

Att vara äldre vårdtagare i ett nytt socialt rum

- Om äldre invandrares upplevelser av svensk sjukvård

Av: Entesar Ghaleb Hashim & Sara Gunnarsson

Socialhögskolan, Lunds Universitet
SOPA 63
HT-11



Handledare: Charlotta Zettervall

Abstract

Authors: Entesar Ghaleb Hashim & Sara Gunnarsson

Title: Being an elderly care taker in a new social room - An essay on elderly immigrants' experiences in Swedish health care.

Supervisor: Charlotta Zettervall

Assessor: Frans Oddner

This essay focuses on elderly immigrants and their experiences of health care in the Swedish society. The aim of the essay is to study these immigrants' thoughts and feelings when they are seeking health care in another culture. According to a report from the Swedish government, there is a connection between physical health problems and offending behavior in the health care sector. Therefore, the aim of the essay is also to find out whether the target group has experienced these health care problems as a consequence of difficulties in understanding directives given by the health care personnel. A third aim in the essay is to make a comparison between the Swedish and the immigrants' motherland health care.

In this study seven qualitative semi-structured interviews with Iraqi elderly immigrants who have lived most part of their lives in the Arabic culture and have learned their conception of life in another society was conducted. Pierre Bourdieu's theory of the cultural capital with focus on field, habitus and doxa was used to analyze the obtained information in these interviews. Torres research to analyse and comment these results was also used. The study shows that the major obstacle for the respondents, when being in contact with the Swedish health care, is the language. As they lack ability to communicate directly with personnel and other authorities they find themselves depending on relatives and interpreters to a large extent. Apart from the obvious difficulty in losing their independence, the study shows an even more problematic scene when it comes to treatment and trusting directions that are given to them. Furthermore, the study also finds that the immigrants' level of educational attainment affects the ability to adapt to a new society. The respondents' mental health is affected by language difficulties, depending on relatives and friends, social exclusion as well as a strained budget.

Key Words: Elderly immigrants, Iraqi immigrants, self-determination, health care, culture capital, habitus, doxa

Innehållsförteckning

Förord.....	4
1. Inledning	5
1.1 Problemformulering.....	5
1.2 Syfte och frågeställningar	6
1.3 Avgränsningar.....	6
1.4 Definitioner	7
2. Bakgrund	8
2.1 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).....	8
2.2 Äldre invandrare i Sverige	9
3. Metod	10
3.1 Metodval	10
3.2 Urval.....	11
3.3 Tillvägagångssätt	11
3.4 Metodens tillförlitlighet	12
3.5 Förförståelse.....	133
3.6 Etiska överväganden	13
3.7 Arbetsfördelning	14
3.8 Litteratursökning.....	14
4. Tidigare forskning	14
4.1 Sent – i – livet – invandrare	14
4.2 Samhällssyn på invandrares kulturtillhörighet	15
4.3 Främmande språk och rätten till tolk	16

5. Teoretiska utgångspunkter	17
5.1 Bourdieu, det sociala rummet och dess fält	17
5.2 Kapital och dess fyra olika former	17
5.3 Habitus	18
5.4 Doxa	19
6. Resultat och analys	19
6.1 Respondenterna	19
6.2 Beroendet av anhöriga i det nya sociala rummet	20
6.3 Språket som kulturellt kapital	23
6.4 Tolk är ett måste i det nya sociala rummet men... ..	24
6.5 Det kulturella kapitalets påverkan	25
6.6 Bristen på det kulturella kapitalet	27
6.7 Olika doxa i två olika sociala rum	29
6.8 Den begränsade tillgången till det svenska sociala rummet och dess doxa	29
6.9 Respondenternas ansträngda ekonomiska kapital	31
6.10 Vårdkontakt, jämförelse mellan två olika sociala rum	32
6.11 Respondenternas psykiska ohälsa i det nya sociala rummet	34
7. Avslutande diskussion	36
8. Referenslista	40
9. Bilaga – Intervjuguide	43

Förord

Ett varmt tack till intervjupersonerna som så generöst har bjudit in oss i sina hem och låtit oss ta del av deras historia och tankar om den nuvarande tillvaron.

Stort tack till vår handledare Charlotta Zettervall, doktorand på sociologiska institutionen vid Lunds universitet för ett stort tålamod och inspiration.

Vi vill också tacka språkpedagogen Eva Andersson och vår kära vän Hanna Åberg för den hjälp de gett oss genom att kommentera vår text. Till sist vill vi även tacka våra familjer för det stöd och tålamod de visat under hela arbetsgången.

1. Inledning

1.1 Problemformulering

De utrikesfödda medborgare som emigrerade till Sverige under 1980-talet var framförallt flyktingar, bl.a. från Mellanöstern. Denna immigration följdes under 1990- och 2000- talet av en invandring av anhöriga till dessa flyktingar (Gustafsson, Hammarstedt & Zheng, 2004:17 f.). Äldre invandrare från icke europeiska länder, bl.a. Irak utgör en relativt stor andel av anhöriginvandringen (Gaunt, 2002:65). En naturlig konsekvens av detta är att antalet äldre invandrare som söker vård kommer att öka lavinartat och sätta stor press på den svenska välfärden. Detta fastställs i ett flertal undersökningar som har gjorts under 1990-och 2000-talet (SOU: 2003,1999; SoS & SIV:1991; Socialstyrelsen1995,1999). Rapporterna indikerar att det kommer att krävas stora ekonomiska och organisatoriska insatser för att kulturanpassa äldrevårdsomsorgen för ovanstående grupp.

Enligt den svenska Hälso- och sjukvårdslagen är vård en rättighet som skall ges till alla medborgare på samma villkor och som ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (2§ HSL 2 & 3 st.). I praktiken är det så att individer som känner till och kan hävda sina rättigheter gynnas medan de som saknar kunskap eller inte har möjlighet att utnyttja dessa rättigheter kan hamna i en nödsituation (Mosesson, 1998:237). Det är angeläget och intressant att undersöka vilken syn de äldre invandrare har på sitt självbestämmande och sin integritet när de kommer i kontakt med sjukvården här i Sverige. Det är också intressant att ta reda på hur äldre invandrare, som inte talar det svenska språket, kan skaffa sig kunskap om just Hälso- och sjukvårdslagen för att kunna hävda sina rättigheter.

Enligt en utredning beställd av regeringen 2006, finns det ett samband mellan upplevd diskriminering och fysisk ohälsa bland utrikesfödda i det svenska samhället, då de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården (SOU 2006:4). Vi har därför valt att undersöka huruvida äldre invandrare upplever någon typ av diskriminering i samband med sina vårdkontakter och i så fall om och hur detta har påverkat deras hälsa och behandling. Dessutom vill vi undersöka om målgruppens tidigare erfarenheter av ett annat sjukvårdssystem påverkat deras nuvarande vårdkontakter i Sverige.

Som respondenter i vår undersökning har vi valt sju äldre irakiska invandrare som blivit intervjuade på sitt modersmål, arabiska, av en av uppsatsens skribenter. Vi menar att den målgrupp vi valt är relevant att undersöka också av det skälet att den är underrepresenterad i

forskningen: ”Äldre invandrares röster saknas ofta i den offentliga diskussionen, men även i forskningen” (Magnússon, 2009:154). Vår uppsats kan förhoppningsvis i någon mån bidra till att äldre invandrare får göra sin röst hörd i högre grad.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka äldre irakiska invandrares kunskap om och upplevelser av det svenska sjukvårdssystemet och särskilt hur deras tidigare erfarenheter av ett annat sjukvårdssystem påverkar dessa upplevelser.

- Vilka upplevelser har respondenterna av kontakten med den svenska sjukvården och vårdpersonalen?
- Vilka upplevelser har respondenterna av sitt hemlands sjukvårdssystem? Finns det likheter eller skillnader mellan det svenska och det irakiska sjukvårdssystemet som kan påverka respondenternas nuvarande vårdkontakter?
- Vilken syn har respondenterna på sitt självbestämmande och sin integritet i samband med sjukvårdskontakter här i Sverige? Känner respondenterna till sina rättigheter enligt Hälso- och sjukvårdslagen?

1.3 Avgränsningar

Vi har valt att avgränsa undersökningens målgrupp till äldre irakiska invandrare. Att samtliga respondenter kommer från Irak beror på att vi hade tillträde till denna grupp genom så kallade grindvakter (eng. *gate keepers*)¹. En av uppsatsförfattarna har irakiskt ursprung och arabiska som modersmål. Studien inriktar sig på respondenter som har sökt vård för fysiska besvär. Därmed inte sagt att dessa besvär inte kan ha psykiska orsaker.

¹ Gate keepers/väktare är en grupp anhöriga som” förfaller till varje pris sträva efter att skapa och bevaka en frizon mellan de äldre och den svensktalande omgivningen [...]. Man framstår som de äldres väktare mot den nya omgivningen” (Forssell, 2009:101).

1.4 Definitioner

I detta avsnitt presenteras några av uppsatsens mest centrala begrepp: invandrare, etnicitet och etnisk identitet, kultur och integritet.

1.4.1 Invandrare

Fioretos hävdar att ordet invandrare påverkar hur individens position i samhället betraktas och uppfattas. I själva begreppet ligger en underliggande värdering i själva begreppet då de andra inte enbart antas vara avvikande eller främmande utan t.o.m. ”sämre” rustade inför livet (2002:167).

1.4.2 Etnicitet och etnisk identitet

Westin förklarar begreppet etnicitet med ”... *den speciella kvalitet som utmärker ett folks kollektiva uppfattning om sig självt som folk*”. Han betonar att etnicitet är ett paraplybegrepp som inbegriper olika typer av ” ’etniska fenomen’ som till exempel identiteter, kategorier, grupper, kollektiv och relationer” (2008:23). Repstad menar att en etnisk grupp kan sägas dela identitet och denna gemensamma identitet baseras på en gemensam historia och ett gemensamt språk (2009:130). Giddens poängterar den sociala aspekten av begreppet etnicitet och hävdar att det inte har något samband med biologisk bakgrund. Han menar att det som sammanför en grupp till en etnicitet är att individerna delar kulturella värderingar och kulturell praxis (2003:394).

Westin tar även upp begreppet etnisk identitet och menar att det är en identitet som individerna i en grupp är medvetna om och som är både emotionellt laddad och kognitivt meningsfull. Den är oftast också upplevd av individer utanför den etniska gruppen och på så sätt bekräftas identiteten och sammankopplas med ett visst folk som har språk, traditioner och fysiskt område gemensamt (2008:23).

1.4.3 Kultur

”Kultur i sin bredaste bemärkelse refererar till människors samhälligt överförda (inlärda) levnadssätt och vanor, till deras materiella och i vid bemärkelse andliga miljö” (Brante, Andersson & Korsnes 2003:169). Ekblad beskriver ordet kultur som en definition av människors tankemönster i samband med handlingar och beslutsfattande. Genom att dela

tankemönster och sätt att hantera situationer överförs normer och värderingar för hur livet ska levas inom en viss kulturell grupp (2004:15).

1.4.4 Integritet

Integritet är ”den del av en människas liv som är privat och som hon bör bestämma själv över” (Natur och Kulturs Svenska Ordbok, 2001:444). Gren beskriver integritet som ”min värdighet och min närmaste sfär. Mina privata och hemliga rum, som jag själv vill råda över helt och fullt” (1996:114). Vidare förklarar författaren självbestämmande och integritet som beroende av varandra. Självbestämmandet hjälper människan att sätta gränser för andra människors delaktighet i sitt liv och det är med sitt självbestämmande som människan skyddar sin integritet (ibid.:110).

