

Etnicitet, åldrande och hälsa: introduktion till ett nytt forskningsfält

David Gaunt

Sedan en tid diskuteras de äldre invandrarnas social-medicenska ställning. Flera offentliga utredningar om äldreomsorg och om invandarpolitik har innehållit avsnitt som berör de gamla invandrarnas behov av sjukvård och äldreomsorg. Socialstyrelsen har flera gånger inventerat den lokala planeringen av service riktad till äldre invandrare och har i övrigt försökt entusiasmera kommunerna för att ta tag i frågan. Under flera invandrarriksdagar togs ämnet upp till diskussion och vissa rekommendationer offentliggjordes. Normalt utmynnar frågorna om de äldre invandrare i maningar till mer forskning eftersom så lite är känt om deras situation.

Den svenska uppmärksamheten växer ur ett internationellt intresse som nu omfattar de flesta länder i Väst-europa. Sedan 1950-talet har arbetsmarknader präglats av stor rörlighet och vågor av människor har kommit från medelhavsländer och forna europeiska kolonier för att söka arbete. Successivt håller dessa personer på att pensioneras och de flesta har blivit kvar snarare än flyttat tillbaka till sina hemländer. EU har haft debatter om migration och åldrande vilka dels handlar om arbetskraftsinvandrare och dels om äldre personer som vill flytta efter pensionering till andra länder. EU vill främja flyttning över gränser och därmed har pensionsrättigheter och tillgång till service berörts. Mera brännande frågor t.ex. huruvida äldre invandrare av utomeuropeiskt ursprung diskrimineras har diskuterats av vissa "non-governmental organisationer". En sådan, EURAG, baserad i Österrike, höll de första konferenserna om äldre immigranternas sociala och ekonomiska ställning 1987 och 1988. Med stöd av Eurolink-Age och med ekonomisk bidrag från EU etablerades 1994 ett europeiskt nätverk (ENEA) för organisationer som representerar äldre från etniska och minoritets grupper.

Diskriminationsforskningens syn på åldrande

Den europeiska debatten växer ut ur socialpolitiska tankar vars rötter finns i vissa av de stora invandrarländerna. I USA hölls 1971 den första White House

Conference on Aging. I protest över att inte ha bjudits organiserade representanterna för olika grupper vad de kallade Black House konferensen. Deltagarna hävdade att de "svarta" gamla - tillsammans med åldringar som talade spanska ("hispanic") och indianska gamla ("native Americans") - levde ett liv som var onormalt riskfylld just därför att de tillhörde socialt diskriminerade minoriteter. En linje som drevs vid vita husets konferens var nämligen att gamla i allmänhet kunde betraktas som en diskriminerad minoritet. Som svar på detta menade Black House konferensen att deras gamla var dubbelt diskriminerade dels som gamla och dels som minoritet. Slagordet "double jeopardy" präglades för detta tillstånd.

Härmed infördes den amerikanska rasdebatten in i social gerontologin (Markides 1996). Detta gör att forskningslitteraturen domineras av undersökningar som behandlar de mest utsatta befolkningsgrupperna. Av språkpolitiska skäl används det mera attraktiva begreppet "etnicitet" i dessa studier istället för den mera egentliga "ras". En stor del av de undersökta befolkningarna bl.a. indianer, svarta och "chicanos" utgör inhemska minoriteter. Bara en del av de mest studerade grupperna är "invandrare" och då företrädesvis undersöks gamla som relativt nyligen flyttat från sydöstasien eller stillahavsöarna. Samma blandning av begrepp sätter färg även på brittisk forskning vilken ofta talar om "black and minority elderly" och fokuserar äldre från Afrika, Karibiska havet, Indien, Pakistan och Östasien (Blakemore & Boneham 1994).

En konsekvens av den snäva fokuseringen på diskriminerade minoriteter är att åldringar från andra etniska

Forskning om etnisk identitet har blivit ett av de väsentligaste områdena i studiet av äldre invandrare därför att problemen tycks hänga lika mycket ihop med identitetskriser som med renodlade fysiska hälsotillstånd

grupper sällan studeras, tvärtom blandas alla dessa ofta ihop till en enda jämförelse grupp som betecknas "vita" eller tillhörande "majoritetens kulturen" eller något annat för ändamålet lämpligt samlingsbegrepp. En liten men växande forskning undersöker etnicitet även för de gamla, som inte tillhör diskriminerade minoriteter, men som ändå upplever sig som tillhörande särskilda grupper. Denna forskning beskriver italienarnas, polackernas, finnarnas, judarnas och andras känslor av etnisk identitet, servicebehov, och levnadssätt på gamla dagar. Den inriktar sig i hög grad på betydelsen av etnicitet för personlig identitet, sammanhållning inom gruppen, tillfredsställelse med livet och kvaliteter i särskilda vårdmiljöer.

