

## Opfattelser af sundhed og sygdom på tværs af kulturer

### Introduktion

I dette modul diskuteres, hvordan begreberne sundhed og sygdom og holdningen til demens varierer på tværs af forskellige kulturelle og socioøkonomiske baggrunde.

### Sundhed i et tværkulturelt perspektiv

#### Hvad er sundhed?

I 1948 erklærede WHO, at sundhed er: "en tilstand af fuldstændigt fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom eller svaghed."

Det er en interessant og vigtig erklæring, men vi må understrege, at det ikke er en global opfattelse af sundhed. Hvis vi tænker på sundhed i et tværkulturelt perspektiv, må vi spørge os selv, om vores opfattelse af sundhed svarer til andres.

Det betyder ikke, at sundhedspersonale skal vide alt om forskellige kulturers ideer og opfattelse af sundhed, men de skal være opmærksomme på, at begreberne sygdom, sundhed eller sygdomsbehandling kan opfattes på forskellige måder. Og vi må også huske, at kulturer er i konstant forandring, hvorfor opfattelsen sundhed, helbredelse og sygdom også er foranderlig.

### Forskellige tilgange til medicin



Vestlige og østlige tilgange til medicin er forskellige: for eksempel har de to forskellige opfattelser af krop, sind og sygdom. Generelt sigter den vestlige medicin mod præcision, analyse og målrettede terapier, mens hovedfokus i østlig medicin er balancen mellem krop

<https://www.sst.dk/~media/1E190EDEB2FD41BC9665D04615830B54.ashx>

og sind, og plejen er rettet mod at opnå denne balance.

En anden stor forskel er, at vestlig medicin er specialiseret: læger fokuserer på det enkelte organ igennem nogle minutters samtale, hvor lægen registrerer symptomerne og ordinerer

tests for det pågældende område. Den medicinske diagnose følger efter laboratorieresultaterne og det, der diskuteres under interviewet.

I Østen ser den traditionelle medicin imidlertid altid personen som en helhed: dette omfatter også det psykologiske aspekt. Grundtanken er, at krop og sind ikke kan adskilles. Under samtaler stiller lægerne normalt mange spørgsmål om patientens vaner, tidsforbrug og livsstil samt om tarm-, mave- og urinfunktion. Medicinske analyser i østlig medicin er kun et delresultat i forhold til, det der afdækkes gennem dialogen med patienten og vurdering af symptomer.

Denne første forskel mellem vestlige og østlige tilgange til sundhed og sygdom peger i retning af, at sundhedspersonalet skal være kulturelt kompetente. Der er ingen, der kan blive fortrolig med alle kulturelle sundhedsoverbevisninger, men en åben og kulturelt kompetent tilgang hjælper fagfolk med at forbedre deres kommunikative færdigheder: for eksempel til at stille relevante spørgsmål for at sikre de bedst mulige resultater af plejeindsatsen og samtidig bidrage til at undgå potentielt skadelige misforståelser.

### **Mangfoldighed i praksis**

I betragtning af den kulturelle mangfoldighed bør sundhedspersonalet øge deres bevidsthed om, hvordan man kommunikerer og passer borgere med forskellige kulturelle baggrunde og også forsøge at forstå nuancerne i den kultur, som borgeren befinder sig i.

For eksempel ønsker østasiatiske borgere måske ikke at diskutere spørgsmålet om døden åbent, da de opfatter det som et varsel. I andre kulturer skal vigtige beslutninger træffes af hele familien eller godkendes af de ældste. Denne tilgang kan være meget forskellig fra den vestlige kultur, hvor beslutninger af denne art meget ofte træffes autonomt uanset familiens beslutninger. Derudover er andre kulturer afhængige af traditionelle helbredende metoder som akupunktur, møntbehandling, cupping, og moxibustion.

I vestlig medicin har lægerne en tendens til direkte at informere patienter om deres sygdomme, så specifikt som muligt. Andre kulturer har forskellige opfattelser af denne tilgang. For eksempelvis er det almindeligt, at fagfolk i Japan og i nogle dele af Afrika skjuler diagnoser fra patienten ved at beskrive tilstanden indirekte med ord som "vækst", "masse", "blodsygdom" eller "urent væv", snarere end at beskrive en uhelbredelig sygdom. Nogle latinamerikanske, kinesiske og pakistanske samfund har en tendens til at beskytte uhelbredeligt syge patienter ved at skjule alvoren i deres tilstand for dem.