2. Bakgrund

I detta kapitel ges en kortfattad presentation av hälso- och sjukvårdslagen och äldre invandrare:

2.1 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

Hälso- och sjukvård i Sverige är en viktig del av den offentliga välfärdspolitiken. Ansvaret för hälso- och sjukvård ligger på riksdagen, landstingen och kommunerna i landet (Rönneberg, 2007:22). Hälso- och sjukvård avser medicinska åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (Nilsson & Carlsson, 2009:29). Hälso- och sjukvårdslagen är en enhetlig lag som reglerar både öppen och slutenvård. Lagen trädde i kraft 1983 (Sahlin, 1986:18). HSL är en *ramlag* vilket innebär att den är en allmänt formulerad rättsregel som beskriver vilka mål som skall uppfyllas. För att lagen ska vara hanterbar preciseras den med många detaljbestämmelser och vägledande tolkningar (Rönneberg, 2007:42). Målet för HSL är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. HSL måste bygga på patientens samtycke, samråd, självbestämmande och respekten för patientens integritet (ibid:103). Vidare skall vården enligt HSL 2§ ”ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Detta innebär att varje patient ska bemötas som unik individ och behandlas likvärdigt oavsett härkomst, etnicitet, ålder, kön, politisk- eller social ställning (Fioretos:2002:147). Enligt HSL 2b§ har patienten rätt att få individuellt

anpassad information både när det gäller sitt hälsotillstånd och de metoder som används för undersökning, vård och behandling. Dock om denna information inte kan ges till individen själv så skall den istället lämnas till individens nära anhöriga.

2.2 Äldre invandrare i Sverige

Äldre invandrare är en heterogen grupp som kommer från olika delar av världen och har olika religioner. De har sitt ursprung i olika typer av samhällen, såsom traditionella bondesamhällen och mycket utvecklade industrisamhällen. Äldre invandrare kommer från olika samhällsklasser och har olika utbildningsbakgrund. Hur väl de integreras i det svenska samhället beror på olika faktorer. Den enda gemensamma nämnaren för denna grupp är att de lever i ett främmande land med främmande kultur och främmande språk (SoS & SIV, 1991:3). Det är viktigt att skilja mellan två typer av äldre invandrare: den ena gäller arbetskraftinvandrare som åldrats här medan den andra är de som kommit hit sent - i livet som exempelvis anhöriginvandrare (Torres, 2002:339). Vår uppsats handlar just om de sistnämnda.

Det är omöjligt att undersöka äldreinvandrare i Sverige utan att beröra äldreomsorgspolitiska debatten. Torres tar upp olika teman om äldre invandrare inom just den äldreomsorgspolitiska debatten bl.a. att de har sämre hälsa än äldre svenskar och att de är ensamma och isolerade (2008:400–f.). Äldre invandrares sociala isolering och ensamhet beror på brister i kommunikation, vilket i sin tur leder till ohälsa. Detta är ett omfattande och stort problem hos dessa äldre (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2003:321). Författarna tar upp några specifika problem som finns hos äldre invandrare när det gäller omvårdnad, vård och omsorg i Sverige, bland annat följande:

- Ekonomisk otrygghet: då de får lite i pension om ingen alls vilket gör att de måste vända sig till Socialtjänsten.
- Relationen mellan dessa äldre och vårdpersonalen som bara kan byggas på förståelse och en ömsesidighet.
- Språkförståelse vilket innebär att förstå och göra sig förstådd, särskilt inom vårdkontakter därför är det av stor vikt att använda sig av tolk vid behov.
- Upplysning och tillräcklig med information från vårdpersonalen då detta påverkar patientens möjlighet att fatta ett välgrundat beslut och tvärtom (ibid.:320-f.).

3. Metod

I detta kapitel redogörs för hur det empiriska materialet har samlats in och hur det sedan har analyserats. Vi har använt oss av kvalitativ metod och har genomfört sju intervjuer i semistrukturerad form och i detta avsnitt redogörs för vilka överväganden och reflektioner som har avgjort vårt val av metod. Vidare presenteras hur vi har resonerat i samband med urval av respondenter, intervjuernas utförande och hur vi har bearbetat det insamlade materialet. Kapitlet avslutas med en presentation av de etiska överväganden som varit med och format undersökningen.

3.1 Metodval

Enligt Aspens och Repstad är kvalitativ metod lämplig när man söker förståelse av ett fenomen (2007:36;2009:46). Då vårt syfte är att söka förståelse för respondenternas upplevelser av det svenska sjukvårdssystemet snarare än en förklaring till varför respondenterna handlar på ett visst sätt, valde vi att använda oss av kvalitativ metod. För att få svar på våra frågor och närma oss fältet har vi valt att använda oss av intervjuer (Widerberg, 2002:66). Enligt May ger intervjuerna forskaren en bra inblick i individens erfarenheter och upplevelser (2009:148).

Samtliga intervjuer var semistrukturerade vilket innebär att vi hade förberedda och specifika frågor men att vi samtidigt hade möjlighet att fördjupa oss i respondenternas svar genom förtydligande och utveckling av dessa svar. Vi kunde ställa följdfrågor när vi berörde intressanta teman (ibid:150-151). Aspens hävdar att denna typ av intervjuer begränsar respondenternas möjligheter att kunna lyfta fram sitt perspektiv eftersom intervjuerna utgår från forskarens synvinkel (2007:137). Detta har vi varit helt medvetna om. Då vi använder oss av kvalitativa intervjuer blir urvalet relativt litet men en faktor som kan väga upp detta är att interaktionen och den direkta kontakten med målgruppen ger ett större djup (ibid.).

Med tanke på vår studies syfte ansåg vi att intervjuerna skulle få ett djupare innehåll om vi utformade dem utifrån bestämda teman som de kunde tala fritt runt. Det gav respondenterna möjlighet att tillfälligt avvika från frågorna, vilket enligt May (2009:150–151) resulterar i en mer mångfasetterad bild av varje respondents tillvaro. Att vi använde oss av en tematiskt utformad intervjuguide gav oss även utrymme att förklara och förtydliga våra frågor för att undvika missförstånd och vi kunde alltid återgå till vår intervjuguide om samtalet svävade iväg för långt bort från våra teman (Se bilaga1).

3.2 Urval

Vi har valt att göra ett urval som avgränsas av att intervjua personer som var över 55 år samt att de har varit bosatta i Sverige i högst fem år. Vi tänker oss att detta är en grupp som är uppvuxna i och har format sina grundläggande antaganden, sin förförståelse och kunskap om vad sjukvård är i en annan kultur. Att vi har begränsat oss till personer som har tillbringat högst fem år i Sverige beror på att vi anser att detta är en rimlig tid för att få en inblick i det nya samhällets sätt att fungera och att de har med sig grundläggande, uttalade antaganden om sjukvård som har formats utifrån ett annat samhälles perspektiv. Vi tänker oss även att denna grupp har en tätare kontakt med sjukvården på grund av sin stigande ålder vilket kan medföra fler somatiska besvär.

3.3 Tillvägagångssätt

3.3.1 Insamling av empiriskt material

Som nämnts ovan så har vi använt oss av *grindvakter* och i vårt fall blev det en av uppsatsskrivarnas föräldrapar som genom sina nätverk hjälpte oss att välja ut lämpliga respondenter. Deras nätverk är uppbyggt utifrån den svenskundervisning som Röda korset har. Deras kontakt med respondenterna bygger på att de har immigrerat från Irak, tillhör samma ålderskategori och delar trosuppfattning. Efter att respondenterna blivit tillfrågade av uppsatsskrivarens föräldrar kontaktade vi dem via telefon. Vi berättade om vårt syfte med intervjuerna, informerade om anonymitet och inspelning. När de tillfrågade accepterade att delta avtalade vi tid för intervju.

Vi utförde våra intervjuer tillsammans då vi utgick från att vi skulle få ut mer av intervjuerna om vi var två som närvarade (May, 2001:151). Med tanke på att det är enbart en av oss som talar arabiska krävdes det att denna skrev stödord under tiden så att den svensktalande kunde ta del av innehållet löpande. Den som koncentrerade sig på att skapa samtalet hade svårt att se vilka följdfrågor som var möjliga och det blev bisittarens uppgift att skjuta in dessa och anteckna relevanta sidospår som var värda att följa upp.

Under intervjuernas gång har vi använt oss av vår intervjuguide. Fem intervjuer spelades in men vid två intervjuer fungerade inte bandspelaren och anteckningar gjordes förhand. May hävdar att inspelandet av intervjuer innebär båda för- och nackdelar. Fördelarna ligger i att

forskaren kan gå tillbaka till inspelningarna och få mer exakta citat och t.o.m. kan analysera det som missades under intervjuens gång, medan nackdelarna ligger i att transkriberingen av inspelade intervjuer kan ta lång tid och att respondenterna kan hämmas av själva inspelandet (2009:168).

Intervjuerna genomfördes under april månad 2010 och de ägde rum i respondenternas hem. Intervjuerna tog i de flesta fall en timme, men vistelsen blev oftast längre då många ville bjuda oss på mat och fika. Då vi var medvetna om att det är högst otrevligt att tacka nej när mat erbjuds inom den irakiska kulturen, accepterade vi tacksamt denna inbjudan.

3.3.2 Bearbetning och analys av materialet

Efter transkriberingen av de inspelade intervjuerna översattes dem till svenska så noggrant som möjligt. Vi kodade materialet på ett strukturerat sätt då vi började läsa igenom och jämföra respondenternas svar. Vi använde oss av olika färger för att markera de olika kategorierna och för att enklare kunna se samband i materialet (Aspers, 2007:160). Vi kodade materialet genom att kategorisera det utifrån olika teman som vi ansåg vara relevanta för studiens frågeställningar. Dessa teman har vi därefter använt som rubriker i presentationen av empirin.

3.4 Metodens tillförlitlighet

Vi anser att vårt studieresultat är relativt reliabelt och kan reproduceras av andra forskare vid andra tillfällen. Då empirin i vår studie har samlats in genom intervjuer så finns det risk att respondenterna har tänkt på ett särskilt sätt och anpassat svaren vid intervjutillfällena (Bell, 2006:117–118). Detta kan naturligtvis påverka studiens resultat men för att öka tillförlitligheten valde vi att vara två vid samtliga intervjuer, att utgå från vår intervjuguide, att spela in intervjuerna samt att genomföra dem på respondenternas eget modersmål.

När det gäller studiens validitet, d.v.s. studiens giltighet så är det inte lätt att mäta. För att öka validiteten så har vi diskuterat frågorna i intervjuguiden med vår handledare innan intervjuerna påbörjades. Vi ville vara säkra att vi hade valt relevanta frågor i relation till vårt syfte (ibid.).

3.5 Förförståelse

Aspers beskriver hur förförståelse alltid har sin grund i forskarens egen vardag och att den är en nödvändig och oundviklig del av att nå förståelse av det fenomen som forskaren vill studera (2007: 34–35). Uppsatsskribenterna har olika bakgrund då vi är uppvuxna i olika kulturer, Irak och Sverige. Detta innebar att vi troligtvis skulle tolka svaren olika och reagera olika på ordval. Det som den arabiska skribenten kände igen i respondenternas utsagor och inte heller la märke till var både förvånande och otänkbar för den svenska skribenten. (Uppsatsskribenterna har olika bakgrund då vi är uppvuxna i olika kulturer, Irak och Sverige, vilket innebar att vi troligtvis skulle tolka svaren olika och reagera olika på ordval. Detta visade sig också stämma då sådant som den arabiska skribenten kände igen i respondenternas utsagor och inte heller la märke till var både förvånande och otänkbar för den svenska skribenten.) Detta såg vi mer som en styrka än som en svaghet i vårt arbete då vi fick god hjälp av varandras förförståelse och upplevelser när vi skulle tyda våra intervjuresultat. Vi förhöll oss till vår förståelse genom kontinuerliga diskussioner under arbetets gång.

3.6 Etiska överväganden

Det är av stor vikt att hitta en balansgång mellan människors integritet och produktionen av kunskap (May, 2001:84). Detta tog vi med oss i vårt arbete när det gäller våra respondenter och den utformning som vår intervjuguide fick. Ämnet som vi var intresserade av rörde främst våra respondenters erfarenheter av sjukvården i Sverige men för att bättre förstå vilken förkunskap om sjukvård som fanns bad vi dem berätta om sjukvården i Irak. Vi poängterade då att de inte var tvingade att berätta om de upplevde det som besvärligt. Vi förklarade också att deltagandet var frivilligt och de kunde avbryta när som helst.

I samband med att vi bokade tid för intervjun beskrev vi vår uppsats syfte och berättade om vilken metod vi tänkte använda oss av. Vi bad om respondenternas tillåtelse att spela in intervjuerna och repeterade denna information vid intervjutillfället. Vi var tydliga med att vi hade möjlighet att genomföra intervjuerna utan bandspelaren men ingen avböjde att spelas in. Vi bad även om tillåtelse att använda oss av citat i arbetet. Vidare erbjöd vi respondenterna att ta del av intervjuerna i utskrivna form och att de, om de så önskade, kunde göra kompletteringar eller klargöranden i samband med detta.