Forskning om etnisk identitet har blivit ett av de väsentligaste områdena i studiet av äldre invandrare därför att problemen tycks hänga lika mycket ihop med identitetskriser som med renodlade fysiska hälsotillstånd. En annan fråga som är direkt kopplad till etnisk identitet är personliga preferenser för etniskt inriktad äldreomsorg eller vårdinrättning.

Många identiteter

De flesta äldre invandrare har valt mellan olika identiteter. Flera forskare (se bl.a. Ahmadi & Tornstam; Bacal och Hajighasemi i denna tidskrift) finner att äldre invandrare blandar svenska och utländska identiteter samtidigt. Detta överensstämmer till viss del med konventionell antropologisk kunskap som gör en kontrast mellan västerländska "specialiserande" kulturer och icke-västerländska "generaliserande" kulturer. Enligt detta synsätt karaktäriseras västerländska kulturer bl.a. av att betona individualism och oberoende och främja utvecklingen av en fast självkänsla. Många icke-västerländska kulturer betonar gruppens behov och främjar utvecklandet av starka känslor för gemenskap. Istället för en fast självkänsla utvecklas en förmåga att anpassa sig till yttre krav (Barker 1994). Det är möjligt att äldre invandrare från utom-europeiska länder därför har lätt att lägga till nya egenskaper till en tidigare identitet. Tveklöst har tidigare forskning överdrivit hur mycket personlig etnisk identitet utgör en koherent helhet.

En allmänt etablerad definition av etnisk grupp är Barths (1969): "en befolkning som har ett medlemskap som identifierar sig självt, och upplevs av andra såsom en kategori som skiljer sig från andra liknande befolkningskategorier". Således innehåller begreppet både en aspekt av intern frivillig, personlig identitet och en aspekt av externt tillskriven social identitet. I mo-

Etnisk grupp: "en befolkning som har ett medlemskap som identifierar sig självt, och upplevs av andra såsom en kategori som skiljer sig från andra liknande befolkningskategorier"

derna pluralistiska samhällen saknar etniska kollektiv fast organisation, därför pågår ständiga konflikter över vem som har rätt att tillhöra gruppen. Ett centralt verk som tar upp etniska tvister bland äldre invandrare är Myrherhoff (1978) som studerar östeuropeiska judar på ett dagcenter i Kalifornien.

Vetenskapsmän debatterar värdet av etnicitet. En del anser att etniska skillnader håller på att försvinna, andra t.o.m. tycker att konceptet identitet i sig själv saknar förklaringsvärde. Men de som tycker att etnicitet är väsentligt väljer mellan att antingen ta upp den som ett sätt att gestalta en personlig identitet eller som samhällets sätt att exkludera en utifrån bestämbar befolkningsgrupp. Den linje som de flesta sociologer och socialmedicinare följer, brukar begränsa sin forskning till personer som tillhör grupper som samhället tillskriver låg status och som diskrimineras på grund av hudfärg eller utseende, vilket effektivt hindrar individernas möjligheter att komma undan trycket. Syftet med denna forskning är att studera hur de utsatta befolkningarna formas av externa tryck. Den linje som de flesta socialantropologer och etnologer följer syftar till att studera hur gamla personer förhåller sig till de grupper de tillhör sedan födelsen. Identifikationen med ursprungsgruppen kan skilja sig om gruppen har hög eller låg social status, om gruppen motsätter sig eller bejaktar assimilerings. Här riktas forskarluset på personlighetsutveckling genom identifiering eller på interna faktorer i gruppens användning av etnicitet för att binda medlemmarna i en gemenskap (se Ronströms artikel).

Från individens synvinkel finns det två olika perspektiv för hur etnisk tillhörighet påverkar ålderdom. Det ena perspektivet säger att etniciteten ökar i betydelsen, medan den andra säger att den minskar - således är oenigheten total. Den som klarast uttalat sig för ökad betydelse av etnicitet är Kastenbaum, en välkänd amerikansk gerontolog. Han säger: "Etnicitet återuppstår sent i livet. När människor åldras blir de naturligt mera 'etniska', eller för att vara mer precis, att äldre återgår i vis mening till etniska aspekter av sina tidigare liv, vilka varit undertryckta under de mest utåtriktade eller ofientliga delar av sina liv" (1979). Den motsatta tolk-

ningen gör Gordon, en välkänd företrädare av "smält-degel" teorin om etnisk assimilering. Han säger att ju längre en människa bott i det nya landet desto mera anpassar hon sig till det och desto mindre betyder ursprunget (1964). Följaktligen kommer de gamla, som på grund av utseendet kunnat assimileras, smälta in i den dominerande kulturen. Exempel finns på båda utvecklingar.

