

Äldreomsorgen blir mångkulturell – särskild vård bara för en minoritet

Det finns omkring 100 000 äldre personer i Sverige som är födda i andra länder. Kategorin »äldre invandrare» är dock mycket heterogen, vilket gör det svårt att tillfredsställa sjukvårdens och äldreomsorgens behov av handboksinformation om hur personalen ska förhålla sig till äldre från främmande länder.

Särskilda vårdinrättningar för äldre invandrare, på kulturell, etnisk och språklig grund, kommer förmodligen att begränsas till en minoritet som i hög grad är bärare av sin ursprungskultur. Övriga kommer att söka sig till den allmänna, of-fentliga äldre vården, som således måste planera för att även ta hand om äldre från olika länder.

I början av 1990-talet kom de äldre invandrarernas hälsa, vårdbehov och bemötande att få hög prioritet inom politiska och administrativa kretsar. En del forskning och kvalificerade utredningar gjordes för att ge planeringsunderlag. Syftet med denna artikel är att ge en översikt över denna forskning och att diskutera resultatens konsekvenser för planeringen [1].

Sedan andra världskriget har Sverige tagit emot ett stort antal människor från andra länder. De må ha betecknats olika när de anlände, t ex som flykting, utläning, arbetskraftsinvandrare, kvotflykting, anhöriginvandrare eller något annat av de många juridiskt reglerade begreppen, men alla dessa personer har ett gemensamt – de åldras.

Eftersom hög ålder medför bristande rörlighet och ökade risker för flera allvarliga sjukdomar håller den svenska åldringsvården på att bli mångkulturell. En fråga som ofta diskuteras är om och

hur hemtjänsten, primärvården, sjukhemmen och de geriatriska klinikerna bör ändras för att ta emot äldre personer med annan kulturell bakgrund.

Åsikterna om vad som kan och bör göras går något isär, men de flesta debattörer tar för givet att äldre invandrare är väsentligt annorlunda än den svenska äldre befolkningen vad gäller sjukdomspanoramata, vårdbehov och krav på service.

»Äldre invandrare» ett missvisande begrepp

I ett kulturellt perspektiv är begreppet »invandrare» helt missvisande. Begreppet skapar en illusion av att alla som någonsin invandrat till Sverige utgör en homogen grupp, vilket de givetvis inte gör. Även användningen av ordet »äldre» är problematiskt, eftersom individer åldras i olika takt, och någon självklar åldersgräns för övergången till »äldre» finns egentligen inte. Brukligt är att använda administrativa gränsmarkeringar såsom åldern för folkpensionering (65 år) eller åldern då det börjar bli vanligt att anlita hemtjänst (80 år). Gruppen äldre är mycket heterogen, och de som behöver vård och omsorg utgör normalt bara en minoritet av varje åldersgrupp.

I begreppet »äldre invandrare» kor-sas således två alldeles heterogena be-folkningskategorier, och mötet mellan de två blir ytterst komplicerat. Häri rymms inte bara landets nuvarande äldsta tennisspelare (en 105-åring som flydde hit på 1930-talet från Centraleuropa), utan även svårt rörelsehindrade före detta städerskor som kom hit på 1960-talet från sydöstra Europa, och sjuka änkor som nyss kommit från Mellanöstern för att här vårdas av sina anhöriga.

Statistiken osäker

Det är svårt att få pålitliga demogra-fiska data över antalet äldre med bakgrund i andra kulturer. Det går inte att ta antalet utländska medborgare som ut-gångspunkt, eftersom de flesta äldre har hunnit bli svenska medborgare. Med det måttet blir antalet personer alldeles för lågt. Folkbokföringen ger möjlighet att identifiera födelseländer, och därför går det att få fram siffror över hur



SERIE Mångkulturell vård

Tidigare artiklar i serien har varit införda i nr 10, 11, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22 och 26-27/98.

många äldre människor som är födda utomlands. Dessa siffror täcker givetvis personer med utländsk bakgrund, men ger ett något för högt antal. Det beräknas att något över 100 000 personer över 65 år är födda i utlandet och att de utgör ungefär 8 procent av den äldre be-folkningen [2].