Fordi kulturer kan variere dramatisk, bør plejepersonalet konkludere, at de bør undgå stereotyper eller fordomsfulde antagelser om patienternes kulturelle praksis.

### **Undgå stereotyper**

Vi kan ikke kategorisere de forskellige opfattelser af sundhed og sygdom unuanceret. Det er vigtigt at huske, at hvis en person identificeres sig med en bestemt etnisk eller religiøs gruppe, betyder det ikke nødvendigvis, at denne person eller vedkommendes slægtninge deler det samme sæt overbevisninger som gruppen. Den kinesiske regering tilskynder f.eks.

officielt til ateisme, men i Kina er der et stort antal trosretninger, såsom buddhismen, respekt for forfædre, konfucianisme, taoisme, shamanisme og kristendom, så det er ikke muligt at identificere en kinesisk person med en religiøs gruppe.

Det er vigtigt at huske, at patienter ikke nødvendigvis lader sig definere gennem deres tilhørsforhold til en bestemt kulturel gruppe. De personlige erfaringer varierer meget afhængigt af forskellige variabler såsom indvandringsprocessen, uddannelsesniveaue, tidligere erhverv eller oprindelse fra by- eller landområder osv.

Viden om den kulturelle kontekst er vigtig for at yde omsorg for borgeren. Det kan dog være vanskeligt at indsamle oplysninger, der kan være private på grund af sproglige barrierer, eller fordi borgerne for unge, gamle eller for syge til at give relevante oplysninger.

### Kulturel ydmyghed

Sundhedspersonalet må være opmærksomme på risikoen for at være præget af skjulte kulturelle stereotyper, når de planlægger behandling.

Både sundhedsprofessionelle og borgere kommer ofte fra forskellige sociale og kulturelle sammenhænge. Tværkulturel medicin anerkender, at medicinsk praksis er socialt og kulturelt betinget. Dette skyldes, at vestlig medicin i sig selv er et kulturelt system, og derfor er næsten alle møder "tværkulturelle". Hvis vi ser tilbage på medicinens historie i den vestlige kultur, vil vi



<https://haengoddag.dk/2016/07/15/kulturforskelle/>

bemærke, hvordan det, der engang var normalt, nu betragtes som forkert og i nogle tilfælde endda som en forbrydelse. Praktiserende tværkulturel medicin er en proces, der kræver en fordomsfri tilgang til forskelle for at kunne forbedre omsorgen: denne fordomsfri holdning kaldes "kulturel ydmyghed", og defineres som " evne til at opretholde en interpersonel holdning, der er orienteret mod den anden (eller åben for den anden) i forhold til de aspekter af kulturel identitet, der er vigtigst for [personen]."<sup>1</sup>

Hinduer mener f.eks., at fysiske eller psykiske sygdomme kombinerer biologiske, psykologiske og åndelige aspekter. Behandlinger, der ikke behandler alle tre dimensioner, kan ikke betragtes som effektive af en hinduistisk patient. Derfor bør sundhedspersonalet tage hensyn til disse tre aspekter.

Et andet relevant eksempel vedrører respekten for borgerens individuelle vaner, såsom

---

<sup>1</sup> Hook, J.N. (2013). Cultural Humility: Measuring openness to culturally diverse clients. Journal of Counseling Psychology.

seksuel livsstil eller brug af alkohol: British General Medical Council understreger, at " Man har ikke ret til at nægte eller forsinke behandlingen, fordi man mener, at en patients handlinger eller livsstil har bidraget til hans/hendes tilstand " 2

### Omsorg og kulturelle forskelle

Internationale konventioner, såsom den internationale konvention om økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder (UNHCHR 1976), der blev ratificeret af alle EU's medlemsstater, fastslog, at adgangen til sundhedspleje er en grundlæggende menneskeret for alle. Dette indebærer, at sundhedssystemerne har et præcist ansvar for at opfylde behovene i et multietnisk samfund.