Uppmärksamheten i Sverige

Bakgrunden till den nuvarande svenska uppmärksamheten på äldre invandrare är sammansatt. Till viss del beror intresset på demografiska förändringar - att 1940- och 50-talens invandrare nu håller på att pensioneras. Prognoser tyder på att det kommer att vara över hundra tusen äldre invandrare i Sverige år 2000 och att antalet stiger mycket fort. Största delen av ökningen beror på att den invandrade befolkningen åldras, en liten del berör på att äldre personer flyttar till anhöriga som bor i Sverige.

Men befolkningstillväxten kan inte förklara hela intresset. Första gången frågorna kring äldre invandrare väcktes på officiell nivå var 1971 i interna diskussioner inom Invandrarutredningen och då fanns få gamla invandrare. Intresset krävde också en attitydändring som gjorde att invandrapolitiken växlade riktning från assimilering, dvs att invandrarna skulle snabbt smälta in i svenska samhället, till en form av pluralism i vilken invandrarna uppmuntrades bevara så många kulturella särdrag som möjligt. Stöd har givits till hemspråksundervisning, föreningsverksamheter, kulturtidskrifter och tillgång till media. Vissa invandrarorganisationer har drivit på denna utveckling och några av dem har väckt frågan om separata former av åldersvård för sina gamla. Esterna och finnarna har varit tidigt ute med denna fråga (Karupää 1994, Heikkilä 1994). SFINKS, den svensk-finländska kommittén för social-, hälso- och sjukvårdsfrågor, har varit en viktig pådrivare.

Men inte ens befolkningstillväxt och föreningsars opinionsbildning förklarar hela intresset, ty mycket av diskussionerna har handlat om grupper som till antalet är små t.ex. några tusental äldre som nyligen kommit som flyktinganhöriga från mellersta östern. Dessutom berörs grupper där föreningslivet ter sig svagt eller splittat. Här tycks bakgrunden ha att göra med det svenska samhällets vilja att stoppa spirande social isolering. Under hela 1900-talet har de olika sociala program som bygger upp välfärdsstaten syftat till att binda ihop och jämna ut skillnaderna mellan regioner, åldrar, klasser,

kön. En logisk fortsättning blir att använda den sociala servicen för att integrera invandrarna närmare in i det svenska samhället. Detta har gått tämligen bra vad gäller t.ex. barnomsorg, skola. Vad gäller äldreomsorg misstänks att invandrare är underrepresenterade och att orsaken torde kunna finnas i kulturella skillnader. Därför finns det de som ser det som väsentligt att inrätta mera etniskt lämpliga former av äldreomsorg och sjukvård inte bara av humanitära skäl utan även för att kunna underlätta de anhörigas anpassning till svenska livsmönster. Den omsorgsbörda som traditionellt faller på kvinnornas axlar skulle kunna mildras för att ge dem utrymme för studier och förvärvsarbete.

Således sammanstrålar en demografisk trend, att det blir fler gamla invandrare, med flera socialpolitiska principer - mångkulturell pluralism och ökad etniskt medvetenhet. Därtill kommer strävan att binda ihop alla av Sveriges invånare till en nationell enhet, undvika segregation och social utstötning, vilket bl.a. gör vård och omsorg av gamla invandrare till mer än bara den kommunala socialtjänstens ensak.

Kunskapsbehov rörande äldre invandrare skiftar beroende på perspektiv och profession.

1. Är hälsan hos äldre invandrare olika genomsnittsbefolkningens? Finns det särskilda grupper som har extra dålig hälsa eller behöver extraordinära serviceåtgärder?
2. När invandrare åldras, blir de mer assimilerade in i den svenska kulturen (och således inte efterfrågar separat äldreomsorg) eller blir de mer orienterade mot sin ursprungskultur (och således vantrivs i de svenska vårdformerna)?
3. Ger tillhörighet till en etnisk grupp särskilt negativa socialmedicinska följder som försvårar individers åldrande? T.ex. vad är konsekvenserna av att ha arbetat i dåliga arbetsmiljöer och med låga löner.
4. Medför tillhörighet till en etnisk grupp några positiva faktorer, t.ex. större vilja bland anhöriga att vårda och ta hand om sina gamla? Har de gamla högre social status i invandrarfamiljer än i andra familjer?

Den fysiska hälsan

Det ligger i sakens natur att administratörer och planerare intresserar sig huvudsakligen för frågan om äldre invandrare har annorlunda hälsa än genomsnittsbefolkningen. Frågan har ofta utretts i USA, men är ovanlig i Sverige. Den longitudinella H 70 undersökningen av äldre i Göteborg har kompletterats med ett urval personer med utländsk bakgrund. Urvals-

personerna kommer huvudsakligen från Europa och har bott länge (genomsnitt 29 år) i Sverige. Deras fysiska hälsa skiljer sig i mycket liten utsträckning från den svenska gruppen i undersökningen (Waern & Steen 1995). Resultatet förvånade eftersom flera undersökningar av yngre åldersgruppers sjukpensionering, sjukskrivning och mortalitet visade att invandrare hade mycket sämre hälsa. Särskilt utsatta var personer som under 1960-talet arbetade i lågbetalda serviceyrken - framförallt från Finland, Grekland och dåvarande Jugoslavien (Leiniö 1995).

