

Demens hos innvandrere

– noen utfordringer i praksis

■ **ARILD AAMBØ** • Seniorrådgiver ved NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse)

■ **ARNHILD VALEN-SENDSTAD** • Overlege spesialist i indremedisin og geriatri. Ansatt ved Lovisenberg diakonale sykehus

Demens er en kronisk, progressiv lidelse som invalidiserer pasienten og gjør ham mer og mer hjelpetrengende. Medisiner kan ha en viss effekt, men kurerer ikke sykdommen. Å møte demenspasienter med en annen etnisitet og fra et annet kontinent blir en ekstra utfordring, men det er likevel mye en allmennpraktiker kan gjøre, både for pasient og pårørende. I denne artikkelen presenteres fire kliniske vignetter som viser noen av de utfordringene en allmennpraktiker kan stå overfor i en slik sammenheng.

Vi blir stadig eldre. Vi lever lenger, og med alderen pådrar vi oss flere sykdommer – i ulike kombinasjoner. Demens refererer til en sykdomsgruppe som er karakterisert ved kognitiv svikt, det vil si kronisk, global, ikke-reversibel svekkelse av hukommelse, eksekutivfunksjoner¹ og personlighet. Også tale og motorisk funksjon kan svekkes (1). Forekomsten stiger med økende alder: 0,9 prosent i aldersgruppen 65–69 år, 16,6 prosent i aldersgruppen 80–84 år, og fra 90 år og oppover vil over 40 prosent ha utviklet en eller annen form for demenslidelse (3).

Internasjonalt er problemet av betydelig omfang. I følge World Health Report (2003) utgjør demens over 11 prosent av leveår med sykdom (YLD) for personer over 60 år. Selv om over 60 prosent av alle med demens bor i utviklingsland, er forekomst målt i prosent av befolkningen høyest i industrialiserte land (4). I Norge er det anslått at nærmere 70 000 personer lever med demens, at langt flere er berørt av sykdommen (ca 250 000) og at antallet i løpet av de neste 35 år sannsynligvis vil bli fordoblet

¹ Eksekutivsystemet er innen psykologien et tenkt kognitivt system som styrer andre kognitive prosesser. Det er også referert til som eksekutivfunksjoner eller kognitiv kontroll. Begrepet brukes av psykologer og nevrologer til å beskrive en løst definert samling av hjerneprosesser som er ansvarlige for planlegging, kognitiv fleksibilitet, abstrakt tenkning, regelutforming, igangsetting av nødvendige tiltak og hemme upassende handlinger, samt å velge relevant sensorisk informasjon (2)

(3). Selv om omsorgspersoner i familien er og fortsatt vil være hjørnesteinen i støtteapparatet for disse pasientene, vil personer med demens også kreve økende innsats fra offentlige helse- og omsorgstjenester. Kostnadene er således betydelige, både pengeomessig og i form av menneskelige ressurser.

Demens blant innvandrere

Vi vet lite om forekomsten av demenslidelse blant innvandrere til Norge, men det er flere grunner til å tro at den kan bli forholdsvis høy etter hvert som innvandrerbefolkningen eldes. For det første viser epidemiologiske undersøkelser at mens yngre innvandrere ser ut til å være friskere enn gjennomsnittet i befolkningen, er eldre innvandrere sykere. Det som er en moderat forskjell i psykisk helse mellom unge med innvandrerbakgrunn og unge i sin allminnelighet, øker til et betydelig gap i aldersgruppen over 55 år. I begge tilfeller er kvinner hardest rammet.

For det andre er det vist at eldre med type 2-diabetes har minst dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle svekkede kognitive evner eller demens enn de som ikke har denne sykdommen (5). Forekomsten av diabetes type 2 er mer enn tre ganger så stor blant innvandrere i alderen 55–70 år enn i befolkningen generelt (25 prosent versus 8 prosent) (6). Særlig stor er risikoen blant



ILLUSTRASJONSFOTO: L. RIVAS/SCX

pakistanske kvinner, hvor forekomsten er vist å være mer enn 14 ganger så høy, selv blant de som er yngre, dvs. i alderen 30–60 år (7). Når det så gjelder vaskulær demens må heller ikke blodtrykkets innvirkning undervurderes.

