur befolkningskategorin "människor födda i utlandet och äldre än 65 år". Endast de människor som uppfyller kriterierna för konstruktionen "äldre invandrare" kommer att räknas. Personal inom vård och omsorg kommer att klassificera människor enligt vad de uppfattar som socialmedicinska problem.

<sup>5</sup>Social konstruktion innebär att samhällen bygger upp föreställningar om hur individer bör bete sig och behandlar dem efter dessa föreställningar.

## 5 Undersökningsmetod och metodanalys

### 5.1 Undersökningsmetod

#### 5.1.1 Inledning

Denna rapport redovisar en kartläggning av äldre invandras upplevelse av bemötande och deras önskemål beträffande vård och omsorg inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den bygger på en enkätundersökning bland äldre invandrare som besökt ett antal utvalda vårdcentraler över hela landet. Undersökningen riktades till besökare till vårdcentraler för att undvika eventuell positiv bias hos användare av hemtjänst (se brukarundersökningarna, s. 31 f). De som besöker vårdcentraler har säkerligen sämre hälsa än genomsnittet, men de är intressanta i detta sammanhang just för att de har ett stort behov av vård och omsorg, och därmed också stor erfarenhet av bemötande i olika situationer.

Enkäten innehöll ett tjugotal enkla frågor som vanligtvis ställs om bemötande i vård och omsorg samt bakgrundsfrågor om bl.a. de svarandes ålder, kön, härkomst och vistelsetid i Sverige. Deltagandet i undersökningen var frivilligt och anonymt. Enkäten utformades så att de äldre invandrarna kunde besvara enkäten medan de väntade i väntrummet. Vid behov kunde vårdcentralens personal hjälpa till att fylla i blanketterna. Personalen ansvarade också för att samla in och skicka tillbaka blanketterna.

I enkäten tillfrågades de äldre invandrarna om de var villiga att ställa upp på en djupare intervju (på det språk de önskade) om sina erfarenheter av vård och omsorg. De uppmanades att lämna namn, adress och telefonnummer. Frågorna i djupinterv-



juerna byggde på enkätsvaren. Vi ville dessutom få information om erfarenheter av att klaga på insatser inom vård och omsorg och fylliga beskrivningar av problematiska situationer i kontakter med personalen.

### 5.1.2 Urvalet av vårdcentraler

Urvalet av vårdcentralerna gjordes för att omfatta kommuner av olika storlek och för att få en spridning över hela landet. De flesta vårdcentralerna fanns i invandratäta områden, men några valdes ut specifikt för att inbegripa situationen i glesbygden där invandrarna är få.

Vi ville undvika att gruppen av svarande dominerades av äldre som invandrat från andra nordiska länder. De utgör mer än hälften av den statistiska kategorin ”äldre invandrare”. Därför valde vi vårdcentraler i områden med relativt ny bebyggelse i hopp om att maximera antalet deltagare från utomnordiska länder.

En ytterligare anledning till att vi prioriterade nybyggda områden var att vi ville få med många invandrare som relativt nyligen kommit till Sverige. De beslutsfattare inom hälso- och sjukvård och kommunal äldreomsorg som vi varit i kontakt med har påpekat att invandrare som varit här mycket länge inte upplevs ha stora problem med vård och omsorg.

### 5.1.3 Enkäten på vårdcentralerna

Ett informationsbrev skickades på sommaren 1996 till ett urval av ca 50 vårdcentraler. Därefter tog vi kontakt per telefon för att diskutera deltagande med vårdcentralernas ledning. 35 vårdcentraler bestämde sig för att delta. De fanns i 29 kommuner spridda över 19 län. Ett vanligt skäl att inte delta var att man inte ansåg sig ha tid. Några privata verksamheter framförde att de inte ville medverka i undersökningen.

Totalt fick vi in 141 enkätsvar från vårdcentraler i 24 olika kommuner. Av de svarande var 55 män (38 procent) och 86 kvinnor (62 procent).

Enkäterna delades ut under en tvåveckorsperiod under september och oktober 1996. Vårdcentralerna fick välja de veckor som var mest lämpliga för dem. Perioden begränsades till två veckor efter önskemål från vårdcentralerna. Det ansågs bli svårt att hantera de flera tusen svar som vårdcentralerna antydde skulle bli skörden efter en fyraveckorsperiod.

Vårdcentralerna fick i uppgift att själva göra en uppskattning av hur stor åtgången av enkäter skulle vara, dvs. hur många äldre invandrare som kunde tänkas besöka vårdcentralen under en normal tvåveckorsperiod. Det uppskattade behovet av enkäter varierade mellan 10 och 100 stycken. Skillnaderna kändes rimliga eftersom vårdcentralerna hade olika organisation och olika stora upptagningsområden.

Sammanlagt räknade vårdcentralerna med att det skulle gå åt 1165 enkäter under två veckor. Med ett undantag skickades exakt det antal formulär som önskades. Undantaget var en central som ville ha flera hundra enkäter med motiveringen att den besöktes av ovanligt många äldre invandrare, men som accepterade att ta emot bara ett hundratal enkäter.

Vårdcentralerna fick det begärda antalet formulär tillsammans med ett brev som beskrev målgruppen och som betonade vikten av svarens anonymitet. I brevet definierades äldre invandrare som personer som är "födda utomlands av utländska föräldrar" och som är "födda 1931 eller tidigare".

Med varje formulär följde ett frankerat och adresserat kuvert. De som fyllde i blanketten skulle själva stoppa den i kuvertet och klistra igen det. Meningen var att personalen inte skulle få möjlighet att läsa svaren. Dessutom skulle de svarande kunna ta hem enkäten och själva skicka tillbaka formuläret direkt till FoU-enheten i Stockholm.

Vårdcentralerna fick själva bestämma över hur utdelningen av enkäterna och kuverten skulle gå till. Det blev stora variationer. Vissa vårdcentraler delade ut enkäterna till de berörda äldre att fylla i medan de väntade. De fick fylla i enkäten och sedan

lämna den till personalen. Som regel stoppades varje formulär i ett kuvert, men ibland samlades flera formulär ihop och skickades i samma kuvert. På andra vårdcentraler hjälpte personalen de äldre att fylla i enkäten. Ett tredje alternativ var att personalen på vårdcentralen delade ut enkäten till de berörda personerna, som fick fylla i enkäten hemma och skicka den med posten. En del personer fick hjälp av anhöriga att fylla i formuläret, vilket kan ha medfört en bias i dessa svar.

#### 5.1.4 Djupintervjuerna

Målsättningen var att kunna intervjua omkring 15 personer på deras hemspråk. 31 personer (omkring en fjärdedel av dem som svarade på enkäten) skrev sina namn och adresser på enkäterna, samtliga kontaktades och 16 personer intervjuades. Omkring hälften av dem som kontaktades hade ändrat sig och ville inte bli intervjuade. Alla som var villiga intervjuades.

Intervjupersonerna bodde spridda över landet från Malmö till Luleå och från Upplands Väsby till Uddevalla. Intervjuerna skedde i deras hem och i ett fall på sjukhus. Vid ett fåtal tillfällen var anhöriga närvarande och deltog i samtalet. Ibland var detta enda sättet att få uttalanden, t.ex. om den gamla just hade kommit hem från sjukhuset och fortfarande var svag.

Intervjuerna var strukturerade och utgick från en lista med 20 frågor, men intervjuerna hade friheten att ställa följdfrågor och kunde låta diskussionen löpa efter en egen logik, snarare än att envist hålla sig till frågeformuläret. Några personer var så assimilerade att de bara ville bli intervjuade på svenska – de var av polskt, ryskt, ungerskt och finskt ursprung.

Intervjuerna dokumenterades med hjälp av bandspelare. Alla intervjuer (utom två som sammanfattades med bibehållna citat) översattes ord för ord till svenska av intervjuerna. Utskrifterna omfattar ungefär 400 sidor. En person ville inte att intervjun skulle spelas in, och den intervjun har inte använts.

Intervjupersonerna kommer huvudsakligen från tre kultursfärer: Finland (uteslutande finsktalande), Östeuropa (f.d. Jugoslavien, Polen, Ryssland, Ungern) och Mellanöstern (persisk- och

arabisktalande). De bor företrädesvis i stora och mellanstora städer.

## 5.2 Metodanalys

### 5.2.1 Översättningsproblem

Frågorna i enkäten och i djupintervjuerna undergick flera steg av "back-translation" till bl.a. finska, spanska och persiska. Det innebar att de preliminära formuleringarna av alla frågorna översattes från svenska till ett annat språk, och därefter gjorde en ny översättare en översättning tillbaka till svenska (se Ekblad 1996). Om stora olikheter upptäcktes mellan den ursprungliga versionen och den åter översatta, ändrades de svenska formuleringarna för att undvika ord eller uttryck som väckte missförstånd. Efter flera vändor eliminerades problem som kunde tänkas bero på det specifika språkbruket inom svensk hälso- och sjukvård och kommunal äldreomsorg.

"Back-translation" kan reducera en del språkliga missförstånd, men inte ta bort alla kulturellt baserade skillnader. Det finns fenomen inom den svenska vårdkulturen som är unika för den västeuropeiska kulturkretsen. Ett sådant fenomen är just denna utrednings huvudproblematik, nämligen "bemötande". Den är en del av en pågående process att demokratisera mycket hierarkiska strukturer inom sjukvården och äldreomsorgen. Terminologin har skapats för att kunna användas i omvandlingsprocessen. Det är tveksamt om alla invandrarspråk ens har ett adekvat och överensstämmande begrepp, men de flesta språk har något snarlikt. Det är dock svårt att veta hur vanliga begrepp som "bemötande" är i olika språk och vilka ytterligare betydelser begreppen kan ha.

T.ex. består de kinesiska orden för bemötande delvis av ett tecken som betyder att vinka med handen i en välkomnande rörelse. Inom den vetenskapliga engelska litteraturen står ordet "encounter" (dvs. möte) för bemötande (Lupton 1994; Lauritzen och Sachs 1994), men i vardagsengelskan kallas läkarens

bemötande för "bed-side manner". Båda uttrycken ligger tämligen långt ifrån vad bemötande betyder i praktiken.

De flesta språk översätter ordet bemötande med ord som betyder "mottagning" – franska "reception", tyska "Begegnung", spanska "buen reception", serbokroatiska "sresti". Alternativa översättningar betyder "behandling" – franska "traitement", polska "traktowanie", engelska "treatment", tyska "Behandlung", spanska "tratamiento". Ibland finns ord som betyder att ta emot, som serbokroatiskans "odgovoriti". Om man går utanför Europa finns många alternativa översättningar. Arabiska har "amala" (uppförande) och ajaba (behandla); turkiska har "cevaplendirmek" (att besvara), "davranmak" (att uppföra sig); "karsilarmak" (att tillmötesgå); persiska har "robero shodan" (att möta), "raftar kardan" (att bete sig), "barkhord kardan" (attityd) samt i formella sammanhang "barkhord" (attityd, uppförande).

Förtroendenämnderna i Sveriges landsting använder "bemötande" som en av flera kategorier för att systematisera klagomål. De klagomål som klassificeras som kritik av bemötande handlar om att bli bemött ovänligt eller nonchalant, att personalen inte lyssnat på patienten, att patienten slussats runt mellan avdelningar, att väntetider varit orimligt långa, att det inte gått att komma fram per telefon, att personalen inte följt upp svåra situationer, att ingen tagit ansvar för patienten.

Definitionen av bemötande ingår i ett bestämt sammanhang: den svenska vårdkulturen. Det finns delar av problematiken som är allmängiltiga och som de flesta gamla invandrare känner igen: om personalen lyssnar, om de tar ansvar, om de bryr sig. Men en del av problematiken beror på graden av specialisering, sjukvårdens stordrift och förekomsten av teknisk apparatur. Den svenska vården är bland de mest avancerade och sammansatta i världen. Många äldre invandrare kommer från länder där sjukvården inte är lika utvecklad. Där finns inte alltid olika avdelningar och läkare att skicka patienter emellan, där finns kanske inte ens möjligheten att ha telefonkontakt. Medicinska antropologer rapporterar att vissa invandrare bara har varit intresserade av behandlingar och inte brytt sig om sjukvårdens bemötande.

Med sådan osäkerhet bestämde vi oss för att undvika begreppet bemötande så mycket som möjligt. I stället frågade vi om tillgång till tolkar, om skillnader mellan hemlandets vård och svensk vård, om maten, om personalens kön och om de gamlas känslor inför och vilja att få speciell behandling på grund av religion eller kultur.

### 5.2.2 Vårdcentralernas överskattningar

När undersökningsperioden var över bad vi vårdcentralerna att skicka tillbaka de oanvända enkäterna. Vi fick tillbaka 775 enkäter, vilket betyder att 330 enkäter hade delats ut (28,3 procent). Två vårdcentraler (som tillsammans hade beställt 80 enkäter) hade inte delat ut några enkäter alls och borde förmodligen tas bort från beräkningen. Båda två är belägna i områden där många invandrare bor, så det kan knappast ha varit så att inga gamla invandrare hade besökt dessa centraler.

Ingen vårdcentral var i närheten av en korrekt bedömning av åtgången. Endast fem vårdcentraler förbrukade mer än hälften av det begärda antalet. Flera vårdcentraler hade beställt stora mängder, men delat ut mycket få. Två vårdcentraler hade tillsammans beställt 110 enkäter men bara delat ut 7 under undersökningsperioden.

Vad ligger bakom denna stora överbeställning? Enkätbeställningen byggde helt på vårdcentralernas och deras ledningars egna uppskattningar av åtgången. Beställningen gjordes av ledningen och bör därför ses som en uppskattning av hur de ansvariga har sett på de äldre invandrarnas hälsoproblem. En del av överbeställningen beror säkert på att vårdcentralerna ville gardera sig för att ha tillräckligt många enkäter. Man beställde inte gärna mindre än 10 enkäter.

Andra delförklaringar kan gälla administrativa förhållanden. Det är kanske inte så vanligt överallt inom primärvården att medverka i undersökningar. Personalen brukar också ha tidsbrist. Det kan ha brustit i informationen mellan ledningen, som fattat beslut om deltagandet, och den personal som skulle dela ut enkäterna. Ibland kunde detta problem märkas tydligt i våra telefonkontakter med vårdcentralerna. Vi vet inte heller

hur motiverad personalen var att dela ut enkäterna. Men säkert har motivationen varit klen på de platser där inga enkäter delades ut.

En annan trolig förklaring till överbeställningen kan vara hur man definierar äldre invandrare. Kanske upplevs många invandrare som äldre än de är. Att två personer som var under 65 år har deltagit i undersökningen tyder på detta.

Det är också möjligt att överbeställningen beror på någon sorts ”teleskopseende” som innebär att personalen och ledningen uppfattade problemet äldre invandras vårdbehov som mycket större än det egentligen var. Arbetet med invandrare kan vara krävande både tidsmässigt (att ha tolken som kunskapsförmedlare) och mentalt (svårare att förstå vissa beteenden osv.) vilket gör att personalen upplever att andelen invandrare i patientflödet är större än den faktiskt är. Problem av detta slag förvandlades till mängdproblem i det ögonblick vi frågade hur många enkäter som behövdes.

Ett liknande fenomen har noterats i skolan. Vanligtvis upptar pojkarna det mesta av lärarnas tid och uppmärksamhet i klassrummet. Undersökningar av lärares upplevelser visar att de tycker att flickorna ”dominerar” fastän flickorna i praktiken upptar omkring 30 procent av lärarnas tid och uppmärksamhet.

### 5.2.3 Representativitet

Frågan om representativitet är komplicerad. Den består dessutom av två delar: dels vårdcentralernas representativitet, dels de svarandes representativitet.

Urvalet av vårdcentraler hade, som framgått tidigare, en regional spridning över hela landet och alla kommunstorlekar. Det är osannolikt att andra vårdcentraler skulle skilja sig väsentligt från dem vi valde ut.

De som frivilligt svarar på en enkät som lämnas på en vårdcentral och de som frivilligt ställer upp på långa intervjuer är förmodligen icke-representativa redan från början. De som vill bli intervjuade är de som har något att berätta och som inte har något emot att träffa en främmande person för att berätta

om sin situation. Det krävs självförtroende och ett intresse för frågeställningen. Svaren kan dock vara relevanta för många andras erfarenheter, men man får inte generalisera utifrån utsagorna utan vidare.

Dessutom har personalens sätt att definiera begreppet ”äldre invandrare” haft betydelse för vilka som fått enkäten. Här tycks det inte vara fråga om alla individer som är över 65 år och födda i utlandet. Det verkar som om personalen har lagt till egna kriterier för vilka de skulle ge enkäten, som ”annorlunda utseende”, ”talar svenska med stark brytning”, ”behöver tolk-hjälp”. Det finns i materialet visserligen enstaka belgare, holländare och tyskar som talar svenska bra. De som fått enkäten är dock till stor del de som har svårigheter att kommunicera på svenska, och särskilt de som tagit med sig en tolk eller en anhörig som talar för dem. I praktiken innebär det äldre som kommer från mycket avlägsna länder eller arbetskraftsinvandrare som inte lärt sig svenska. Begreppet ”äldre” har kanske också olika tolkningar; vi fick enstaka svar från personer som tyckte sig vara äldre trots att de inte hade fyllt 65 år.



## 6 Redovisning av undersökningens resultat

### 6.1 Inledning

Detta kapitel inleds med information om de svarandes bakgrund (ålder, kön, varifrån de kommer och var de bor nu). Därefter redovisar vi svaren på frågorna under olika temarubriker: Modersmål och språkkunskaper, sjukdomar och besvär, synpunkter på vård och omsorg mfl. Denna del bygger mestadels på enkätsvaren men innehåller också citat ur djupintervjuerna. En del kommentarer som skrevs direkt på enkätformulären har också tagits med.