Respondenterna blev informerade om att allt material enbart skulle användas i uppsatsen och att det därefter skulle förstöras. Respondenterna försäkrades anonymitet. De representeras

med fiktiva namn, för att underlätta läsandet, och deras bostadsort nämndes inte heller. All den information som respondenterna fick gavs till dem på arabiska.

3.7 Arbetsfördelning

Insamlingen av information från litteraturen skedde gemensamt och det hjälpte oss att hålla fokus och mildrade tendenserna att drunkna i litteratur. I samband med att vi läste in oss på området delade vi upp litteraturen mellan oss och redogjorde skriftligt i punktform för det lästa materialet. Detta underlättade för oss att se samband, jämföra och diskutera tidigare skrivet material.

Vid intervjutillfällena deltog vi båda men då de ägde rum på arabiska var det Entesar som utförde dem och senare transkriberade dem. Kodningen av dem skedde gemensamt.

Vi har båda ansvarat för det skrivna materialet och har bearbetat det efterhand, men Sara har ansvarat för den språkliga utformningen.

3.8 Litteratursökning

Vi sökte efter litteratur genom Lunds universitets sökmotor LibHub och fick därigenom tillgång till en relativt nyskriven doktorsavhandling som vi utgick från för att söka annan, för ämnet relevant, litteratur. De sökord som vi använde oss av var: health care, elderly och immigrants. Genom denna sökning tog vi även del av material från Statens Offentliga Utredningar för att vidare orientera oss i ämnet.

Vi sökte även via Lovisa, Lunds universitets biblioteks gemensamma katalog. Vi använde oss av sökorden: invandrare, äldre, patient samt vård. Vår handledare har vid flera tillfällen givit oss uppslag till relevant litteratur och det har varit oss till stor hjälp att ta del av dessa och referenslistorna i dem. Vi fann mycket relevant litteratur men just den målgrupp som vi har valt att fokusera vårt arbete kring gavs i varje bok var för sig, inte så stort utrymme.

4. Tidigare forskning

4.1 Sent – i – livet – invandrare

Sandra Torres, som är fil.dr. i sociologi och professor i socialt arbete, tar upp fyra faktorer i livsförhållanden före invandring som spelar roll för invandrares integration här i Sverige. De fyra faktorerna är invandrares tidigare utbildningsbakgrund, grad av kulturella och sociala

skillnaden mellan ursprungslandet och det nya, invandrares demografi, såsom kön och ålder vid invandring samt invandringsmotiv (2002:349). Författaren menar att hög utbildningsnivå dels underlättar språkinlärning vilket ökar invandrares möjligheter till snabb integration, dels ger mer acceptans för personen i det nya samhället. Vidare menar författaren att de sociala, kulturella och industriella skillnaderna mellan invandrares ursprungsländer och Sverige är stora, om den äldre immigranten kommer från icke- europeiska eller icke- nordamerikanska länder, vilket försvårar integrationen för dessa äldre. Torres hävdar att de äldre invandrares ålder utmärker dem då den ger mindre status och försvarar integrationen. Invandringsmotiv spelar också en stor roll i integrationen då frivilliga invandrare anpassar sig lättare än ofrivilliga (ibid., 349-352).

Torres menar att vissa av sent -i- livet - invandrarna inte har tillgång till träffplatser, såsom exempelvis skolor för att kunna umgås regelbundet med det nya landets invånare. Det underlättar för äldre invandrare som inte kan kommunicera på svenska är om de har tillgång till personliga nätverk som kan ge dem känslomässigt stöd och som ökar dess självständighet som gått förlorad p.g.a. invandring. Detta skulle också avlasta dessa äldres anhöriga (ibid., 349-352).

4.2 Samhällssyn på invandrares kulturtillhörighet

Sveriges befolkningssammansättning har förändrats p.g.a. den globala samhällsutvecklingen som präglats av migration. Detta innebär en förändring i samhällets samtliga organisationer som t.ex. sjukvården. Vårdpersonalen har fått nya krav på sig för att kunna klara av mötet och vården av individer som talar främmande språk. Svårigheten i dessa möten ligger i informationsbyte då man inte kan kommunicera på ett tillfredsställande sätt (Fioretos, 2002: 147).

I en nära studie av tre läroböcker konstaterar Fioretos att kulturbeskrivningens baskunskaper, som presenteras i just dessa böcker, byggs på en kollektiv och gemensam kulturtillhörighet utan att ta hänsyn till att individer, kulturer och samhällen är i ständig förändring. Detta innebär att de andra uppfattas och synliggörs som främmande och annorlunda än landets befolkning då de möts med givna baskunskaper som byggs på generaliseringar om hur de är. Författaren hävdar att våra förställningar och bilder om de andra byggs på kategoriseringar som varken är sanna eller representativa. Dessa kategoriseringar påtvingar homogena och fasta kulturella identiteter för de andra. Vidare hävdar författaren att alla är skyldiga att ifrågasätta dessa bilder och försöka frigöra sig ifrån dem. Fioretos lyfter fram beskrivandet av

individens speciella tillhörighet vilket medför risk för betoning på dennes ”annorlundahet” exempelvis beskrivning av en ”muslimisk patient” (2002:157 ff.).

Anne Melle, som har utländsk bakgrund och har arbetat som tolk i många år och är en flitigt anlita föreläsare i ämnet *invandrades möten med det svenska samhället* delar samma uppfattning och hävdar att alla människor har fördomar om kulturer som man inte känner till. Detta beror på brist på kunskap och rädsla för det okända. Det är av stor vikt vid mötet med äldre att inte generalisera och döma ut dem utifrån deras härkomst utan man bör skaffa sig kunskap om respektive kulturen och inte bara tro på det som sägs om dem (2006:15). Vidare menar Melle att de äldre invandrarna har det svårt att inse att vårdpersonalen här i Sverige är professionella och gör sitt bästa för att hjälpa vårdtagaren. Äldre invandrare har andra erfarenheter från sina länder där troligtvis vårdtagaren måste muta vårdpersonalen för att få mänsklig och bra behandling (2006:13).

4.3 Främmande språk och rätten till tolk

Det värsta som kan hända en människa är att tvingas fly sitt hemland. De som lyckas med det har hög ambition att lära sig det nya landets språk och om de lyckas med det så är det inte säkert att de kan lära sig landets kultur och värderingar. När man blir äldre och drabbas av vissa sjukdomar, tappar man det senaste inlärd språket och återgår till sitt modersmål. Att inte kunna det nya landets språk innebär ett stort handikapp för de äldre som inte kan göra sig förstådda eller kommunicera med jämnåriga. Detta medför större utanförskap och isolering för de äldre som troligtvis börjar bara umgås med sina landsmän (Melle, 2006:13-f.).

Individens rätt till information vid vårdkontakter stadgas i HSL och för att uppnå detta mål krävs det ett gemensamt språk. I ett vårdmöte försvåras kommunikationen när individen inte talar alls eller har bristfälliga kunskaper i svenska språket. Detta kan i sin tur leda till frustration hos vårdpersonalen. I en sådan situation kan vårdpersonalen lätt förknippa de dåliga svenska kunskaperna med ett hot mot den rådande samhällsordningen och mot integration (Fioretos, 2002: 169- f.). Samhällets instanser som t.ex. sjukvården har skyldighet att använda sig av tolk vid behov. Själva behovet bedöms av vårdpersonalen som inte alltid tillkallar tolk. I sådana fall använder vårdpersonalen sig av okvalificerade tolkar såsom vänner och släkt (ibid., 2002:172).

5. Teoretiska utgångspunkter

I analysen av vår studie kommer vi att använda oss av Bourdieus teorier om symboliskt och kulturellt kapital med fokus på begreppen fält, kapital, habitus och doxa. Nedan förklaras dessa teorier och begrepp närmare.

5.1 Bourdieu, det sociala rummet och dess fält

Pierre Bourdieu är en fransk filosof, antropolog och sociolog vars teorier har varit mycket aktuella för det vetenskapliga fältet under de senaste tre decennierna (Järvinen, 2006:254; Carle, 2010: 374). Utifrån Bourdieus tankar beskrivs samhället som ett socialt rum där olika aktörer befinner sig i olika positioner och har relationer till varandra. Välfärdsstaten är sammansatt av många självständiga fält där vart och ett har sitt eget intresse, sina egna kamper om position, sin egen logik och sina bestämda regler som är specifika just för det respektive fältet och som är inte direkt jämförbara med regleringsmekanismer och omständigheterna på de andra fälten (Wacquant 1992:16 f.). Bourdieu menar att ett fält definieras när det bestäms vissa insatser och intressen som är utmärkande för fältet och som endast uppfattas av den personen som formats för att få tillträde till fältet (1992:42). Vidare hävdar han att krafterna i ett fält bryts innanför fältets ramar men påverkas av relationen till andra fält. Fältaktörerna brukar ta avstånd från aktörer på andra fält som ett sätt för att få monopol på sitt område (Bourdieu & Wacquant, 1996: 83 ff.). Bourdieu hävdar att det pågår en konstant kamp mellan de aktörer som besitter positioner i fältet och som strävar efter att behålla dem och de nya aktörer som försöker ta bort hinder som begränsar inträdesrätt till fältet. Med detta försöker de nya att skapa sin egen position i fältet (1992:42; 1992:17).

5.2 Kapital och dess fyra olika former

Bourdies begrepp *kapital* beskriver ”striden om de symboliska värdena enligt en ekonomisk princip” (Carle, 2010:408). Enligt Bourdieu har ett kapital sitt värde i det respektive fältet det tillhör och bara under särskilda omständigheter kan det omvandlas till en annan kapitalart (1992: 43). Vidare delar han in kapitalet i fyra olika former: det *sociala*, det *ekonomiska*, det *symboliska* och det *kulturella* kapitalet. Med socialt kapital menas tillgångar som människan har via sina sociala kontakter. Det ekonomiska kapitalet är individens tillgångar i form av kapital och pengar. Det symboliska kapitalet är ”de symboler och attribut som man behöver behärska och känna till för att ständigt kunna uttrycka sin tillhörighet och

konkurrensförmåga”. I det kulturella kapitalet finns slutligen de tillgångar som individen får genom utbildning och behärskandet av kulturens olika uttryck (Carle, 2010:408). Det kulturella kapitalet har lika stor vikt som det ekonomiska kapitalet när det gäller samhällets maktutövning och klasssamhällets reproduktion. Denna del av Bourdieus teori stämmer överens med vårt samhälles syn på olika materiella och immateriella tillgångar. De immateriella tillgångarna omvandlas och tillmäts ett värde och ger den makt som individen enbart kan få genom det ekonomiska kapitalet (ibid., 2004:373-f.).

5.3 Habitus

Ett av Bourdieus begrepp är *habitus* som är ett system av dispositioner som tillåter individen att agera, tänka och orientera sig i det sociala rummet. Systemet skapas av individens egna erfarenheter, tankar, minnen och levnadssätt som tar sin plats i individens kropp och sinne (Bourdieu, 1990:54). Brante, Andersen & Korsnes beskriver habitus som ” ett kognitivt schema som både omfattar tidigare livserfarenheter och handlingsdispositioner. Habitus är verklighetsuppfattning, värdering och handlingsmotivation”. Vidare menar författarna att i habitus finns den omvärld som individen gradvis har lärt känna och som materialiserar sig i beteendet både på ett medvetet och omedvetet sätt. Utifrån habitus, individens kognitiva förutsättningar, omvandlar individen sina kapital i det sociala området för att nå till sina uppsatta mål (2001:38).