Det som likevel ser ut til å dra i gunstig retning er at mange innvandrere er tospråklige, i betydningen at de ikke bare kan gjøre seg forstått på et annet språk enn morsmålet, men faktisk tenker på to språk. Tospråklighet ser ut til å ha en positiv virk-



ndrere

I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergupper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.



HOVEDBUDSKAP

- Familie og venner er sentrale omsorgspersoner også for innvandrerpasienter med demensproblematikk, men vi må være oppmerksomme på at ikke alle har en familie å støtte seg til.
- En interessert allmennpraktiker kan, ikke minst ved å tilby adekvate forklaringer på pasientens tilstand og funksjonsevne, fungere som katalysator for gode omsorgsrelasjoner. Det roer ned situasjonen og medvirker til at pasient og pårørende bedre forstår sin nye situasjon.
- Nyansene mellom beskyttelse, støtte og kontroll kan være hårfine og sterkt avhengig av øynene som ser. Da kan legens eksplisitte råd og veiledning kunne tillegges avgjørende vekt og gi grunnlag for forandring, for eksempel insitament til å bryte ut av en isolert tilværelse.
- I arbeidet med å utvikle velfungerende boenheter med tilrettelagte aktiviteter kan allmennpraktikeren fungere som både premissleverandør og pådriver overfor kommunale myndigheter.
- Noen ganger må allmennpraktikeren bevege seg ut av sin egen komfortsone for å etablere kontakt og kommunikasjon. Det betinger at legen allerede har utviklet en tillitsfull og bærende relasjon til pasient og pårørende.

Vi vet lite om forekomster av demenslidelser blant innvandrere i Norge, men det er flere grunner til å tro at den kan bli forholdsvis høy etter hvert som innvandrerbefolkningen eldes.

ning på eksekutivfunksjoner allerede i tidlig barnealder (8, 9) og nyere forskning viser at effekten av tospråklighet er varig og trolig utsetter oppkomsten av demenssymptomer i mer enn fem år (10).

En mulig forklaring på økt sykkelighet

Hvis kravene til tilpasning til stadighet overskrider hva organismen med rimelighet kan hanskkes med, kan dette føre til kro-

nisk stress og slitasje av fysiologiske reguleringsmekanismer. Slik slitasje kan så gjennom generelle mekanismer med tiden føre til funksjonsnedsettelse og sykdom, kognitivt så vel som fysisk (11). Videre har flere studier vist at sosioøkonomisk status, livsstil, sosiale relasjoner samt ulikheter i kjønn og etnisitet påvirker tilpasningsprosessen (12).

Det er heller ikke urimelig å anta at mange innvandrere kan oppleve tilpasningen

til sitt nye samfunn som en ekstra belastning. Personer som flytter over landegrensene står overfor dyptgående endringer på mange nivå, både i forhold til hvordan samfunn og hjelpeapparat er organisert, hvilke tjenester som tilbys, hva som forventes av medvirkning, og når det gjelder språk, kultur, verdier og vaner. Slike endrede livsbetingelser vil for noen kunne overskride tilpasningsevnen, føre til kronisk stress og påfølgende funksjonsnedsettelse



og sykdom. For noen vil dette innebære kognitiv svikt og demensutvikling.

Utfordringer for helsearbeidere

Innvandrere som lider av senil demens vil representere en ekstra utfordring for leger og helsepersonell både i forhold til diagnostisering, behandling og omsorg. Det handler ikke bare om å forholde seg til et annet språk, men andre måter å forstå og forklare sykdom på, ulike former for og grader av stigmatisering, andre forventninger til hjelpeapparatet, og ulik forståelse av familie og nettverk. Det vil være utenfor rammen av denne artikkelen å gå inn på alle disse forholdene. Vi vil bare kort fremheve at å oppdage demens på et tidlig tidspunkt har behandlingsmessige konsekvenser, og at de retningslinjene og hjelpemidlene som er anbefalt for diagnostisering av demens (se www.aldringoghelse.no/PageID=634), også kan anvendes for personer med annen kulturbakgrunn (13). Eksisterende tester kan imidlertid underverdure det kognitive funksjonsnivået hos eldre innvandrere. For eksempel har det vist seg at MMSE ofte gir falske positive resultater for personer med lite utdanning. Det samme gjelder til en viss grad klokke-testen (14). Oftest vil det være nødvendig med flere nevropsykologiske undersøkelser for å stadfeste diagnosen.