Både antalet och andelen äldre in-vandrare kommer att stiga snabbt under de närmaste årtiondena. De största grupperna är de från Finland (32 000), Norge (15 000), Danmark (11 000), Tyskland (10 000), f d Jugoslavien in-klusive Bosnien (7 000), Estland (6 000), Polen (5 500), USA (3 500), Ungern (3 000), Turkiet (2 200), Iran (2 000) och Chile (1 200).

Siffran för äldre personer som är föd-da i utlandet inrymmer även personer av svensk härkomst men födda utomlands. Det gäller många av dem som bokförs som födda i USA och Kanada, men ut-landssvenskar har arbetat som bl a mis-sionärer och diplomater över hela vär-lden. Det är tveksamt om det är men-ingsfullt att inordna dessa personer i samma kategori som »invandrare».

Samma slags tveksamhet gäller fin-landssvenskar, estlandssvenskar, ålän-ningar, normän och danskar. Det är inte självklart att de känner sig som »in-vandrare» eftersom Norden sedan 1950-talet inrättat en gemensam arbets-marknad. I språkligt, religiöst och kul-turellt hänseende är de mycket nära be-släktade med rikssvenskar. Om man

Författare

DAVID GAUNT

docent, universitetslektor, Söder-törns högskola, Huddinge.

Också en bild av Sverige – äldre kvinnor på Rinkeby torg utanför Stockholm. Sjukvården och äldreomsorgen kommer i ökande utsträckning även att få ta hand om äldre invandrare.

utelämnar dessa befolkningsgrupper minskar antalet äldre invandrare till någonstans mellan 60 000 och 70 000.

112 språk i Stockholm?

De äldre invandrarna är visserligen inte fullt så många som brukar uppges, men de kommer från många olika länder. År 1996 fanns i Stockholms stad äldre personer födda i 112 olika länder, vilket bör innebära nästan lika många olika hemspråk.

Intervjuundersökningar har visat att många invandrare tillhört minoriteter i just de länder varifrån de kommit. Fle- ra olika kristna grupper har invandrat från Mellanöstern, många av de äldre från Central- och Östeuropa är judar. De svenska invandrarna från Iran omfattar minoriteter såsom armenier (vilka har sin egen kristna kyrka), azeri (som är turkisktalande), baluchier, kurd- er samt anhängare av Bahai-religionen [3].

Blandningen av etniska och religiösa minoriteter gör det omöjligt att ta för givet att en person från ett bestämt land känner sig som och bör behandlas som en representant för det landets härskande kultur. Även politiska motsättningar kan vara av vikt. Många flyktingar från länder med islamiska regimer kan befinna sig i opposition mot en del inslag i religionen och mot samröre med präster.

De som betecknas som äldre invandrare är alltså en mycket heterogen befolkningskategori. Detta gör det svårt att ange enkla kulturella regler för

sjukvårdens och äldreomsorgens bemötande av äldre personer från främmande länder. Just sådan handboksinformation efterfrågas av personal och är vanlig i vissa länder. Där har varje nation eller folkslag ett uppslag med information om kosten, föreställningar om döden, behandlingen av de dödas kroppar, högtidsdagar, språk, religion m m.

Kulturerna behandlas som om de var enhetliga. Problemet är att kulturer inte är enhetliga utan sammansatta. Dessutom följer människor inte sina kulturella »normer» konsekvent utan anpassar sig i varierande grad till sin omgivning, framför allt när det gäller kost och klädsel. Vårdpersonalen bör följaktligen inte ta för givet att alla äldre personer med utländsk bakgrund automatiskt har problem med den moderna vårdens vardagsrutiner och bemötande [4].

En annorlunda äldreomsorg?

Redan under 1960- och 1970-talen ställdes frågan om invandrare till Sverige önskade annorlunda äldreomsorg än den som erbjöds, och Invandrapolitiska kommittén inkluderade i sitt slutbetänkande (SOU 1984:58) ett avsnitt om äldreomsorg. Där uttalades en förutsägelse om att utvecklingen »kommer att ställa nya krav på samhällets äldreomsorg», och att dessa måste beaktas i den långsiktiga planeringen, därför att »möjligheterna till samhällsservice bör [inte] försämrats på grund av nationalitet eller förmåga att språkligt uttrycka sig».