**Kultur** kan defineres som "[...] et sæt betydninger, adfærdsnormer, værdier og praksis, der bruges af medlemmer af et bestemt samfund, når de konstruerer deres unikke syn på verden. Som sådan omhandler kultur alle aspekter af liv og sundhed" (Mezzich et. al. 2009: 384). Denne definition antyder, at "kultur" ikke kun omfatter **etnicitet og religion**, men også **socioøkonomiske faktorer** (dvs. uddannelsesniveauer, boligforhold og adgang til information). De sociale aspekter for sundhed kan defineres som: "de omstændigheder, som mennesker fødes, vokser op, lever, arbejder og ældes under samt de systemer, der er indført til at håndtere sygdom" (WHO 2010). Disse omstændigheder er igen forment af bredere økonomiske, sociale og politiske kræfter (WHO 2010).

Undersøgelsen "Rates for Selected Medicare Services, Age 65 Years and Over, by Race and Income" fandt, at ambulante besøg og mammografier stiger, når indkomst stiger. Tendensen går i den modsatte retning for skadestuebesøg og amputationer.<sup>3</sup>

Dårligere helbred er sandsynligvis forbundet med lavere socioøkonomisk status (fremover SES). Lavere SES fører også til færre diagnostiske tests og medicin for mange kroniske sygdomme og til en begrænset adgang til sundhedspleje på grund af omkostninger.<sup>4</sup>

Som det fremgår af McMaughan et al. (2020), "[...] efterhånden som rigdom stiger, øges sundheden, og det modsatte er også tilfældet. Lavere økonomisk status fører til dårligere helbred, hvilket igen fører til en farlig cyklus af yderligere forarmelse. Enkelt sagt er der en relation mellem SES og sundhed, jo lavere SES, jo dårligere helbred".<sup>5</sup>

Omfattende undersøgelser viste, at etniske, religiøse og sproglige faktorer interagerer med socioøkonomiske faktorer og er afgørende for adfærden i sundhedsplejen. Det er derfor nødvendigt at udvide den kulturelle dimension af migranternes sundhed ved at inddrage deres økonomiske og sociale kontekst, for også at undgå det, man kunne kalde "ghettomedicin".

---

<sup>2</sup> [https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(16\)30143-8/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(16)30143-8/fulltext)

<sup>3</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221050/>

<sup>4</sup> Nicholas C. Arpey, Anne H. Gaglioti, Marcy E. Rosenbaum (2017). Hvordan socioøkonomisk status påvirker patientens opfattelse af sundhedspleje: En kvalitativ undersøgelse. Bind: 8 udgave: 3, side(er): 169-175.

<sup>5</sup> McMaughan DJ, Oloruntoba O og Smith ML (2020) Socioøkonomisk status og adgang til sundhedspleje: Indbyrdes forbundne drivere til sund aldring. *front. Folkesundhed* 8:231. doi: 10.3389/fpubh.2020.00231

Et vigtigt aspekt, der forbedrer lægebehandling for alle patienter, er at forbedre kommunikationsfærdighederne hos sundhedspersonalet samt deres diagnostiske følsomhed. Da klinisk praksis bør være patientcentreret, er kommunikationsfærdigheder nu en del af pensum på medicinske uddannelser. Men når læger beskæftiger sig med patienter, der kommer fra forskellige etniske baggrunde godtages kulturelle forskelle eller stereotyper ofte, og en af de største barrierer er **sprog**.

Europa er flersproget: Der er 23 officielle sprog, 60 regionale sprog og omkring 175 sprog, der tales af migranter (Euranet 2010). **Sprogbarrierer** fører til dårlig omsorgskvalitet. For eksempel er sproglige barrierer mellem sundhedspersonalet og borger forbundet med en større brug af diagnostiske undersøgelser, lavere brug af forebyggende tjenester (såsom brystundersøgelser), lavere overholdelse af egen styring af blodsukkeret og lavere patienttilfredshed.

For at overvinde de sproglige og kommunikative hindringer er det vigtigt at stole på samarbejdet mellem sundhedspersonalet og **kvalificerede tolke**, når de kommunikerer med borgere med indvandrer baggrund: Dette forbedrer kvaliteten af omsorg og borgertilfredshed.