Varför fortsatte inte deras dåliga hälsa att ge utslag uppe i de högsta åldersgrupperna? Storstadsutredningen 1989 fann att skillnaden i mortalitet mellan svenskar och invandrare var störst i 20- och 30- års åldern. I 50-årsåldern hade skillnaden försvunnit och efter 65 var den invandrade befolkningens mortalitet bättre än den svenska (SOU 1989:111). Resultatet förbryllade och tolkades som utslag av brister i det statistiska underlaget. Det är dock möjligt att skillnaden var verklig. En befolkningsgrupp behöver inte samtidigt uppvisa både onormalt hög dödlighet i medelåldern och onormalt hög dödlighet i ålderdom.

Under 1960-talet upptäcktes i USA ett fenomen som epidemiologer betecknade "black/white mortality cross-over". Den svarta befolkningen i yrkesaktiv ålder uppvisade väsentligt högre dödlighet än jämnåriga vita. Men i ålderdomen blev det tvärtom. Istället steg dödligheten bland vita högre än hos de svarta. Förklaringen var att de svarta gamla hade, som yngre, genomgått en hård gallring, formad av olika slags diskriminering och allmänt dåliga sociala och ekonomiska villkor, vilket medförde att endast personer med ovanligt god hälsa uppnådde hög ålder. Under 1960-talet ägde denna "cross-over" rum redan vid 60 års ålder. Vid senare tillfällen hade brytpunkten höjts till 85. Den medicinske sociologen Markides tolkar resultaten inom ramen för Gordons tes om etnisk assimilering som bekräftelse av minskad diskriminering. Han förmodar också att "cross-over" fenomenet kommer att upphöra helt allt eftersom skillnaden mellan svartas och vitas tillgång till sjukvård minskar (Markides 1996).

Det har gjorts ett fåtal svenska etniskt-specifika studier. De visar att mortalitet varierar mellan invandrargrupper. Den grupp som historiskt uppvisar mest ogynnsam dödlighet jämfört med svenskar har varit invandrade finska medborgare och då i synnerhet männen. För perioden 1971-84 var den manliga dödligheten 882 per hundrausen och för svenska män 626 per hundra-

usen. Men för andra invandrargrupper t.ex. medborgare i Turkiet och dåvarande Jugoslavien låg dödstaten för både män och kvinnor väsentligen under talen för svenskarna (Leiniö 1991).

Forskning som försöker förklarar den låga mortaliteten bland invandrare saknas. En omständighet som kan ha bidragit var att de flesta utom-nordiska invandrarna utsattes för systematiska hälsokontroller. Företag som importerade utländsk arbetskraft undersökte hälsan redan i ursprungslandet. Dessutom var dessa arbetsgivare ofta föregångare i företagshälsovård. Många invandrare fick jobb inom restauranger, livsmedels-hantering och sjukvård var regelbundna hälsokontroller är normen. Således fanns möjligheter för att invandrare dels var friska när de anlände till Sverige och höll sig friska under den fortsatta vistelsen. Undantaget är dock arbetsskador, vilka många invandrade arbetare ådragit sig. Arbetsskador är visserligen inte att likställa med dödssjukdom, men de påverkar ofta rörelseförmåga och kan därför göra hemhjälp nödvändig.

En separat fråga är om etniska grupper konstruerar en särskild syn på sjukdom och åldrande eller utvecklar specifika hälsobeteenden som föranleder hänsyn från vård- och omsorgspersonalen. Många vårdinrättningar drivs på ett så effektivt sätt att det ofta är knappt om tid. Personalen kan därför uppleva patienter såsom problematiska om dessa beskriver sina symtom på ett annorlunda sätt, och har en kultur-specifik språklig kod för att resonera om sjukdomar. Det har länge resonats om fysisk smärta upplevs olika i den mening att vissa grupper har högre smärtgräns och andra lägre smärtgräns. Vad som verkar sannolikt är att olika grupper utvecklar olika sätt att hantera och betrakta symtom. Några lär sig reagera omedelbart även på svaga tecken till försämrad hälsa i tron att vad det än visar sig bli kan den botas om den uppmärksammas tidigt. Andra lär sig vänta med att söka sjukvården tills sjukdom klart visar sig. I sin artikel tar Hajighasemi upp de äldre iraniernas bruk av nerver och hjärta i metaforer rörande såväl fysisk som psykiska tillstånd.