Efter den tematiska genomgången diskuterar vi vad undersökningsresultaten säger om de hypoteser vi ställt upp på s. 44-45. I citaten från intervjuerna markerar "F" intervjuarens fråga och "S" intervjupersonens svar. Sist i rapporten finns en tabellbilaga, där man kan se hur de olika invandrargruppernas svar på alla enkätfrågorna redovisas.

Inledningsvis kan konstateras att svaren i allmänhet är mycket positiva. Få tecken tyder på att "äldre invandrare" som social kategori tycker att de bemöts dåligt inom sjukvård och äldreomsorg. De få som anger dåligt bemötande uppger inte kulturella skäl för sitt missnöje. Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader i svaren om man delar upp gruppen efter ålder, kön, eller hemort. Vi har dock ansett det viktigt att forska vidare och se om den positiva bilden bör studeras närmare. De längre intervjuerna ger en mer nyanserad bild.

## 6.2 De svarandes bakgrund

### 6.2.1 Var bor de?

Svaren var relativt jämnt fördelade mellan kommuner av olika storlekar. Den största gruppen bland de svarande bor i mellan-stora kommuner, medan få av de svarande bor i småkommuner. Detta speglar invandrarnas bosättningsmönster.

Fig. 1

Finns endast i den tryckta versionen

### 6.2.2 Varifrån härstammar de?

#### **Regioner**

Huvuddelen av de svarande, ca två tredjedelar, kommer från Östeuropa (f.d. Jugoslavien, Polen, Ryssland, Ungern) och Mellanöstern. En femtedel utgörs av invandrare från andra nordiska länder (alla är finländare utom två som är danskar). Sex personer kommer från Sydamerika och tio personer från Västeuropa. Bland de svarande finns dessutom två personer från Östasien och en person från Afrika.

#### **Länder**

De svarande härstammar från 30 olika länder. Den största gruppen kommer från Finland (20 procent) och den näst största gruppen från f.d. Jugoslavien<sup>6</sup> (18,5 procent). 11 procent kommer från Iran och 9 procent från Turkiet.

<sup>6</sup>Bosnien-Herzegovina, Kosovo, Kroatien och Serbien

Fig 2.  
Finns endast i den tryckta versionen

Med hänsyn till sina ursprungsländer avviker de svarande i vår undersökning från sammansättningen i hela befolkningen äldre invandrare. De riktigt stora grupperna av äldre invandrare i Sverige kommer från de nordiska länderna och några av de närmaste grannländerna. Många av dessa äldre har levt i Sverige sedan 1930- och 40-talen. Några talar språk som är besläktade med svenska. Vi har bedömt att människor med sådan bakgrund i stor utsträckning borde ha anpassat sig till svenska förhållanden. I en undersökning som vår är det därför önskvärt att invandrarna som levt kort tid i Sverige är fler än vad som motsvarar deras befolkningsandel.

**Tabell 3. De 13 största grupperna av invandrare över 65 år. Andel av alla äldre invandrare i Sverige och andel av den studerade gruppen.**

Födelseland	Antal	Andel av alla äldre invandrare	Andel i vår studie
1. Finland	31 374	26,5	19,1
2. Norge	14 303	12,1	0
3. Danmark	11 159	9,4	1,4
4. Tyskland	10 339	8,7	4,3
5. Estland	6 325	5,4	2,1
6. Polen	5 454	4,6	5,0
7. F.d. Jugoslavien <sup>7</sup>	4 491	3,8	9,9
8. USA	3 436	2,9	0
9. Ungern	2 837	2,4	3,5
10. Bosnien	2 530	2,1	8,5
11. Turkiet	2 254	1,9	9,2
12. Iran	2 049	1,7	11,3
13. Chile	1 263	1,1	2,8

<sup>7</sup> utom Bosnien-Herzegovina

Från de 13 länderna ovan kommer 83 procent av Sveriges äldre invandrare. I vår undersökning kommer en något mindre andel, 77 procent, från de länderna. Detta är konsekvensen av vår strävan att maximera andelen personer som nyligen kommit till Sverige. Dessa grupper har normalt relativt få gamla just nu. I vår kartläggning härstammar 40 procent från länder utanför Europa.

En del av uppläggnings syfte var att maximera deltagandet av personer från de utomnordiska länderna. Därför är det inte särskilt anmärkningsvärt att inga äldre från Norge är med i kartläggningen och bara två personer från Danmark. Det är dessutom troligt att flera äldre nordbor har sett enkäten på sin vårdcentral, men inte ansett sig tillhöra målgruppen. De kanske inte upplever sig själva som "äldre invandrare", och sannolikt upplevs de inte heller av utomstående som "äldre invandrare" i meningen en speciell grupp med sociala och medicinska problem. Likadant är det säkert också med personer födda i USA som huvudsakligen består av svenskättlingar.

Strävan att försöka få med många nyanlända invandrade äldre har medfört att vissa länder representeras av större grupper än vad som motsvarar deras andel av befolkningen. Vår undersökning innehåller en överrepresentation av äldre invandrare från Polen, Ungern och Bosnien. Även de äldre från Mellanöstern kan sägas vara oproportionerligt många. Av Sveriges äldre invandrare kommer enbart 6,6 procent från Asien, men de asienfödda utgör 32,6 procent av de äldre i vår studie. Det finns även betydligt fler äldre från Iran och Turkiet i vår studie än vad som motsvarar deras andel av den äldre befolkningen. Även sydamerikanska äldre är överrepresenterade eftersom 1,7 procent av Sveriges äldre invandrare kommer från Sydamerika medan 4,3 procent av vår studies äldre är sydamerikaner.

Vissa äldre som har fått enkäten har kanske inte definierat sig själva som äldre och/eller invandrare. Det kan vara en förklaring till de få svaren från norrmän och finlandssvenskar. Invandrargrupper som finsktalande och "jugoslaver" har

traditionellt betraktat sig själva som tydliga invandrargrupper (och har t.ex. aktivt arbetat för att starta föreningar och verksamheter med etnisk profil). Medlemmarna av dessa grupper har kanske därför varit mer benägna att svara på en enkät riktad till just invandrare.

### 6.2.3 När kom de till Sverige?

I enkäten ställdes en fråga om när personerna kom till Sverige för första gången. Frågan ställdes just så därför att många invandrare kan ha utvandrat och åter invandrat. Detta är särskilt vanligt bland nordiska medborgare eftersom det finns en gemensam arbetsmarknad.

I materialet finns äldre invandrare som har kommit till Sverige under i stort sett alla årtionden sedan 1920-talet. Årtiondena med massinvandring (1950-1970-talen) är väl representerade. Tyngdpunkten ligger dock på dem som kom hit under 1980- och 90-talen, vilket är naturligt eftersom denna grupp är stor och innehåller många utomnordiska invandrare som lätt identifieras som "äldre invandrare". Dessutom skedde en hel del återföreningar av äldre släktingar till flyktingar under denna tid.

Fig 3.

Finns endast i den tryckta versionen

Majoriteten av östeuropéerna kom antingen på 1960-talet eller på 1990-talet. De östeuropeiska svarande i vårt material var alltså medelålders eller gamla redan vid ankomsten till Sverige. Samma sak gäller för de svarande från Mellanöstern, som alla kom till Sverige efter 1970. De med nordisk bakgrund kom främst under 1950- och 60-talen. De är troligtvis huvudsakligen arbetskraftsinvandrare. Ingen av nordborna anlände efter 1979.

### 6.2.4 Ålder och kön

Genomsnittsåldern bland de svarande var 74 år. 14,5 procent (20 personer) var 80 år eller äldre. Av misstag deltog två personer som ännu inte fyllt 65 år, men som uppenbarligen tyckte att de själva var gamla och behandlades på vårdcentralerna som om de var gamla. Den äldsta personen i studien var 89 år och född i Ungern.

**Tabell 4. Antal och andel äldre invandrare som deltog i enkätundersökningen på vårdcentralen, fördelade på ålder och kön.**

Ålder	Män	Kvinnor	Totalt	Procent
under 65 år	0	2	2	1,4
65-69 år	23	28	51	36,2
70-74 år	15	28	43	30,5
75-79 år	10	13	23	16,3
80-84 år	4	8	12	8,5
85-89 år	2	6	8	5,7
uppgift saknas	1	1	2	1,4
totalt	55	86	141	100

### 6.2.5 Boendeförhållanden

Av det totala antalet svarande bodde 37 procent ensamma och 63 procent med make/maka, barn eller någon annan person. Cirka hälften av nordborna bodde ensamma. En fjärdedel av de äldre från Mellanöstern bodde ensamma och en fjärdedel med maka/make, resten bodde med sina barn.

**Tabell 5. Boendeförhållanden för deltagarna i enkätundersökningen, indelat efter födelseregion (uppgift saknas för 5 personer).**

Födelseregion	Ensam	Med maka eller make	Med barn eller annan	Totalt
Norden	14	13	2	29
Västeuropa	1	8	1	10
Östeuropa	21	18	6	45
Mellanöstern	12	13	18	43
Östasien	0	0	2	2
Afrika	0	0	1	1
Sydamerika	4	1	1	6
totalt	52	53	31	136

## 6.3 Resultat av enkät och intervjuer

### 6.3.1 Modersmål och språkkunskaper

Enligt förvaltningslagen bör alla myndigheter som har att göra med en person som inte behärskar svenska språket anlita tolk. Principen tillämpas bl.a. inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Tolk används huvudsakligen vid läkarundersökningar och vid biståndsbedömningar. Det är mindre vanligt att använda tolk i vardagliga situationer inom vård och omsorg. Då får ofta anhöriga, vänner eller tvåspråkig personal agera tolk. Det förekommer även att de inblandade får nöja sig med kroppsspråk och gester. Hälsoinformationen till äldre personer som inte behärskar svenska kan i vissa fall vara bristfällig. Det skulle behövas fler informationsskrifter på främmande språk som riktas till äldre personer.

De äldre i denna kartläggning har 35 olika hemspråk, alternativt modersmålsvarianter. Tio av dessa äldre har nämnt två olika språk som sina hemspråk. Finska är vanligast – 26 personer har finska som minst ett av hemspråken. Arabiska, serbokroatiska och persiska är också vanliga hemspråk med

13 personer vardera. Sju personer har nämnt svenska som ett av hemspråken, varav fem som det enda språket. Två av dem är födda i Finland och två har både finska och svenska som hemspråk/modersmål.

Nästan två tredjedelar av de svarande (62,4 procent) behövde tolk i sina kontakter med vården eller omsorgen. 66 procent uppskattade sin förmåga att tala svenska och 64,5 procent att läsa svenska som ganska eller mycket dålig. Resultatet är förväntat. Personalen på vårdcentraler har ofta inget annat sätt att identifiera äldre invandrare än genom deras svårigheter att tala svenska. I stressiga situationer, eller när kontakter med personalen endast består av formaliteter som att säga sitt namn, kan äldre invandrare som pratar god svenska ha passerat tämligen obemärkt förbi utan att ha fått ett enkätformulär i handen. De som stapplade på orden eller hade "utländskt utseende" fick antagligen formuläret automatiskt.

Det finns ingen anledning att tro att två tredjedelar av alla äldre invandrare behöver tolk. Däremot finns det anledning att tro att de som identifieras och klassificeras som äldre invandrare huvudsakligen är personer som behöver tolk. Gruppen som anlitar tolk kan teoretiskt bestå av två delar. Det kan dels vara fråga om en grupp som inte blivit tillräckligt van vid svenska språket för att vilja tala direkt med personalen, dels en grupp som använder tolk för att jämna ut sitt underläge gentemot personalen. En undersökning av puertoricaner i USA visar att vägran att tala engelska med läkaren kan vara en av många strategier i den vardagliga maktkampen på mödravårdscentraler (Lazarus 1988).

**Tabell 6. Antal och andel av deltagarna i enkätundersökningen som har svårt att tala och läsa svenska respektive behöver tolkhjälp .**

	Antal	Procent
Svårt att tala svenska	93	66,0
Svårt att läsa svenska	91	64,5
Behöver tolkhjälp	88	62,4



Många tyckte att de hade svårt att tala svenska. En del kunde ändå klara sig utan tolkhjälp i sina kontakter med vården och omsorgen. Det var vanligare bland kvinnor att behöva tolk (68,2 procent) än bland männen (55,6 procent). Ingen av de äldre från Västeuropa (förutom några finländare) behövde tolk i sina kontakter med vården. Däremot var det få äldre från Mellanöstern som kunde tala svenska bra eller ganska bra. Att ha dåliga kunskaper i svenska kan te sig olika från en person till en annan. I de personliga intervjuerna berättade några vilka svårigheter de har med det svenska språket.

*F: Har du haft några problem att kommunicera med sjukhuspersonal, speciellt när du inte haft någon tolk med dig?*

*S: Nej, Jag tror inte det. Vi kommunicerar inte så väldigt mycket. Ofta handlar det om att sjuksköterskorna ger mig mediciner eller kontrollerar mitt blodtryck eller tar blodprov. Jag brukar förstå vad de menar. Men när de vill förklara något räcker inte min språkkunskap och då väntar jag på mina barn och de tolkar för mig. (iransk-armenisk kvinna, 70 år)*

*Jag har tolk med mig när min son inte följer med. Jag brukar gå ner till vårdcentralen för blodprover, men då går jag själv. (syrisk kvinna, 73 år)*

Finländare kan nästan alltid räkna med att träffa finsktalande personal. Det gör det möjligt att bo länge i Sverige utan att helt behärska svenska.

*F: Varför var du på sjukhuset?*

*S: För att jag råkade ut för en maggrej. Min magsäck sprack. Det var en sådan där lite allvarigare sak.*

*F: Men du anser att du fick bra vård?*

*S: Jodå. Alla var nöjda. Alla. Sedan, det fanns även finnar [bland personalen]. Det förekom inga språksvårigheter. När jag inte kan svenska, har de alltid tolkat. (finsk man, 73 år)*

Ibland kan även äldre personer från andra invandrargrupper få hjälp av landsmän bland personalen och då behöver man inte tolk. Men detta är knappast vanligt:

*S: Det fanns en arabisk läkare på sjukhuset och han kom och pratade med mig och förklarade alla diagnoser och papper för mig och vilken medicin jag skulle ta. ... Både de arabiska och svenska läkare är bra. Men det var bra när den arabiska läkaren kom och förklarade för mig. Han var mycket, mycket trevlig. Kanske ännu trevligare än de andra läkarna. Men vad gäller behandlingen, spelar det ingen roll.*

*F: Känner du till att man kan klaga och vet du vad myndigheten heter?*

*S: Nej det vet jag inte och jag vet inte hur jag ska få reda på det. Jag kan inte göra mig förstådd eftersom jag inte kan språket. Jag är beroende av hjälp hela tiden vad gäller språket. (syrisk man, 68 år)*

Givetvis var språkkunskaperna beroende av vistelsetiden i Sverige. Av dem som har kommit på 1990-talet kunde ingen tala svenska. Nästan alla de som kom på 1940-talet kunde tala och förstå svenska bra. Detaljerade redovisningar av förmågan att tala och läsa svenska ges i tabellbilagan.

Nära en femtedel av de svarande (18,4 procent) upplevde att personalen alltid eller för det mesta missförstod dem. Den grupp äldre som mest ansåg sig bli missförstådd var de äldre från Mellanöstern. Det var 30 procent av dem som upplevde att de alltid eller för det mesta blev missförstådda av personalen. Bland de äldre från de andra världsdelen upplevde bara i genomsnitt 9 procent detta. Ingen västeuropé upplevde sig ha blivit missförstådd av personalen. Det är omöjligt att avgöra om upplevelser av tidigare trauman kan ha bidragit till känslan av att inte bli förstådd.

Språkkunskaperna påverkade upplevelsen att bli missförstådd av personalen. 23 procent av dem som talade svenska dåligt upplevde också att personalen ofta eller alltid missförstod dem. Men bara 9 procent av dem som kunde tala svenska bra upplevde att de ofta eller alltid blev missförstådda. Det är

ändå ett tecken på den positiva inställningen till bemötande i Sverige, att 77 procent av de svarande upplevde att de kunde kommunicera med personalen och förstå vad som sades, trots bristfälliga språkfärdigheter. Förståelsen kan komma genom förmågan att kommunicera med kroppsspråk eller att förstå från sammanhanget.

Av kommentarerna i enkäten framgår att de svarande behövde tolk p.g.a. bristande kunskaper i svenska. Den finska befolkningen i Sverige har uppenbarligen varit så stor att flera av de gamla ännu inte lärt sig svenska trots att de varit här mycket länge. En 73-årig finsk man skriver: *Problem med språket. Bra med tolk.* Men det är inte alltid det finns tolk och lösningar kan se olika ut. En finsk kvinna rapporterar: *Behöver men finns inga! Har finsk läkare. En svensktalande innebär problem.* Några av de svarande nämner också att de anlitar anhöriga som tolkar. En 71-årig syrisk kvinna skriver: *Största problemet är språket. Sjukvården nästan förutsätter att en anhörig alltid är med, både som chaufför och som tolk och ombud. Detta är för mycket begärt av en anhörig som måste sköta arbete och egen familj.*

### 6.3.2 Sjukdomar och besvär

I enkäten ställdes även frågor om sjukdomar och besvär. Mer än hälften (55 procent) av de svarande hade värk eller besvär dagligen, och 38 procent hade någon sjukdom som försvårade deras dagliga liv. Tabellen som följer sammanför svaren från flera frågor, och samma person kan därför ha uppgett sig ha flera besvär.