Med henblik herpå har nogle lande, såsom Sverige og Holland, allerede i 1980'erne organiseret "offentlige tolke-ordninger", især inden for social- og sundhedssektoren. I Sverige er retten til tolk blevet indført ved lov. I Syd- og Centraleuropa leveres tolketjenesterne, hvis de er tilgængelige, ofte af "kulturformidlere". Nogle europæiske sundhedsvæsenet anerkender dog stadig ikke sprogbarrierernes betydelige indvirkning på kvaliteten af plejen.

Det er værd at fremhæve, at brugen af professionelle tolke forbedrer tilfredsheden hos både borger og sundhedspersonalet og øger brugen af forebyggende pleje. Det øger også indberetningen af symptomer og mindsker misforståelser. Dette punkt bringer os til et andet kritisk spørgsmål, vedrørende uddannelse af **tolke**, som bør lære vigtige og udfordrende færdigheder, såsom overførsel af medicinsk information til patienter og formidling af patientens reaktioner til sundhedspersonalet.

I det multikulturelle Europa er det første skridt til at blive kulturelt kompetent at være opmærksom på ens egen kultur og især ens medicinske kultur (Fox 2005). Nogle hospitaler tilbyder tjenester som "kulturelle konsultationer", der kan hjælpe med at håndtere kulturelle misforståelser.

Desværre påvirker **kulturelle stereotyper** stadig medicinsk praksis: kulturelle stereotyper fra sundhedspersonalet kan påvirke den kliniske beslutningstagning, og derfor er det første skridt til at overvinde stereotyper at blive opmærksom på ens egne kulturelle stereotyper om medicinsk praksis.

Patienters **religiøse overbevisninger** er et andet kritisk spørgsmål, når sundhedspersonalet er nødt til at behandle migranter, der er uenige med medicinske anbefalinger af religiøse årsager.

Hvis læger eller sundhedspersonale f.eks. forstår og er informeret om hinduistiske eller muslimske ritualer, kan dette hjælpe og berolige både patienter og slægtninge. Sundhedspersonalet kan f.eks. være villige til at følge og respektere en særlig rituel praksis, såsom ramadan eller en specifik sorg- eller begravelsespraksis.<sup>6</sup>

Et andet eksempel kan involvere en patients hjernedød: I vestlig medicin betragtes tabet af funktion af hjernestammen som faktisk død. Dette kriterium kan imidlertid opfattes negativt af buddhistiske og kristne mennesker, der mener, at kun kardio- respiratorisk død er faktisk død.

Tilsvarende kan en læge have en filosofisk tro på, at et foster i et tidligt stadie, især et alvorligt handicappet, der ikke kan leve uden for livmoderen, ikke er et barn, hvilket mange kristne vil være uenige i.

I mange kulturer er **traditionel medicin også forbundet med religiøs praksis**: det betyder, at det ikke er usædvanligt, at indvandrere i vestlige lande kombinerer biomedicin og traditionel medicin på samme tid. En drøftelse af dette spørgsmål med patienter kan bidrage til at forbedre forholdet mellem patienter og sundhedspersonale og samtidig øge forståelsen hos sundhedspersonalet.

Samspelet mellem **religion og køn** er et andet vigtigt og følsomt emne i vestlig medicinsk sammenhæng. I de fleste europæiske lande kan patienter vælge, om de ønsker en mandlig eller kvindelig læge, men på hospitaler, især på skadestuer og fødeafdelinger, kan spørgsmålet være mere problematisk. For at løse dette problem anbefales det, at de ansatte har en åben holdning: f.eks. kan det være nyttigt at gøre det muligt at ændre konsultationen, at forklare hvad det kommer til at ske under undersøgelsen gennem en tolk eller en kulturel formidler og drøfte de medicinske procedurer med patienter og deres familier før og efter konsultationen.

Konkluderende kan man sige, at sundhedspersonalet skal være opmærksom på og parat til at arbejde med forskelle i sprog, religiøs overbevisning, kultur og oprindelse. "Etniske misforståelser" skyldes tydeligvis den sproglige forståelse: Som forklaret ovenfor er brugen af uddannede tolke derfor et vigtigt redskab, når patienten og sundhedspersonalet ikke deler samme sprog. Det er vigtigt, sundhedspersonalet undgår at have antagelser baseret på "etniske" overvejelser uden at diskutere dem med patienten.