Den tidigare omtalade dubbelhet som äldre invandrare uppvisar i sin identitet gäller också anlitandet av två medicinska system. Det är inte ovanligt att blanda både den svenska medicinska kulturen med hemlandets sjukvård. Heikkilä (1994) fann att äldre finländare både använde sig av svensk sjukvård och reste tillbaka till Finland för liknande och kompletterande tjänster. Hajighasemi fann att många äldre iranier ägde en blandning av svenska och iranska mediciner och konsulte-

En del hälsobeteenden, i synnerhet sådant som har ett preventivt syfte, passar vissa kulturer bättre än andra

rade iranska läkare (för samma sjukdomar som de redan behandlades för i Sverige) när de besökte hemlandet. I vissa fall ledde detta till olämplig konsumtion av mediciner som inte borde kombineras. Vad som är oklart är om de gamla invandrarna har förändrat sin hälsouppfattning, eller om dubbel-utnyttjande endast är en pragmatisk följd av att höra hemma i två länder.

En del hälsobeteenden, i synnerhet sådant som har ett preventivt syfte, passar vissa kulturer bättre än andra. En kultur inriktad på belöning av individuella prestationer skapar en anda av att varje individ bär ansvar för sin egen framtida hälsa. En konsekvens av detta kan vara att individer betar sig på sätt som de lärt sig eller tror förebygger ohälsa: motionerar, undviker vissa maträtter, vistas utomhus, följer noggrant ordinationer, konsumerar vitamintabletter, söker expertråd, m.m. Kulturer som nedtonar individualitet skapar en anda vari individerna inte ansvarar direkt för sin egen hälsa. De kan t.o.m. sakna centrala svenska vårdkoncept som integritet och valfrihet. Som konsekvens blir det svårare att motivera individerna till beteenden som förebygger eller rehabiliterar från sjukdom, t.ex. att delta i pensionärsgymnastik. Sådana beteendemönster är del av holistiska världsuppfattningar som Kleinman betecknar medicinsystem (1980). Dessa i sin tur hänger ihop med allmänna livsuppfattningar och traditionell religiös tro. Religionshistoriker Christer Hedins bidrag tar upp hur världsreligionerna diskuterat hur den äldre människa skall behandlas och hur hon skall bete sig. I allmänhet är de gamla människornas ställning ambivalent. Ålderdom har inget värde i sig, men de som blivit gamla skall behandlas med hänsyn.

Psykisk hälsa

Svenska och utländska forskare har funnit att äldre som tillhör etniska minoriteter eller som har invandrat i allmänhet har fysisk hälsa som liknar övriga invånares. Skillnaderna är dock stora vad gäller den subjektiva självupplevda hälsan (Waern & Steen 1995). Det råder nästan enighet om att äldre invandrare mår sämre än genomsnittet för åldersgruppen. En omfattande sammanställning av amerikanska resultat finns i Padgett (1995).

En grupp äldre som varit föremål för mycket forskning är överlevande från andra världskrigets koncentrationsläger. De har i stor utsträckning utvandrat till andra länder - framförallt USA och Israel - men några tusental finns i Sverige (se artiklar av Fried och Frankel). De flesta som överlevde var då unga människor, som nu har åldrats. Många har haft framgång i yrkeslivet, varit målmedvetna, inte sällan hållit tyst om vad som hänt. Aaron Antonovsky utvecklade sina kända teser om människans självläkande krafter ur studier av bl.a. individer som överlevt holocaust.

Dasberg, professor i så kallade post-holocaust studier, noterar att flera av dessa människor reagerar på traumat sent i livet. De har tidigare varit socialt väl integrerade och inte sökt stöd för psykiska problem. De har dock levt med stora psykiska restriktioner, rigiditet och svårigheter med intimitet. I ålderdomen återuppväcks traumatiska minnen av kriget, förlusten av familjemedlemmar, lägerförhållanden med mera. Då börjar ett försenat sorgarbete ibland kombinerat med sammanbrott. Bland de utlösande faktorerna är sjukdom, flyttning till ett nytt hem, ensamhet och psykogeriatriska kriser. Intressant är att åldrande överlevande uttrycker förlust av personlig identitet därför att de under yngre år gick starkt in för israeliska identiteter och förnekade banden till sina barndomsländer. Undersökningarna har främst gällt judiska överlevande, men de förhållanden som beskrivs bör ha relevans även för andra som tidigare lidit av svåra långvariga trauma. Det finns många individer (och grupper) som funnit asyl i Sverige efter traumatiska upplevelser och som orienterar sin livsföring mot snabb assimilering.

En vanlig observation är att äldre invandrare sällan anlitar den offentliga psykiatriska vården. Detta har ännu inte undersökts i Sverige, men är väl underbyggt i andra länder.

Forskare som konstaterar underutnyttjande av psykiatriska tjänster väljer mellan två huvudförklaringar.

att individer tillhör kulturer som uttrycker extra känslighet inför psykiska problem. Därför väljer individerna och deras anhöriga att dölja problemen för utomstående.

att individer och familjer tillhör kulturer som tar emot ovanligt mycket stöd från släkt, vänner och det etniska nätverket. Därför behöver de inte upp söka formella vårdinstanser lika mycket som andra.