Kliniske vignetter

Vi vil i det følgende presentere fire kliniske situasjoner som illustrerer noen av de problemstillingene allmennpraktikeren kan stå overfor i møte med innvandrerpasienter og hvor det er mistanke om eller påvist demensutvikling hos en person. Historiene er skrevet ned slik legen fortalte dem under et intervju og bærer således sterkt preg av den muntlige formen. Det dreier seg altså om en leges beretning om pasientmøter, selv om legens fokus hele tiden er rettet mot hvordan pasienten fremtrer. Hensikten er ikke å beskrive ulike pasienter eller pasientgrupper, men å belyse den aktuelle legens egen erfaring, hvordan han eller hun oppfattet pasienten, hvilke vurderinger som ble gjort, de vanskelighetene som oppstod, og i et par tilfeller hvordan saken løste seg. Historiene er noe omskrevet for å hindre at pasientene kan gjenkjennes, da i samsvar med legens erfaringer med lignende tilfeller. Det er likevel vårt håp at andre leger vil kunne kjenne seg igjen i disse situasjonene og med utgangspunkt i disse reflektene over egne erfaringer.



Med god tilnærming til pasienten vil legen kunne være en god støttespiller. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Behovet for å forstå sin egen situasjon

Jeg hadde en pasient, en mann som hadde fire barn. Han var en leder her i Norge og ble syk av diabetes. Han isolerte seg totalt. Barna fikk ikke komme inn til ham. Hans blodsukker svingte. Han var oppe på natten, men isolerte seg og ville ikke være oppe på dagen ... bare om natten. Og det skar seg med hele familien, barna og kona og alt ... og så kom han til poliklinisk undersøkelse. Han bodde alene på loftet i huset deres, kona og de tre barna bodde i de to andre etasjene. Så ble han undersøkt og det viste seg at han foruten diabetes også hadde symptomer på en frontallapspdemens... I alle fall hadde han forandret seg. Så ble han innkalt til et møte og fortalt hva det var som feilet ham. «Åh! Det er derfor jeg er så annerledes».

Barna ble innkalt, og de ble forklart farens sykdom og konsekvensene av den. De ble så lykkelige over at vi nå hadde funnet en forklaring på hva det var med faren ... at han hadde diagnoser som forklarte hans adferd... at han hadde diabetes og hypertensjon, og at han hadde en demens... om det var frontallapps eller Alzheimer med frontallappsaffeksjon. De ble så takknemlige,

for da hadde de en forklaring på hvorfor far var som han var. Da kunne de begynne på en måte å nærme seg igjen ... og ... hele familien ble venner igjen. Og faren ble tatt inn i varmen igjen.

Han hadde sittet der på loftet et halvt år... alene. Og barna... de var velutdannet... de fikk ikke tak i hva som hadde skjedd med faren. Hva de før hadde tenkt på, det fikk ikke jeg tak i. De virket redde... Da tror jeg det var noe de vurderte... at far var grepet av ett eller annet... ett eller annet som var skjedd med ham som de ikke turte å gå inn i. Hele familien strevde og de visste ikke hvordan de skulle forstå situasjonen. De isolerte seg og... hele familien ønsket en forklaring som satte ting på plass. Jeg synes det behovet er sterkere hos innvandrere, da, enn hos våre egne.

Denne lille fortellingen illustrerer hvor viktig det er for både pasient og pårørende å finne frem til en akseptabel forklaring på endringene som skjer. Det ubegripelige i pasientens adferd hadde skapt rom for usikkerhet og ambivalens, og en kan bare ane hvordan tradisjonelle oppfatninger



om det overnaturlige – for eksempel ånder og andre krefter – nå trengte seg på, skapte frykt og angst og gav grunnlag for konflikt og adskillelse i familien. Men usikkerheten og ambivalensen kunne her lett korrigeres når legen likefrem og på forståelig vis presenterte en medisinsk forklaring på pasientens tilstand, og denne forklaringen fungerte nærmest som en katalysator for gode omsorgsrelasjoner. Noen ganger hender det imidlertid at pasient eller pårørende sitter fast i tradisjonelle forklaringsmodeller, og det kan være nødvendig å ta utgangspunkt i disse for å få til endring. Dette kan være vanskelig å få frem ved å spørre direkte, men det finnes gode prosedyrer for slikt arbeid (15), og allmennpraktikeren kan her også invitere til samarbeid med en kulturfolk eller religiøs leder for at de skal kunne få et bedre grep om sin egen situasjon.