Kommitténs utgångspunkt var att hänsyn bör tas till varje »invandrargrupps etniska, språkliga och kulturella särdrag» vid planeringen av äldreomsorgen (sidan 151). Uttalandet är lika problematiskt som det är intressant. Det tas för givet att det finns »invandrargrupper» och att dessa har särpräglade etniska, språkliga och kulturella särdrag, dvs att dessa grupper i grunden är annorlunda än svenskarna.

I och för sig var sådana uttalanden vanliga under 1980-talets diskussioner, men de resulterade i överdrivna föreställningar om alla kulturers olikhet.

Talet om grupper medför ytterligare svårigheter därför att det förutsätter att invandrare tydligt vill identifiera sig med och bli representerade genom »sin» grupp ifråga om relationerna till myndigheterna.

Men sjukvården och äldreomsorgen tar hand om individer, inte om grupper, och därför kom individuella egenskaper såsom förmåga att tala svenska att spela en större roll för planeringen än etniska och kulturella särdrag.

Erfarenheter av särskild äldreomsorg för invandrare

Inriktningen på grupper har gjort att nästan hela planeringen av äldreomsorg för invandrare har handlat om särskilda boendeformer. Religiösa sjukhem och ålderdomshem har funnits sedan generationer tillbaka, och vissa av dem har numera starka inslag av invandrare.

I Stockholm grundades det katolska

Josefinahemmet på 1800-talet, och ett judiskt kombinerat sjukhem och servicehus tillkom under andra världskriget. Nyligen inrättades judiska ålderdomshem i Göteborg och Malmö. I dessa inrättningar är orienteringen religiös snarare än etnisk och kulturell, och därför talar de gamla som bor där många olika språk och kommer från skilda länder.

Under 1980-talet drev både finska och estniska föreningar kravet om inrättande av äldreomsorg för gruppens gamla. I analogi med undervisning på hemspråk krävde föreningarna att offentliga medel skulle anslås till byggnad och driften av inrättningarna. Motståndet var starkt, men några få vårdinrättningar skapades i kommuner med stor finsk eller estnisk invandring – Borås, Eskilstuna och Stockholm.

Erfarenheter från dessa första inrättningar var inte odelat positiva. Föreningarnas syfte var att bygga upp en vård med kulturell orientering och med aktiva finska respektive estniska nationella inslag. Kommunernas biståndsbedömare negligerade de kulturella »behoven» och beviljade plats på dessa hem bara om vederbörande inte kunde förstå svenska – något som bara ett fåtal kunde.

På så vis kom det sig att Stockholms finska enhet, bestående av 18 lägenheter i en korridor på ett servicehus, aldrig blev fullbelagd, utan de äldre finländare som kunde svenska placerades rutinnässigt på andra servicehus [5].

Lägenheterna fick naturligtvis inte stå tomma utan där placerades svårt sjuka svenska åldringar. Därmed förfelades hela tanken om en särskild åldersvård på finsk etnisk och kulturell grund.

Samarbete med myndigheterna

Under 1990-talet har den socialpolitiska diskussionen om äldreomsorg för invandrare förändrats. Den viktigaste nyheten är myndigheternas vilja att samverka med invandrarföreningar. På Sabbatsbergs sjukhusområde startade nyligen Stiftelsen Suomikoti ett ålderdomshem för äldre finländare, med finsk personal och ledning. Där finns också en verksamhet för äldre ester.

För att komma till Suomikoti måste en offentlig biståndsbedömare ha bestämt att vederbörande behöver sådan vård. Kommunerna eller stadsdelarna betalar sedan stiftelsen för vården av de gamla.

Andra grupper har inte kommit lika långt i förverkligandet av en egen äldreomsorg, men planer existerar för syriener/assyrier, italienare, turkar och spansktalande. Spontana grupperingar av äldre invandrare finns för spansktalande på Rinkeby servicehus och för

persisktalande på Husby servicehus. Dagverksamheter för assyrier/syriener finns i stadsdelen Hovsjö i Södertälje och i Tensta (egentligen för alla arabisktalande oavsett bakgrund), för greker i Rinkeby, för turkar i Rinkeby och för iranier i Husby och i Fisksätra i Nacka kommun.