**Tabell 7. Antal och andel av deltagarna i enkätundersökningen som har sjukdomar och andra besvär. De svarande har kunnat ange flera tillstånd.**

Sjukdom, skada eller besvär	Antal svarande	Procent
Livshotande sjukdom eller skada	19	13,5
Sjukdom eller handikapp som försvårar det dagliga livet	53	37,6
Daglig värk eller annat besvär	81	57,4
Ångest, oro, depression som gör det svårt att umgås med andra människor	24	17,0
Annan sjukdom eller andra sjukdomsbesvär	44	31,2

I genomsnitt hade 30 procent av nordborna sjukdomar eller besvär. Oftast hade de svarande från Östeuropa olika sorters sjukdomar – 41 procent av dem hade minst någon av ovan nämnda sjukdomar/besvär. Över en tredjedel av dem som kom från Mellanöstern hade någon sjukdom (35 procent). Symtom som nästan bara fanns hos personer från Östeuropa och Mellanöstern var ångest, oro och depression. Cirka en fjärdedel av dessa besvärades av sådana symtom. De svarande bör därmed ha många erfarenheter av kontakter med olika vård- och omsorgspersonal.

### 6.3.3 Synpunkter på vård och omsorg

Vi ställde flera frågor om vård och omsorg. Överlag var båda delar mycket uppskattade, men omsorgsinsatser drog till sig något fler kritiska röster än sjukvårdsinsatser. Kanske är det lättare att klaga på vårdbiträden än på läkare?

### Utnyttjande och bedömning av hemtjänsten

Det var 8,5 procent (12 personer) av de svarande som hade hemtjänst vid tidpunkten för enkäten. Detta kan tyckas vara en låg siffra, men det är inte särskilt många äldre i Sverige som har hemtjänst. Enligt SCB:s statistik är det ca 12 procent av alla invånare över 65 som har någon form av hemtjänst. Flera undersökningar har visat att äldre invandrare, och särskilt de som inte kommer från Sveriges grannländer, är något under-representerade som brukare av hemtjänst (Eriksson 1996, Gaunt 1996).

De i vårt material som hade hemtjänst kom företrädesvis från de nordiska länderna (7 procent), Östeuropa (11,4 procent) och från Mellanöstern (12 procent).

27 personer (20,5 procent) hade någon gång ansökt om hemtjänst. Drygt två tredjedelar av dem hade beviljats hjälp och även fått tillräckligt med hjälp. Åtta personer anger att de antingen vägrats hemtjänst eller erbjudits hjälp i otillräcklig omfattning. En finsk kvinna kommenterade på enkäten: *Men jag har svårt att be, men om man får [alltför] lite hjälp, blir jag ledsen*. De personer som var nöjda med hjälpens omfattning var nordbor (6 personer), östeuropéer (5 personer) och personer från Mellanöstern (7 personer). De som ansåg sig ha fått otillräcklig eller ingen hjälp kom från Västeuropa, Östeuropa och från Mellanöstern. Det finns alltså inga kulturella eller systematiska skillnader i svaren.

Tolv personer hade tidigare haft hemtjänst, men hade det inte längre. (Det är inte ovanligt att ha hemtjänst under korta perioder, t.ex. under några veckor efter det att man kommit hem från sjukhus efter en operation.) Samtliga var nöjda med hjälpens omfattning.

Det finns skillnader när det gäller hemtjänst mellan de personer som kan svenska ganska bra eller mycket bra och de som inte kan svenska. En mycket större andel av dem som kunde tala svenska hade hemtjänst än av dem som inte kunde tala svenska. 14 procent av dem som kunde tala svenska hade hemtjänst, men bara 6,6 procent av dem som kunde svenska ganska eller mycket dåligt. En iransk kvinna berättar i sitt enkätsvar varför hon måste tacka nej till hemtjänsten: *Är*

*berättigad men tackade nej p.g.a. språksvårigheter. Mina barn följer med och frågar om det uppstår missuppfattningar.*

De som bodde tillsammans med andra hade mer sällan hemtjänst än de som bodde ensamma. 8 av de 12 som hade hemtjänst bodde ensamma. Dessa proportioner stämmer överens med vad som gäller för hela den äldre befolkningen i Sverige. Merparten av dem som har hemtjänst bor ensamma.

Flera personer lämnade kritiska kommentarer om den kommunala äldreomsorgen. Här finns några antydningar till kritik: *Hemtjänsten är inte tillräckligt uppmärksam när de går till äldre personer. Det gäller både svenskar och personer födda utanför Sverige.* (polsk kvinna, 83 år)

*Äldreomsorgen är bristfällig.* (polsk kvinna, 73 år)

Endast ett fåtal av alla intervjuade hade hemtjänst, men flera hade någon gång haft det. Andra hade indirekta erfarenheter genom släktingar, vänner och grannar och kunde berätta om deras upplevelser. På så vis fick vi en mängd information om inställningen till hemtjänst. Den bedömdes mycket olika. En del personer var positiva, en del var negativa. Få av anmärkningarna verkade bygga på kulturskillnader.

De klagomål som förekommer är kända från undersökningar av svenskarnas inställning till hemtjänsten: bristen på kontinuitet, att det ständigt är ny personal, att hjälpen inte motsvarar behoven. En iransk kvinna berättar om det positiva mötet med ett svenskt vårdbiträde och om negativa möten med några andra vårdbiträden:

*F: Hur var deras [hemtjänstens] bemötande?*

*S: Det var mycket bra. Alla var bra. Det var en yngre flicka. Hon var som en dotter till mig. Jag tyckte mycket om henne. Trots att hon inte kunde persiska och jag kunde inte svenska. Ändå brukade jag bjuda henne hem till oss när vi hade familjefester och sådant. Hon kändes som en medlem i familjen. Jag var mycket nöjd med hennes arbete också. Men sedan flyttade hon till Sydsverige för att studera. Då kom ständigt nya hemhjälp. Jag saknade henne och kunde inte vänja mig med de nya ansiktena. Det blev mycket jobbigt. Vi hade svårt att kommunicera med varandra och förstå*

*varandra. Det var först då, som jag sade upp hemtjänsten. Men nu behöver jag hjälp igen, men jag är rädd att det blir ny personal varje dag.* (iransk kvinna, 66 år)

### **Upplevelser och bedömning av vården och omsorgen**

När det gäller hälso- och sjukvården är "tacksamhetsmuren" hög. Invandrare från Mellanöstern är mycket positiva. En 68 år gammal kurdisk kvinna skrev på enkätformuläret: *Jag är mycket tacksam och nöjd på sjukvården.* En annan kommentar med samma innebörd kom från en 77 år gammal kvinna: *Svensk sjukvård är underbar.* Tidigare forskning om äldre från Mellanöstern har också konstaterat att personer därifrån i hög grad uppskattar att få flytta till Sverige (Songur 1992, Hajjghasemi 1994, Calmar 1995, Ponzio 1996).

En stor majoritet av de svarande, 88 procent, hade haft (mest eller enbart) goda erfarenheter av hälso- och sjukvården. Bara tre personer uppgav att de uteslutande hade haft dåliga erfarenheter. Det finns nästan ingen skillnad mellan dem som kunde svenska bra och dem som inte kunde det i fråga om hur de upplevde den svenska vården. Dessa siffror stämmer väl överens med undersökningar av äldre svenskars upplevelser av hälso- och sjukvården och den kommunala äldreomsorgen (Möller 1996, Ädelutvärdering 94:4).

Följaktligen gav över tre fjärdedelar (79 procent) ett gott betyg åt den svenska hälso- och sjukvården. Bara två personer tyckte att den var dålig. 15 procent ansåg att den var varken bra eller dålig. Bland dem som inte kunde säga om den svenska vården var bra eller dålig var en stor del (28 procent) finländare. De är klart överrepresenterade bland de avvakande. Bara 9 procent av de övriga äldre avstod från att betygsätta den svenska vården. Språkkunskaperna eller bristen på dem påverkade inte vad man ansåg om den svenska vården.

Flera kommenterar förändringar inom hälso- och sjukvården som de upplever som försämringar:

*På senare tid har sjukvårdskvaliteten försämrats drastiskt och man bryr sig inte om att ge de äldre bra vård.* (iransk kvinna, 71 år)

*Har varit bra men håller på att försämras.* (holländsk man, 66 år)

*För lite personal, för mycket indragningar.* (polsk kvinna, 72 år)

Den svenska äldreomsorgen uppskattades av många, men fick ett något sämre betyg än hälso- och sjukvården. Knappt hälften, 45,4 procent, tyckte att äldreomsorgen fungerade bra. Kunskaperna i svenska samvarierade med vad man ansåg om äldreomsorgen: 35 procent av dem som kunde bra svenska respektive 59 procent av dem som inte kunde svenska ansåg att äldreomsorgen var bra. Således kan man tro att de som svarade att äldreomsorgen var bra egentligen inte var helt insatta i hur den fungerade. Men fullt så enkelt är det inte. Bara en liten grupp hade själva anlitat hemtjänst. Många av dem som svarade negativt fick förmodligen sin information från medierna. En intensiv kritik av äldreomsorgen pågick i svenska medier samtidigt som enkäten delades ut. En kommentar skriven på ett enkätformulär verkar dock vara baserad på egna erfarenheter:

*Sjukvården är mestadels bra om man kommer till en kunnig och hjälpsam läkare. Men äldreomsorgen blir sämre och sämre. Finns ingen trygghet att man får den hjälpen som man behöver när man är handikappad och sjuk.* (ungersk kvinna, 84 år)

Nio personer markerade att äldreomsorgen var dålig. Dessa personer kom från de nordiska länderna och från Östeuropa. Nästan en tredjedel, 30,5 procent, kryssade för svarsalternativet att den svenska äldreomsorgen var ”varken bra eller dålig”.



### Upplevelser av bemötande

Enkäten innehöll ett flertal frågor om upplevelser av bemötande, som bl.a. handlade om huruvida man tyckte att man möttes med tillräcklig respekt och hänsyn, fick tillräckligt mycket hjälp och stöd av personalen och om personalen tog sig tid att lyssna på ens behov.

Svaren på frågorna om bemötandet var nästan uteslutande positiva. Typisk är följande kommentar: *Jag skulle vilja säga att allt har varit så bra. Läkare och systrar var så vänliga mot mig. Jag kan inte klaga alls. Jag är så tacksam för allt* (finsk kvinna, 72 år). Sammanlagt fanns det 21 personer som var missnöjda med någon enskild aspekt av bemötandet. Av dem var det bara två personer som var missnöjda med mer än en aspekt. På de frågor som berörde bemötande svarade i genomsnitt 97 procent att bemötandet var antingen mycket bra eller ganska bra.

- \* 95 procent tyckte att de alltid, eller för det mesta, möttes med respekt och hänsyn.
- \* 96 procent tyckte att personalen alltid, eller för det mesta, gav dem tillräckligt mycket hjälp och stöd. Fem personer (varav ingen talade svenska bra) ansåg att personalen sällan eller aldrig gav dem tillräckligt mycket hjälp och stöd.
- \* 97 procent tyckte att personalen alltid, eller för det mesta, tog sig tid att lyssna på deras behov. Fyra personer ansåg att personalen ganska sällan tog sig tid att lyssna på deras behov.
- \* 98 procent ansåg att personalen alltid, eller för det mesta, brukade vara vänlig och artig mot dem. Tre personer, alla från Mellanöstern (varav ingen kunde svenska) upplevde att personalen sällan eller aldrig var artig eller vänlig.
- \* 99 procent ansåg att personalen alltid, eller för det mesta, var mjuk och varsam när de gör undersökningar, ger injektioner m.m. En enda person upplevde att personalen ganska sällan var mjuk och varsam.

Personalen är nyckeln till bemötande. Några av de intervjuade upplever att personalen är extra snäll mot dem eftersom de är främlingar. Andra reagerar negativt på sådant bemötande och tycker att de behandlas som barn. Få anför något som tyder på generellt missnöje med personalen. Om någon ville ha ris i stället för potatis gick det att ordna, om man ville få enkelrum, ordnades det också.

*F: När ni var på sjukhuset så, om vi bortser från läkaren, fanns annan personal där också, sjuksköterskor och vårdbiträden och allt det där. Tycker ni att ni fick god omvårdnad?*

*S: Jo.*

*F: Jo. Att det var..?*

*S: Jo... Fyra och ett halvt, på femskalan.*

*(ungersk man, 74 år)*

*F: Är de snälla mot dig vid undersökningarna?*

*S: Väldigt. Och de är kunniga också. I hemlandet när de tog blodprov, fick jag ofta stora blåmärken. Det är i och för sig lätt att få blåmärken. Men i Sverige får jag inga fläckar alls...De frågade patienten vad han hade lust att äta, till exempel. Det är annorlunda än på våra sjukhus. (bosnisk man, 68 år)*

Endast en handfull personer, alla från Östeuropa eller Mellanöstern, ansåg att de sällan eller aldrig bemöttes väl i vården och omsorgen. Detta är kanske en indikator på att kulturellt baserade problem med bemötandet finns här och var, men problemen är inte generella. En 80-årig syrisk kvinna klagade: *Jag är diabetiker och lider av högt blodtryck. Läkaren bör ha mer tid och tålmod med patienten och lyssna mera på oss som är sjuka och äldre.*

### **Information**

85 procent av de svarande ansåg att de hade fått veta tillräckligt mycket om de behandlingar de fått. Bara en man klagade uttryckligen över att han inte visste tillräckligt mycket om sin sjukdom. Vi blev varse i intervjuerna att det var fler som egentligen inte visste ens vilken sjukdom de behandlades för. Både de som kunde svenska och de som inte kunde svenska ansåg att de hade fått tillräcklig kunskap om sina behandlingar.

### **Felbehandling**

Två tredjedelar (66 procent) hade aldrig fått felaktig behandling, 26 procent någon gång och bara fyra personer flera gånger. Det intressanta är, att de som kunde svenska bra något oftare än de som kunde svenska dåligt ansåg att de någon gång fått felaktig behandling (35 procent av de som kunde svenska bra och 29 procent av dem som inte kunde svenska bra).

Också i de personliga intervjuerna ställdes frågan om huruvida man hade upplevt felbehandling. Flera fall handlade om att olika mediciner inte hade passat tillsammans. Tillståndet var lätta att rätta till och bagatelliserades. Felbehandlingarna upplevdes som engångsföreteelser i ett annars allmänt positivt bemötande. Ibland kunde det vara svårt att komma ihåg allvarliga missöden. Följande citat kommer från en man som angav på enkäten att han blivit felbehandlad, men som inte mindes det i intervjusituationen.

*F: Ni uppger att ni nån gång har fått felaktig behandling.*

*S: ???*

*F: Kommer ni inte ihåg?*

*S: Jo, men jag måste. Om jag skrev så? Då måste jag tänka på det... Jo, kanske det... Knäna och axeln. Och de blev felbehandlade. Men inte så. Nu kommer jag inte ihåg på rak arm.*

*F: På vilket sätt felaktigt?*

*S: Nu kommer jag ihåg! Juu. Det var definitivt felaktigt. När jag blev opererad och efteråt gick till rehab. För hjärtat. Men schemat var så ansträngande att knät gick sönder. De tänkte på hjärtat men inte på knäna. Vi fick sånt schema. Vi fick göra det. Okay, jag kunde kanske ha sagt att, nu stiger jag av. Det här är för hårt för mig. Men efter en så allvarlig operation, är man inställd på att lyssna på sakkunskapen. Det borde jag inte ha gjort. Nu kommer jag ihåg. Och sviten lider jag av än idag. Jag måste gå till sjukgymnast och försöka få knäna någorlunda schyssta.*

(ungersk man, 74 år)

Många av kommentarerna som skrevs på enkätformulären förstärkte den positiva bilden. De handlade om hur nöjda de svarande var med bemötande och erfarenheter:

*Erfarenheterna har hittills varit bra* (finsk man, 74 år).

*Jag är mycket tacksam och mycket nöjd med sjukvården* (irakisk kvinna, 65 år).

*Svensk sjukvård är underbar* (iransk kvinna, 77 år).

*Alltid väl bemött* (tysk man, 81 år).

*Om man är ärlig och inte klagar över onödiga sjukdomar är allt bra* (finsk kvinna, 74 år).

## 6.4 Bekräftades hypoteserna?

Vad säger vårt material om de hypoteser som ställdes upp (se s. 44 f) om hur äldre med annan kulturell bakgrund bemöts av svensk vård och omsorg? Här kommer svaren från intervjuerna till användning. De ger i stort samma resultat som enkätsvaren, men de innehåller mer information om motiven bakom individernas svar och om vilka situationer som upplevdes som känsligast.

### Hypotes 1

**”Personer från länder vars struktur och kultur är mycket olik den svenska kommer att ha svårt att finna sig tillrätta i den svenska vården och omsorgen. De kommer att ha det mycket svårt med bemötandet.”**

Hypotesen får ett svagt stöd, huvudsakligen begränsat till upplevelser under de första åren efter invandringen. Men man skall inte bortse från problem som har samband med att hälsosystemen är olika. De flesta intervjupersonerna har varit i Sverige en längre tid och bör därför ha kommit över de första svårigheterna. Ändå kom några tydligt ihåg hur svårt det var att anpassa sig.

Flera av de muslimska kvinnorna berättar om de stora svårigheter de gick igenom innan de kunde vänja sig vid att bli undersökta av manliga läkare. Andra kulturella olikheter som en liten grupp uppmärksammar är maten och svenska läkares återhållsamhet med mediciner. En del ville bara få sin äldreomsorg inom familjen och hänvisade då till kulturella föreställningar.

Ett fåtal människor bedömde sitt hemlands sjukvård som åtminstone delvis bättre än den svenska. Framförallt menade de då förmågan att ställa diagnos, vilket antagligen hänger ihop med kommunikationssvårigheter de upplevt här. Inte sällan bedömdes hemlandets läkare vara lika skickliga som de svenska, men i avsaknad av avancerad utrustning. Ibland skojade de intervjuade om svenska läkares förmåga att förklara ”63-åriga män som gravida” efter att ha tittat på provresultaten.