Denne fortellingen borer også hull i en myte som i dag ser ut til å bre seg blant helsearbeidere, nemlig at innvandrere er så fatalistiske. Mangel på akseptable forklaringer kan naturlig nok skape rådvillighet og passivitet, men når sjansen er der er det vår erfaring at svært mange innvandrere, også fra ikke-vestlige land, vil ta grep om sin egen situasjon. Fordi familien er så viktige omsorgspersoner for demente, var det her naturlig for legen, i samråd med pasienten, å involvere dem i den videre prosessen. Dette er ikke alltid tilfelle, som den neste vignetten illustrerer.

Når nettverket mangler

Det var en diplomat som ville være her når han ble gammel. Men han hadde ingen pårørende. Ingen pårørende! Ikke en eneste! Men hva gjør du? Hva skal du gjøre? Han hadde en venn som han så ca. to timer i uka. Men hva gjør du ellers, da? «Jeg sitter og ser på TV og på filmer, og så forsøker jeg å gjentelle filmene for meg selv, høyt... slik at jeg ikke glemmer». Men du kan jo ikke leve sånn! Du må da ha noe kontakt med andre mennesker. Du kan ikke leve uten slik kontakt! «Men hvordan skal jeg få det?» Ja, men du er jo diplomat! Du er en flott person. Du... Ja, finnes det ikke noe eldrester for deg? Nei, han visste ikke om noe. Det var litt flaut. Dette er også en gruppe mennesker... flotte, ressurssterke... som ikke vet hvor de skal gjøre av seg her i Norge.

Med ham var der en tolk, legestudent, eller ferdig lege, tror jeg... han ble så satt ut av den dialogen mellom han mannen og meg. «Dette er jo det aller viktigste», sa han til meg etter konsultasjonen. «Hvordan kan jeg prøve å hjelpe mine folk til å finne et hjem?» Tolken og jeg stod begge to med tårer i øynene, for det var jo det dette mannen lengtet

etter... et hjem, et sted å komme til. Og han var så flott, denne diplomaten, høy og staselig... et flott menneske. Jeg vet ikke hvorfor han ikke ville hjem. Det vet jeg ikke. Men han ville være her, fordi her var det godt. Selv om det var fremmed, så var det godt – antakelig mye tryggere på mange måter.

Statistikken viser at det blant personer over 65 år er langt mer vanlig at innvandrere bor sammen med tre eller flere personer enn det er i befolkningen under ett (for menn: 25 prosent versus 10 prosent, for kvinner: 22 prosent versus 6 prosent). På den andre siden er det også omtrent like vanlig for innvandrere som for andre å bo alene – ca 25 prosent for menn, 45 prosent for kvinner (16). En kan derfor ikke ta for gitt at en innvandrer som er i ferd med å utvikle demens har en familie å falle tilbake på. Når demens gir seg utslag i form av passivitet, glemskhet og manglende planleggingssevne, vil en person som er overlatt til seg selv ofte gå inn i en svært passiv tilværelse. Det var likevel ikke tilfellet hos denne pasienten. Han hadde funnet måter å holde seg mentalt aktiv på. Men, som for mange andre, virker det som om det var vanskelig for denne mannen å be om hjelp. Ofte trenger en noen andre å snakke med for å kunne formulere et problem som kan presenteres for legen, og selv om problemet etter hvert blir forståelig trenger en både å vite hvor en kan gå for å få hjelp og hvordan en skal kunne ordlegge seg for å utløse hjelpen. Dessuten vil det for mange være vanskelig å ta imot hjelp fra fremmede. Etter hvert som det kognitive funksjonsnivået svekkes, vil det trolig også for denne mannen bli en utfordring å finne frem til et bofellesskap som kan fungere godt som både hjem og omsorgsramme. I slike tilfeller vil mindre boenheter som tillater den demente å delta i dagliglivets vanlige aktiviteter oftest være å foretrekke (3). Slike mindre enheter vil også, i alle fall i de større byene, øke sannsynligheten for at innvandrere med demens kan bo nær likesinnede som snakker samme språk eller dyrker samme religion.