"Et almindeligt problem, som læger står over for i forbindelse med migrantpatienter, er, hvordan man opnår en balance uden at gå for langt i kulturelle fortolkninger (f.eks. når man oplever en tilsyneladende aggressiv holdning hos en mandlig patient over for en kvindelig læge) og hvordan man undgår en modvilje mod helt at tage følsomme emner op (f.eks. alkoholforbrug eller seksualitet) af frygt for at forårsage "kulturel krænkelse". *Faktisk kan anvendelsen af generelle kulturtræk baseret på sprog, religion, oprindelsesland og kulturel eller socioøkonomisk gruppering af patienter let forfalde til opstilling af stereotyper (Fiore*

---

<sup>6</sup> [https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(16\)30143-8/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(16)30143-8/fulltext)

2008) ” (Durieux-Paillard, Sprogforskelle, religiøs overbevisning og kultur: behovet for kulturelt lydhøre sundhedsvæsener, i Rechel et al. 2011)

Det er vigtigt at understrege, at stereotype opfattelser af sygdomsmønstre blandt migranter og etniske minoriteter sjældent er videnskabeligt baserede.

*”Uanset om sundhedsprofessionelle behandler migranter eller andre patienter, er bevidstheden om egne fordomme eller antagelser samt kendskab til patienters historie og omstændigheder grundlæggende for at kunne yde passende forebyggelse, diagnose og behandling. Det handler om at indtage en ydmyg og kulturelt fordomsfri tilgang. Samtidig skal udbydere af sundhedsydelser have forståelse for de faktorer, der er afgørende for migranternes sundhed samt have kapacitet til at rådgive migrantpatienter om deres ret til sundhedsydelser (Gijon Sanchez et al. 2009). Kulturel kompetence skal være en del af sundhedspersonalets grundlæggende færdigheder, viden og holdninger, og de skal uddannes tilstrækkeligt for at kunne yde passende pleje til forskellige patienter.”*

### **Forskellige etniske gruppers holdning til demens**

Demens er først og fremmest en medicinsk tilstand, men den skal forstås i en kulturel sammenhæng.

Kulturelle værdier kan forme opfattelsen af sundhed, hvor anerkendelse af- og reaktion på sygdomme, både fysiske og mentale, i vid udstrækning bestemmes af antagelser om sociale normer og accept.

For sundhedspersonalet er det vigtigt at tage hensyn til kulturaspektet i forbindelse med en diagnose for at kunne vurdere ydelsens omfang og behovet for løbende lægehjælp.

Nedenstående viser, hvordan den kulturelle dimension påvirker det sociale aspekt ved demens og påvirker plejen og ydelserne.

Undersøgelsen, der blev udført af Calia et al. (2019), undersøgte demens i kulturelle miljøer i de tre nationale grupper (USA, Storbritannien og Kina), som er mest forskellige med hensyn til omsorgens struktur og finansiering og som afspejler kulturelt forskellige sundhedsvæsener.

Undersøgelsen fremhæver nogle grundlæggende forskelle i de amerikanske, britiske og kinesiske opfattelser af samspillet mellem kognitive, adfærdsmæssige og affektive aspekter af demens:

- De amerikanske deltagere havde fokus på den kognitive og fysiske tilbagegang. Pleje blev opfattet som et redskab til at styre denne tilbagegang. Plejehjem opfattes som en institution, der er ramme for overgang fra liv til død.
- De engelske deltagere havde fokus på, at se demensramtes erfaringer og humanisere tilstanden, og fandt relativ trivsel i denne tilgang til omsorg.
- De kinesiske deltagere havde fokus på både en adfærdsmæssig og kognitiv dimension, der var symptom-baseret, og omsorgen blev omtalt som en 'ulempe'.

Omsorgen var familiecentreret.