Båda förklaringar bygger på antagandet om kulturella skillnader, vilka är svåra att helt bevisa. Ändå tycks

sådana kulturella föreställningar vara verksamma i en del fall.

Familjer med spansktalande bakgrund har funnits uppvisa stora svårigheter att söka stöd när äldre familjemedlemmar insjuknar i demenssjukdomar. Fenomenet upptäcktes först av lokala demensföreningar i Florida som höll på med att organisera stödgrupper för anhöriga till Alzheimersjuka. De noterade att ytterst få av de många spansktalande invandrarfamiljerna i området hade kontaktat föreningarna. Eftersom det inte fanns någon anledning att tro att just spansktalande äldre var immuna mot demenssjukdomar, gjordes en undersökning om familjerna hade fått information. Det visade sig att de anhöriga kände till stödgrupperna, men att de inte var intresserade av att delta. En antropolog intervjuade representanter för familjerna. Han fann att oviljan att söka stöd bottnade i folkliga föreställningar om den mentalsjuka (demens ansågs vara en form av tokighet) såsom havande "dåligt blod". Metaforen dåligt blod inbegrepp hela släkten vilken riskerade bli beryktade för att ha mentalsjukdom inom sig. Därför doldes erkännandet av sjukdomen så länge som möjligt (Henderson i Gaunt 1994).

Både spansktalande och svarta familjer - särskilt sådana med låga inkomster - upprätthåller en stor vilja att ge vård och omsorg inom familjen. Föreställningar om familjens totala ansvar påverkas inte av initiativ tagna inom samma etniska grupp. Sammanfattande en serie undersökningar, finner Cox att svarta familjer med demenssjuka äldre tvekar att anlita service och rådgivning trots att de har startats av lokala svarta organisationer. Förklaringen till underutnyttjande av en service är således inte så enkel som att den diskriminerade minoriteten vägrar använda organisationer som drivs av den dominerande majoriteten. Däremot spelade klasstillhörighet en roll. Svarta familjer som sökte stöd och kontaktade föreningar hade i allmänhet hög utbildning och medelklassinkomster (Cox i Padgett 1995). Det starka familjeansvaret hindrade emellertid inte att de vårdande anhöriga skulle ha behövt stöd utifrån. De gav uttryck för både negativ stress och depressioner. Känslor av personligt ansvar och engagemang för de gamlas välbefinnande verkade menligt på de anhöriga när tillståndet för den gamla fortsatte att försämrats. Den anhöriga upplevde skuld och otillräcklighet i förhållande till de övriga familjemedlemmarnas krav.

Mot bakgrund av dessa internationella erfarenheter är det av vikt att försöka etablera former för stöd till invandrarfamiljer som vårdar äldre med psykiska sjukdo-

mar eller demenssjukdomar. Men just dessa erfarenheter är indikativa av att uppgiften inte blir alldeles lätt att lösa.

Planering av service

Planering av service för äldre invandrare innehåller många svårigheter. Redan från början finns konflikter om vad som menas med begreppet. För invandrarorganisationer och det politisk-administrativa etablissermanget är målgruppen stor - i princip alla ålderspensionärer som föddes i utlandet och som nu bor i Sverige (utom personer vars föräldrar var svenskar). Men den målgrupp som socialtjänsten planerar för är mycket snävare - i princip bara sådana utlandsfödda som anses ha så stora språkproblem att de inte lätt kan placeras inom den vanliga svenska äldreomsorgen. Resultatet av skillnaden mellan målgrupper blir att när inrättningar för äldre invandrare etablerats, kan de bli svåra att fylla. Inte på grund av de gamlas motstånd, men på grund av extra hård behovsprövning (för internationella exempel se Gelfand & Barresi 1987).

Klaraste exemplet är en korridor med knappt 20 lägenheter, som i 1980-talets mitt reserverats åt äldre finländare, på ett servicehus i Stockholm. 1996 finns 4200 äldre finländare enbart i Stockholms kommun. Av dem har över 400 hemtjänst och närmare 240 bor i särskilda boendeformer, ändå har den finska korridoren aldrig kunnat helt fyllas. För att komma in där måste den sökande uppvisa "behovet" av att vistas i en finskspråkig miljö genom att bevisa oförmågan att kommunicera på svenska. Placering sker inte på grund av etniska tillhörighet eller önskningar att komma dit utan på grund av språkbrister. Det är bara en bråkdel av de äldre finländare som inte kan kommunicera nödtorftigt på svenska och således har få kunnat klara inträdesprovet. Korridoren har inte fyllts därför att de sökande kunnat svenska, men för att lägenheterna inte skulle stå tomma fick andra flytta in - som regel var dessa svenskar.