Här är några uttalanden från personer som har behållit kontakten med sina hemländers vård. Ibland vet de att den behandling de vill ha ogillas av svenska läkare.

*Läkarna i Iran har ofta bättre kunskap och skicklighet. Det kan enligt min mening bero på att de möter människor med olika sjukdomar och därför skaffar sig bättre grepp om olika sjukdomars art. Ärligt talat mår jag sämre nu i Sverige jämfört med tiden då jag bodde i Iran. Detta trots att jag får mycket hjälp och tillsyn här i Sverige.*

*F: Brukar du besöka läkare när du åker till Iran?*

*S: Det var länge sedan jag reste till Iran. Sista gången jag var där besökte jag faktiskt en läkare för smärtor i ryggen och benen. Jag fick medicin. När kom jag tillbaka till Sverige sökte jag en läkare. Sedan sökte jag en iransk läkare i Sverige som är känd för att han ger sina patienter sprutor mot smärtorna. Jag vet att det var dumt av mig att göra det men jag följde alla läkares behandlingar. (iransk kvinna, 72 år)*

Många invandrare kommer från länder där läkarna ofta använder sprutor. Detta fenomen är välkänt för medicinska antropologer (Sachs 1992). Här uttalar sig en polsk kvinna som uppenbarligen saknar sprutorna:

*I Polen när man har ont brukar man få injektioner, men i Sverige får man tabletter. Ibland är det inte bra med tabletterna. Ibland tror jag att det är bättre med injektioner. T.ex. hade jag flera gånger magsår och då fick jag otropin med C-vitamin och då tycker jag att det läkte snabbare. Det tror jag faktiskt. Jag kan inte bedöma det, men jag tror det. Om man är nervös så kan det inte läkas snabbt. (polsk kvinna, 83 år)*

Samma sak berättar en kinesisk familj:

*Det är lättare att få träffa en läkare i Kina än i Sverige. Sedan är det lättare att få mediciner i Kina. De brukar ordinera sprutor istället. Gamla kineser tycker att sprutor är bättre medicin och de ger snabbare resultat och löser problemet, men så är det inte i Sverige.*

(en son talar om sin 78-åriga kinesiska mamma)

Muslimska kvinnor har haft svårt med manlig personal som undersöker dem, men problemet finns inte i behandlingssituationer. En iransk kvinna berättar om stora anpassningsproblem, som dock numera är förbi. Hon hänvisar till begreppet "maharm" i den muslimska lagen. Enligt "maharm" betraktas en manlig läkare som en kvinnan närstående person,

inför vilken hon inte behöver täcka sig. Men hon hade uppenbarligen problem trots denna tillåtelse:

*I början hade jag svårt när manliga läkare ville undersöka mig, särskilt gynekologer. Min man brukade övertyga mig att en läkare är maharm. Min man sade till mig att läkarna inte hade onda tankar om sina patienter. Men jag kunde inte acceptera det. Jag skakade varje gång en manlig läkare rörde vid min kropp. Sedan insåg jag att de flesta specialister är män och att jag helt enkelt måste vänja mig med det. Nu går det bra. Särskilt nu när jag är gammal. Jag ser läkarna som mina barn. Jag besväras inte längre av manliga läkare. (iransk kvinna, 66 år)*

*Jag har inget fel där jag behöver klä av mig, eller visa något [av kroppen]. Ibland lyssnar läkaren på bröstet men jag behöver inte ta av mig då. Men skulle det vara så att jag behöver klä av mig eller prata om någonting pinsamt, då kommer jag att begära en kvinna [som läkare]. Jag vet att det finns en kvinnlig läkare som jobbar där. De är mycket bra när det gäller sådant. Även om jag skulle begära kvinnlig tolk skulle jag få det. De gör allt jag begär och det är jag tacksam för. (syrisk kvinna, 73 år).*

Ganska många av de intervjuade hade eller hade haft kontakter med hemtjänsten, och de var inte negativa till hemtjänst som företeelse men kunde kritisera detaljer. Några av de intervjuade ville dock helst att vård och omsorg skulle ges inom familjen. Ett par stycken uttryckte sig i kulturella termer. Sonen satt bredvid när en kinesisk kvinna intervjuades. Hon hade dagen innan kommit hem från sjukhuset och var svag, så han fick svara på en del frågor.

*F: Varför kom hon hit till Sverige?*

*S: Efter att min pappa dog, kunde hon inte försörja sig. Då ansökte jag om uppehållstillstånd för henne i Sverige och tog henne hit. Orsaken till att jag tar hand om henne är att jag har bättre förutsättningar än mina syskon att försörja*

henne... Hon bor hos oss. Hon vill inte bo ensam. Hon skulle vantrivas om hon bodde ensam.

F: Kan hon tänka sig att bo i servicehus om hon blir sämre?

S: Nej, när man blir gammal, då behöver man hjälp och det är bättre att bo hos sin dotter eller son. Det är nödvändigt att bo tillsammans för att kunna hjälpa de äldre i familjen. Så är det vanligen organiserat i vår kultur. Ensamma är det svårt för de gamla att klara sig.

(sonen talar för kinesisk kvinna, 78 år)

F: Vill du ha någon annan som hjälper dig om det blir svårt för barnen att sköta allt?

S: Nej, det vill jag inte. Så länge jag lever vill jag bo hos dem och få hjälp av dem.

[Sonen tillägger] Så länge det behövs kommer vi att hjälpa henne. Vi är fyra syskon här och kan därför dela ansvaret mellan oss. Vi gör det med glädje. Det är inget tvång. Hittills har vi kunnat se till att allt fungerat som det skall....

S: Jag känner mig så vilsen. Tack vare barnen fungerar tillvaron ganska bra. Annars skulle det aldrig gå. Jag tycker att i stort sett allt fungerar bra här. (iransk kvinna, 72 år)

Hos vissa äldre invandrare, ett fåtal av de intervjuade, finns inslag av kulturellt grundad skepsis mot aspekter av den svenska vården och omsorgen. Just dessa citerade personer hade dock goda erfarenheter av vården i övrigt.

## Hypotes 2

**”Personer från länder där sjukvården och äldreomsorgen är mindre avancerad än i Sverige kommer att ha lätt att acceptera de svenska verksamheterna som nya inslag i sina liv. De kommer att uppskatta det svenska sättet att bemöta äldre personer.”**

Hypotesen får stort stöd i intervjuerna och i enkäten. Somliga uttalanden var mycket positiva. En del sjukhusrutiner som tas för givna i Sverige är inte självklara i delar av Mellanöstern. En man som kommit från Syrien blev tydligen överraskad:



*F: Hur upplevde du sjukhusvistelsen?*

*S: Mycket, mycket bra ("ktir, ktir koeis"). De tog väl hand om mig. De badade mig, tvättade mig och matade mig. Allt jag behövde fick jag. Från början sov jag i samma rum som en annan man och det tyckte jag var jobbigt. Jag bad om att få vara ensam och då flyttade de mig till ett eget rum. De hade mycket, mycket tålmod med mig och var mycket tillmötesgående. Jag är mycket, mycket tacksam för all hjälp. Jag fick mycket besök och de sade aldrig något om det.*

*F: Hur upplever du den svenska vården?*

*S: Mycket, mycket bra, mycket mycket ("ktir, ktir, koeis, ktir, ktir"). Läkarna är mycket bra. Jag tycker att läkarna är bra och sjuksköterskorna likaså. Under hela sjukhusvistelsen var de mycket bra. Jag behövde bara säga till om vad jag behövde och de gjorde allt för att hjälpa mig. De tog mycket väl hand om mig. (syrisk man, 68 år)*

En rysk kvinna säger något liknande och tar samtidigt avstånd från hemlandets vård:

*Jag vill inte påstå att det är hemskt men det finns stor skillnad mellan sjukvården här jämfört med den i Ryssland. Här är bättre, mer avancerat. Och viktigast av allt, renare. Standarden på sjukhusen i Ryssland är långt ifrån bra. Jag tackar gud för att jag inte blev sjuk under tiden jag var i hemlandet. Jag skulle säkert få panik om jag måste till sjukhus i Ryssland.*

*F: Ser du skillnader i behandlingsmetoder mellan Sverige och hemlandet?*

*S: Ja, kanske att de specialister som är utbildade utomlands försöker använda andra metoder än de vanliga allmänläkarna i Ryssland. Deras metoder liknar läkarnas i Sverige och Västeuropa. De tar prover, undersöker grundligt och behandlar sedan patienterna. Men vanliga läkare i Ryssland ger mycket sprutor för alla sorters sjukdomar. Sen tror jag att folk i Ryssland har andra sjukdomar eller bakterier än vad vi har här i Sverige. (rysk kvinna, 72 år)*

För de allra flesta utfaller jämförelser mellan hemlandets sjukvård och den svenska till Sveriges fördel. Det finns en liten grupp som är besvikna på svenska läkare, huvudsakligen på grund av feldiagnos och utebliven bot. Några är neutrala, som en polsk kvinna:

*Jag har själv jobbat på ett barnsjukhus. Allt beror på människor. Vilka är de? Är de seriösa? Tänker de på patienterna? Om de gör det, då går allt bra. Men om de tänker på sig själva, då uppstår problem. För övrigt tycker jag att jag har träffat fler seriösa människor inom den svenska sjukvården, men jag har också träffat mindre seriösa människor, även här. (polsk kvinna, 83 år)*

Hypotesen om att de gamla invandrarna skulle uppskatta den svenska vården och det svenska bemötandet har stort stöd i de intervjuades uttalanden.

### Hypotes 3

**”Personer från länder som liknar Sverige kommer att ställa högre krav på bemötandet än personer från länder där hälsosystemen är mycket annorlunda, därför att de förra vet hur det borde fungera och lätt kan jämföra med likvärdiga men annorlunda system i hemländerna.”**

Denna hypotes får också klart stöd. Några av de intervjuade hade anmält eller övervägt att anmäla felbehandling eller dålig vård. Dessa personer kom uteslutande från Sveriges närmaste grannländer och Centraleuropa. Många av de gamla som kom från länder utanför Europa sa att de aldrig någonsin skulle klaga eller protestera. I stället åkte de till hemlandet för vård. En del var rädda att dra uppmärksamheten till invandrarnas situation genom att klaga eller anmäla brister.

Här följer några exempel på klagomål och anmälningar. Vad som tycks ha legat till grund är felbehandlingar, där det är svårt att avgöra om kulturskillnader har spelat en roll. En finsk kvinna klagade framgångsrikt på dåligt arbete utfört av ett vårdbiträde:

*F: Har du klagat på vården eller hemtjänsten?*

*Lång tystnad.*

*S: Tyvärr. Jag har gjort det. Det var om hemtjänsten, en som... satt hellre än arbetade. Om det anmärkte jag till [arbetsledaren]. Och skämdes efteråt. Jag kunde ha sagt till honom själv, men det hände några gånger. Just med den här personen. Och han har varit här även efteråt och varit på annat sätt.*

*F: Så det hjälpte?*

*S: Det hjälpte. Ja. Men jag skämdes att jag hade... gått bakom ryggen på honom. (finsk kvinna, 72 år)*

Nästa berättelse kommer från en finsk kvinna som för sin sons räkning framgångsrikt anmälde brister i form av felaktig diagnos som medförde att sonens hjärntumör förblev upptäckt under lång tid. Under processens gång fick hon mycket stöd från den finska gruppen i sin hemstad, bl.a. av sjukvårdspersonal och en domare. Frågan hon svarar på är ”Har du klagat på vården någon gång?”

*S: Jo, det har jag. Men det gäller min son. Det har inte varit bra men det är onödigt att jag pratar om det. Och sonen klagar inte själv. Under 10 år var sonen sjuk. Jag går till läkare här, går i Finland, överallt. Läkaren här vägrade ge remiss till röntgen. Och sonen hade hjärntumör. Han hamnade alltid hos psykvården.*

*Hon var svensk, den där läkaren. Sen skrev jag till Stockholm och klagade. Hon fick naturligtvis veta om det, det var en kvinnlig läkare. Så jag gick dit. Hon var hemskt sårad över att jag hade klagat. Då sa jag att vartenda ord jag skrivit är sant. Så att ursäkta bara. Men hon har slutat nu. Jag vet inte om hon fick nån anmärkning. Men hon slutade där, har privatmottagning.*

*F: När du gjorde den där anmälan, visste du vart du skulle ta kontakt eller hjälpte nån dig?*

*S: Det var en sjuksköterska, en finska, som sade till mig. Hon sa skriv till Stockholm. Man kan även få ersättning. Jag gjorde som hon sade, grät och skrev. Å gud. Men sen gick jag*

*dit till invandrarbyrån där det finns dom som översätter. Jag gick dit. De sade att redan ett ord kostar. Jag sa vad det än kostar, så behöver jag det. Hör du, han skrev den hemma. Han sa att han inte skulle ha betalt. Jag vet inte om han var svensk./// Men sedan hände inget. Men då gick jag till en domare, för det fanns en finsk domare här. Så han frågade om de hade gjort si och så med min son. Han sa att det syns tydligt [i journalen] vilket fel de gjort./// Systemen hade skrivit att sonen drog sitt vänstra ben, att det såg ut som om det var förlamat. Läkaren skrev ändå efter detta att hon inte märkte nånting. Ville inte erkänna det. (finsk kvinna, 72 år)*

En polsk kvinna hade klagat flera gånger, mest över personal som inte ville lyssna. Hon hade varit mycket engagerad i vården av sin nyligen avlidne man. Här berättar hon om stelbent bemötande inom hemtjänsten:

*F: Var du nöjd med hemtjänsten?*

*S: Man måste be vårdpersonalen om att de skall göra det arbete man vill.*

*F: Hur var deras bemötande?*

*S: De var snälla. Kan man säga. Under de tre år min man fick hjälp hände det bara en gång att jag hade en konflikt med ett vårdbiträde. Min man skulle duschas på onsdagar. Men en onsdag var han dålig. Så jag bad dem komma tillbaka nästa dag och duscha honom. De kom på torsdag men sa att de skulle städa. Jag bad dem i stället att duscha min man. De sa Nej. Vi har kommit hit för att städa och inte för att duscha. Jag sa: Tänk! Han kan inte vänta i en vecka på att bli duschad. Hemhjälpen sa åter nej. Då ringde jag till hennes chef och begärde att hon inte skulle skicka det där vårdbiträdet till mig mera. Jag är trött på henne. Jag hade tillräckligt med problem själv och kunde inte stå och argumentera med en hemhjälp som ville bråka och diskutera om allting. De gick med på det och därefter skickades en äldre kvinna och det blev bra till slut. Vårdbiträdet hade principer. Men man kan inte ha principer när man är sjuk. Förresten kan man inte ha*

*principer i livet heller. Man måste rätta sig efter vilken situation man befinner sig i. (polsk kvinna, 83 år)*

De äldre som kommit från grannländerna har lärt sig hur de kan få sin vilja igenom, både genom att överklaga och att få personal som de inte uppskattar förflyttad. De äldre från utomeuropeiska länder är antagligen lika missnöjda, men väljer andra strategier. En av dem är att söka vård hos landsmän, vilket få av de polska, ryska och ungerska intervjuade ville. Förmodligen kan man tolka resor till hemlandet för att få vård som ett dolt sätt att protestera mot problem med den svenska vården. Hur mycket av problemen som beror på brister i bemötande är svårt att avgöra, men det bör ha spelat en roll när diagnoser är felställda. En iransk kvinna berättar om hur hon gör:

*Vi invandrare har just p.g.a. vår kulturella bakgrund ofta andra krav på läkarna och det kan vara viktigt att man tar hänsyn till det. När det gäller personalens bemötande är det viktigt att vi blir respekterade och får den hjälp vi verkligen behöver. Egentligen är det så att som patient behöver vi den bästa möjliga behandlingen på sjukhus. Vi iranier är vana vid att få mycket mediciner. Om läkarna i Sverige inte följer samma metod, då känns det som att behandlingen inte är riktig och att läkaren har inte gjort sitt eller tagit sjukdomen på allvar. Jag tror fortfarande att rätt behandling är att få mediciner. Jag kan inte acceptera den svenska modellen som ordinerar lite medicin till patienter. Jag tror orsaken till att jag inte är botad är just detta. Jag har inte fått rätt medicin än. Jag var ett tag så orolig för min hälsa att jag sökte en iransk läkare och begärde att få medicin för min oro. Jag fick bl.a. lugnande medel som jag måste ta varje kväll för att kunna sova hela natten. Annars brukar jag vakna mitt i natten och då är det mycket svårt att somna om igen. (iransk kvinna, 72 år)*

Somliga åker tillbaka till hemlandet. Efter många års misslyckade behandlingar, åkte en kvinna tillbaka till Syrien. Där fann läkarna det som den svenska sjukvården missat:

*Till slut åkte jag till Syrien. Där sökte jag upp läkare och fick betala mycket pengar för undersökningarna. Där undersökte de mig, gav mig mediciner och sprutor. Sen kom jag tillbaka till Sverige och visade läkaren alla de röntgenbilder de tagit i Syrien och de diagnoser och allt vad jag fick där. De tyckte att det var bra, men kunde inte rekommendera de mediciner som jag fick i Syrien eftersom de inte kände till sådana och rådde mig att inte använda dem. Den svenska läkaren gav mig svenska mediciner./// Tabletterna var bra och nu förstod läkaren vad som var fel på mig. Men jag sade till honom att läkarna hade gjort fel förut och borde ha gett mig den medicinen för länge sedan – för tio år sedan. Jag hade haft ont i ryggen i snart femton år och min rygg har blivit böjd. Han sade då att det inte är femton år sedan utan tjugo år sedan som jag fick kalkbrist. Jag har varit här i tio år och varit på massor av undersökningar och röntgen. Varför har de inte gett mig den rätta medicinen tidigare...? Nu är det för sent för jag är gammal. (syrisk kvinna, 73 år)*

Många av de gamla var helt ointresserade av att få veta hur de kunde klaga på eller få information om de krav de kunde ställa på vården eller omsorgen. De trodde inte att klagomålen skulle leda till resultat, och de misstänkte att det skulle öka svenskarnas fientlighet mot invandrare. På frågan om han visste hur man överklagar svarar en iransk man bestört:

*Nej. Det vet jag inte. Det finns en hel del som jag inte kan. Jag vet inte till vilket organ jag skall vända mig. Herre gud, vi är invandrare och främlingar här. Vi kan inte bara gå till myndigheter och klaga på dem som har gett oss fristad. Vad kommer de att tycka om oss? Hur mycket kan vi egentligen begära av Sverige? Nej, jag tror inte att jag någonsin kommer att klaga över brister i vårdsystemet. Även om mina barn någon gång bestämmer sig för att jag skall*

*göra det. Då vägrar jag. Detta kommer att skapa negativa inställningar hos svenskar gentemot invandrare. Nej, vi är nöjda och glada med det vi redan har här. Vi tycker att den svenska sjukvården behandlar oss precis som den behandlar en svensk. Vi hoppas att de är nöjda med oss också. (iransk man, 72 år)*

Rädsla för att stöta sig med myndigheter förekommer framförallt hos personer som tillhört minoritetsgrupper redan i sina hemländer. De har lärt sig från tidig ålder att inte sticka upp och inte göra väsen av sig. Detta förhållningssätt fortsätter de med i Sverige. En armenier som kom från Iran berättade för vår intervjuare om hur bra allt var i Sverige och fick sedan frågan om huruvida han skulle acceptera vad som helst. Han svarade:

*Nej. Jag accepterar inte allt. Jag måste vara nöjd med det jag får. Men när det gäller servicen i det svenska vårdssystemet är vi faktiskt mycket nöjda. Vi är nöjda med personalens bemötande. Vi har inte upplevt något negativt.*

*Jag tillhörde en etnisk minoritetsgrupp i Iran. Av erfarenhet vet jag att om man inte trampar på myndigheternas tår, får man vara i fred. Jag tror att detta gäller även Sverige. Vi är inga rebeller. Vi var det inte i Iran heller. Vi är vanliga människor som sköter sig själva och låter andra göra sitt. Nej vi är nöjda här i Sverige. (armenisk-iransk man, 73 år)*

De som kom från de närmaste grannländerna tycktes finna sig tillrätta och kunde hävda sina krav inför myndigheterna. De som kom från utomeuropeiska länder var däremot obenägra att klaga. I stället sökte de vård på annat håll. Hypotesen stämde.