”En central tanke i Bourdieus teori är att individens handlingar alltid är sociala och kollektiva till sin karaktär”. Individen tillägnar sig olika sätt att agera och förhålla sig genom sin vistelse och sitt deltagande i de olika sociala miljöerna. Individen befinner sig under sitt liv i många olika sociala miljöer och dess agerande och förhållningssätt formas av de skilda erfarenheter som individen möter och upplever. Det som händer är att individen tillägnar sig ett habitus som gör att hon kan agera och förhålla sig på ett naturligt sätt i olika sociala miljöer. Det centrala i Bourdieus teori om habitus är att individen medvetet kan påverka sitt liv och kan forma strukturen och samhället med hjälp av sitt habitus (Carle, 2010:406-f.). För att få ett fungerande fält krävs det inte bara insatser utan också individer som tillhör fältet och som har ett habitus som innehåller både kunskap och erkännande av fältets lagar och insatser (Bourdieu, 1992:42).

5.4 Doxa

Bourdieu's begrepp *doxa* betecknar fältets schema och regelverk. Doxa ska vara självklart för alla individer inom fältet och därmed fungera som en omedveten rutin. Syftet är att fältets grundvärderingar ska prägla individernas handlande och agerande. Fältets doxa är av stor vikt då det formar fältet och det bör därför skyddas och vidmakthållas av fältets aktörer och individer (Bourdieu, 1977:164).

6. Resultat och analys

I detta avsnitt ges först en kortfattad presentation av respondenterna. Därefter presenteras empirin som sedan analyseras under elva olika tema. Bourdieus tankar och dennes teoretiska resonemang kommer att användas som verktyg för att tolka och förstå respondenternas berättelser. Parallellt med detta kommer respondenternas utsagor att analyseras utifrån Torres forskning om äldre invandrare i Sverige.

6.1 Respondenterna

Våra respondenter presenteras med fiktiva namn för att skydda deras identiteter. Samtliga respondenter är flyktingar som erhåller antingen ekonomiskt bistånd² eller äldreförsörjningsstöd³. Detta innebär att de är ekonomiskt väldigt begränsade.

- Gabriel är en 64-årig gift man med grundskoleexamen. Han arbetade tidigare i Irak som en framstående guldsmed. Gabriel och hans fru flyttade, efter sina barn, till Sverige för tre år sedan.
- Ruth är en 60-årig änka som gått fem år i grundskolan och därefter varit hemmafru. Ruth flyttade, efter sina barn, till Sverige för fyra år sedan.

² Ekonomiskt bistånd är ”ett ekonomiskt stöd som man kan få från sin kommun om man har ekonomiska problem. Man kan få ekonomiskt bistånd till försörjningen (försörjningsstöd) eller till andra behov som exempelvis läkemedel, tandvård, glasögon eller hemutrustning” (Socialstyrelsens hemsida).

³ Äldreförsörjningsstöd är ett stöd som garanterar de som har låg pension eller ingen pension alls att ha en skälig levnadsnivå (Pensionsmyndighetens hemsida).

- Maria är en 64-årig gift kvinna med kandidatexamen i ekonomi. Hon och hennes man flyttade, efter sina barn, till Sverige för tre år sedan.
- Josef är en 63-årig gift man som efter gymnasieutbildning har haft flera chefsbefattningar i Irak. Han och hans fru flyttade, efter sina barn, till Sverige för tre år sedan.
- Magdalena är en 67-årig änka efter en läkare som har kandidatexamen i matematik och som under många år jobbade som matematiklärare i hemlandet. Hon flyttade till Sverige med sina barn för fyra år sedan.
- Kristina är en 62-årig änka som efter avslutad gymnasieutbildning jobbade som tjänsteman i en tingsrätt i Irak i 19 år. Hon flyttade ensam till Sverige för nio månader sedan.
- Sabina är en 67-årig gift kvinna som gått fyra år i grundskolan och därefter varit hemmafru. Hon och hennes man flyttade, efter sina barn, till Sverige för tre år sedan.

Respondenterna lyfter fram olika erfarenheter avseende hur de har kommit i kontakt med den svenska sjukvården. Fyra av våra respondenter är relativt friska och har mest haft kontakt med primärvården. Två av respondenterna har drabbats av hjärtsjukdom efter flytten till Sverige medan en respondent har haft en kronisk sjukdom och medicinerat för den nästan hela sitt liv.

6.2 Beroendet av anhöriga i det nya sociala rummet

Samtliga respondenter, förutom Kristina har socialt kapital i det nya sociala rummet. De är beroende av sina barn och bekanta för att kunna klara av vårdkontaktarna här i Sverige. I berättelserna framställer de sig som självständiga när de sökte vård i sitt hemland men här, i det nya sociala rummet, klarar de inte av att söka vård själva. Att respondenterna inte har tillträde till det svenska sociala rummet och till dess fält kan förklaras med Bourdieus resonemang om fältets intressen och insatser som endast uppfattas av den person som formats för att få tillträde till det specifika fältet (1992:42). Respondenterna känner inte till intressen och insatser i de svenska fälten men de känner mycket väl till det som finns i hemlandets fält. Respondenternas beroende beror mest på språket och på dålig kännedom om det svenska

samhället i allmänhet och om det svenska sjukvårdssystemet i synnerhet. Om detta berättar Ruth följande:

Jag vet inte vad som skulle ha hänt mig om jag inte hade mina snälla barn här. Det är jätte svårt för de äldre (syftar till äldre invandrare, vår anmärkning) att klara sig på egen hand. Jag känner mig ledsen att jag är beroende av de andra. [...] det stämmer att mina barn ofta ställer upp men jag vet att jag är fortfarande beroende av dem och det känns inte bra alls. Jag har tur som är frisk för det mesta. Ibland undviker jag att ta kontakt med vården (för att inte störa barnen, vår anmärkning) (Ruth).

Att inte kunna klara sig på egen hand är något som Gabriel också upplever. Hans döttrar som är bosatta i samma stad brukar hjälpa honom med sådant som tidsbokning eller läkarbesök. Vid upprepande tillfälle använder han sig av receptfria smärtstillande mediciner för att undvika att vara en belastning:

Jag kan själv hitta till vårdcentralen och sjukhuset men jag kan inte kommunicera med vårdpersonalen. Jag känner stor press och stort obehag över att inte kunna ta kontakt med vården själv eller att uttrycka mig. Jag är beroende av tolk, mina barn och vänner för att kunna klara av tillvaron. [...] Många gånger undviker jag att söka vård om det inte är akut och använder receptfria smärtstillande mediciner som jag köper själv från apoteket (Gabriel).

Respondenternas utsagor pekar på vikten av sina anhöriga då vid livsfarliga situationer kan de äldre inte angripa och reagera på ett rätt sätt. Gabriel har gjort en hjärtoperation i Sverige och i väntan på denna skickades han hem trots att, enligt honom, fanns det stora risker. Läkaren bad honom att återsöka om situationen skulle förvärras men Gabriel upplevde att det var omöjligt att själv göra denna bedömning.

Jag blev hemskickad för att de hade ont om plats på sjukhuset, enligt läkaren. Jag kände mig utlämnad, hjälplös och svag. Hade jag inte haft min dotter som tog mig tillbaka till akuten samma dag, hade jag inte varit vid liv längre. Mitt hälsotillstånd försämrades kraftigt och jag blev inlagd på intensivvårdsavdelningen. Jag blev akut opererad samma vecka (Gabriel).

Sabina berättar om liknande historia när hon hade öronbesvär och var själv vid läkarbesöket då tolken uteblev. Sabina kunde inte förmedla sina symptom verbalt utan hon fick peka på örat för att göra sig förstådd. Läkaren remitterade henne vidare till öronkliniken på sjukhuset då den inte fattade att det var allvarligt. ”När jag kom hem mådde jag jätte dåligt. Jag blev väldigt yr och svimmade av. Tur att mina döttrar var hemma hos mig. Det var de som ringde efter ambulans och jag blev inlagd på Öronkliniken på sjukhuset”.

Respondenternas barn har sina egna sysselsättningar vilket innebär att de inte kan vara lätt tillgängliga för sina anhöriga när det väl behövs och detta är respondenterna väl medvetna om:

Min dotter läser på heltid och därför har hon mycket att göra, ändå ställer hon upp genom att ringa och boka läkartider vid behov. Min son hjälper också till, i förmån av tid, men han jobbar som läkare i en annan stad och är jämt upptagen. Jag försöker att inte belasta honom (Maria).

De två manliga respondenterna, Gabriel och Josef, försöker förbereda sig inför vårdkontakter för att minska beroendet av sina barn. Detta agerande är i linje med Bourdieus beskrivning av hur de nya sociala miljöerna kräver införande av nya förhållningssätt och beteende i habitus för att individerna ska kunna klara av tillvaron (Carle, 2010:407). Gabriel berättar att han anstränger sig för att hitta och memorera vissa viktiga fraser genom att använda sig av arabiskt - svenskt lexikon och sin dator "[...] enkla fras kan jag memorera som t.ex. jag har ont i ryggen eller jag är sjuk och behöver hjälp". Även Josef berättar hur det går till när han vill beställa tolk:

När jag får kallelse utan tolk åker jag till respektive kliniken och beställer tolk. Jag försöker med hjälp av svenska och engelska när jag tar kontakt med dem. Jag har lärt mig frasen för hur man utför tolkbeställning. Ibland får jag hjälp med det av min dotter eller min son (Josef).

Vissa respondenter upplever sig vara en belastning för sina barn inte bara språkmässigt för att komma i kontakt med sjukvården utan ekonomiskt också. Sabina uttrycker sig så här: "Äldreförsörjningsstöd räcker aldrig. Tur att vi har så snälla barn som hjälper oss".

Sammanfattningsvis ger alla respondenter bilden av ett stort beroende av anhöriga p.g.a. faktorer som språksvårigheter, ansträngd ekonomi samt dålig kännedom om det nya samhället och dess regler. Enligt Bourdieu har ett kapital sitt värde i det respektive fältet det tillhör (1992: 43). Respondenterna har sina egna kapital men dessa kapital är inte lika värda eller användbara i det nya samhället. Josef är den enda av respondenterna som klarar av att själv ringa för att boka läkartider medan de övriga väntar tills barnen har tid att hjälpa dem. Det som skiljer Josef från övriga respondenter är att han kan engelska och också känner sig säkrare när han talar svenska. Vissa respondenter hamnar i livsfarliga situationer och då är det alltid deras barn som tar ansvar för de krävande åtgärderna.

6.3 Språket som kulturellt kapital

Enligt våra respondenter är språket det högsta berget som de har att bestiga i sitt liv här i Sverige. Att inte kunna språket och att inte kunna kommunicera själv, särskilt när de kommer i kontakt med vården, upplevs som frustrerande av alla respondenter. Respondenterna befinner sig utanför det svenska samhället då de inte har tillgång till det bland annat på grund av språket. Enligt Bourdieu tillägnar individen sig ett habitus för att kunna agera och förhålla sig på ett naturligt sätt i de olika sociala miljöerna (Carle, 2010:406-f.). Respondenternas berättelser ger bilden av att det är oerhört svårt för de äldre invandrarna att lära sig ett nytt språk och förändra sitt habitus vilket leder till självständigt i Sverige. De menar att det skulle vara mycket lättare om de hade anlänt som yngre. Det som Sabina lyfter fram i citatet nedan kan ses som en bekräftelse av Torres konstaterande att äldre invandrares ålder försvårar integrationen för dem (2002: 349-352):

Jag känner mig ledsen och tycker att det är jättetråkigt att inte kunna prata med vårdpersonalen själv. Jag önskar att jag inte hade flyttat hit eller åtminstone att jag hade flyttat hit tidigare, kanske tio år tidigare så skulle jag kunnat lära mig svenska språket och kommunicera själv (Sabina).

Många av svårigheterna med att flytta till ett nytt land anser Ruth beror på de språkliga hindren. Hon säger att hon går på svenskundervisningen som Röda korset erbjuder och att de gått igenom hur hon ska ta kontakt med sjukvården här, men att hon tycker att det är svårt att lära sig och att hon glömmer det mesta. Hon menar att detta beror på åldern:

[...] språket försvårar livet för mig här (i Sverige, vår anmärkning). Sist har jag haft stora problem med banken och med ekonomihandläggaren p.g.a. det. [...] vi fick undervisning i skolan för att lära oss ta kontakt med vården själva men tyvärr p.g.a. ålder glömmer jag lätt. Jag önskar verkligen att jag kunde språket för att kunna klara mig på egen hand (Ruth).