Sedan några år finns även koschermat som »meals-on-wheels», dvs matleveranser av koschermåltider. Nya verksamheter tillkommer hela tiden och dyker upp även utanför storstadsområdena.

Alla föreningar inte lika starka

Samarbetet mellan kommuner och föreningar verkar fungera bra, eller åtminstone så bra som sådant samarbete kan förväntas fungera. Det finns dock några problem. Invandrarföreningarna är olika starka och visar stora variationer i förmågan att mobilisera personala, politiska och ekonomiska resurser.

Inom politiken är det en fördel att gruppen är stor, ty storleken på ett socialt problem mäts ofta i termer av hur många människor som påverkas. Därför inriktas planeringen överallt på de stora invandrargrupperna, men det kan vara så att en ensam äldre thailandare i Boden utan landsmän lever i en mera utsatt social situation än en äldre finländare bland tusentals jämnåriga landsmän i Stockholm.

Policy för grupper med få individer saknas. Somliga invandrare har varit i Sverige under hela sitt arbetsliv och har en välordnad ekonomi. Deras föreningar har följaktligen större resurser än föreningar vars medlemmar haft svårt att etablera sig på arbetsmarknaden och har dålig ekonomi.

Oberoende av hur pass väletablerade invandrarna är kvarstår ändå det faktum att äldreomsorgen är så dyr att ingen grupp ensam kan bära hela kostnaden för sina gamla. Sedan finns det grupper som är så splittrade genom politiska eller religiösa tvister att de inte kan ena sig i någon fråga överhuvudtaget.

Genom föreningarna kan således en del äldreomsorg bedrivas, men detta utgör ingen generell lösning. Den offentliga sjukvården och äldreomsorgen kommer att ta hand om de flesta gamla invandrare. Huvudbetoningen hos föreningarna är att etniska, språkliga och kulturella särdrag ska upprätthållas. Men alla invandrargrupper är inte organiserade. Därtill kan ingredienserna i »kulturen» vara omtvistade. Många individer kan av olika skäl ha svårt att identifiera sig med sin ursprungliga kultur och uppfattar sig mera som »svenskar» eller som en blandning av kulturer.

Vårdinrättningar för äldre baserade på kulturell, etnisk eller språklig orientering kommer förmodligen att be-

gränsa sig till minoriteter som i hög grad är bärare av sin ursprungskultur. De andra kommer istället att söka sig till den allmänna offentliga äldreomsorgen, som följaktligen måste planera för att ta hand om äldre från olika länder.

Är äldre invandrare sjukare?

En fråga som ofta ställs är om äldre invandrare är sjukare eller har större behov av social hemhjälp än genomsnittsbefolkningen. Detta har inte varit föremål för några större forskningsinsatser, och kan egentligen inte studeras på annat sätt än genom att undersöka varje invandrargrupp för sig.

Sjukvårdsuppgifter relateras normalt inte efter födelseland, och när det gjorts har det främst gällt befolkningen i skandinaviska länder. Bl a har finländare och jugoslaver varit föremål för myndighetsintresse på grund av många arbetsrelaterade skador och förtidspensioneringar [6].

H-70-studien av den äldre befolkningen i Göteborg utvidgades vid ett tillfälle till att omfatta en del personer med invandrarbakgrund. Det rörde sig om personer från ett urval europeiska länder. Efter jämförelse med jämnåriga svenskar konstaterades att dessa äldre invandras somatisk tillstånd liknade den svenska gruppens. Den fysiska hälsan var inte anmärkningsvärt sämre, men de äldre invandrarna visade fler symtom på psykiska problem än genomsnittet [7]. Liknande resultat finns från flera länder, dvs skillnaderna i hälsa gäller i högre grad den psykiska snarare än den fysiska ohälsan.

Internationellt har mycket forskning ägnats åt skillnader i mortalitet och levnadslängd för äldre som tillhör skandinaviska minoriteter [8]. Studien tar sin utgångspunkt i en teori som lanserades under 1960-talet och som gick ut på att äldre som tillhörde minoriteter råkade ut för »double jeopardy», eftersom de var diskriminerade först på grund av att de tillhörde en minoritet och sedan därför att de var gamla.