I Storbritannien er antallet af mennesker fra sorte, asiatiske og etniske minoritetssamfund (BAME) steget grundet befolkningstilvækst og indvandring. Dette indikerer at BAME-personer er relativt yngre end den bredere befolkning og det betyder et stigende antal ældre fra BAME-grupper i fremtiden. I betragtning af den fremtidige vækst og aldring af mennesker fra BAME-samfund fokuserer vi nu på spørgsmålet om demens. Enhver, uanset køn, seksualitet, etnicitet, evne eller socioøkonomisk baggrund, kan udvikle demens (Bingham et al., 2016). Den nationale demensstrategis mål er at forbedre slutningen af livet med særligt fokus på grupper, der er svære at nå, herunder grupper fra sorte, asiatiske og etniske minoritetsgrupper og religiøse grupper. På trods af denne opfordring til at forbedre livets afslutning for mennesker, der lever med og dør af demens, uanset hvilken befolkningsgruppe, de tilhører, er det tydeligt, at vi hverken er lige i livet eller i døden (Crawley og Koffman, 2015).

Der er forskelle i palliativ pleje og pleje ved afslutningen af livet, og der er utilstrækkelig vurdering og kommunikation, inddragelse af patienter og familier i kritiske beslutninger, manglende anvendelse af specialiserede ydelser og håndtering af symptomer forbundet med fremskreden sygdom.

Et fælles tema, der løber gennem undersøgelser af BAME-grupper, palliativ pleje og pleje ved afslutningen af livet, er den ringe brug af den palliativ pleje, der ellers opfattes gavnlige. En række faktorer tilskrives dette forhold, herunder de lave henvisningsrater fra sundhedspersonalet, dårligt kendskab til ydelser og specifikke tjenester relateret til palliativ pleje samt religiøse overbevisninger og familietraditioner, der kan være i strid med palliativ- og hospicepleje.

Kommunikations- og sprogbarrierer er afgørende for at vurdere og udøve palliative plejebestanden. Manglende kommunikation påvirker ikke kun adgangen til palliativ pleje, men har vist sig at være en kilde til alvorlige problemer i kliniske konsultationer og årsagen til misforståelser blandt patienter, familiemedlemmer og sundhedsudbydere.

Der opstår alvorlige kommunikationsvanskeligheder, hvis der er en overdreven afhængighed af en patients pårørende. Selvom det kan synes at være lettere at inddrage en pårørende end at skaffe en tolk, kan dette potentielt være en ulempe for både lægen og patienten.

Brugen af uddannede tolke og passende oversat materiale til den demensramtes sprog og/eller dialekt er nødvendigt for at undgå at bruge familiemedlemmerne som tolke. Brug af professionelle tolke er afgørende for at give den demensramte uafhængighed og reducere familiemedlemmers stress.

Nogle undersøgelser rapporterer, at kommunikationen kan blive yderligere hindret, når det sundhedspersonale, der yder social omsorg, har en anden kulturel baggrund end den demensramte og dennes familie.

Kommunikation er ikke kun det talte sprog. Det involverer også kropssprog, kulturelle regler



for, hvad der er høfligt (såsom ikke at se de professionelle – især det modsatte køn - i øjnene) og passende adfærd i et ulige køns- og magtforhold.

Selvom der er sket enorme fremskridt indenfor smertebehandling i de senere år, er pleje af personer i smerte stadig ikke tilstrækkelig. Fokuserer vi på smerte og på, hvorfor det alt for ofte behandles ineffektivt, er der tegn på, at visse minoritetspopulationer har større risiko for ineffektiv eller subterapeutisk behandling af smerte.

Derudover er der også tegn på, at patienter, der oplever en høj grad af smerte, også oplever fordomme, som kan forstærkes af racisme.

Religiøsitet og spiritualitet hos patienter med fremskreden sygdom samt deres familier er en central del af patientens fysiske og psykiske velvære og bør overvejes nøje af sundhedspersonalet.

Derfor anbefales det stærkt, at sundheds- og socialarbejdere, der plejer patienter ved livets afslutning, herunder dem, der tager sig af mennesker med demens, erhverver kernekompetencer i vurdering og tilrettelæggelse af åndelig og religiøs omsorg for personer med demens.

Denne anbefaling mødes imidlertid også af kritiske røster, der mener, at der kan risikere at være en tendens til at overkategorisere religiøse og kulturelle grupper og forstærke forskelle (Gunaratnam, 2003).<sup>7</sup>

Færdigheder i kulturelle kompetencer og kulturelle vurderinger gør det muligt for sundhedspersonale at spørge patienter og deres familier, hvad der er vigtigt for dem i stedet for at selv at antage, hvad der er vigtigt.