#### **Hypotes 4**

**”Äldre invandrare kommer att känna in vårdmiljöer och tillfälligt anpassa sig till vad som erbjuds under de perioder som de vistas i en svensk vård- eller omsorgsmiljö. Sedan återgår de till sina kulturella normer. De kan ha**

**svårt att ens komma ihåg vad som hände och litar på att det som hände var bra.”**

Förmågan att känna in miljöer tycks vara allmän, men det är svårt att endast utifrån intervjuerna avgöra hur det har gått till. Man kan bara se resultatet när någon säger att de lärt sig leva med något som först var problematiskt. Inställningen till kvinnlig respektive manlig personal är en fråga om sådan tillvänjning. En syrisk man berättar, när han tillfrågas om han föredrar manliga läkare:

*Jag har en manlig nu. Men sjuksköterskorna var kvinnliga. Det spelar ingen roll för mig. De behandlar mig på samma sätt oavsett. Vi lever här i Sverige och det finns inga konstigheter för dem. (syrisk man, 68 år )*

Av detta framgår att han kanske hade tyckt annorlunda om han varit i Syrien. En polsk kvinna har också lärt sig acceptera det läge hon hamnar i. Hon tillfrågades om hon har haft något problem med bemötandet. Hon svarade:

*Nej, ...Om man är utlänning så måste man förvänta sig att de ibland inte förstår en. Då är det bättre att man inte bråkar och accepterar läget som det är. (Hon skrattar) ...Så är det. (polsk kvinna, 83 år)*

En iransk kvinna kommenterar miljön på det sjukhus där hon nyss vistats:

*Miljön är det inget fel på. Det är ju ett sjukhus och inte ett 'frisk' hus. Det ska se lite trist ut. Men det är inget problem för mig (skrattar). Men maten kunde vara bättre. (iransk kvinna, 66 år)*

Det finns en del uttalanden som tyder på att äldre människor av utländsk härkomst accepterar den svenska vårdens behandling, utan att de egentligen är nöjda. Sådant markeras ibland med ett skratt. Skrattet behöver inte betyda att de finner situationen rolig, utan kan i stället markera blyghet eller en



känsla av att tappa ansiktet. Hur omfattande detta är, kan vara svårbedömt. Uttryckssätten är indirekta och mångtydiga.

### Hypotes 5

**”Personer från avlägsna kulturer måste känna in och anpassa sig mera än de som kommer från Sveriges grannländer. Därför måste de förra i högre grad lära sig sätt att bemästra stress (‘coping strategies’). De riskerar även att råka ut för kulturchock i början innan de lärt sig nya ‘coping strategies’. Äldre invandrare som varit här länge kommer att ha lättare att acceptera bemötandet än de som varit här kortare tid.”**

Här finns tämligen mycket material i intervjuerna. Bland de olika strategierna finns att betrakta sig själv som en gäst som inte kan ställa krav, att betrakta behandlingens resultat som en fråga om tur eller otur, att ikläda sig den stoiska rollen av ”europé” och att överhuvudtaget vägra erkänna en invandraridentitet. Det finns många strategier, och de samverkar så att människorna tonar ned sina egna högsta önskningar.

En 68-årig bosnier uttryckte att han hade ändrat identitet: *Jugoslavien har aborterat mig och Sverige har adopterat mig.* I samband med detta hade han iklätt sig rollen som västeuropé och ett ”västeuropeiskt” förhållningssätt: *En riktig västeuropé vill inte klaga alls.*

En annan strategi är att ta på sig rollen som gäst. Ingen väntar att en gäst ska göra sig obekvä. Tvärtom ingår en hög grad av tacksamhet i rollen, och det gäller att erkänna världens generositet. Man vill inte heller vara alltför nyfiken på värdlandet. En iransk kvinna undertrycker sin egen personlighet och sitt behov av ett oberoende liv. Hon säger:

*Jag har inga större kontakter med det svenska samhället. Jag är gäst här i Sverige och jag betraktar mig också som en gäst. Allt som rör svenskarnas kultur och tradition har inte med mig att göra. Jag är en främmande människa som bor i Sverige. Jag kan inte begära eller förvänta mig något annat. Dessutom har jag ingen utbildning och jag har aldrig haft något yrke. Som hemmafru är jag van vid att vara i hemmet*

*och sköta hemmet. Jag brukade inte gå ut så ofta!* (iransk kvinna, 72 år)

Många av de äldre som varit i Sverige sedan lång tid tillbaka framställer sig själva som icke-invandrare. Det innebär att de nekar till att de bemöts på ett särskilt sätt, eller att de tycker att det är komiskt när de särbehandlas. En ungersk man tar upp hur konstigt det känns när personalen nedlåtande behandlar honom som en inkompetent åldring. Han tillfrågades om han någonsin fått ett särskilt bemötande för att han är invandrare. Han svarade:

*S: Nej.*

*F: På inget sätt?*

*S: Nej. Kanske det är... på, vad ska jag säga, på vårdcentralen. De tog i litegrann. Unga 25-30-åriga tjejer. "Kom nu farbror." Då ser jag rött. Då är jag äldre invandrare. "Kom, kom, farbror."*

*F: Är det nånting som du skulle vilja bli särbehandlad för, för att du är ungrare.*

*S: Nej.*

*F: Ingenting?*

*S: Nej. Nej.*

(ungersk man, 74 år)

Det finns andra som uppger att de aldrig upplevt sig bli behandlade som invandrare. Två av dem är en ryska och en finska. De svarar ungefär likadant på ett sätt som anknyter till normalitetsprincipen, dvs. strävan eller viljan att vara lik andra i omgivningen. Den ryska kvinnan svarar så här på frågan om hon blivit särbehandlad på grund av sin bakgrund:

*Nej, Jag tror inte det. Jag tror inte att sjukhuspersonalen eller de på vårdcentralen märker att jag är ryska. Jag skulle inte uppskatta om personalen särbehandlar mig. Jag känner mig som en svenska och vill bli behandlad som en svensk.* (rysk kvinna, 72 år)

Den finska kvinnan säger:

*Jag har aldrig. Jag har lyckats för att jag har aldrig blivit behandlad som en finska. Jag har blivit behandlad som vilken människa som helst.* (finsk kvinna, 65 år)

En forskningsgrupp har studerat "coping" hos äldre invandrare som upplevt svåra trauman. Det gäller äldre armenier som nu bor i USA men som upplevde förföljelser under åren 1915-1923 när de bodde i Turkiet. De hade upplevt fysiska skador, förlust av anhöriga, plundring, flykt och förlust av status. De olika strategier som identifierades var religionsutövning, arbetsnarkomani, förnekelse och resignation (Kalayjian 1966).

Många beskriver olika strategier som hjälper dem att hantera sin situation när de möter vården och omsorgen. De vill helst inte särbehandlas. En del vill bli behandlade på samma sätt som landets infödda, en del säger sig vara gäster som inte kan kräva annat än det som de får, och andra har lärt sig att det är icke-västerländskt att klaga. Dessa uppfattningar bidrar till att de äldre intervjuade inte ville ställa krav på särbehandling.

### Hypotes 6

**"Alla äldre personer upplever vård och omsorg på samma sätt. Detta inkluderar även frågor om bemötande. Således kommer de äldre invandrarnas erfarenheter att likna svenskarnas erfarenheter. Båda grupper kommer att svara och reagera på samma sätt i en enkät eller en intervjusituation."**

Denna hypotes kunde egentligen inte testas i intervjumaterialet eftersom svenskar inte intervjuades. Emellertid verkar enkätsvaren ge ungefär likadana värden som brukarundersökningar av den svenska befolkningen när det gäller hur tillfredsställda de svarande är med servicen.

Intervjuerna tar upp en hel del negativ kritik av vården och omsorgen. Mestadels var kritiken densamma som vanligen ges i undersökningar av vård och omsorg: brist på kontinuitet,

stelbenta organisationsformer, felbehandlingar, personal som inte lyssnar, långa väntetider, stressiga miljöer och stressad personal, nedskärningar. Den enda specifika invandrarfrågan här är bristen på information.

Ett axplock av dessa klagomål är följande:

*Min egen läkare, som opererade mig, var bara där en dag efter operationen. Sen var han ledig. Jag fick problem med benet. Det svällde upp och blev missfärgat. /// Och då klagade jag att jag har så väldigt ont. Jag kunde inte sova. Ingen lyssnade på mig. Sjukgymnasten tittade på benet och såg missfärgningen och svullnaden. Så hon kallade på en läkare som gick rond. Men de kunde inte göra särskilt mycket, bara linda benet. Så jag upplevde att jag var liksom bortglömd. I och med att min läkare var borta. Jag anser att om min läkare är borta så ska de andra läkarna ha ansvar, efter en så pass stor operation som den här. Så då upplevde jag det lite grann att jag var liksom bortglömd, ingen lyssnade på mig att jag hade så ont och att det syntes att det var fel på benet. ///Men det har jag inte heller nån känsla av att det var, att det orsakats av att jag är finlandsfödd utan det var bara det, att systemet var bara så att var och en bara skötte sina patienter. Och när den läkaren inte fanns där så. Då är det liksom. Och det är ju det här just att stressen att, det är inte mitt bord.*  
(finsk kvinna, 65 år)

Hon säger klart ifrån att hon inte tror att det har att göra med det faktum att hon är finsk. En ungersk man, som har behov av täta relationer med läkare, säger så här:

*F: Du har skrivit eller kryssat för att du inte riktigt tycker att personalen riktigt lyssnar på dina behov?*

*S: Nej. Det är rätt.*

*F: Kan du ge något exempel eller?*

*S: Jo, det är heltäckande. Den där läkaren. När jag var hos husläkaren så bad jag om en tid och jag sa honom. "Jag är inte sjuk nu, men jag vill inte bli sjuk. Jag kommer till dig så att jag ska lära känna dig och du ska lära känna mig. Du ska*

*vara spindeln i nätet eller koordinator. Jag har hjärtspecialist som jag går på kontroll hos, jag har urolog som jag går till kontroll. Inte för att jag är sjuk utan för att jag inte vill bli överraskad med prostatacancer som är vanlig hos gubbar. Att han ska upptäcka det i god tid. Och, allt ska stråla ihop hos husläkaren." "Jaså, jaha, jag förstår." Punkt, slut.*

*Det, det, det hjälpte inte. När jag sökte honom igen då kom jag bara till systemen. "Ja, men doktorn är inte här". "Ja men doktorn är i Amerika". "Ja men doktorn håller kurs". "Ja men doktorn, ja men vi har en bra vikarie". Tack! Då kan man kasta husläkarsystemet i sopkorgen.*

*F: Mmm. Men... Så här, själva bemötandet, hur dom pratar till dig och... pratar till dig och hur dom behandlar dig så tycker du att...?*

*S: Det är mycket individuellt. Med min hjärtspecialist är jag mycket nöjd. Han känner mig, jag känner honom. Han vet vad jag vill ha. Han håller med mig, vi gjorde schema. Och, säger, okay, vi ses om ett halvt år. (ungersk man, 74 år)*

Många svar tar upp både sämre organisation, längre väntetider, brist på specialister och utebliven förbättring i samma uttalande. De som tycker att vården har försämrats på sistone ger svar av följande art:

*Det var bättre förr. Förr brukade de remittera till specialist när det behövdes. Nu är det mest allmänläkare eller AT-läkare som hjälper patienterna. Jag tycker inte att det blir samma behandling och vård som gamla behöver. Resultaten är inte desamma. ///*

*F: På enkäten står att du har positiva åsikter om sjukvården i Sverige. Har du annars några kritiska synpunkter på sjukvården i Sverige? Har det hänt någonting som du tycker är fel?*

*S: Nej, hittills har jag fått all hjälp jag behövde. Problemet är att jag inte blir bra. Förut brukade sjuksköterskorna kontrollera mitt sockervärde och blodtryck regelbundet. Nu är det inte längre så. Vi måste kontakta dem om jag blir sämre och tycker att det är något fel. Det här med husläkarsystemet var*

*bra eftersom patienterna kunde kontakta sin läkare så fort de mådde dåligt och fick hjälp genast, men nu måste man vänta flera veckor innan man får tid hos läkare. (iransk kvinna, 72 år)*

Det finns många fler klagomål av denna typ. I och med att de liknar klagomålen som den svenska befolkningen anför finns det ingen anledning att behandla dem som om de vore specifika för just äldre invandrare. En osäkerhet här är frågan om huruvida äldre invandrare upplever dessa problem som allvarligare än vad svenskar gör.

Hypotesen att äldre invandrare och äldre svenskar upplever vård och omsorg på samma sätt verkar ha visst fog. Den har inte kunnat prövas här, men föga av den kritik som framförs i intervjuerna tycks härstamma från annorlunda kulturella perspektiv eller särbehandling på grund av utländsk härkomst.

### Hypotes 7

**”Personalen gör mer eller mindre medvetet ett särskilt urval ur befolkningskategorin ‘människor födda i utlandet och äldre än 65 år’. Endast de människor som uppfyller kriterierna för konstruktionen ‘äldre invandrare’ kommer att räknas. Personal inom vård och omsorg kommer att klassificera människor enligt vad de uppfattar som socialmedicinska problem.”**

Denna hypotes har redan behandlats (se s. 54 f). Den sociala konstruktionen bygger i första hand på huruvida den äldre personen har kommunikationsproblem. Om en person behöver tolkhjälp eller har med sig en anhörig som tolkar, tillhör hon/han kategorin äldre invandrare.

Vårdcentralerna gör en ”sortering” av äldre med utländsk bakgrund. De som behöver extra hjälp och tolk betraktas som ”äldre invandrare”. De som inte har kommunikationsproblem riskerar att inte identifieras som ”äldre invandrare”. Den praktiska definitionen är således annorlunda och snävare än den statistiska definitionen.

## 7 Diskussion och rekommendationer

### 7.1 Inledning

Resultaten av enkät- och intervjuundersökningen samt genomgången av forskningslitteraturen ger underlag för diskussioner om planering av vård och omsorg om äldre och om behovet av mer forskning. Ytterligare frågor som aktualiseras berör utveckling och utformning av utbildning för personal och utbildningsmaterial.

Här behandlar vi först planeringen, eftersom det är angeläget att förändringar på det området inleds så snart som möjligt. Behovet av mer forskningsbaserad kunskap är givetvis mycket stort. Det vore dock missriktat att skjuta upp andra åtgärder med hänvisning till behovet av mer forskning.

### 7.2 Planering av insatser för äldre från andra länder

#### 7.2.1 Att upprätta planer – en del i bemötandet

Sedan 1970-talet har kommunerna och landstingen uppmanats att upprätta planer för att tillgodose invandrarnas behov av vård och omsorg. Sådana planer kan ingå som särskilda avsnitt inom ramen för de ordinarie övergripande kommunala planerna för vård och omsorg. De kan också utgöra separata dokument som enbart tar upp invandrarnas situation. Planer har upprättats på många håll i landet, men långt ifrån i alla kommuner. Det bör

noteras att varje kommun i Sverige nu har äldre invandrare i sin befolkning.