Egentligen har de sökande i dessa fall utsatts för en dubbel-behovsprövning. Först för att visa att de har behov av att bo i servicehus, sedan för att visa att de inte klara livet i svenskspråkiga vårdmiljöer. Att inte erkänna etniska önskemål inom äldreomsorgen är kanske en kvardröjande rest från den för-pluralistiska tiden och då de samiska ålderdomshemmen stängdes (se artikel av Andersson). Behovsprövningar sker i regel efter universella principer. I det etniska sammanhanget är att uttrycka valfrihet för att komma till ett vanligt servicehus förenligt med den universella principen att en människa med en viss grad av svårighet har behov

Om socialtjänsten erkänner att alla människor har behov av att vårdas inom en miljö där hon kan kommunicera med personalen - skapas en ny universell princip

av att få bo där. Att däremot uttrycka vilja att komma till ett servicehus med särskilt etnisk inriktning är oförenligt med universella principer. Men om socialtjänsten erkänner att alla människor har behov av att vårdas inom en miljö där hon kan kommunicera med personalen - skapas här en ny universell princip. Principen gör det således logiskt att vägra äldre finländare som kan svenska att flytta till den finska korridoren. Eller att vägra sådan flyttning om den berörda kommunen anser sig ha personal som kan ge vård på finska språket.

Ett argument som flitigt användes som stöd för etniska vårdformer var att gamla invandrare tappade bort sitt inlärd språk ju äldre de blev. Det har dock varit svårt att bevisa att så är fallet för normala gamla. Miljöfaktorer - främst social isolering - och sjukdomar - främst demenser - påverkar klart förmågan att upprätthålla svenska språket (se artikel av Ekman).

Om socialtjänstens praxis på gräsrotsnivån tolkar målgruppen onödigt snävt, gör många översiktliga planer omvänt en ovanligt bred tolkning. De utgår från alla gamla som föddes i utlandet och multiplicerar med den genomsnittliga befolkningsandelen som utnyttjar olika slags service. Det här är fallet i olika programförklaringar till kommunerna att upprätta lokala planer för äldreomsorg till äldre invandrare. För att betona uppgiftens vikt anges siffror som maximerar antalen - de inkluderar t.o.m. svenskar födda utomlands. Låt vara att dessa inte är mer än några tusen, så är tendensen detsamma. Förmodligen är en bättre målgrupp de som uttrycker en önskan att komma till en etnisk vårdinrättning, eller personer som sent i livet kommit till Sverige, eller på något annat sätt avgränsa den grupp som kanske kan anses ha blivit assimilerade.

En brittisk utredning nyligen undersökte olika etniska gruppers uttryckta preferenser för separata vårdmiljöer och om de ville bli behandlade på ett särskilt sätt. Två grupper skilde sig från varandra. I en grupp bestående av äldre invandrade från Indien, Pakistan och Bangladesh ville nästan hälften bli behandlade av hälso- och socialtjänstpersonal på ett speciellt sätt. Bara 18 procent ville bli behandlade exakt lika alla andra. I den andra gruppen bestående av äldre svarta invandrade från

de karibiska öarna uppgav ingen önskan om att bli behandlat på ett speciellt sätt. Närmare hälften ville bli behandlade på samma sätt som alla andra (Askham 1995). Ytterligare skillnad var att 37 procent av de asiatiska äldre ville ha en läkare av samma kön, men så ville bara en procent av de svarta äldre. 83 procent av den asiatiska gruppen ville ha särskild mat ifall de måste vistas på sjukhus, men bara 39 procent av de svarta äldre. Utredarna avstår från att spekulera över orsakerna till dessa skillnader, men de påminner om att etniska grupper behöver inte alla kräva separat vård. En del kan se det som ännu viktigare att få del av det normala serviceutbudet.

Serviceutnyttjande

Forskning om äldre invandrare startade från utgångspunkten att de hade problem med att få tillgång till social hemhjälp och annan service från kommunerna och att de ställde partikularistiska kultur-specifika krav på vårdmiljöerna. Flera års forskning tyder på att utgångspunkten bör revideras. För fallet som gäller de finska äldre invandrare konstaterar Heikkilä en klar förändring i forsknings- och utredningslitteraturen. Fram till slutet av 1980-talet beskrevs de gamla finländarna tämligen enhetligt som fattiga, sjuka och isolerade, dvs i stort sett utan egna resurser. Beskrivningarna användes för att stödja propåer till stat och kommuner om inrättande av finskspråkiga vårdinrättningar. Efter 1980-talet beskrivs äldre finländare heterogent - en mindre andel har stora språkproblem - men de flesta besitter resurser och är integrerade i det svenska samhället. Även nu pläderas för särskilda vårdformer, men nu vilar argumenten på etniskt samhörighet och egna föreningar (i stället för kommuner) står för driften. Förändringen bygger förmodligen på analys av de svårigheter som uppkom i samband med den tidigare beskrivna finska korridoren vid ett servicehus i Stockholm.