Enligt Torres spelar invandringsmotiv också en stor roll i integrationen och hon menar att frivilliga invandrare anpassar sig lättare än ofrivilliga (2002: 349-352). Gabriel som brottas med språket berättar att han, i likhet med många minoriteter från Irak, efter den elfte September-attacken och de främmande staternas inträde i Irak, fick en osäkrare tillvaro där minoriteter särbehandlades och tvingades fly landet:

Tyvär blev det vanligt att kidnappa och mörda folk. Minoritetsgrupper förlorade tryggheten mer än de andra i landet. Jag blev tvungen att skicka mina barn utomlands. Jag och min fru stannade kvar men vi tvingades fly efter något år (Gabriel).

Det kulturella kapitalet i form av språket skulle mycket väl ge respondenterna den makt som de behöver för att kunna förbättra sin situation. Att varken kunna språket eller kommunicera själv innebär maktlöshet för de flesta respondenterna. Dessa upplevelser bekräftar Bourdieus teori om att det kulturella kapitalet är av lika stor vikt som det ekonomiska (2004:373-f.).

Samtliga respondenter erbjuds svenskundervisning i Röda Korset två gånger i veckan men det upplevs som otillräcklig för dem. Ruth säger att hon har deltagit i denna språkkurs sedan hon beviljades uppehållstillstånd för ett par år sedan men fortfarande har hon inte kunnat lära sig mer än några ord och enkla fraser. Vissa respondenter försöker hitta strategier för att klara av kontakten med vården i det nya sociala rummet. Kristina, som har bott i Sverige i drygt nio månader, saknar anhöriga som kan bistå henne därför planerar hon noga och ber den tolk hon möter vid ett tillfälle att hjälpa henne med att få sina vårdkallelser översatta. Kristina berättar om hennes hjälplöshet och tvivel på hur hon kan bäst göra för att ta reda på om hon ska fortsätta ta den nya medicinen eller inte:

Ofta har jag besvär men kan inte göra något åt saken. Igår fick jag lågt blodtryck p.g.a. den nya medicinen men jag kunde varken ringa till läkaren eller söka vård då jag inte kan språket. Jag vet inte om jag ska fortsätta ta medicinen eller inte (Kristina).

Maria berättar om hur hon och hennes man stötar varandra vid akuta vårdbesök. De brukar hjälpas åt för att förmedla symptomen men hon säger att det inte räcker långt även om hennes man förstår och talar engelska ”För det mesta åker jag med min man när jag behöver akutvård. Vi hjälps åt med språket men kan aldrig förmedla hela sjukdomsbilden ”.

Sammanfattningsvis tycker samtliga respondenter att svenska språket försvårar livet för dem och att deras möjlighet till inläring är begränsade och nämner exempelvis sin höga ålder och att valet att lämna hemlandet inte var frivilligt som förklaringar.

6.4 Tolk är ett måste i det nya sociala rummet men...

Tolkens närvaro är mycket viktigt för en patient som inte har kulturellt kapital, kan språket och har anpassat habitus till vårdens fält. Därför blir det ett stort bekymmer om en specialist

eller en läkare blir försenad. Enligt respondenterna bokas en tolk för det mesta en timme och därefter måste tolken rusa iväg till sitt nästa uppdrag. Efter tre månaders väntetid för att få träffa en ögonspecialist fick inte Gabriel ut mycket av sitt besök då läkaren blev försenad och tolken inte hade möjlighet att stanna:

[...] jag fick vänta tre månader på tid hos en ögonspecialist. När det var väl dags fick jag, en bekant och tolken sitta och vänta väldigt länge innan läkaren kunde träffa oss. Tolken kunde inte vänta längre då han hade en annan tid och därför fick jag klara mig med lite engelska och med hjälp av en bekant som kunde lite svenska. Jag förstod inte riktigt vad läkaren sa och jag kunde inte förmedla symptomen jag hade. Jag fick inte ut mycket av besöket. [...] läkaren tyckte att det gick bra utan tolk och han skrev ut medicin [...] men jag kände mig orolig och därför var jag extra noga med att inte säga mycket. Han kunde mycket väl ha ordinerat fel medicin till mig. Jag tänkte direkt att jag behövde boka en ny tid med tolk (Gabriel).

Enligt HSL har en person, som inte kan det svenska språket, rätt till tolk vid vårdkontakter. Behovet av tolk bedöms av vårdpersonalen som inte alltid använder sig av behörig tolk (Fioretos, 2002:172). Maria berättar att hon inte får tolk så ofta som hon skulle önska vilket i vissa fall leder till återbesök för samma besvär:

Personalens bemötande är mycket bra men jag kan inte kommunicera med dem. Jag förstår inte ordinationer och ändå får jag ingen tolk. De brukar säga att jag kan bra svenska men det kan jag inte. Mitt språk (det inlärdas svenska språket, vår anmärkning) räcker inte vid vårdkontakter. För det mesta nekade jag tolk vid provinlämning och röntgen. [...] sist när jag skulle röntgas kommunicerade jag och röntgensköterska med gester. [...] när jag var hos läkaren för öronbesvär förstod jag ingenting av det som läkaren sa och var tvungen att boka ny tid (Maria).

Tolken har stor betydelse för vilken information som når fram till patienten och hur ingående informationen är. Då många använder sig av sina anhöriga som tolkar kan det ibland bli besvärligt eftersom de medicinska termerna inte alltid blir korrekt översatta. Att få träffa en läkare som talar samma språk som respondenten är glädjefullt. Ruth upplevde detta vid ett tillfälle när hon blev inlagd på ett sjukhus här i Sverige. Hon berättar att det var skönt att kunna förmedla sina symptom direkt till läkaren utan några mellanhänder och att det gjorde henne tryggare:

Jag blev inlagd på sjukhuset när jag fick virusinfektion [...] jag hade tur att det var en arabisk läkare bland de som undersökte mig. Jag kunde kommunicera själv med den arabiska läkaren

annars skulle jag få hjälp (med språket, vår anmärkning) av min son som var hos mig hela tiden. [...] jag själv kan inte svenska medan min son kunde lite men inte de medicinska termerna. Min son försökte sitt bästa men till slut bad vi om tolk. Tolken kunde ordnas och jag tycker att det gick bra (Ruth).

Magdalena berättar om problematiken när man använder sig av tolk vid vårdkontakter och även av anhöriga som tolkar då de ibland inte förmedlar hela budskapet på plats utan förklarar närmare vid ett senare tillfälle:

Även om tolken skulle tolka ord för ord, är det ändå inte besvärsfritt eftersom jag inte kan kommunicera med läkaren själv. Det är svårt när patienten och läkaren inte talar samma språk. Som patient vill man berätta om sina besvär och beskriva sjukdomssymptom själv. [...] det är effektivare att själv prata med läkaren än att någon annan tolkare åt mig. Mina barn försöker hjälpa mig men ibland tolkar de inte allt som läkaren vill förmedla. En del saker framkommer först då vi har kommit hem och det känns inte alls bra (Magdalena).

Att boka tolk är inte lika lätt för alla respondenter. De som saknar det sociala kapitalet här försöker hitta på egna strategier för att kunna klara sig. Om det berättar Kristina följande:

Jag har ingen här som kan hjälpa mig för att boka tolk därför försöker jag lösa det på olika sätt. Ibland får jag hjälp av en klasskamrat för att boka tolk för bestämda läkartider. [...] idag fick jag läkarkallelse men det står inte att tolken är beställd därför tänker jag be tolken som jag kommer att träffa på vårdcentralen imorgon, att beställa tolk åt mig inför nästa besök. Själv kan jag inte ordna det på egen hand (Kristina).

Kristina ber även den arabisk-talande uppsatsskrivaren att översätta ett par brev som hon har fått av sin ekonomihandläggare. Enligt Bourdieu tillägnar individen sig olika sätt att agera i de olika sociala miljöerna. Kristinas agerande tyder på att hon tillägnar sig ett habitus för att kunna klara sig i det nya sociala miljön (Carle, 2010:406-f.).

Sammanfattningsvis uttrycker de flesta respondenterna ett behov av tolk vid vårdkontakter. Att använda sig av tolk är inte problemfritt. Tolken bokas en viss tid och därefter måste tolken rusa iväg för nästa uppdrag vilket innebär att patienten får klara sig på egen hand om läkaren skulle vara försenad. En del respondenter har inte möjlighet att boka tolk då de inte kan språket och vissa nekas tolk utifrån sjukvårdspersonalens behovsbedömning.

6.5 Det kulturella kapitalets påverkan

Utbildningsgrad och det kulturella kapitalet som individen har påverkar hur snabbt respondenterna ger upp sina försök att söka vård om resultat av behandling uteblir. Ruth skyller på sin ålder vid icke fungerande behandling:

Jag är gammal och får acceptera de besvären jag får i samband med sjukdomar. Det är inte läkarnas fel att de inte kan hjälpa mig. [...] jag kan inte svenska språket och därför om jag får medicin som inte hjälper, slutar jag ta medicinen och låta bli att söka vård på nytt (Ruth).

Maria som har högre utbildning och därmed större kulturellt kapital brukar söka vård flera gånger för samma besvär. Hon försöker även uppmuntra läkarna att undersöka henne mer ordentligt och begär fler prover men språkets begränsningar gör det omöjligt att diskutera mer utförligt då detta tar för lång tid. Maria väljer i många fall att ge upp:

[...] jag sökte vård för nagelbesvär ungefär fem gånger men fick ingen behandling. ”Vi kan inte göra något åt saken” sa läkaren. Besvären har jag fortfarande men jag orkar inte söka vård mer för det. [...] jag brukar be läkaren att ta fler prover och undersöker mig extra. Tyvärr kan jag inte resonera på samma sätt som jag gjorde i hemlandet p.g.a. språket därför känner jag mig missnöjd med vården här. Jag blir inte övertygad med den behandling jag får. [...] jag har till exempel väldigt lätt att gå upp i vikt. Jag sökte vård och läkaren tyckte att jag borde ta långa promenader. Det gör jag redan. Jag går i timmar varje dag utan resultat. Som patient behöver jag bli övertygad av den behandlingen jag får. När jag inte är övertygad känner jag missnöje med vården (Maria).

Enligt Torres (2002: 349-352) underlättar en högre utbildningsnivå språkinläring. Maria som har en högskolutbildning från sitt hemland brottas dock fortfarande med svenska språket. Detta kan bero på de sociala, kulturella och industriella skillnaderna mellan det gamla och det nya sociala rummet. Även respondenternas höga ålder försvårar språkinläring och i förlängningen integrationen.

Behovet av anpassad information efter individens nuvarande habitus bekräftas av flera respondenter. Ruth berättar om sina bekymmer som hon varken fått hjälp med eller fått veta varför det inte gick att hitta rätt behandling:

Jag sökte vård för nackspär och ont i axlarna. Läkaren ordinerade träning och simning men detta gjorde besvären bara värre därför slutade jag med träningen. [...] jag gick inte tillbaka till

läkaren. Jag vet inte riktigt varför han ordinerade träning överhuvudtaget. Jag har fortfarande samma besvär och jag vet inte om jag kan göra något åt det (Ruth).

Kristina känner också stort behov av anpassad information i samband med läkarordinationer av nya mediciner. Kristina som har genomgått en hjärtoperation i Sverige berättar att hon blivit ordinerad tabletter i samband med detta och hon förstår inte varför hon behöver dem riktigt:

Sist när jag var hos läkaren ordinerade han blodtryckstabletter fast jag inte har högt blodtryck. Jag fick även vätskedrivande mediciner fast jag brukar kasta vatten ofta. [...] jag har även börjat få många blåmärken på kroppen och jag tror att det beror på medicinerna som får hjärtat att pumpa mycket blod till resten av kroppen (Kristina).

Sammanfattningsvis nämner respondenterna att de är missnöjda med vården på grund av fortsatta besvär, hög ålder eller ofullständig information om sin hälsa och eventuella behandlingar.