Att upprätta planer är ett tydligt formellt steg i processen att anpassa det offentliga utbudet av vård och omsorg till befolkningens behov nu och i framtiden. Majoriteten av dem som betecknas som ”äldre invandrare” är svenska medborgare. Lika lite som skillnader i klass eller kön bör leda till olika tillgång till service och vård, bör olika födelseländer ha betydelse. Genom att besluta om planer kan kommunerna markera att de har uppmärksammat pågående diskussioner om invandrarnas tillgång till den offentliga servicen. Det ger också tillfälle att överväga om det finns behov av andra slags service och om sådana efterfrågas. Att upprätta formella planer är därmed ett självklart inslag i bemötandet av den åldrande invandrade befolkningen. Det bör inte finnas utrymme för misstanken att äldre personer som klart behöver vård eller omsorg avstår från hjälp bara för att insatserna utformats på sätt som är kulturellt motbjudande för dem, eller därför att de inte kan kommunicera med personalen.

### 7.2.2 Behov av uppsökande verksamhet som komplement till statistik

Begreppet ”invandrare” är diffust. Alternativen att t.ex. använda begreppet ”minoritet” eller att urskilja ”invandrare” från ”flyktingar” har inte vunnit politiskt eller administrativt gensvar. Kanske skulle dessa begrepp inte heller göra planeringen enklare.

Ett huvudproblem är att inhämta och sammanställa relevant befolkningsstatistik som kan tjäna som bas för prognoser. Vissa svårigheter med folkbokföringen har redan nämnts – oklarheter om adresser och anmälning av flyttning. Men problemen kan vara större än så. Det är vanligt att man utgår från information om antalet utländska medborgare i kommunen, eftersom dessa siffror är lättillgängliga. Det blir helt missvisande, eftersom en stor del av invandrarna hinner bli svenska medborgare innan de blir gamla. Sålunda finns det risk att kommunen får veta att det



inte finns några invånare som är gamla invandrare eller att det bara finns ett fåtal, nämligen de som nyss anlänt till Sverige. Att anta att de naturaliserade svenska medborgarna inte skulle behöva kulturellt baserad vård och omsorg vore felaktigt. De allra flesta personer som bor t.ex. i särskilda boendeformer för äldre finländare, ester, judar och katoliker är svenska medborgare. Intervjuerna som ingår i den här utredningen visar att många kan ha levt länge i Sverige utan att anse sig kunna kommunicera på svenska språket. Förmågan att lära sig tala och förstå svenska varierar mycket.

Planer blir även ofta missvisande om de bara bygger på en indelning efter födelseländer. De flesta länder varifrån människor utvandrat till Sverige har varit komplexa samhällen med bl.a. annat etniska, språkliga och religiösa minoriteter. Ibland har tillhörighet till en minoritet varit utslagsgivande för att flyktingar kunnat få komma till Sverige – t.ex. indier från Uganda, kurder, assyrier/syrianer och armenier från Mellanöstern, olika folkslag från Balkanländerna, eritreaner och somalier från Etiopien. Det är alltså fel att anta att alla som kommer från Turkiet är turkar eller att alla från Etiopien är etiopier.

En central fråga vid planeringen av vård och omsorg är vilket hemspråk som används av brukarna. Här kan födelseland som indelningskriterium också vara missvisande. I enkätundersökningen deltog t.ex. 13 personer som var från Turkiet, men bara en talade turkiska – de andra språken var arabiska, armeniska, soryoyo och kurdiska. Förhållandet var likartat för dem som kom från Iran. Utöver persiska talades arabiska, armeniska, azeriska, kurdiska, soryoyo och turkiska.

När kommuner planerar för äldre invandrare bör information från folkbokföringen kompletteras med uppgifter som samlats in genom uppsökande kontakter med den äldre invandrade befolkningen. Först då är det möjligt att få uppgifter som har relevans för planering på den lokala nivån. Det är dessutom möjligt att samköra data från folkbokföringen med registren över brukare av hemtjänst och särskilda boendeformer. Detta ger sifferuppgifter om andelen invandrare i olika åldersgrupper som använder den offentliga servicen. Indelas statistiken efter

ursprungsländer kan man undersöka regionala skillnader. Det har t.ex. visat sig att utnyttjandet av service är högt bland äldre från västra och norra Europa, men mycket lågt bland personer från Asien och Afrika. Variationerna är större beträffande särskilda boendeformer än hemtjänst (Eriksson 1996, Gaunt 1996).

### 7.2.3 Särlosningar?

Ofta blir den första frågan vid planering ”ska vi bygga ett särskilt ålderdomshem för den berörda gruppen?” Rent logiskt borde denna fråga komma senare eftersom enskilda först brukar beviljas ett antal hemtjänststimmar och senare deltar i dagverksamhet eller flyttar till servicehus osv. Men den första frågan, som ibland blir den enda, är vanligtvis om det bör byggas ett särskilt ålderdomshem.

Förmodligen rör det sig om en tanketradition som startade innan den öppna vården och omsorgen slog igenom på 1960-talet. Dessförinnan fanns för enstaka grupper etniskt, kulturellt och religiöst baserade institutionella vårdmiljöer. På 1940-talet inrättades ett ålderdomshem för estlandssvenskar, Kustbohemmet, just med tanke på deras kulturella särart. Andra etniska ålderdomshem fanns för samerna (Andersson 1996). Religiöst baserade ålderdomshem med många invandrare drevs i Stockholm av de tyska, judiska och katolska församlingarna. Redan under 1960-talet började finska och estniska grupper agera för att etablera egna ålderdomshem. Således har det blivit något av en vana att planeringen inriktas på särskilda vårdmiljöer för invandrare. Även enkätundersökningar av servicebehov brukar ställa frågan om den intervjuade i framtiden kan tänka sig att bo på ett särskilt etniskt baserat ålderdomshem. Det är oklart vad de svarande har menat när de bejakat frågan, eftersom man inte kan tro att de verkligen vet hur livet på ett ålderdomshem är. Innebörden i och föreställningen om livet på ålderdomshem kan tänkas variera för varje enskild person.

Inriktningen på institutionella vård- och omsorgsformer för ”äldre invandrare” har många konsekvenser. För det första

kommer det ännu större behovet av etniskt och kulturellt ”känslig” och kunnig hemtjänst i skymundan. Om särskilda boendeformer är det enda alternativet, riskerar de äldre som vill bo kvar hemma att mot sin vilja behöva flytta till en sådan boendeform eller att bo kvar hemma utan tillgång till fullvärdig omsorg. För det andra är det dyrt att bygga och driva ålderdomshem. Framställningar om etniskt baserad äldrevård hamnar därför genast i problem kring finansiering. Idéer om etniskt baserade ålderdomshem riskerar att bli politiska stridsfrågor som avgörs av den etniska gruppens politiska betydelse, organisatoriska kompetens och allianser. Grupper som inte är starka nog för att vinna politiska strider riskerar att bli utan egna verksamheter oavsett hur behövande de gamla är. Gamla människor som tillhör grupper som är mycket små kanske blir helt förbisedda.

I England, där många invandrarföreningar står för service för gruppens egna gamla, har man noterat ett annat problem som sammanhänger med inrättandet av särskilda etniskt inriktade verksamheter, nämligen att den ordinarie offentliga äldreomsorgen inte längre anser sig behöva anstränga sig för att vara kulturellt orienterad. Man hänvisar vidare till föreningarna. Invandrarna som vill bo kvar i sina hem måste ändå flytta för att kunna nyttja den vård som föreningen driver (Ahmad & Atkin 1996).

En intressant positiv utveckling har skett i San Francisco. Där har en lokal kinesisk vårdorganisation, On Lok, vuxit och tar numera hand om en stor del av äldreomsorgen i stadens centrala distrikt. Kännetecknande för On Lok är en förmåga att engagera anhöriga i diskussioner om gamla människors vård. Detta har bildat mönster för kvalitetsförbättring av vård och omsorg om äldre i USA (Van Steenberg 1993).

#### 7.2.4 Ytterligare några planeringsfrågor

Krav har ofta rests om att tvåspråkig personal ska rekryteras aktivt till äldreomsorgen för att ge vård och omsorg till de gamla invandrarna. Det är oklart i vilken grad tvåspråkig

personal har anställts och hur vanligt det är att arbetsledningen försöker finna vårdbiträden som kan kommunicera med en äldre person som inte kan göra sig gällande på svenska språket. Anekdotiskt material, även i denna undersökning, antyder i vissa fall att invandrade vårdbiträden och äldre från samma kulturkrets försöker undvika varandra därför att situationen blir påfrestande. Orsakerna till detta bör undersökas, för att se om de sammanhänger med organisationernas sätt att behandla både den äldre personen och personalen.

Satsningarna på särskilda vårdmiljöer har ägt rum i stora och mellanstora städer och varit begränsade till ett fåtal av de stora invandrargrupperna, framför allt finländare. Vad sker med smågrupperna eller i små kommuner där antalet äldre invandrare är litet? En äldre grekisk eller indisk pensionär som bor i en mindre bruksort kan (med tanke på social isolering) vara mer utsatt än en äldre invandrare i Stockholm som kanske har hundratals äldre landsmän att umgås med. Det är dock svårt att motivera särskilda satsningar i varje kommun och för varje grupp om befolkningsunderlaget är litet.

Det är ett problem som också återfinns t.ex. i Australiens glesbygd. En lösning där har varit mångkulturella verksamheter för äldre från många olika länder. Personalen förstärks med tvåspråkig personal som ambulerar mellan kommunerna. Åtminstone en gång i veckan ska någon eller några personer vara på plats som kan kommunicera på de mest ovanliga språken. Detta bygger på ett slags samarbete mellan kommunerna som kan jämföras med det som har funnits i Sverige vad gäller hemspråksundervisning i skolorna, men som varit sällsynt inom äldreomsorgen. En annan modell i Australien har varit att blanda personer med många olika bakgrunder på samma inrättning. I Springvale (i delstaten Victoria) finns en enhet med 29 platser där det bor personer med grekisk, italiensk, polsk, jugoslavisk, maltesisk, indokinesisk, turkisk och arabisk bakgrund. Enligt uppgift har en social gemenskap utvecklats trots kommunikationssvårigheter (Australian Council on the Ageing 1990).

### 7.3 Behov av utbildning och utbildningsmaterial

Om äldreomsorgen ska utvecklas mot större flexibilitet, kunnande och känslighet i kulturella och etniska frågor, är det nödvändigt att utbildningen av personal utvecklas i samma riktning. Det gäller såväl grundläggande utbildning vid vårdgymnasier, högskolor och universitet som fort- och vidareutbildning av personal. Fort- och vidareutbildningen av personal i kulturfrågor är tämligen eftersatt i jämförelse med utbildningsinsatserna kring behandling av olika sjukdomar eller i samband med ändringar av lagstiftning. Svenska Kommunförbundet och Socialstyrelsen har ordnat konferenser på temat "äldre invandrare" inom vård och omsorg, men dessa konferenser har inte varit välbesökta. En del konferenser har t.o.m. fått ställas in på grund av för få anmälningar.

Det råder även brist på utbildningsmaterial. Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet (Järtelius 1991) har dock producerat en del material riktat till allmänheten.

Förekommande material brukar sällan gå längre än att konstatera att äldre invandrare finns och kan uppleva sin vistelse i Sverige på olika sätt. I antologier om äldre människor förekommer ofta artiklar om invandrarnas "kulturella" föreställningar och villkor. Okänslig kurslitteratur kan ibland förstärka stereotyper om "andra" kulturer och därmed bekräfta fördomar mot vissa grupper av invandrare. Ibland har den här sortens litteratur försökt skapa känslor av medlidande för äldre invandrare genom att framställa dem som offer.

FoU-enheten (tidigare FoU-byrån s. 24) har publicerat flera forskningsrapporter om olika grupper äldre. Det är breda lägesbeskrivningar om några av de största invandrargrupperna såsom finländare, ester, iranier och andra grupperingar från Mellanöstern. Några mellanstora grupper har också undersökts – greker, latinamerikaner, italienare och judar.

Det saknas dock övergripande texter som behandlar alla slags etniska och religiösa grupper/minoriteter och sätter gruppernas situation i förhållande till åldrandet. Det som idag finns till-

gängligt på svenska av detta slag är Owe Ronströms inledningskapitel i "Vem tar hand om de gamla invandrarna" (1996) samt temanumret "Etnicitet, åldrande och hälsa" av Socialmedicinsk tidskrift (1996:7-8). Det finns ett fåtal skrifter som behandlar transkulturella frågor inom vården i allmänhet och i vissa fall blir aspekter på att åldras i en främmande kultur belysta.

## 7.4 Rekommendationer

Mot bakgrund av nuvarande kunskapsläge är våra rekommendationer sammanfattningsvis följande:

- Det är väsentligt att börja planera
- Brukarnas önskemål bör belysas genom uppsökande verksamhet
- Det bör göras en analys av vilka grupper som är representerade i kommunen/kommundelen etc.
- Planeringen bör omfatta både vård och omsorg ("hela vårdkedjan") liksom både hemtjänst och särskilda boendeformer
- Utbildning i bemötande av äldre från andra länder måste stärkas och genomföras med stöd av det underlag som inhämtas bl.a. vid uppsökande verksamhet
- Tillgång till vård och omsorg på hemspråket måste utvecklas för äldre som tillhör smågrupper eller bor i små kommuner; detta ställer krav på samarbetsformer mellan kommuner och kommundelar, mellan huvudmännen och mellan olika verksamheter inom vård och omsorg om äldre.

## 7.5 Behov av forskning

Den svenska forskningen om äldre invandrare har ökat kraftigt under 1990-talet och bedrivs vid flera universitet och inom flera discipliner. Det görs många epidemiologiska studier av

socialmedicinska frågor (huvudsakligen om de stora invandrargrupperna), men i dessa studier ryms också frågor om individernas identitet i förhållande till sin ursprungsgrupp och sitt hemland. En del studier har också gjorts om planering och organisering av verksamheter för äldre invandrare. Gemensamt för nästan alla dessa studier är att de belyser en viss gruppssituation. Jämförande studier av olika etniska eller religiösa grupper förbereds, men har ännu inte blivit slutförda (FoU-enheten i Stockholm).

Behovet av ytterligare forskning är stort. Sett i det perspektiv som gäller frågor om bemötande bör tyngdpunkten läggas på forskning om dels familjernas sociala situation dels de gamlas psykiska hälsa. De gamla invandrarna bor mycket ofta i samma hushåll som sina barn och barnbarn. De kan också bo för sig själva men mycket nära sina anhöriga. En etablerad åsikt är att anhöriga till äldre invandrare gör större insatser för sina gamla än den genomsnittlige svensken gör för sina närstående. Detta har egentligen inte undersökts systematiskt. Det är inte heller undersökt om de invandrade anhöriga behöver stöd utifrån för att bättre klara av vården och omsorgen. En smärre undersökning i en kommun (Heikkilä 1991) visar att anhörigrollen kan komma i konflikt med roller och krav i det svenska skol- och yrkeslivet.

Konflikter mellan de gamla och deras familjer i tregenerationershushåll har upptäckts av flera forskare som arbetat med antropologiska metoder (Songur 1992, Hajjghasemi 1994). Det är av intresse att studera dessa konflikter i ett könsperspektiv, dels på grund av att vissa kulturer har en patriarkalisk tradition av vördnad för gamla män vilken här i landet blir ifrågasatt, dels för att äldre kvinnor, t.ex. från Mellanöstern och Sydamerika, i Sverige får möjlighet att flytta ut ur sina barns hushåll och leva ensamma. Vad som kan ligga bakom ett val av sådan bosättning är oklart.

Mer kunskap om familjens struktur och relationer mellan generationerna är särskilt viktig eftersom anhöriga mycket ofta används som tolkar i kontakter med personalen inom vård och omsorg. Anhöriga är kanske inte helt lämpliga som

tolkar alla gånger, t.ex. om diskussionerna rör sig om förvärrade sjukdomstillstånd och svåra beslut. Om de anhöriga dessutom är osams med varandra eller hjälper till motvilligt, riskerar kommunikationen att gå snett.

En annan väsentlig forskningsinsats med betydelse för frågor om bemötande vore att undersöka de gamla invandrarernas psykiska hälsa. Många undersökningar har visat att det inte föreligger några stora skillnader mellan äldre svenskar och äldre invandrare vad gäller den fysiska hälsan. Däremot finner forskare hos de äldre invandrarna mer av symtom som ensamhet, oro och subjektivt upplevd ohälsa, vilka tyder på psykiska problem (se s. 68 f). En del kan hänga ihop med isolering. Det är teoretiskt möjligt att tidigare upplevelser av svåra trauman kan ligga bakom det förhållande att så många äldre flyktingar uppger att de ofta blir missförstådda av personalen. I så fall är kommunikationsproblemen inte enbart en fråga om att kunna eller inte kunna det svenska språket.



## Litteraturreferenser

- Ahmad, Waqar & Karl Atkin (red.) 1996. "Race" and Community Care. Buckingham: Open University Press.
- Ahmadi, Fereshteh & Lars Tornstam 1996. "De gamla flygande holländarna" *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:7-8, s 379-384.
- Andersson, Lena 1996. "Lapphemmen i Norrbotten" *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:7-8, s 417-424.
- Askham, J. m.fl. 1995. *Social and Health Authority Services for Elderly People from Black and Minority Communities*. London: HMSO.
- Atkin, Karl och Janet Rollings 1993. *Community Care in a Multi-Racial Britain: a critical review of the literature*. Social Policy Research Unit. London: HMSO.
- Australian Council on the Ageing 1990. *Ethnic Aged Bulletin*. May 1990. Melbourne.
- Bacal, Azril 1996. "Åldrandet och etnisk identitet bland latinamerikaner i Sverige" *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:7-8, s 392-397.
- Barker, J.C. 1994. "Recognizing cultural differences: health-care providers and elderly patients" i D. Wieland m. fl. Red. *Cultural Diversity and Geriatric Care*. Binghamton, N.Y.: Haworth 9-22.
- Barresi, C. & Stull, D. Red. 1993. *Ethnic Elderly and Long Term Care*. N.Y. Springer.
- Blakemore, K. & M. Boneham 1994. *Age, race and ethnicity: a comparative approach*. Buckingham Open University Press.
- Calmar, Björn 1995. *Barn av svärdets år - en studie om äldre assyrier/syrianer i Södertälje kommun*. Stockholm: Äldrecentrum 1995:1.
- Collins, Randall 1994. *Four Sociological Traditions*. Oxford: Oxford University Press.