Som Tom Eriksson visar utifrån statistik från Göteborg och Halmstad är äldre invandrare underrepresenterade bland brukare av social hemtjänst och boende i särskilda boendeformer (gruppboenden, ålderdomshem, sjukhem). Men underregistreringen gäller inte alla grupper. Äldre som invandrat från de närmaste grannländerna nyttjar hemtjänsten i nästan samma grad som svenskar, och för vissa åldersgrupper mer än svenskar. Detta gäller äldre från Danmark, Finland, Norge, Tyskland och Polen. Däremot använder klart färre äldre från utom-europeiska länderna social hemtjänst.

Mönstret är detsamma i Stockholm där det i septem-

Detta tyder på att det finns större kulturella barriärer emot att leva länge i svensk institutionsvård än mot att tillfälligt släppa in hemtjänstpersonal i det egna hemmet

ber 1996 fanns 16 816 äldre invandrare. Av dessa hade 23 procent av de gamla, som var över 80 år, hemtjänst vilket är exakt lika för genomsnittet för åldersgruppen. Men de 80-åriga danskarna (28,9%), tyskarna (26,8%) och polackerna (26,6%) ligger över genomsnittet (23,4%). Andra grupper med höga andelar är de 80-åriga finländarna (25,3%), chilena (24,4%) och esterna (23,0%). Med undantag av chilena var det ovanligare att utomeuropeiska äldre hade hemtjänst - 9,1 procent av iranier över 80 år, 15,3 procent av äldre från Turkiet. De äldre invandrarna i Stockholm kommer från 112 olika länder; men hos de som har hemtjänst finns bara 61 länder representerade.

Skilnaderna mellan invandrargrupperna är ännu större i utnyttjandet av särskilda boendeformer. Visserligen bor 4,1 procent av de gamla invandrarna (över 65 år) i särskilt boende och denna procentandel är också i nivå med genomsnittet, men de kommer från ett fåtal länder. De boende kommer endast från 39 av 112 representerade länder. 93 procent av de äldre invandrare i särskilt boende föddes i Europa och 74 procent av samtliga kommer från fem länder: Danmark, Estland, Finland, Norge och Tyskland.

Utelämnande Nordamerika och Australien från beräkningsgrunden, innebär detta att bara 1,4 procent av de äldre som föddes utanför Europa bor i dessa boendeformer. Misstanken finns dessutom att några av de boende som uppges vara födda i Indien, Indonesien, Kina och Japan kan ha varit barn till svenska föräldrar som arbetade som missionärer.

Detta tyder på att det finns större kulturella barriärer emot att leva länge i svensk institutionsvård än emot att tillfälligt släppa in hemtjänstpersonal i det egna hemmet. Det vore därför motiverat att skifta intresset bort från tillgång till hemtjänst, som var tidigare ett stort problem, men som nu tycks minska i betydelse (Songur 1992). I stället verkar tillgång till särskilda boendeformer vara huvudproblemet (Barresi & Stull 1993). Sannolikt försöker många invandrarfamiljer klara skötseln av gravt demenssjuka eller svårt rörelsehindrade äldre anhöriga inom hushållet. Kanske utan att be om stöd eller hjälp.

REFERENSER

- Askham, J. m.fl. (1995): Social and Health Authority Services for Elderly People from Black and Minority Communities. London: HMSO.
- 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.
- Barth, F. (1969): Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture difference. Boston: Little, Brown.
- Blakemore, K. & M. Boneham (1994): Age, race and ethnicity: a comparative approach. Buckingham Open University Press.
- Gaunt, D., Öhlander, M., Schwarz, R. (1994): Demens och demensvård - medicinska, kulturella och sociala aspekter Stockholm Liber.
- Gelfand, D. & Barresi, C. (1987): Ethnic Dimensions of Aging. N.Y.: Springer.
- Gordon, M.M. (1964): Assimilation in American life. N.Y.: Oxford University Press.
- Hajighasemi, 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.
- Karupää, M. (1992): Med en koffert kvar i Tallinn. Estniska pensionärer i Stockholm. Stockholm FoU-byrån.
- 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.
- Leiniö, T.L. (1995): I F. Diedrichsen red., Klass och ohälsa. Stockholm: Tiden.
- Leiniö, T.L. (1995): I Invandras hälsa och sociala förhållanden. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 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.
- Myerhoff, B. (1978): Number Our Days: A triumph of continuity and culture among jewish old people in an urban ghetto. N.Y. Simon & Schuster.
- Padgett, D. (Red.) (1995): Handbook on Ethnicity, Aging and Mental Health. Westport: Greenwood.
- Songur, W. (1992): Att åldras i främmande land. Om mellanösternspensionärer i Sverige. Stockholm FoU-byrån.
- Waern, E. & B. Steen (1995): "Äldre invandras hälsa jämförd med svenskar. Största skillnaderna av subjektiv karaktär" Läkartidningen 1995:6.

Den forskning som presenterats har tillkommit med stöd av SFR, FRN och Rådet för arbetslivsforskning.