6.6 Bristen på det kulturella kapitalet

Respondenter som har större och rikare kulturellt och socialt kapital, genom kontakt med andra som talar andra arabiska dialekter, kan klara sig när de får en tolk som har en annan dialekt vid vårdkontakter. Att få tolk med en annan dialekt var inget bekymmer för de två manliga respondenterna som har haft en hög position och många varierande kontakter i det tidigare sociala rummet. Fallet är dock annorlunda för övriga respondenter. Sabina berättar om olika tillfällen då hon har fått tolk med en annan dialekt:

Om inte en av mina döttrar är med (vid läkarbesöket, vår anmärkning) bokar de tolk åt mig. Det är lättare att få tag i tolk, som talar samma dialekt som mig, om man bokar i god tid. När det är läkarbesök med kortvarsel blir det mycket möjligt en tolk med en annan dialekt. [...] om det är tolk med egyptisk eller syrianisk dialekt så går det bra men om det är en tolk från Palestina så förstår jag ingenting (Sabina).

I likhet med Sabina berättar Kristina om svårigheten att förstå läkarordinationer vid närvarandet av tolk med en annan dialekt än hennes egen:

Jag känner mig orolig när jag får en tolk med en annan dialekt. Det är inte säkert att vi förstår varandra rätt om jag inte har någon anhörig med (vid besöket, vår anmärkning). [...] en gång var

det en egyptisk tolk och det gick bra. Jag kunde förstå hans dialekt men en annan gång var det en palestinsk tolk och då var det svårt att förstå honom. Han fick repetera varje ord två gånger för att få mig att förstå (Kristina).

6.7 Olika doxa i två olika sociala rum

Vårdens doxa i Sverige skiljer sig från det som finns i respondenternas hemland, Irak. Detta bekräftas av Gabriel som berättar hur vården var i det gamla sociala rummet:

Vården i hemlandet var mycket effektiv och snabb men jag tycker att läkarna ibland handlade överilnat genom att strunta i provresultat. De kunde ställa diagnos eller t.o.m. utföra en operation genom att lita på sin egen kompetens. Där (i Irak, vår anmärkning) betraktas operationer inte lika allvarligt som man gör här. [...] de irakiska läkarna är väldigt kompetenta men att de inte konsulterar varandra för en tydligare diagnos tycker jag är dumt. I Sverige är de extra omsorgsfulla och brukar konsultera varandra eller jobba i team. Människan här har högre värde än i hemlandet (Gabriel).

Josef berättar också om sina iakttagelser om vården i Irak och i Sverige. Att vården i den privata sektorn höll högre kvalitet än den statliga var ett självklart för Josef. Han analyserar detta mer och säger att personalen inom den statliga sektorn hade en mer stressig arbetssituation men säger samtidigt att samma läkare kunde skifta i bemötande beroende på om denne befann sig på de privata eller de statliga sjukhusen:

Vården och bemötandet i den statliga sektorn var inget vidare. Detta kan bero på bl.a. vårdpersonalens stressiga arbetssituation. [...] jag kan dra ett exempel om bemötandet som patienten fick av samma läkare, som man träffade på ett statligt sjukhus på morgonen, när man besökte den i sitt privata kontor på kvällen. Läkaren kunde vara mycket trevligare i sitt privata kontor (Josef).

Trots det dåliga bemötandet i det gamla sociala rummet var Josef nöjd med vården han fick i Irak. Han är även nöjd med vården i Sverige men tycker, i likhet med många respondenter att vårdprocessen dröjer länge:

Läkarna i hemlandet var väldigt kunniga. Jag kunde få tillfredsställande förklaring till sjukdomen som behandling. Jag var nöjd med vården där i stort sätt. [...] vården i Sverige skiljer sig åt vården i hemlandet. Den första skillnaden jag la märke till var den höga hygieniska standard som vården håller här. En annan sak som jag tycker är mindre bra är det svenska vårdssystemet som tar oerhört lång tid. [...] att vårdprocessen i Irak gick snabbare tror jag beror på att läkarna tvingades lita på sin kompetens och erfarenhet i större utsträckning och

att det därigenom gick fortare att få hjälp då de inte beställde provtagning och röntgen i någon större utsträckning. Här måste patienten lämna blodprov och möjligtvis röntgas innan man kan få diagnos och behandling. Jag tycker att det svenska arbetssättet är rätt men problemet är att vårdprocessen dröjer väldigt länge innan patienten blir hjälpt (Josef).

Sammanfattningsvis lyfter respondenterna fram vissa skillnader mellan det gamla och det nya sociala rummet i form av hygienisk standard, bemötande, kompetens, arbetssätt samt vårdprocessens längd.

6.8 Den begränsade tillgången till det svenska sociala rummet och dess doxa

Vid förfrågan visar det sig att ingen av våra respondenter är medveten om att patientens rätt till självbestämmande och integritet finns omskrivna i sjukvårdslagen eller vad detta i praktiken innebär. På frågan hur de agerar om de upplever sig ha fått ett dåligt behandlingsalternativ svarar flera att de ofta låter saken bero eftersom de inte orkar ta tag i det en gång till och inte vill belasta sina anhöriga ytterligare. De hänvisar även till sin höga ålder och menar att det inte finns något mer att göra åt besvären. ”Jag kan inte språket så om jag får medicin som inte hjälper slutar jag ta medicinen och jag går inte tillbaka till läkaren för återbesök” (Ruth).

Respondenterna har begränsad tillgång till det nya sociala rummet och till dess fält och doxa, d.v.s. det schema och regelverk som är självklart för alla individer inom fältet i ett specifikt socialt rum (Bourdieu, 1977:164). Magdalena berättar om kunskapsbrist hos äldre invandrare och behovet av information i det nya sociala rummet:

Jag har ingen aning om HSL. Det beror på kunskapsbrist, båda när det gäller språket och systemet här. [...] jag har inte mycket kunskap om vården i Sverige. Vi (äldre invandrare, vår anmärkning) vet inte riktigt hur man går tillväga för att söka vård. Vi har ett stort behov av en allmän informationskurs för att få kunskap om det nya samhället och dess regler (Magdalena).

I likhet med Magdalena berättar Maria att hon varken förstår hur den svenska vården fungerar eller vilka rutiner som finns. Maria tycker att det är jobbigt och hon önskar att hon hade fått gå på en kurs för att få kunskap om hur det svenska samhället fungerar. Hon tror att de flesta invandrare har behov av en sådan kurs. Hon anser att det är kunskapsbrist i kombination med språkliga svårigheter som hindrar äldre invandrare från att integreras i det svenska samhället:

[...] vi äldre invandrare har ett stort behov av en kurs för allmän information så att vi kan inhämta kunskap om det nya samhället och dess system. [...] De som brukar skickas på praktik hamnar ofta på städfirmor. Är det inte bättre att praktisera på ett sjukhus eller en vårdcentral för att förstå det nya systemet? (Maria).

Vidare berättar Maria, som svar på frågan om hon känner att hon har möjlighet att påverka den hjälpen hon får av sjukvården, att hon upplever att hon inte alltid har denna möjlighet. Att hon måste söka vård i ett annat sjukhus än där hon bor, tycker Maria är märkligt och försvårande:

Mina remisser brukar skickas till en annan ort än där jag bor och jag vet inte varför. Ingen har frågat mig om jag kan ta mig dit. Jag själv hittar inte dit och därför måste min dotter följa med. Detta innebär en förlust för henne då hon bekostar resan själv och missar en skoldag. Jag behöver förklaring till varför skickas jag dit men jag får inget svar av någon (Maria).

Enligt Bourdieu fungerar doxa inom ett fält som en omedveten rutin för fältets aktörer (1977:164). För Magdalena och Maria som inte tillhör det nya fältet och som inte känner till det svenska sjukvårdens doxa är det oförklarligt hur det fungerar eller vilka rutiner som finns. Detta skapar i sin tur otydlighet som kan leda till förvirring hos vårdtagaren.

6.9 Respondenternas ansträngda ekonomiska kapital

Det ekonomiska kapitalet, som Bourdieu talar om (Carle, 2010:408) är ytterst begränsat hos samtliga respondenter då de, som vi nämnt innan, erhåller antingen äldreförsörjningsstöd eller ekonomiskt bistånd. Magdalena berättar om svårigheten med att åka till en annan stad, som ligger cirka 18 km från där hon bor, p.g.a. resekostnader:

Jag har några väninnor som gärna jag skulle vilja besöka men de bor inte i samma stad och min ekonomi är så begränsad att jag inte ens kan åka dit en gång i månaden. [...] att bara sitta hemma och inte kunna bekosta en resa som kostar ungefär 120 kr. tur och retur en gång i månaden är fruktansvärt. Man mår så dåligt av det (Magdalena).

Gabriel tar också upp de ekonomiska bekymmer han har. Han tycker att livet i Sverige är väldigt annorlunda och tryggt men samtidigt begränsat när man lever på ekonomiskt bistånd. Han berättar om svårigheten att köpa receptfria mediciner då de kostar en hel del. Vidare berättar han att som ekonomisk biståndstagare har han inte rätt att få se någon annan del i Sverige än där han bor utan socialsekreterarens godkännande och även om han skulle få det så har han inte råd att åka någonstans:

Här finns trygghet men livet är väldigt begränsat när man är ekonomisk biståndstagare. Vi som får ekonomiskt bistånd har det väldigt svårt att få ekonomin att gå ihop. För det mesta skrivs inte medicinerna på recept vilket innebär att man får bekosta de själv och de kostar en hel del. [...] Ibland känner jag mig fångslad då jag inte ens har rätt att åka t.ex. till Stockholm och träffa mina gamla vänner (som bor där, vår anmärkning). Man får inte åka någonstans utan socialsekreterarens godkännande. Även om hon (socialsekreteraren, vår anmärkning) går med på det så räcker inte pengarna till. Tyvärr det är inget man kan påverka (Gabriel).

Ruth har samma typ av bekymmer med ekonomi då hon tycker att det är svårt att ha råd med vård särskilt när det gäller receptfria mediciner och tandvård. Hon berättar att tandvårdskostnader inte alltid godkänns av ekonomihandläggaren och det är omöjligt för henne att bekosta detta själv:

Det är inte lätt för mig (som får ekonomiskt bistånd, vår anmärkning) att köpa de dyra receptfria medicinerna då de inte godkänns eller betalas av ekonomihandläggaren. [...] Det är väldigt dyrt här att söka tandvård. När man får tandbesvär så kan första besöket kosta upp till 750 kr. som inte säkert godkänns av ekonomihandläggaren och då får man stå för detta själv. [...] Den ansträngda ekonomin för de äldre här gör att man inte mår bra alls (Ruth).

Sammanfattningsvis har alla respondenter ansträngd ekonomi vilket dels gör det omöjligt för dem att roa sig genom att resa och besöka sina vänner på annan ort, dels begränsar tillgången till receptfria mediciner och tandläkarevård. Detta får de att må ännu sämre.

6.10 Vårdkontakt, jämförelse mellan två olika sociala rum

Av våra respondenters jämförelser av den irakiska sjukvården och den svenska sjukvården framgår det att skillnaderna till stor del ligger i att det ekonomiska kapitalet, d.v.s. pengar kan köpa bättre sjukvård i Irak. Respondenterna hade främst erfarenhet av att ha sökt vård i den privata sektorn i Irak, men alla uppger att de även har kommit i kontakt med den statliga. De vittnar om att det ekonomiska kapitalet var avgörande för att få en god vård och tillgång till de av läkare föreskrivna mediciner som behövdes:

Jag hade mycket bekymmer med hörsel och blev opererad fyra gånger för det (I hemlandet, vår anmärkning). Vi brukade söka vård på privata sjukhus, vilket innebar att man fick stå själv för alla kostnader för att få bättre vård. [...] Där fick man betala mutor för att få den vård som man bekostade själv. [...] Man var tvungen att betala mutor till vårdpersonalen för att få tag i mediciner som blev ordnade av läkare. Så länge jag hade mycket pengar i fickan kände jag mig trygg (Gabriel).