Hälsoskillnaderna minskar med stigande ålder

De flesta studier i USA görs på minoritetsgrupper såsom svarta, indianer eller spansktalande, »chicanos». Dessa grupper är inhemska minoriteter och därför inte helt jämförbara med svenska invandrargrupper, men de har sitt intresse eftersom många inlägg i den svenska diskussionen inspireras av teorin om »dubbel utsatthet» [9].

Resultaten från de amerikanska studierna tyder på svårigheter att bevisa att dåliga allmänna levnadsvillkor leder till sämre hälsa på äldre dagar. Tvärtom har konstaterats att den genomsnittliga kvarstående levnadslängden för den

äldre svarta befolkningen, vid 60 års ålder, var längre än för den vita befolkningen. Fenomenet döptes till »black/white mortality crossover».

En vanlig förklaring är »darwinistisk» och hävdar att livet för dem som tillhör minoriteter varit så hårt (med tanke på bostad, ekonomi och tillgång till medicinsk vård) att endast individer med de allra bästa kroppsliga förutsättningarna har överlevt till hög ålder.

Skillnaden var störst under 1960-talet och håller på att försvinna (den finns endast för åldersgrupperna över 85 år). En vanlig förklaring är ökad jämlikhet mellan grupperna i tillgången till medicinsk vård.

En svensk studie av dödlighet pekar i samma riktning. Storstadsutredningen fann att mortaliteten bland invandrare i 20–30-årsåldern var mycket högre än bland jämnåriga svenskar, men skillnaden försvann i medelåldern. I 65-årsåldern var mortaliteten för invandrarna lägre än för svenskar (SOU 1989:111). Utredningen tolkade resultaten som ett utslag av felaktiga data, men med tanke på utländska erfarenheter kan siffrorna mycket väl vara korrekta.

Upplevelse av subjektiv ohälsa

Immigrationen i sig är en urvalsprocess bestående av hinder och strapatser, och för flyktingar är urvalsprocessen extrem. Rekryteringen av utländsk arbetskraft under 1950- och 1960-talen innebar hälsokontroller både i hemlandet och i Sverige. I vanliga invandraryrken som inom sjukvård och restaurang var hälsokontroller regelbundna.

Det finns därför ringa anledning att tro att de äldre invandrarna automatiskt skulle ha sämre hälsa än svenska ålderspensionärer. I flera studier har dock framkommit symtom på ensamhet, framförallt bland äldre personer som härstammar från Mellanöstern. Känslan av ensamhet består även när de lever i stora familjer. Många äldre invandrare från utomeuropeiska länder uppger att de har sämre hälsa än sina jämnåriga.

Den subjektiva känslan av att ha dålig hälsa är nu föremål för en del forskning som undersöker betydelsen av kulturella föreställningar och/eller reaktioner på invandringen som bakomliggande orsaker.

Svensk sjukvård prisades ...

Inom ramen för utredningen »Bemötande av äldre», gjordes en undersökning av hur äldre invandrare upplevde den svenska hemtjänsten och sjukvården [10]. Utgångspunkten var en diffus känsla av att invandrarna var mer missnöjda med äldreomsorgen än vad svenskarna var. Åsikten hade teoretiskt stöd i medicinska antropologiska teorier om hälsosystem, t ex att personer från andra

hälsosystem skulle ha svårt att finna sig till rätta i det svenska systemet.

En rikstäckande undersökning genomfördes i primärvårdsenheter i områden med många invandrare. Undersökningen samlade material genom enkäter och intervjuer på arabiska, finska, persiska och serbokroatiska (några assimilerade invandrare insisterade på att bli intervjuade på svenska). Bara ett fåtal klagade i allmänna ordalag, tvärtom prisades den svenska sjukvården.

Den kritik som uttalades mot sjukvården handlade huvudsakligen om läkarbemötandet, t ex att få för kort tid för konsultationer. Ett tema som löpte som en röd tråd var åsikten att svenska läkare var sämre än hemlandets på att ställa diagnoser: det tog längre tid, omfattade flera provtagningar, och diagnosen kunde ändå bli felaktig. En man sade: »Svenska läkare kan dra slutsatsen att en 60-årig man är gravid.» Svenska läkare hade mer teknisk apparatur än sina utländska motsvarigheter. Några av de intervjuade upplyste om att de hade fått åka tillbaka till hemlandet för att få rätt diagnos efter flera års misslyckanden i Sverige.