Ut av isolasjonen

Men situasjonen kan også være den at familie og omgivelser fungerer som bremsekloss i forhold til den enkeltes livsutfoldelse. Det kan være at en kvinne av lojalitet til en mann som ønsker å være hjemme, selv blir sittende inne, eller det kan være andre forhold – kanskje knyttet til kulturelle oppfatninger om hva som sømmer seg – som hindrer vedkommende i å gå ut. For mange innvandrerkvinner er det såle-

des utenkelig å bevege seg utenfor hjemmet alene. Men en kognitiv svekkelse kan også i seg selv føre til tilbaketrekning, og noen ganger er dette et tidlig tegn på Alzheimers sykdom. Slik informasjon er ikke alltid like lett å få frem i et intervju, men det kan være viktig å ha slike omstendigheter i tankene, slik den neste vignetten viser.

Jeg hadde en pasient som isolerte seg... og da er det veldig viktig å prøve å få en dialog med den pasienten. Og det fikk jeg. Så sa jeg til henne at hun kunne ikke bare sitte inne i leiligheten uten å komme seg ut i det hele tatt. Det går ikke! Da blir du dårlig. Det må du love meg! Hun var vanskelig å få et samspill med. Hun brukte mye tid til å lese i Koranen alene. Til slutt fikk jeg henne med på å prøve det eksperimentet at hun kunne sammen med en voksen datter sette seg på en kafé i byen. Så gikk jeg forbi der en dag, og da så jeg en dame som vinket intenst i vinduet... og så var det den damen som hadde lovet å sitte der... Hun fortalte meg senere at nå hadde hun bestemt seg for å følge legens råd. Hun var blitt mer lykkelig og fornøyd når hun skjønte at hun mestret det sammen med sin datter. Det kan være at hun har en unnskyldning overfor resten av familien. Det er også viktig at de kan bruke hva legen har sagt som en unnskyldning for hva de må gjøre av aktiviteter som er bra for helsen. For denne kvinnen snudde tilværelsen seg og livet fungerte igjen.

Når legen kan presentere en god grunn for å gjøre noe nytt, er ofte pasienten villig til å prøve ut dette. I dette tilfellet måtte imidlertid legen bruke all sin overtalelsesevne og innflytelse for å få med seg pasienten: «Det går ikke! Du blir dårlig. Du må høre på meg! Lov meg...». For en norsk allmennpraktiker vil dette kanskje virke fremmed. Vi vil ikke komme for nær innpå pasientens dagligliv. Kanskje ønsker vi heller ikke å blande oss i pasientens daglige problemer. Men slik er det ikke over alt. Mange har fortsatt umåtelig respekt for sin lege, og det at legen aktivt griper inn kan oppfattes som et viktig, ja sågar nødvendig, tegn på omsorg. En slik fremgangsmåte betinger selvfølgelig at legen allerede har utviklet en god og bærende relasjon til pasienten. Det er denne relasjonen som settes på prøve når legen insisterer på at pasienten må høre på ham, at pasienten må «love...» etc., og det er tilliten til legens ekspertise og gode vilje som avgjør om inngrepet blir oppfattet som positivt eller negativt. Selvfølgelig må en også se an både pasienten og den situasjonen vedkommende befinner seg i an. Etter vår mening er og bør det være av største interesse for en allmennlege å utvikle slike bærende relasjoner.



Forbindelsen til fortiden og kunsten å få kontakt

I noen tilfeller kan det sågar være nødvendig for en lege å bevege seg utenfor egen komfortsone, kanskje til og med på «upløyd mark». For hva kan en gjøre når dialogen ikke er der og man ikke får kontakt og dialog med pasienten? Den følgende historien viser en tilnærming som i mange tilfeller kan bidra til at man når inn hos en helt «lukket» dement pasient.

Det var en pasient som hadde gått et par år for utredning av demens. Han ville ikke snakke, men trakk seg inn i seg selv, og det var ikke mulig å få kontakt med ham ... og barna, fem barn og kone ... det var veldig vanskelig. Han var utdannet garver ... han drev med skinnvarer hjemme i sitt eget land, laget sko og belter ... Så hver gang under undersøkelsen satt han og dro i skoene eller beltet han hadde på seg. Han var ikke interessert i andre ting.. Man behøver jo ikke være interessert i å få nye kontakter i den situasjonen der, og han bare var tilstede på sitt vis. Yngste sønnen var jo med, da. Det var han som pleide å følge far. Han var veldig hyggelig, jovial. Han reagerte bare med et smil når far sa noe upassendet eller gjorde noe rart. Man merket ikke irritasjon. Han var innoom foreldrene hver dag og passet på at de fikk middag og måltider. I alle fall, så skulle vi avslutte, og han fikk behandling ... demensmedisiner som han skulle fortsette med etter avtale med legen.