I respondenternas utsagor visar det sig att bemötandet inom sjukvården i det nya sociala rummet skiljer sig mycket från bemötandet i hemlandet. Gabriel tycker att det är underbart att vara patient i den svenska sjukvården eftersom vårdpersonalen är så vänlig och bemöter honom med stor respekt. Han upplever deras försök att övertyga honom om att ta vissa mediciner som omtänksamma och är imponerad av att alla, oavsett befattning, hälsar på honom genom att ta honom i hand och exempelvis hjälpa honom med skor som krånglar:

[...] när jag var inlagd på sjukhuset efter hjärtoperationen, var det jätte besvärligt med en del mediciner men vårdpersonalen försökte övertyga mig att ta dem ändå. [...] läkarbemötandet här är mycket bättre än vad det var i hemlandet. Här brukar läkarna komma fram, hälsa på patienten och ta patienten i handen. I hemlandet hälsar inte läkarna ofta tillbaka. Där kände man sig som en soldat när den kommer i kontakt med överordnade. Jag tror att det beror på själva läkarutbildningen i hemlandet. Att läkarstudenter inte läser särskilt mycket etik eller vikten av bemötande. Här är de väldigt ödmjuka, att läkaren kan sätta sig på huk och hjälpa patienten att ta på sig skorna (Gabriel).

Ruth berättar att hon är nöjd med den svenska vårdpersonalens bemötande och hon säger sig även vara nöjd med bemötandet i hemlandet. Vårdprocessen i Irak är mycket smidigare och snabbare, poängterar hon. Ruth uttrycker flera gånger att hon anser att vården var bättre i hemlandet och att läkarna var mer kompetenta:

Jag har inte lika mycket förtroende till läkarna här som i hemlandet. Jag tror inte att läkarna här är lika duktiga.[...] vårdprocessen i hemlandet var mycket snabbare än här. Man kunde träffa en läkare eller specialist, bli undersökt, lämna prov och få behandling samma dag. Här är det väldigt lång process (Ruth).

Respondenterna upplever skillnad mellan vårdens doxa i Sverige och i hemlandet. I likhet med Ruth berättar Maria om den snabba vården i hemlandet i jämförelse med vårdprocessen i Sverige. Hon nämner även andra hinder:

Det är jobbigt att läkarna här måste konsultera varandra för det lilla minsta innan de ställer diagnos eller bestämma behandling. [...] klart att det är bättre med flera åsikter men det är tråkigt att det dröjer länge. Det jobbigaste är att jag inte vet hur vådrutinerna fungerar här. [...] kontakten med läkarna där (I hemlandet, vår anmärkning) fungerade väldigt bra. I hemlandet när jag inte var nöjd med diagnos eller behandling, kunde jag säga ifrån och resonera med läkaren. Dock här har jag inte samma möjlighet därför att jag varken kan språket, har tid till det eller kan lätt få tid för återbesök här (Maria).

Kristina är nöjd båda med den svenska och den irakiska sjukvården trots att hon tycker att man jobbar på olika sätt i de två olika sociala rummen. Kristina berättar vidare att hon föredra den irakiska sjukvården framför den svenska:

Mina vårdkontakter fungerade bra i hemlandet och det gör de här också. Här blir jag bättre bemöt och behandlad än i hemlandet, ändå fördrar jag vården i Irak därför att vården var mycket snabbare än här. [...] i Sverige tar det många månader innan man kan få tid hos en specialist. Dessutom fick man tillräckligt med information (i Irak, vår anmärkning) vid provtagning. Här berättar de inte allt för patienten. Om man har fått diabetes till exempel, då nämner de inte det. När jag frågar om exempelvis kolesterolhalten i blodet eller blodtrycket så får jag inte ett detaljerat svar utan de säger bara att ”*det var bra!*”. [...] vårdprocessen tar så lång tid (i Sverige, vår anmärkning). Jag tror att hela Europa, exempelvis England har samma system. [...] möjligtvis beror det på att det finns många vårdsökande eller så kan det bero på att vårdpersonalen här inte vill stressa sig. Man ser att läkaren inte träffar många patienter (Kristina).

Att Kristina fördrar den irakiska sjukvården framför den svenska kan förklaras med hjälp av Bourdieus resonemang om individens habitus som är anpassad efter det fältet som individen befinner sig i (Carle, 2010:406-f.). Med tanke på att Kristina har bott det mesta tiden av sitt liv i Irak så har hon inte hunnit anpassa sitt habitus eller skaffa sig nya i det svenska sociala rummet.

Sammanfattningsvis upplever samtliga respondenter bättre bemötande i kontakten med den svenska sjukvården än bemötandet de fick i sitt hemland. Ändå en del av dem fördrar vården i hemlandet än den långdragen svenska sjukvården.

6.11 Respondenternas psykiska ohälsa i det nya sociala rummet

Många respondenter mår psykiskt dåligt efter flytten till det nya och annorlunda sociala rummet samt lämnad av resten av familjen och vänner i hemlandet. Ruth berättar om det och om hennes egna strategier för att kunna hantera situationen då hon inte känner till vårdens doxa i Sverige:

Jag mår inte bra alls. Jag saknar min dotter som är kvar i Syrien. [...] jag känner mig ensam och vilse trots att jag har mina söner och dess familjer här. Alla är upptagna med sitt. Jag brukar sitta ensam och gråta när jag mår riktigt dåligt. [...] jag vet inte om man kan få hjälp med det men jag brukar använda mig av lugnande naturmediciner, ta en Alvedon tablett eller helst prata av mig med mina barn och barnbarn när de har tid (Ruth).

Magdalena återkommer ofta under intervjun till att hon upplever känslan av utanförskap i det nya sociala rummet som betungande och sorglig. Hon understryker ofta språkets betydelse och vad avsaknaden av att kunna göra sig förstådd innebär. Att inte ha ett lika stort socialt kapital längre plågar henne:

Vi äldre invandrare tillhör inte det svenska samhället. Jag saknar innehållsrik tillvaro. I hemlandet jobbade jag som mattelärare i många år men här gör jag ingenting än att gå i skolan två gånger i veckan. [...] jag är ofta i biblioteket men det är inte mycket att göra där. Jag har läst alla arabiska böcker som finns där (i biblioteket, vår anmärkning) minst två gånger. [...] jag har så mycket som jag skulle kunna bidra med. Jag kan tänka mig att jobba idealt på dagis eller undervisa nyinflyttade arabisktalande barn. [...] språket begränsar mig oerhört. Jag är inte bara sysslolös utan jag kan inte ens förmedla vem jag är längre. Genom flytten till Sverige blev jag berövad min identitet (Magdalena).

Magdalenas behov av innehållsrik tillvaro förklaras med de olika kapitalen: det kulturella, det sociala och det symboliska (Carle, 2010:408) som behöver ständigt utvecklas och berikas.

Respondenternas beroende av sina barn och bekanta i det nya sociala rummet får de att må dåligt då de inte känner sig självständiga som de var i sitt hemland. Sabina berättar följande:

Jag hittar själv till vårdcentralen och sjukhuset och kan anmäla mig i receptionen men inget mer än det. När det gäller språket så måste jag ha hjälp. Mina döttrar brukar hjälpa mig med allt särskilt när det gäller vårdkontakter. [...] jag känner mig ledsen och tycker att det är jätte tråkigt att inte kunna prata med vårdpersonalen själv (Sabina).

Sabina berättar om ett tillfälle där hon var själv på ett läkarbesök och tolken uteblev. Hon försökte klara sig på egen hand men upplevelsen var obehaglig:

När jag skulle träffa min familjläkare och hennes kandidat kom tolken aldrig. Jag försökte berätta för läkaren de symptom jag hade med hjälp av kroppsspråk och några svenska ord, som öron och yr. Läkaren fattade vad jag menade och undersökte mitt öra. [...] jag var ledsen att inte kunna kommunicera med läkaren själv. Jag kände mig stum då jag inte kunde prata. Det var pinsamt. [...] jag önskade verkligen att en av mina döttrar eller en tolk hade varit med (Sabina).

Sammanfattningsvis lyfter respondenterna olika orsaker till deras psykiska ohälsa i det nya sociala rummet såsom beroendet av sina barn, utanförskap och avsaknad av meningsfullt liv.

7. Avslutande diskussion

Med utgångspunkt i den svenska Hälso- och sjukvårdslagen, som stadgar individens rätt till vård på samma villkor och som bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, var syftet med studien att undersöka hur äldre invandrare, som inte talar **det** svenska språket, kan skaffa sig kunskap om just Hälso- och sjukvårdslagen och kunna hävda sina rättigheter. Vi har även velat undersöka om det finns ett samband mellan upplevd diskriminering och fysisk ohälsa bland utrikesfödda i det svenska samhället, då de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården och som har tagits upp i SOU rapport 2006:4. Dessutom ville vi undersöka om målgruppens tidigare erfarenheter av ett annat sjukvårdssystem påverkat deras nuvarande vårdkontakter i Sverige.

För att undersöka detta användes kvalitativ metod i form av semistrukturerade intervjuer. Sju äldre invandrare med irakisk bakgrund intervjuades. Empirin analyserades sedan med hjälp av Bourdieus teorier och resonemang om sociala rum, olika kapital, habitus och doxa. Även resultat av Torres forskning om äldre invandrare användes i analysdelen. Studieresultaten kommer nu att presenteras och diskuteras. Förslag på vidare forskning lyfts fram och avsnittet avslutas med en kort reflektion om studiens påverkan på vår tidigare förförståelse.

Det största hindret som respondenterna har i det nya sociala rummet och som gör det svårare för dem att hävda sin rätt och tillgodose sina behov är det svenska språket. Samtliga respondenter är beroende av sitt sociala kapital, d.v.s. sina barn och bekanta för att kunna klara av vårdkontakterna i det nya samhället. De upplever sig själva som en belastning för sina yngre familjemedlemmar. Enligt Bourdieu har ett kapital sitt värde i det respektive fältet det tillhör och bara under särskilda omständigheter kan det omvandlas till en annan kapitalart (1992:43). Respondenter som har större kulturellt kapital i form av hög utbildning eller hög position i sitt hemland klarar sig bättre än de som inte har det. Vidare har respondenter med ett rikt kulturellt kapital stort behov av någon slags kurs för att lära känna det nya sociala rummets doxa och de rådande reglerna i dess fält. Röda Korsets undervisning, som respondenterna erbjuds två gånger i veckan, upplevs som otillräckligt. Dessa respondenter

har det lättare att anpassa sina habitus eller skaffa sig nya för att kunna klara sig i det nya sociala rummet.

Respondenternas upplevelser av att ha blivit trevligt bemötta i sitt hemland är få trots att de främst har sökt sig till den privata vården och har haft tillgång till en bättre vård och ett trevligare bemötande än de som hade lågt ekonomiskt kapital. Jämförelsen med den svenska sjukvården sker automatiskt hos många och de menar att vården i Sverige har en hög kvalitet och att de blir trevligt bemöta. Ändå fördrar några av dem vården i hemlandet därför att de kunde kommunicera själva, kände till vårdens doxa och inte var beroende av tolk eller sina barn. En nackdel som lyfts i den svenska sjukvården, av respondenterna, är den långdragna vårdprocessen som får vissa respondenter att tvivla på de svenska läkarnas kompetens. Bland respondenterna finns det skillnader i det kulturella kapitalet när det gäller utbildningsgrad och detta visar sig ha betydelse när det gäller deras tilltro till det svenska sjukvårdssystemet och läkarnas kompetens. Det visar sig tydligast i hur de reflekterar runt sina möjligheter att verkligen bli av med besvär och många av dem med lägre utbildning säger sig acceptera att det inte finns något att göra åt sin situation.

Torres hävdar att invandrades ålder påverkar deras möjligheter till språkinlärning och därmed integrationen i det nya samhället (2002:349–352). Respondenterna berättar att det är svårare att vara äldre och nyinflyttad i ett land än att ha anlänt som yngre. De menar att de är för gamla för att lära sig ett nytt språk och att göra förändringar i sina respektive habitus för att fungera självständigt i Sverige.

Behovet av tolk bestäms av vårdpersonalen som gör bedömningar av vem som kan tillräckligt med svenska för att kunna förstå och aktivt delta i sin vårdprocess. Flera av respondenterna vittnar om att de har haft läkarbesök utan tolk och att de då har varit oroliga för att inte förstå ordinationer eller vad som skulle ske. Vid dessa tillfällen har respondenterna varit oroliga och stressade. De har antingen sökt igen för samma besvär eller undvikit att söka vård på nytt.