### **De største barrierer for demensramte med anden etnicitet**

For at kunne forbedre adgangen til diagnostiske ydelser og interventionsydelser for borgeren med demens, der tilhører forskellige etniske grupper, effektivt, er det nødvendigt at forstå hvilke barrierer, der hindrer dette.

Der er identificeret flere:<sup>8</sup>

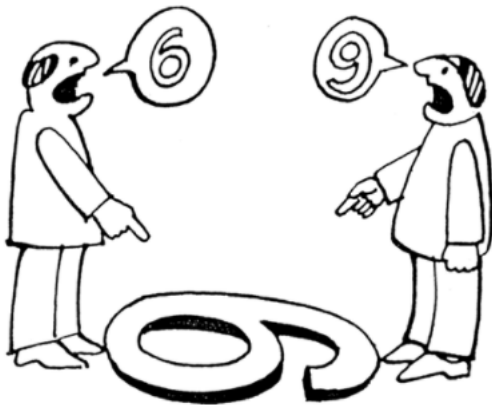
- tilskrivning af symptomer til normal aldring eller til andre fysiske, åndelige eller psykologiske årsager
- benægtelse af, at der er et problem eller en normalisering af symptomer;
- bekymring over den stigmatisering, der er forbundet med demens;
- følelse af skam, der fører til, at man ikke vil lade andre vide, hvad der foregår
- etisk krav om at tage sig af sine egne familiemedlemmer uden at få hjælp;

---

<sup>7</sup> Gunaratnam, Yasmin. (2003). *Forskning i race og etnicitet: Metoder Viden og magt*. London: Vismænd.

<sup>8</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222802/>

- lavt uddannelsesniveau;
- negative oplevelser med sundhedsvæsenet og følelsen af, at der ikke var noget, der kunne gøres for demens;
- støder på sprogbarrierer;
- økonomiske problemer;
- ikke at vide, hvem de skal få hjælp fra;
- ringe adgang til værktøjer, der er egnede til tværkulturel vurdering af kognitive færdigheder
- "farveblindhed": behandling af minoriteter på samme måde som det hvide (eller indfødte) flertal.
- mangel på passende værktøjer til vurdering af kognitive funktioner.



<https://vob.org.za/6-or-9/>

De fleste af ovennævnte grunde tyder på, at grundene til ikke at søge hjælp til demens er kulturelt specifikke, og at det derfor vil kræve en tilgang, der tager hensyn til disse særlige bekymringer at tilskynde etniske minoritetsgrupper til at søge hjælp.

Det er f.eks. blevet dokumenteret, at nogle sydasiatiske grupper end ikke har et specifikt ord for "demens" på deres sprog. I nogle tilfælde føler folk sig utilpas ved at tale om det, fordi de er bekymrede for, at det vil

påvirke familiemedlemmernes udsigter til ægteskab.

Eksempler kan være en førstegenerationsindvandrer, der tilbragte de første par år i et landdistrikt i Indien og udvikler demens i alderdommen. Hans/hendes kulturelle referencepunkter vil sandsynligvis være meget forskellige fra de andengenerationsindvandrere, der bor omkring ham/hende, i familien eller i samfundet.

Erfaringerne fra de første leveår påvirker i høj grad opfattelsen af mennesker med demens, og kun ved at have et tværkulturelt perspektiv kan vi forstå visse holdninger og reaktioner.

Et andet kulturelt spørgsmål er "farveblindhed": Det skaber en form for utilsigtet racisme at benægte kulturelle forskelle og forskellige mindretals heterogene karakterer.

For eksempel er der i visse etniske minoritetsgrupper en fejlagtig forestilling om, at demens opstår på grund af ikke-biologiske årsager, og at der ikke er noget, at gøre ved det.

Med hensyn til spørgsmålet om **sprog** er et af hovedaspekterne de sproglige barrierer mellem fagfolk og demensramte og mellem fagfolk og familier. Der kan imidlertid også være sprogbarrierer mellem patienten og hans/hendes egen familie på grund af forskellig uddannelsesmæssig baggrund i familien. De ældre patienter med demens taler måske ikke engang det samme sprog som familien eller medlemmerne af deres samfund.