Hans diagnose ble kognitiv svikt betinget av Alzheimer sykdom og hjerneskader av mange års alkoholoverforbruk. Men en muslim som drikker, det passer seg ikke. Det var «Hysj!» – helt taushetsbelagt det der. Han jobbet så mye hjemme i eget land og alkoholen var hans måte å få det til å gå opp på. Men i alle fall så snakket han mindre og mindre, og selv når jeg snakket til ham, så han ikke på meg en gang. Å følge med i utviklingen av kognitiv svikt hos en som ikke kommuniserer er problematisk. Jeg tok da og satte på ham hørselsforsterkere, og så snakket jeg til ham. Da så han første gang på meg ... de to, tre siste gangene hadde han ikke sett på meg. Da så han på meg, og da var han veldig intens i øynene ... jeg fikk litt øyekontakt. Så spurte jeg om jeg fikk lov til å gå litt lenger, og for eksempel synge litt for ham. Ja, det var greit, men hva skulle jeg synge for en mann fra Pakistan? Jeg kan jo ikke sanger fra hans verden. Men så tenkte jeg: Elvis Presley, det er jo en artist for hele kloden. Det er jo musikk som er kjent over alt, og hvis han hadde hørt på musikk, hadde han sikkert hørt Elvis Presley. Så begynte jeg å synge «Love me tender» til ham. Mannen lyst opp. Det var sterkt. Så sa jeg til sønnen: «Nå ser du hva du kan gjøre». Sønnen var himmelfallen, og veldig glad for at det endelig var noe som gjorde at man kunne få



ILLUSTRASJONSFOTO: THE LOOK

kontakt med far, da, så han gikk ut smilende og takknemlig. En vei inn til fellesskapet var etablert selv om faren hadde mistet språk og språkevne. Det var spennende, og det er slikt som gjør det utfordrende å jobbe med personer med en annen kulturbakgrunn.

Denne historien taler vel egentlig for seg selv, men et par kommentarer kan likevel være på sin plass. Det er i dag velkjent at musikk henvender seg til spesielle områder i hjernen. Musikk skaper stemning, den kan fremkalle minner og følelser som før har vært utilgjengelige og på denne måten fungere som en forbindelse til fortiden. Nå er det ikke slik ment at alle allmennleger skal synge for sine pasienter. Det vil trolig være en fremmed tanke for de fleste. Men det er viktig å snakke med pårørende om hva pasienten tidligere har vært opptatt av, hvilke interesser vedkommende har dyrket osv. Det kan bidra til at pasienten etter år med lidelser fremstår i et nytt lys. Det etableres broer til fortiden og åpner seg nye veier inn til fellesskapet. Det er i denne forbindelse at musikk kan ha sin plass. Likevel, kanskje var det av vel så stor betydning for denne pasienten at legen var villig til å begi seg ut på upløyd mark for å komme ham i møte. En slik anstrengelse er i seg selv et sterkt vitnesbyrd om pasientens fortsatte betydning som medmenneske. Det er da også vår erfaring at en slik anstrengelse blir satt pris på, både av pasient og pårørende. Men, som det fremgår av historien, det krever at en går varsomt frem, at en har etablert kontakt og en felles forståelse om hva som er i ferd med å skje, slik vi ser at legen her gjorde.

Historien viser også hvor oppofrende familiemedlemmer kan være når alvorlig sykdom rammer, samtidig som den minner oss om at mange pasienter med demens også har tilleggs lidelser. Hørselstap kan være vanskelig å diagnostisere hos de-

menspasienter, men det kan, som her, være verdt å forsøke med hørselsforsterkere for å se om dette gjør en forskjell.