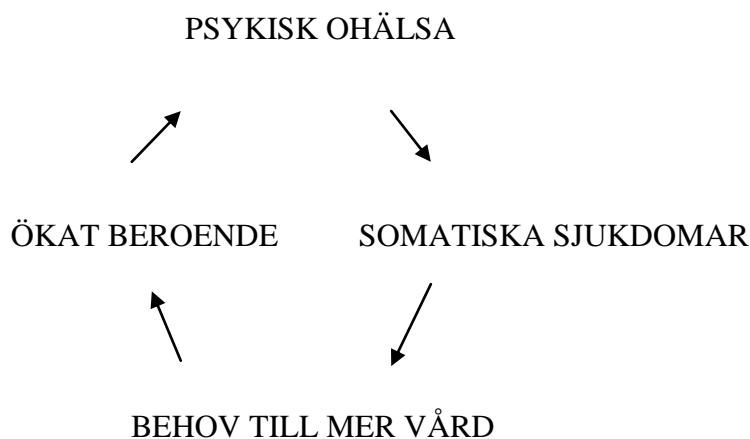
En faktor som spelar in för vilken information som når fram till individen kan vara hur väl tolken förmedlar informationen. Då många använder sig av sina anhöriga som tolkar kan det ibland bli besvärligt då de medicinska termerna inte alltid blir korrekt översatta eller då anhöriga inte förmedlar hela budskapet på plats utan förklarar närmare vid ett senare tillfälle.

Att använda sig av tolk är inte heller problemfritt då respondenterna drabbas om tolken blir försenad eller om vårdpersonalen blir det. Detta innebär att respondenterna riskerar att missa

det bokade besöket som de har väntat på i några månader. Att få tolk med en annan dialekt är bekymmersam för några av respondenterna då de inte kan dialekten. Risken finns att de inte får ut något av läkarmötet på grund av det.

Att kommunicera med läkaren genom mellanhänder är bekymmersamt för några av respondenterna då de inte får samma möjlighet att resonera med läkaren som de brukade göra i sitt hemland. Ändå har de inget annat val än att använda sig av tolk när de kommer i kontakt med vården.

Vår studie visar att respondenternas psykiska hälsa påverkas av språksvårigheter, beroendet av sina barn och bekanta, utanförskap och isolering i det nya sociala rummet samt den ansträngda ekonomin. Respondenternas psykiska ohälsa leder till somatiska sjukdomar, ökat beroende av anhöriga för att kunna söka vård och ännu mer psykisk ohälsa i slutändan, se nedanstående hypotetiska figur:



I habitus finns den omvärld som individen gradvis har lärt känna och som materialiserar sig i beteendet både på ett medvetet och omedvetet sätt (Brante, Andersen & Korsnes, 2001:38). Respondenterna kommer från ett annat socialt rum och har andra habitus och kapital som inte är direkt användbara i det nya samhället, genom detta saknar de kunskap om hur man kan gå tillväga för att söka psykiskt stöd. De känner inte till möjligheten att träffa kurator eller psykolog. Frågan om hur detta påverkar individen och dennes omgivning och vilka ekonomiska konsekvenser det får för samhället är en intressant fråga att forska vidare i. Det är också intressant att undersöka de yngre anhörigas syn på hur deras äldre har det i Sverige. Som pensionärer saknar äldre invandrare den plattform som arbete och studier leder till när

det gäller att ta del av det svenska samhället. Vilka möjligheter har äldre invandrare att delta i det svenska samhället och genom det integreras?

Avslutningsvis vill vi lyfta fram hur vår förförståelse till hur respondenterna upplever kontakten med hälso- och sjukvården i Sverige och eventuell upplevelse av diskriminering ändrades efter studiens gång då detta inte bekräftades av våra respondenter.

För oss som har utbildning är det självklart att man ska hävda sina rättigheter. Under studiens gång framkom det att det inte är lika självklart för de som saknar utbildning.

Den arabiska skribenten kände igen respondenternas upplevelser av den irakiska sjukvården, bemötandet och hur pengarna spelar roll för hur bra vård medborgarna kan få där. För den svenska skribenten var dessa upplevelser både förvånande och otänkbara. Att respondenterna är beroende av sina barn och anhöriga när de kommer i kontakt med hälso- och sjukvården var heller inget nytt för den arabiska skribenten, medan det var otroligt för den svenska skribenten som är van vid individens självständighet i det svenska samhället. Också äldre svenskar har enligt den svenska skribentens förförståelse kvar det mesta av sin självständighet, även om de kan bli allt mer beroende av anhöriga för hjälp med t.ex. transport till sjukhuset. Detta beroende ligger dock på en helt annan nivå och understryker enligt skribenterna bara hur mycket doxa, habitus och olika kapital påverkar vilken vård patienten i slutändan får.

8. Referenslista

Aspers, P. (2007) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber.

Barbosa da Silva, A. & Ljungquist, M. (2003) *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige: en teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen - holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.

Bell, Judith (2006) *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Berger, P. (1963) *Invitation to Sociology. A humanistic perspective*. Garden City: Doubleday.

Björk Brämberg, E. (2008) *Att vara invandrare och patient i Sverige: ett individorienterat perspektiv*. Göteborg. (Akademisk avhandling).

Blom, B., Morén, S. & Nygren, L. (2006) *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bourdieu, P (1977) *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourdieu, P. (1990) *The logic of practice*. Cambridge: Polity Press.

Bourdieu, P. (1992) *Texter om de intellektuella: en antologi*. Stockholm: Stehag : B. Östlings bokförlag Symposion.

Bordieu, P. & Wacquant, L. (1992) *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.

Brante, T., Andersen, H. & Korsnes, O. (2001) (red.) *Sociologiskt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur.

Carle, J. (2010) ” Pierre Bourdieu och klassamhällets reproduktion”. I Månson, P. (red.): *Moderna samhällsteorier*. Finland: Prisma.

Ekblad, S. (2004) *Tvärkulturella möten i äldreomsorgen exempel från Botkyrka kommun*. Rapport från forskningsprogrammet Kultur i vården och vården som kultur. Stockholm: Karolinska Institutet.

Fioretos, I. (2002) ”Patienten som kulturellt objekt. En närläsning av tre läroböcker för sjukvårdspersonal”. I Magnússon, F.(red.): *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Student litteratur.

Forssell, E. (2009) ” Anhörigomsorg i migrant familjer”. I Torres, S. & Magnússon, F.(red.): *Invandrarskap, äldrevård och omsorg*. Malmö: Gleerups.

Gaunt, D. (2002) ” Äldre invandrare”. I Magnússon, F. (red.): *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Giddens, A. (2003) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Gren, J. (1996) *Etik i socialt arbete*. Stockholm: Liber.

Gustafsson, B., Hammarstedt, M. & Zheng, J. (2004) ”Invandrares arbetsmarknadssituation - översikt och nya siffror”. I: Ekberg, J. (red.): *Egenförsörjning eller bidragsförsörjning? Invandrarna, arbetsmarknaden och välfärdsstaten*. SOU 2004: 21. Stockholm: Fritzes Offentliga publikationer.

Järvinen, M. (2006) ” Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system”. I Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.): *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.

Magnússon, F. (2002) *Etniska relationer i vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

May, T. (2009) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Natur och Kulturs Svenska Ordbok, 2001. Natur och Kultur.

Nilsson, A. & Carlsson, T. (2009) *Dokumentera mera! Social dokumentation inom omsorgen om äldre och funktionshindrade*. Stockholm: Gothia.

Norrby, C. (1996) *Samtalsanalys: så gör vi när vi pratar med varandra*. Lund: Studentlitteratur.

<http://pensionsmyndigheten.se/Aldreforsorjningsstod.html> 20110219

Repstad, P. (1997) *Sociologiskt perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Rönnerberg, L. (2007) *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Malmö: Studentlitteratur.

Sahlin, J. (1986) *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer av Jan Sahlin*. Stockholm: Nordstedt.

Socialstyrelsens hemsida 2011-05-02

<http://www.socialstyrelsen.se/hittarattmyndighet/socialbidrag>

SoS & SIV (1991) *En mångkulturell äldreomsorg*. Socialstyrelsen & Statens Invandrarverk

Stier, J. (2008) "Etnisk identitet". I Darvishpour, M. & Westin, C. (2008) *Migration och etnicitet*. Lund: Studentlitteratur.

SOU (2006) *Hälsa, vård och strukturell diskriminering. Rapport av Utredningen om makt, integration och strukturell diskriminering*. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar/rapport 78.

Thomas, B., Andersen H. & Korsnes, O. (red). *Sociologiskt lexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

Torres, S. (2002) "Att invandra till Sverige på äldre da'r: integrationsmöjligheter för 'sent - i - livet' invandrarna". *Socialvetenskaplig tidskrift* 4, 338-356.

Wacquant, Loic J.D. (1992) "Toward a Social Praxeology: The Structure and Logic of Bourdieu's Sociology". I Bourdieu, P. (1992) *An invitation to reflexive sociology*. Cambridge: Polity Press.

Wellros, S. (1998) *Språk, kultur och social identitet*. Lund: Studentlitteratur.

Westin, C. (2008) "Om etnicitet, mångfald och makt". I Darvishpour, M. & Westin, C (red.): *Migration och etnicitet perspektiv på ett mångkulturellt Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

9. Bilaga – Intervjuguide

Den arabiska skribenten kontaktade respondenterna via telefon och informerade om vårt arbete. Under den avtalade intervjun upprepades informationen muntligt. Informationen inleddes med att vi tackade respondenterna för att de ställde upp och lät sig bli intervjuade. Vi har berättat för dem vilka vi var, vad vi läste och syftet med vår uppsats. Vi har även berättat om vår intervjuguide och fått medgivande att spela in intervjuerna som skulle vara mellan 40-60 minuter. Vi har betonat frivilligheten i deltagandet och berättat att respondenterna kunde avbryta sin medverkan när som helst. Vi har även berättat att intervjumaterialet skulle transkriberas och översättas till svenska så noggrant som möjligt. Respondenterna fick veta att den svenska uppsatsskribenten och eventuellt handledaren kommer att ta del av dessa material. Respondenterna fick även veta att de kunde ta del av de nerskrivna intervjuerna och göra ändringar, korrigeringar eller förtydligande om de så önskar. Samtliga respondenter försäkrades anonymitet och fick veta att intervjumaterialet kommer endast att användas för studiens syfte och det skulle förstöras efter uppsatsens färdigställande. Till slut fick respondenterna den arabisktalande skribentens kontaktuppgifter om de skulle få några funderingar eller tankar kring arbetet.

Vi kom fram till intervjuguidens teman genom ingående diskussion med vår handledare, eget intresse att ta del av respondenternas tankar och erfarenheter av kontakten med den svenska sjukvården samt inspiration efter läsandet av kurslitteratur och rapporter.

Intervjufrågor

1. Vill du berätta lite om dig själv och din bakgrund?

Kontakter med irakisk sjukvård

2. Vill du berätta om sjukvården i hemlandet? I vilket sammanhang har du kommit i kontakt med den?
3. Hur kände du dig i denna situation, förutom de symptom som sjukdomen gav? Var du rädd, orolig, ledsen, arg, lugn eller kände du dig utlämnad?

4. Hur upplevde du kontakten med sjukvårdspersonalen? Var de hjälpsamma, tillmötesgående eller informerande? Förstod du de instruktioner som sjukvårdspersonalen gav under samtalets gång?

Kontakter med svensk sjukvård

5. Vad har du för kunskap om den svenska sjukvården?
6. Vilka kontakter har du tagit och i vilket sammanhang?
7. Har du ringt själv till vårdcentralen eller sjukhuset någon gång?
8. Var du ensam vid vårdbesök någon gång?
9. Hur kände du dig i denna situation, förutom de symptom som sjukdomen gav? Var du rädd, orolig, ledsen, arg, lugn eller kände du dig utlämnad?
10. Hur upplevde du kontakten med sjukvårdspersonal? Var de hjälpsamma, tillmötesgående eller informerande? Förstod du deras ordinationer och behandlingar?
11. Blev du erbjuden tolk? I så fall, hur snart fick du denna hjälp?
12. Fick du återkomma vid flera tillfällen på grund av samma problem?
13. Om du kände dig osäker inför en viss behandling, kände du att du hade möjlighet att vägra och bad du om andra råd?
14. Hur väl känner du till sjukvårdslagens särskilt när det gäller självbestämmande och delaktighet i besluten?
15. Kan du se skillnader eller likheter med sjukvården i hemlandet och här i Sverige?