- Dahl, Lena 1981. Äldre invandrare. Jönköping: Institutet för gerontologi.
- Devore, Wynetta och Elfriede Schlesinger 1987. *Ethnic-Sensitive Social Work Practice*. Columbus.
- Driedger, Leo och Neena Chappell 1986. *Aging and Ethnicity Toward an Interface*. Toronto: Butterwoth.
- Ekblad, Solvig m.fl. 1996. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning.
- Eklund, Charlotte 1996. Farliga kärringar och lortgubbar. Kön, tradition, modernitet i folklöre om äldre. Stockholm: FoU-enheten. FoU-rapport 1996:20.
- Eriksson, Tom 1996. Äldre invandrare. Aktiv uppföljning. Socialstyrelsen.
- Frankel, Greta 1996. "Stockholms judiska åldringsvård" *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:7-8, s 425-429.
- Gaunt, David 1996. "Etnicitet, åldrande och hälsa: introduktion till ett nytt forskningsfält" *Socialmedicinsk tidskrift* 1996:7-8, s 339-346.
- Gelfand, D. & Barresi, C. 1987. *Ethnic Dimensions of Aging*. N.Y: Springer.
- Goffman, Erwin 1961. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin.
- Hajjghasemi, F. 1994. *Invandring på gamla dar - sextio äldre iranier berättar*. Stockholm: FoU-byrån.
- Heikkilä, K. 1994. *Mer än halva livet. En studie av äldre finländska invandrare i Sverige*. Stockholm: FoU-byrån.
- Hochschild, Arlie Russel 1983. *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Jenkins, Richard 1997. *Rethinking Ethnicity. Arguments and Explorations*. London: Sage.
- Järtelius, Arne 1991. *Moderna pionjärer. Äldre invandrare i Sverige*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.
- Karupää, M. 1992. *Med en koffert kvar i Tallinn. Estniska pensionärer i Stockholm*. Stockholm: FoU-byrån.

- Kavenagh, Kathryn & Patricia Kennedy 1992. Promoting Cultural Diversity. Strategies for Health Care Professionals. London: Sage.
- Kastenbaum, R. 1979. "Reflections on old age, ethnicity and death" i D.E.Gelfand & A.J. Kutzik red. Ethnicity and aging: theory, research and policy. N.Y.:Springer.
- Kleinman, A. 1980. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.
- Lakoff, George. 1987. Women, Fire, and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mind. Chicago: University of Chicago Press.
- Lauritzen, Sonja Olin & Lisbeth Sachs (red.) 1994. Health Care Encounters and Culture: Interdisciplinary Perspectives. Botkyrka: Mångkulturellt centrum.
- Lazarus, E.S. 1988. "Theoretical considerations for the study of the doctor-patient relationship: implications of a perinatal study" Medical Anthropology Quarterly 2:1, 34-58.
- Linde, Gisela 1996. "Älvsjöhemmet - en särlösning" i Ronström 1996, s 93-202.
- Lindqvist, Lotte 1996. "Vem planerar för vem och varför?" i Ronström 1996, s 203-268.
- Lupton, Deborah 1994. Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies. London: Sage.
- Markides, K. 1996. "Race, Ethnicity and Aging. The Impact of Inequality" i R. Binstock red. Handbook of Aging and the Social Sciences. New York: Academic.
- Möller, Tommy 1996. Brukare och klienter i välfärdsstaten. Om missnöje och påverkansmöjligheter inom barn- och äldreomsorg. Stockholm: Publica.
- Ponzio, Sophia 1996. Äldre och invandrare. Gamla italienare och assyrier/syrianer i Stockholm. Stockholm: FoU-enheten. FoU-rapport 1996:18.
- Removing Cultural and Language Barriers to Health (Canberra 1993).
- Ronström, Owe 1992. Att gestalta ett ursprung. En musiketnologisk studie av dansande och musicerande bland jugoslaver i Stockholm. Stockholm: Institutet för folklivsforskning.

- Ronström, Owe red., 1996. Vem ska ta hand om de gamla invandrarna? Stockholm: FoU-enheten rapport 1996:3.
- Sachs, Lisbeth 1980. Gamla invandrare i Sverige. En problem-inventering. Socialstyrelsen: Äldreomsorgsprogrammet. Rapport 1980:6.
- Sachs, Lisbeth 1992. Vårdens etnografi. Om hälsa, sjukdom och vård i sitt kulturella sammanhang. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Songur, Welat 1992. Att åldras i främmande land. Om mellan-östernspensionärer i Sverige. Stockholm: FoU-byrån.
- Songur, Welat 1996. Äldre invandrare i tre europeiska städer - livsvillkor i ett jämförande socialpolitiskt perspektiv. Stockholm: FoU-enheten. Rapport 1996:26.
- SOU 1974:69. Invandrarutredningen 3. Invandrarna och minoriteterna. Stockholm.
- SOU 1984:58. Invandrar- och minoritetspolitiken. Stockholm.
- Squires, Amanda red. 1991. Multicultural Health Care and Rehabilitation of Older People. London.
- Thomas, Annica och Hans Heggemann 1989. Några gamla människors perspektiv på livet och hemtjänsten. Stockholm: FoU-byrån. FoU-rapport 111.
- Van Steenberg, Carol, Ansak, Marie-Louise & Jennie Chindhansen 1993. "On Lok's Model: Managed Long-term Care" i Charles Bareresi & Donald Stull (red) *Ethnic Elderly and Long-term Care*. New York: Springer. s 178-190.
- Waldron, Jeremy 1995. "Minority Cultures and the Cosmopolitan Alternative" i Will Kymlicka red., *The Rights of Minority Cultures*. Oxford: Oxford University Press.
- Zetzell, Inger 1980. Äldre invandrare. En bakgrund. Socialstyrelsen: äldreomsorgsprogrammet. Rapport 1980:5.
- Ädelutvärdering 94:4. Brukarnas och personalens syn på Ädel. Stockholm: Socialstyrelsen.

## Tabeller baserade på enkätsvaren

### **Bakgrundsfakta**

1. Kön
2. Hemkommun redovisad efter antal invånare (1000-tal)
3. Åldersfördelning (femårsintervaller)
4. Årtal för ankomst till Sverige första gången
5. Boendeförhållanden
6. Antal personer som har hemtjänst

### **Kommunikation**

7. Hemspråk/modersmål (enligt egna uppgifter)
8. Förmåga att tala svenska
9. Förmåga att läsa svenska
10. Behöver Du tolk i kontakten med vården och omsorgen?
11. Händer det att personalen missförstår vad Du vill?

### **Bedömning av kvalitet i vård och omsorg**

12. Hur har Dina erfarenheter av den svenska sjukvården varit?
13. Vad tycker Du om den svenska sjukvården?
14. Vad tycker Du om den svenska äldreomsorgen?
15. Har du ansökt om hemtjänst?
16. Sjukdomar och besvär (flera svar möjliga)

### **Bemötande**

17. Tycker Du att Du möts med tillräcklig respekt och hänsyn i vården?
18. Tycker Du att Du får veta tillräckligt mycket om den behandling Du får?
19. Anser Du att Du någon gång fått felaktig behandling?
20. Tycker Du att personalen ger Dig tillräcklig hjälp och stöd?
21. Är personalen mjuk och varsam när den undersöker, ger injektioner, m.m.?
22. Tycker Du att personalen tar sig tid att lyssna på Dina behov?
23. Brukar personalen vara vänlig och artig mot Dig?

## Alla tabeller indelade efter födelseland

### Bakgrundsfakta

**Tabell 1. Antal personer, födelseland och kön**

Födelseland	Man	Kvinna	Totalt
Finland	9	18	27
Iran	7	9	16
Turkiet	6	7	13
Bosnien	5	7	12
fd Jugoslavien	4	7	11
Irak	5	4	9
Polen	2	5	7
Tyskland	2	4	6
Ungern	1	3	4
Chile	0	4	4
Ryssland	0	3	3
Estland	1	2	3
Libanon	0	3	3
Danmark	2	0	2
Kroatien	2	0	2
Syrien	1	1	2
Belgien	0	1	1
Brasilien	0	1	1
Bulgarien	0	1	1
Holland	1	0	1
Indien	0	1	1
Italien	0	1	1
Kina	0	1	1
Kosovo <sup>1</sup>	0	1	1
Marocko	0	1	1
Palestina	0	1	1
Slovenien	1	0	1
Tjeckien	1	0	1
Uruguay	1	0	1
Österrike	1	0	1
Ingen uppgift	1	2	3
<b>Totalt</b>	<b>53</b>	<b>88</b>	<b>141</b>

<sup>1</sup>Tillhör egentligen fd Jugoslavien

Tabell 2. Hemkommun redovisad efter antal invånare (tusental)

Födelseland	-151 Invån.	150-101 Invån.	100-51 Invån.	50-11 Invån.	Mindre än 11 Invån.	Totalt
Finland	3	5	9	8	2	27
Iran	7	4	2	2	0	15
Turkiet	1	7	3	1	0	12
Bosnien fd Jugoslavien	4	1	6	0	1	12
Irak	1	1	9	0	0	11
	2	1	6	0	0	9
Polen	3	1	2	0	0	6
Tyskland	1	0	2	3	0	6
Ungern	2	0	1	1	0	4
Chile	1	3	0	0	0	4
Ryssland	1	1	1	0	0	3
Estland	0	0	3	0	0	3
Libanon	1	1	0	1	0	3
Danmark	1	0	1	0	0	2
Kroatien	1	0	1	0	0	2
Syrien	0	2	0	0	0	2
Övriga	1	2	9	0	2	14
<b>Totalt</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>55</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>135<sup>2</sup></b>

<sup>2</sup>Uppgift saknas för sex personer

Tabell 3. Åldersfördelning (5-års intervaller)

Födelseland	-85 år	84-80 år	79-75 år	74-70 år	69-65 år	-64 år	Totalt
Finland	0	1	3	15	7	1	27
Iran	0	2	4	6	3	1	16
Turkiet	1	1	1	4	6	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	0	0	1	3	8	0	12
Irak	1	0	1	1	8	0	11
	0	0	1	4	4	0	9
Polen	1	2	2	2	0	0	7
Tyskland	0	2	1	0	3	0	6
Ungern	1	1	1	1	0	0	4
Chile	1	0	0	2	1	0	4
Ryssland	1	0	0	1	1	0	3
Estland	1	1	1	0	0	0	3
Libanon	1	1	0	0	0	0	2
Danmark	0	0	1	0	1	0	2
Kroatien	0	0	0	1	1	0	2
Syrien	0	0	0	1	1	0	2
Övriga	0	1	5	2	7	0	15
<b>Totalt</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>43</b>	<b>51</b>	<b>2</b>	<b>138<sup>3</sup></b>

<sup>3</sup>Uppgift saknas för tre personer



**Tabell 4. Årtal för ankomst till Sverige första gången**

Födelseland	-1939 1949	1940- 1959	1950- 1959	1960- 1969	1970- 1979	1980- 1989	1990	Totalt
Finland	0	1	9	11	4	0	0	25
Iran	0	0	0	0	1	9	5	15
Turkiet	0	0	0	0	10	3	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	0	0	0	0	0	0	12	12
Irak	0	0	0	4	2	0	4	10
	0	0	0	0	0	4	4	8
Polen	0	2	1	2	1	1	0	7
Tyskland	0	1	5	0	0	0	0	6
Ungern	0	0	2	2	0	0	0	4
Chile	0	0	0	0	2	2	0	4
Ryssland	0	0	1	0	0	1	1	3
Estland	2	1	0	0	0	0	0	3
Libanon	0	0	0	0	1	1	0	2
Danmark	0	2	0	0	0	0	0	2
Kroatien	0	1	0	1	0	0	0	2
Syrien	0	0	0	0	0	1	0	1
Övriga	0	2	3	3	1	2	4	15
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>132<sup>4</sup></b>

<sup>4</sup>Uppgift saknas för 9 personer

**Tabell 5. Boendeförhållanden**

Födelseland	Bor ensam	Bor med make/ maka/ sambo	Bor med maka/ make och barn	Bor med barn	Bor med annan	Totalt
Finland	12	13	2	0	0	27
Iran	6	4	0	4	1	15
Turkiet	3	4	4	2	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	4 6	6 4	0 0	3 1	0 0	13 11
Irak	1	4	2	2	0	9
Polen	1	4	1	0	0	6
Tyskland	0	6	0	0	0	6
Ungern	3	1	0	0	0	4
Chile	3	1	0	0	0	4
Ryssland	3	0	0	0	0	3
Estland	1	2	0	0	0	3
Libanon	1	0	0	0	0	1
Danmark	2	0	0	0	0	2
Kroatien	1	0	0	0	0	1
Syrien	0	1	0	0	0	1
Övriga	5	3	0	6	3	17
<b>Totalt</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>136<sup>5</sup></b>

<sup>5</sup>Uppgift saknas för 5 personer

Tabell 6. Antal personer som har hemtjänst

Födelseland	Har hemtjänst <sup>6</sup>	Totalt
Finland	2	27
Iran	1	16
Turkiet	1	13
Bosnien fd Jugoslavien	0	12
Irak	0	11
	1	9
Polen	2	7
Tyskland	0	6
Ungern	3	4
Chile	0	4
Ryssland	0	3
Estland	0	3
Libanon	2	3
Danmark	0	2
Kroatien	0	2
Syrien	0	2
Övriga	0	17
<b>Totalt</b>	<b>12</b>	<b>141</b>

<sup>6</sup>Uppgift saknas för 9 personer

## Kommunikation

Tabell 7. Hemspråk/modersmål (enligt egna uppgifter)

Födelse-land	Hemspråk/modersmål <sup>7</sup>
Finland	Finska 23, svenska 3, finska-svenska 2
Iran	Persiska 11, arabiska 1, kurdiska 1, suryoyo 1, turkiska 1, persiska-azariska 1, persiska-armeniska 1
Turkiet	Turkiska 1, arabiska 2, armeniska 2, suryoyo 6, kurdiska-assyriska 1, turkiska-franska 1, assyriska-arabiska 1
Bosnien	Bosniska 9, serbokroatiska 3
fd Jugoslavien	Serbokroatiska 9, ungerska-serbokroatiska 1
Irak	Arabiska 4, kurdiska 3, assyriska 2
Polen	Polska 6, svenska 1
Tyskland	Tyska 5
Ungern	Ungerska 4
Chile	Spanska 4
Ryssland	Ryska 3
Estland	Svenska 2, estniska 1
Libanon	Arabiska 2, suryoyo 1
Danmark	Danska 1, danska-engelska 1
Kroatien	Kroatiska 2
Syrien	Arabiska 1, assyriska-arabiska 1
Belgien	Franska 1
Brasilien	Portugisiska 1
Bulgarien	Turkiska 1
Holland	Holländska 1
Indien	Gujarati 1
Italien	Italienska 1

<sup>7</sup>När "svenska" har angetts är det oftast fråga om det språk som talas i hemmet

Kina	Kinesiska 1
Kosovo	Albanska 1
Marocko	Arabiska 1
Palestina	Arabiska 1
Slovenien	Slovenska 1
Tjeckien	Tyska 1
Uruguay	Spanska 1
Österrike	Tyska 1

**Tabell 8. Förmåga att tala svenska**

Födelseland	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt	Totalt
Finland	2	10	7	8	27
Iran	0	0	2	7	9
Turkiet	0	1	7	5	13
Bosnien	0	0	4	8	12
fd Jugoslavien	0	3	1	7	11
Irak	0	0	2	7	9
Polen	2	2	2	0	6
Tyskland	2	4	0	0	6
Ungern	2	1	1	0	4
Chile	0	0	1	3	4
Ryssland	1	0	0	2	3
Estland	0	3	0	0	3
Libanon	0	1	0	2	3
Danmark	1	1	0	0	2
Kroatien	1	1	0	0	2
Syrien	0	0	1	1	2
Övriga	3	3	4	10	20
<b>Totalt</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>60</b>	<b>134<sup>8</sup></b>

<sup>8</sup>Uppgift saknas för 7 personer

Tabell 9. Förmåga att läsa svenska

Födelseland	Mycket bra	Ganska bra	Ganska dåligt	Mycket dåligt	Totalt
Finland	6	7	5	9	27
Iran	0	1	3	12	16
Turkiet	0	0	5	8	13
Bosnien fd Jugoslavien	0 1	0 2	4 1	8 7	12 11
Irak	0	1	1	7	9
Polen	3	1	2	0	6
Tyskland	3	3	0	0	6
Ungern	2	1	1	0	4
Chile	0	0	1	3	4
Ryssland	1	0	1	1	3
Estland	0	3	0	0	3
Libanon	0	0	0	3	3
Danmark	2	0	0	0	2
Kroatien	1	1	0	0	2
Syrien	0	0	1	1	2
Övriga	4	4	1	5	14
<b>Totalt</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>26</b>	<b>64</b>	<b>137<sup>9</sup></b>

<sup>9</sup>Uppgift saknas för 4 personer

**Tabell 10. Behöver Du tolk i kontakten med vården och omsorgen?**

Födelseland	Tolkbehov <sup>10</sup>	Totalt antal personer
Finland	14	27
Iran	14	16
Turkiet	13	13
Bosnien fd Jugoslavien	12	12
Irak	9	11
	8	9
Polen	2	7
Tyskland	0	6
Ungern	1	4
Chile	3	4
Ryssland	2	3
Estland	0	3
Libanon	3	3
Danmark	0	2
Kroatien	0	2
Syrien	2	2
Övriga	4	17
<b>Totalt</b>	<b>87</b>	<b>141</b>

<sup>10</sup>Uppgift saknas för 4 personer



Tabell 11. Händer det att personalen missförstår vad Du vill?