**Økonomiske problemer** kan begrænse og forsinke søgningen efter hjælp i familier til demensramte ældre med en anden etnicitet; dette kan bidrage til underdiagnosticering eller sen diagnosticering af fremskredne tilfælde.

### **Sådan reduceres barriererne for at søge hjælp**

Vi kan kategorisere de barrierer, der er en hindring for hjælp til borgere med demens i etniske minoritetsgrupper, i tre hovedgrupper:

- personlige barrierer. Dette vedrører det personlige aspekt, dvs. forskellige overbevisninger om årsagen til sygdommen på grund af religiøse eller åndelige overbevisninger;
- sociale barrierer, såsom bekymring for stigmatisering eller etisk krav om at familien selv tager sig af sine egne familiemedlemmer;
- sundhedsbarrierer, dvs. manglende viden om, hvem de skal have hjælp fra eller barrierer indenfor selve sundhedsvæsenet.

Der er tre foranstaltninger, der kan nedbryde barriererne.

**Brug af kvalificerede tolke.** Vi skal dog være opmærksomme på risikoen for, at sundhedspersonalet kan føle tab af kontrol og føle, at de er udelukket fra samtalen. Tolkene bør derfor have tilstrækkelig uddannelse.

**Ansættelse af personale med forskellige sproglige og kulturelle færdigheder.** Det kan være en god løsning, selv om det også rejser spørgsmålet om, hvilke sprog og kulturelle baggrunde, der skal repræsenteres.

**Informationskampagner om demens**, der specifikt er rettet mod familier, sundhedspersonale eller omsorgspersoner fra visse etniske grupper. Målrettet eller skræddersyet (individualiseret) kommunikation er vigtig: en engelsk undersøgelse viste: "at ser man på øget screening for kolon-rektal cancer, fandt man, at tilslutningen var cirka 50% højere i de grupper, der modtog målrettede eller skræddersyede tilbud sammenlignet med dem, der kun modtog generel information."<sup>9</sup> Internationalt er der oplysningskampagner, der bruger forskellige teknikker såsom at give information, holde sociale arrangementer og gøre det let at deltage.

En undersøgelse af Hurt et al. har forsøgt at vise, om formidling af oplysninger om demens påvirker til adfærdsændring. To grupper blev undersøgt: I den første gruppe søgte

---

<sup>9</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222802/>

deltagerne hjælp til subjektive hukommelsesforstyrrelser, mens den anden gruppe undlod at søge hjælp<sup>10</sup>: "Den objektive kognitive svækkelse var den samme i begge grupper, men den gruppe, der søgte hjælp, var mere tilbøjelige til at tro, at deres symptomer havde mere alvorlige konsekvenser og var også mere tilbøjelige til at tro, at symptomerne skyldtes en biologisk årsag, der kunne behandles medicinsk. Dette ser ud til at forstærke tesen om, at et ændret syn på demens vil tilskynde demensramte/pårørende til at søge hjælp til sygdommen "

#### Referencer:

Amsterdam Declaration (2004) *The Migrant-friendly Hospitals Project, 2004* (<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>, accessed 20 May 2011).

Euranet (2010) *Préserver la diversité linguistique de l'union européenne* (<http://www.uranet.eu/fre/Dossiers/Dialogue-interculturel/Preserver-la-diversite-linguistique-de-l-Union-europeenne>, accessed 1 June 2011).

eu/fre/Dossiers/Dialogue-interculturel/Preserver-la-diversite-linguistique-de-l-Union-europeenne, accessed 1 June 2011).

UNHCHR, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (1976) *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 1 June 2011).

WHO (2010) *Social Determinants of Health: Key Concepts* ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/), accessed 1 June 2011).

WHO Regional Office for Europe (2010) *How Health Systems can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

---

<sup>10</sup> Hurt CS, brænder en, brun RG, Barrowclough C. Hvorfor søger ældre voksne med subjektive hukommelsesklager ikke hjælp? *Int J Geriatr Psykiatri* 2012; 27:394–400.