... men missnöjet stort med diagnoserna

Det är svårt att säga mer precist hur stort missnöjet med diagnoserna är, men det verkar vara en handlingsstrategi att åka till hemlandet för att få läkarvård. Ett fåtal invandrare hade framgångsrikt klagat över missförhållanden inom hemtjänsten och sjukvården. Dessa personer hade kommit från Sveriges närmaste grannländer och från Östeuropa och var tämligen väl integrerade i det svenska samhället. De som kom från länder längre bort klagade inte. En äldre kroatisk man hävdade: »Jag är europé och en europé klagat inte.» Sanningen att säga verkar det vara tvärtom, att det är européerna som klagat medan de andra invandrarna åker hem.

Framtidens äldreomsorg är mångkulturell

Forskningen om äldre invandrare har kommit en bit på väg. Undersökningarna har blivit grupp-specifika, men förmodligen måste de i högre grad bli diagnos-specifika också. Grovhuggna teorier om dubbel utsatthet och allmänt dåliga levnadsvillkor har kunnat nyanseras. Men det kvarstår mycket arbete. Ett primärt problem är att få gott statistiskt material om etniska och kulturella grupper. Just för de grupper där miss-tanken om svårigheter är som störst är också det statistiska materialet bristfälligt.

Ett annat problem är hur vissa invandrargruppers starka subjektiva känslor av dålig hälsa skall tacklas.

Bottnar detta endast i social isolering? Vem skall dessutom ta hand om de gamla invandrarna? Invandrarföreningar gör redan en del, men de räcker inte till för alla och är inte heller efterfrågade av alla. Sjukvården och hemvården kommer att tvingas att bedriva multikulturell äldreomsorg.

Referenser

1. Etnicitet, åldrande och hälsa. Temanummer. Socialmedicinsk tidskrift 1996; 73 (nr 7–8).
2. Socialstyrelsen och Statens invandrarverk. En mångkulturell äldreomsorg. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens invandrarverk, 1992.
3. Hajighasemi F. Invandring på gamla dagar. 60 äldre iranier berättar. Stockholm: Stockholm stads socialtjänst. 1994 (FoU-rapport 1994: 6).
4. Ahmad W, Atkin K, eds. Race and community care. Buckingham: Open University Press, 1996.
5. Ronström O, red. Vem ska ta hand om de gamla invandrarna? Stockholm: Stockholm stads socialtjänst, 1996. (FoU-rapport 1996: 3).
6. Invandrades hälsa och sociala förhållanden. Stockholm: Socialstyrelsen, 1995. (SoS rapport 1995: 5).
7. Waern E, Steen B. Äldre invandrades hälsa jämförd med svenskars. Största skillnaderna av subjektiv karaktär. Läkartidningen 1995; 92: 515–8.
8. Markides K. Race, ethnicity and aging. The impact of inequality. In: Binstock R, ed. Handbook of aging and the social sciences. New York: Academic, 1996.
9. Songur W. Att åldras i främmande land. Om mellanösternspensionärer i Sverige. Stockholm: Stockholm stads socialtjänst, 1992. (FoU-rapport 1992:15).
10. Statens offentliga utredningar. Invandrare i vård och omsorg – en fråga om bemötande. Stockholm: Allmänna förlaget, 1997. (SOU 1997:76).

Summary

Old-age care to be multicultural; culture-oriented care for only a minority.

David Gaunt

Läkartidningen 1998; 95:3409-12

According to the census, more than 100,000 foreign-born people over 65 years of age now live in Sweden. They represent nearly eight per cent of the elderly population, and come from over a hundred different countries. During the 1990s many ethnically and religiously based old-age and health-care services have been developed for this population. The experiences of these services and their importance in the planning of care facilities are discussed in the article; research and scientific evaluations comparing health and social conditions of the foreign-born and Swedish elderly populations are also reviewed.

Correspondence: David Gaunt, University College of South Stockholm, Box 4101, S-141 04 Huddinge, Sweden.