Födelseland	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Totalt
Finland	2	4	11	9	27
Iran	3	3	3	7	16
Turkiet	2	1	7	3	13
Bosnien fd Jugoslavien	0	2	5	5	12
Irak	0	0	5	6	11
	1	1	2	5	9
Polen	0	1	3	2	6
Tyskland	0	0	3	3	6
Ungern	0	0	2	2	4
Chile	0	1	2	1	4
Ryssland	0	0	1	2	3
Estland	1	0	0	2	3
Libanon	0	2	0	1	3
Danmark	0	0	0	2	2
Kroatien	0	0	2	0	2
Syrien	0	0	0	2	2
Övriga	1	0	6	6	13
<b>Totalt</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>135<sup>11</sup></b>

<sup>11</sup>Uppgift saknas för 6 personer

## Bedömning av kvalitet i vård och omsorg

**Tabell 12. Hur har Dina erfarenheter av den svenska sjukvården varit?**

Födelseland	Mycket goda	Mest goda	Mest dåliga	Bara dåliga	Totalt
Finland	13	11	3	0	27
Iran	7	9	0	0	16
Turkiet	7	5	1	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	5 8	5 3	1 0	1 0	12 11
Irak	4	2	2	1	9
Polen	1	4	0	1	6
Tyskland	3	3	0	0	6
Ungern	0	4	0	0	4
Chile	2	1	1	0	4
Ryssland	0	3	0	0	3
Estland	0	3	0	0	3
Libanon	2	1	0	0	3
Danmark	1	1	0	0	2
Kroatien	0	1	0	0	1
Syrien	2	0	0	0	2
Övriga	7	4	0	0	11
<b>Totalt</b>	<b>62</b>	<b>60</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>133<sup>12</sup></b>

<sup>12</sup>Uppgift saknas för 8 personer

Tabell 13. Vad tycker Du om den svenska sjukvården?

Födelse-land	Bra	Varken bra eller dålig	Dålig	Totalt
Finland	20	7	0	27
Iran	14	2	0	16
Turkiet	11	2	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	12	0	0	12
Irak	11	0	0	11
	7	2	0	9
Polen	2	1	2	5
Tyskland	4	2	0	6
Ungern	4	0	0	4
Chile	3	1	0	4
Ryssland	3	0	0	3
Estland	2	1	0	3
Libanon	3	0	0	3
Danmark	1	1	0	2
Kroatien	1	0	0	1
Syrien	2	0	0	2
Övriga	10	1	0	11
<b>Totalt</b>	<b>110</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>132<sup>13</sup></b>

<sup>13</sup>Uppgift saknas för 9 personer

**Tabell 14. Vad tycker Du om den svenska äldreomsorgen?**

Födelseland	Bra	Varken bra eller dålig	Dålig	Vet ej	Totalt
Finland	6	12	4	2	24
Iran	10	4	0	1	15
Turkiet	8	5	0	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	10	0	1	1	12
Irak	5	3	0	1	9
	7	1	0	0	8
Polen	0	2	4	0	6
Tyskland	1	4	0	0	5
Ungern	1	2	0	1	4
Chile	1	2	0	0	3
Ryssland	2	1	0	0	3
Estland	0	3	0	0	3
Libanon	3	0	0	0	3
Danmark	0	1	0	1	2
Kroatien	1	0	0	0	1
Syrien	2	0	0	0	2
Övriga	6	2	0	1	9
<b>Totalt</b>	<b>63</b>	<b>42</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>122<sup>14</sup></b>

<sup>14</sup>Uppgift saknas för 19 personer

Tabell 15. Har Du ansökt om hemtjänst?

Födelseland	Ja, jag fick tillräckligt mycket hjälp	Ja, jag fick för lite hjälp	Ja, jag fick ingen hjälp	Nej	Totalt
Finland	6	0	0	20	26
Iran	3	1	1	10	15
Turkiet	2	0	1	10	13
Bosnien fd Jugoslavien	0 1	0 0	0 0	12 10	12 11
Irak	0	1	0	8	9
Polen	0	2	0	4	6
Tyskland	0	0	1	5	6
Ungern	2	0	0	1	3
Chile	0	0	0	4	4
Ryssland	0	0	0	3	3
Estland	1	0	0	2	3
Libanon	1	0	0	2	3
Danmark	0	0	0	1	1
Kroatien	0	0	0	1	1
Syrien	1	0	0	1	2
Övriga	1	1	0	10	12
<b>Totalt</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>103</b>	<b>130<sup>15</sup></b>

Tabell 16. Sjukdomar och besvär (flera svar möjliga)

Födelseland	Livs- hotande sjukdom eller skada	För- svårar det dagliga livet	Daglig värk eller besvär	Ångest, oro, dep- ression	Annan allvarlig sjukdom eller besvär	Totalt
Finland	4	11	17	1	10	27
Iran	6	10	11	6	5	16
Turkiet	1	4	8	2	5	13
Bosnien fd Jugoslavien	0 2	5 4	7 9	3 2	4 4	12 11
Irak	2	3	4	2	2	9
Polen	1	2	2	3	2	7
Tyskland	0	2	3	0	2	6
Ungern	1	3	3	0	2	4
Chile	0	1	3	0	2	4
Ryssland	0	2	2	1	1	3
Estland	0	1	1	0	0	3
Libanon	1	1	2	1	0	3
Danmark	0	1	-	0	-	2
Kroatien	1	0	1	1	1	2
Syrien	0	0	1	0	0	2
Övriga	0	3	6	2	3	17
<b>Totalt</b>	<b>19</b>	<b>53</b>	<b>80</b>	<b>24</b>	<b>43</b>	<b>141</b>

## Bemötande

Tabell 17. Tycker Du att Du möts med tillräcklig respekt och hänsyn i värden?

Födelseland	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Totalt
Finland	13	12	2	0	27
Iran	13	3	0	0	16
Turkiet	7	6	0	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	9	3	0	0	12
Irak	6	5	0	0	11
	7	2	0	0	9
Polen	2	4	0	0	6
Tyskland	2	4	0	0	6
Ungern	2	2	0	0	4
Chile	3	1	0	0	4
Ryssland	2	1	0	0	3
Estland	3	0	0	0	3
Libanon	1	2	0	0	3
Danmark	0	2	0	0	2
Kroatien	0	0	1	0	1
Syrien	2	0	0	0	2
Övriga	10	3	0	0	13
<b>Totalt</b>	<b>82</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>135<sup>16</sup></b>

**Tabell 18. Tycker Du att Du får veta tillräckligt mycket om den behandling Du får?**

Födelseland	Ja <sup>17</sup>	Totalt antal personer
Finland	23	27
Iran	15	16
Turkiet	12	13
Bosnien fd Jugoslavien	10	12
Irak	10	11
	9	9
Polen	5	7
Tyskland	6	6
Ungern	3	4
Chile	4	4
Ryssland	3	3
Estland	3	3
Libanon	2	3
Danmark	1	2
Kroatien	0	2
Syrien	1	2
Övriga	11	15
<b>Totalt</b>	<b>118</b>	<b>141</b>

<sup>17</sup>Uppgift saknas för 10 personer



Tabell 19. Anser Du att Du någon gång fått felaktig behandling?

Födelseland	Ja, flera gånger	Ja, någon gång	Nej, aldrig	Totalt
Finland	2	6	18	26
Iran	1	6	9	16
Turkiet	0	6	7	13
Bosnien fd Jugoslavien	0 0	2 0	9 11	11 11
Irak	0	1	8	9
Polen	0	4	2	6
Tyskland	0	3	2	5
Ungern	0	2	2	4
Chile	0	1	3	4
Ryssland	0	1	2	3
Estland	0	0	3	3
Libanon	0	1	2	3
Danmark	0	0	2	2
Kroatien	0	1	0	1
Syrien	0	0	2	2
Övriga	1	2	9	12
<b>Totalt</b>	<b>4</b>	<b>36</b>	<b>91</b>	<b>131<sup>18</sup></b>

<sup>18</sup>Uppgift saknas för 10 personer

**Tabell 20. Tycker Du att personalen ger Dig tillräcklig hjälp och stöd?**

Födelseland	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Totalt
Finland	17	10	0	0	27
Iran	8	6	1	1	16
Turkiet	8	5	0	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	5 7	7 3	0 1	0 0	12 11
Irak	8	1	0	0	9
Polen	3	3	0	0	6
Tyskland	3	3	0	0	6
Ungern	1	3	0	0	4
Chile	3	1	0	0	4
Ryssland	1	2	0	0	3
Estland	2	1	0	0	3
Libanon	1	1	1	0	3
Danmark	0	2	0	0	2
Kroatien	0	1	0	0	1
Syrien	2	0	0	0	2
Övriga	6	4	0	0	10
<b>Totalt</b>	<b>76</b>	<b>53</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>132<sup>19</sup></b>

**Tabell 21. Är personalen mjuk och varsam när den undersöker, ger injektioner, m.m.?**

Födelseland	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Totalt
Finland	17	10	0	0	27
Iran	11	5	0	0	16
Turkiet	4	9	0	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	7	5	0	0	12
Irak	7	3	1	0	11
	8	1	0	0	9
Polen	3	3	0	0	6
Tyskland	4	2	0	0	6
Ungern	2	2	0	0	4
Chile	4	0	0	0	4
Ryssland	1	2	0	0	3
Estland	3	0	0	0	3
Libanon	1	2	0	0	3
Danmark	0	2	0	0	2
Kroatien	0	1	0	0	1
Syrien	2	0	0	0	2
Övriga	8	4	0	0	12
<b>Totalt</b>	<b>82</b>	<b>51</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>134<sup>20</sup></b>

<sup>20</sup>Uppgift saknas för 7 personer

Tabell 22. Tycker Du att personalen tar sig tid att lyssna på Dina behov?

Födelseland	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Totalt
Finland	13	14	0	0	27
Iran	12	3	1	0	16
Turkiet	4	9	0	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	7	5	0	0	12
Irak	7	4	0	0	11
	6	2	1	0	9
Polen	1	5	0	0	6
Tyskland	3	3	0	0	6
Ungern	1	3	0	0	4
Chile	3	1	0	0	4
Ryssland	0	3	0	0	3
Estland	2	0	1	0	3
Libanon	2	1	0	0	3
Danmark	0	2	0	0	2
Kroatien	1	0	0	0	1
Syrien	1	0	1	0	2
Övriga	7	5	0	0	12
<b>Totalt</b>	<b>70</b>	<b>60</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>134<sup>21</sup></b>

<sup>21</sup>Uppgift saknas för 7 personer

Tabell 23. Brukar personalen vara vänlig och artig mot Dig?

Födelseland	Ja, alltid	Ja, för det mesta	Nej, sällan	Nej, aldrig	Totalt
Finland	17	10	0	0	27
Iran	12	3	1	0	16
Turkiet	7	6	0	0	13
Bosnien fd Jugoslavien	9 8	3 3	0 0	0 0	12 11
Irak	8	1	0	0	9
Polen	4	2	0	0	6
Tyskland	4	2	0	0	6
Ungern	3	1	0	0	4
Chile	3	1	0	0	4
Ryssland	1	2	0	0	3
Estland	3	0	0	0	3
Libanon	2	0	1	0	3
Danmark	1	1	0	0	2
Kroatien	1	0	0	0	1
Syrien	2	0	0	0	2
Övriga	9	3	0	1	13
<b>Totalt</b>	<b>94</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>135<sup>22</sup></b>

<sup>22</sup>Uppgift saknas för 6 personer



## Summary

In Sweden there were in 1996 about 110 000 older persons (over 65 years of age) who were born in other countries. They comprise about eight percent of all old age pensioners. Most come from Northern Europe, but there are significant groups who have recently arrived as refugees from non-European countries. All foreign-born elderly are usually termed "older immigrants" regardless of why and how they came to Sweden. The question has been raised whether these persons have had unusual experiences in encounters with medical care and old age care, i.e., with thought of communications difficulties or eventual cultural differences. During the 1990's many activities and programmes have been started for particular groups of foreign-born old people. These programmes can build on religious basis as for Assyrians/Syrians and Jews or build on ethnic and national belonging as with Finns, Greeks, Turks and Iranians or on the basis of a common language as with Spanish or Arabic speakers.

"Older immigrants" are poorly represented among those who use home care services or who live in sheltered housing. Utilisation of such services varies according to land of origin.

Older persons who come from the Nordic countries and other of Sweden's closest neighbouring countries use home care services and the public health service and care to the same degree as the average. For people who come from non-European countries, the figures for access to service are low.

Older persons in Stockholm come from 112 different countries but among home care services users only 61 countries are represented; among residents in sheltered housing there are representatives of only 39 countries. What role does culture play in the low utilisation of public medical and home care?

In order to answer these and similar questions connected with encounters, two national studies of "older immigrants" were completed. The one was quantitative and used a questionnaire which was answered by 141 persons from thirty different countries. The other was qualitatively based encompassing long interviews with sixteen persons from nine different countries. The interviews were held in the interviewed person's mother tongue (unless he or she expressed a wish to speak Swedish) and took place mainly at the homes of the interviewed persons. This was done in order to create an interview situation which was comfortable and secure for those who participated.

The report begins with a survey of relevant Swedish and international literature on ageing, ethnicity, health and encounters. Then follows a critical examination of the political-administrative concept "older immigrants" from linguistical, statistical and social-psychological perspectives. The main problems are to grasp who and what is actually covered by the term "older immigrants" since the group is very heterogeneous. Another problem is that individuals can relate in many ways to the group to which they are considered to belong. Many of the foreign-born elderly belonged to minorities in their country of origin. A third problem is that the concept lends itself to a negative stereotype of elderly from foreign cultures as being placed in much jeopardy since they are assumed to be poorer, sicker and less socially integrated than Swedes in general.

From different macro- and microsociological perspectives seven hypotheses could be formulated for testing on the collected materials. They are (in shortened form):

1. Some elders who come from other cultures will have difficulty in assimilating to the Swedish medical and care structures and will prefer the ways of their home country.
2. Some elders who come from other countries will appreciate and prefer the Swedish health service and its ways of encountering patients.



3. Elders coming from the nearest neighbouring countries will find it easier than non-European immigrants to place demands on and to make changes in the health and care services.
4. Elders will try to figure out the rules in order to adjust their behaviour to the existing ways of Swedish care environments.
5. The ability to adjust behaviour varies. Those who came from neighbouring countries will find it more easy, others must invent strategies for coping with unusual and unexpected situations.
6. The experience of encounters in the medical and care services can be similar for both Swedes and immigrants, thus they react over the same conditions. However, the way they react may differ.
7. Many professionals have a definite idea of what they perceive to be "older immigrants". Immigrants who can communicate in Swedish will be treated differently than those who need interpreters.

The collected material verifies (although in different degrees) these hypotheses, but with one exception. Persons who came from cultures where the health system was very different from the Swedish did not express difficulty in accepting the new Swedish ways. Of course there were some persons who travelled back to their home countries for medical care, but they did so first after many years of difficult negotiation with the Swedish health service. Usually these problems concerned difficulty in making a diagnosis for persons who had diffuse symptoms and who came from non-European countries.

On the whole the "older immigrants" were satisfied with the encounters they had with medical care and old age care. The questionnaire answers are overwhelmingly positive, with only a few individuals expressing any criticism. The judgements in the interviews are also positive, but they do contain criticism of particular details. Examples of criticism: being encountered in an "infantilizing" manner; many Muslim and Christian women from countries in the Middle East told of difficulties they had

in accepting examinations by male doctors; many complained that the staff have too little time to talk; that services were hard to reach by telephone; that the rate of staff turn-over is so high; that carers can be rigid and unwilling to listen to the wishes of the elderly person; some tell of malpractice.

Some persons from the Nordic countries and Eastern Europe have been successful in complaining about and changing medical or old age care. But none of the non-European elderly had even attempted to complain. Many of these say that they would never raise a complaint regardless of what their children and families thought. Instead some of them had travelled back to seek care in their home countries.

The report ends with some recommendations about planning of service directed towards older persons from other countries, the educational needs of the staff and the need for continued research.

Keywords: Old age care, medical care, immigration, refugees, medical encounters, communication, ethnicity, social gerontology.

## Utredningen om bemötande av äldre (S 1995:15)

Hittills (juni 1997) publicerade skrifter:

### **Delbetänkanden**

1. Rätt att flytta - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161)
2. Brister i omsorg - en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51)

### **Rapport av utredningen**

Omsorg med kunskap och inlevelse - en fråga om bemötande av äldre  
(SOU 1997:52)

### **Rapport till utredningen**

Invandrare i vård och omsorg - en fråga om bemötande av äldre  
(SOU 1997:76)

Ovanstående skrifter kan beställas från:

Fritzes Kundtjänst 106 47 Stockholm, orderfax 08-690 91 91,  
ordertel. 08-690 91 90.

### **Stencil**

Kvalitetsutveckling i vård och omsorg om äldre - Exempel från kommuner och landsting (Utredningen om bemötande av äldre, maj 1997).

Stencil enligt ovan samt delbetänkanden och rapporter på kassett, i lättläst sammanfattning och i punktskrift för personer med olika funktionshinder kan beställas från Utredningen om bemötande av äldre, Socialdepartementet, 103 33 Stockholm, (fax 08-24 17 27) eller från utredningssekretariatet, Monica Henrikson, tel. 08-405 37 08.