Avslutning

Demens er en kronisk, progressiv lidelse som invalidiserer pasienten og gjør ham mer og mer hjelpetrengende. Medisiner kan ha en viss effekt, men kurerer ikke sykdommen. Å møte demenspasienter med en annen etnisitet og fra et annet kontinent blir en ekstra utfordring, men det er mye en allmennpraktiker kan gjøre, både for pasient og pårørende. Sykdomsforklaringer som er forståelige og akseptable for de involverte er da vesentlig, og noen ganger kan dette i seg selv virke som katalysator for gode og tilfredsstillende relasjoner. Men noen ganger kan nyansene mellom beskyttelse, støtte og kontroll være hårfine og sterkt avhengig av øynene som ser. I slike tilfeller vil legens eksplisitte råd og veiledning kunne tillegges avgjørende vekt og gi grunnlag for forandring, for eksempel et insitamant til å bryte ut av isolasjonen. I alle tilfeller handler det om å utvikle gode og bærende relasjoner mellom lege, pasient og pårørende – relasjoner som også tillater noe nytt, noe uventet, eller kanskje til og med noe fremmed. Medikamentell behandling kan være på sin plass, og det finnes i dag medisiner som har en god virkning på kognitiv svikt. Det er videre viktig å merke seg at «tilstrekkelig» utredning ved mistanke om demens med differensialdiagnostikk er en forutsetning for at pasienten, pårørende og pleie- og omsorgstjenesten skal kunne planlegge for fremtiden og iverksette nødvendige hjelpetiltak (17), selv om dette ikke har vært tema for denne artikkelen. Allmennlegens innsats og muligheter for innflytelse stopper imidlertid ikke der. God kommunikasjon (selvfølge-



lig med tolk dersom det er behov for det) er viktig, og viser en at en tar disse pasientene på alvor, og er en forutsetning for samarbeid med pasient og pårørende om hvordan mening og livskvalitet kan opprettholdes. Da er det viktig at man bruker tid, og viser respekt overfor mennesker med en annen tro, kultur, bakgrunn og skjebne.

REFERANSER

1. Helsebiblioteket: [http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/artikler/demens-sammendrag;sessionid=4F907B26960B2FEB5BoCoCAEA4BBC69C%20\(060114\)](http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/artikler/demens-sammendrag;sessionid=4F907B26960B2FEB5BoCoCAEA4BBC69C%20(060114)).
2. Wikipedia: Eksekutivfunksjoner [http://no.wikipedia.org/wiki/Eksektivfunksjoner_\(060114\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Eksektivfunksjoner_(060114)) med referanse til Stuss D, Knight RT (red) (2002) The Frontal Lobes. New York: Oxford University Press.
3. Helse- og omsorgsdepartementet: Demensplan 2015. Den gode dagen.
4. Ferri CP et al (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study Lancet 366 (9503): 2112–2117. Doi: 10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
5. Kvam M (2011) Type 2-diabetes og demens NHI.no <http://nhi.no/forside/type-2-diabetes-og-demens-38010.html>.
6. Blom S (2008) Innvandreres helse 2005/2006 Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
7. Kumar B et al (2008) The Oslo Immigrant Health Profile Oslo: Folkehelseinstituttet.
8. Barac R, Bialystok E (2012) Bilingual Effects on Cognitive and Linguistic Development: Role of Language, Cultural Background, and education Child Dev. 83(2): 413–422.
9. Carlson M, Meltzoff AM (2008) Bilingual experience and executive functioning in young children Dev Sci. 11 (2): 282–298
10. Craik FIM et al (2010) Delaying the onset of Alzheimer's disease – Bilingualism as a form of cognitive reserve Neurology 75, November 9.
11. Seeman TE et al (2001) Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful ageing PNAS Vol. 98, No 8, 4770–4775.
12. Juster R-P et al (2010) Review: Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition Neuroscience and Biobehavioral Reviews 35, 2–16.
13. Kuslansky G et al (2004) Detecting dementia with the Hopkins Verbal Learning Test and the Mini-Mental State Examination Archives of Clinical Neuropsychology 19, 89–104.
14. Parker C, Philp I (2004) Screening for cognitive impairment among older people in black and minority ethnic groups Age and Ageing Vol. 33: 447–452.
15. Aambø A (2008) Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet – et mulig perspektiv for arbeid med pasienter med minoritetsbakgrunn? Utposten No. 6: 7–14.
16. Østby L (2009) Myter og realiteter om innvandring i Valen-Sendstad A (red) Når innvandrere blir eldre Oslo: Norsk selskap for aldersforskning.
17. Helsetilsynet (2010) Veileder for tilsyn med fastlegers utredning av demens og oppfølging av pasienter med demens – Landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre 2010 Internserien 11.

■ A.AA@NAKMI.NO
 ■ ARNHILDVS@GMAIL.COM