

Indholdsfortegnelse:

Hvad har vi brug for mere af?

Etniske sindslidende i

Psykiatrien i Ringkjøbing Amt.

.....	Side 1
Hvorfor denne overskrift.	Side 1
Baggrund:	Side 1
Målsætning:	Side 2
Problemformulering:	Side 2

Metodevalg:

.....	Side 3
Projekt i projektet.	Side 3
Hypotese.	Side 3
Arbejdsgruppe som metode.	Side 3
Udvælgelse af deltagere til arbejdsgruppen.	Side 4

Første samling, afdækning af

problemstillingerne

.....	Side 4
Emne 1) Indlæggelse i afdelingen og de etniske sindslidendes forhold til behandling.	Side 5
Emne 2) Personalets oplevelse af hvad der fungerer mindre godt, og årsagen til dette.	Side 5
Emne 3) Tolkebistand.	Side 6

Hvad har de så brug for mere af.

.....	Side 6
Fordomme, kulturforskelle - forståelse, egne og andres.	Side 6
Fordomme.	Side 7
Kultur.	Side 7
Tolkebistand.	Side 9
Oplysningsmateriale, anderledes opfattelse af sygdom.	Side 10
Samarbejde, koordinering til det kommunale system.	Side 11

Anden samling, løsningsforslag.

.....	Side 11
Hvordan fastholder vi det som fungerer godt.	Side 11
Tolkebistand.	Side 12
Gensidig usikkerhed omkring behandling.	Side 13
Oplysningsmateriale.	Side 13

Sammenfatning og konklusion.

.....	Side 14
Sammenfatning	Side 14
Konklusion.	Side 14

Forslag til handleplan.

.....	Side 15
-------	---------

Metodeovervejelser.

.....	Side 16
-------	---------

Litteraturliste, referencer.	Side 19
Bilag.	Side 19



Hvad har vi brug for mere af? Etniske sindslidende i Psykiatrien i Ringkjøbing Amt

Hvorfor denne overskrift.

Vi er i vores daglige arbejde utrolig fikseret på hvad problemet er. Vi dyrker det ligefrem i sproget, og har en forestilling om at udvikling altid skal tage afsæt i noget som er defineret som et problem. Det er min overbevisning at 95% af vores daglige arbejde fungerer godt og at alle medarbejdere yder deres bedste i de givne situationer. For at ændre tankegangen omkring problemerne har jeg valgt en mere positiv indfaldsvinkel til at se på organisationsudvikling (5)*. Der er en del som fungerer godt, hvad har vi så brug for mere af, dels for at få fat i og synliggøre det som fungerer, men også få en nuanceret tilgangsvinkel på udviklingsopgaver.

Baggrund:

Den 1. januar 1999 overgik integrationsarbejdet med flygtninge til kommunerne. Dette havde den effekt, at kommunernes efterspørgsel på de amtslige tilbud til flygtninge/indvandrere med sindslidelser eller svære psykosociale problemer voksede. Det viste sig på det tidspunkt at de enkelte sagsbehandlere i kommunerne, ikke havde det nødvendige kendskab, eller overblik på behandlingstilbudene, eller stod magtesløse når der var psykiatri med i problemstillingen omkring den enkelte. Afgrænsningen mellem hvad der var PTSD - stressrelateret - traumatiske oplevelser og egentlig psykiatri viser sig vanskeligt at udrede, også i behandlingssystemet.

- ♦ "Med integrationsloven, der trådte i kraft den 1. januar 1999, har situationen for de traumatiserede flygtninge i Danmark ændret sig markant. Før lovens ikrafttrædelse var det Dansk Flygtningehjælp (DF), som gennem et 18 måneders integrationsprogram stod for den primære integrationsindsats, før den enkelte flygtning overgik til at være kommunalt ansvar. DF oparbejdede således en betragtelig ekspertise i arbejdet med integration af traumatiserede flygtninge, både når det gjaldt at identificere de traumatiske flygtninge og i forbindelse med visitation til behandling. Et stort antal kommunale sagsbehandlere fra kommuner uden hidtidig erfaring med flygtninge vil nu få et nyt og meget stort ansvar i forhold til de traumatiserede flygtninge. Derfor har DF taget initiativ til Dansk Flygtningehjælps Psykosociale Projekt, der bl. a. skal virke som støtte til kommunerne." (Projektleder Grete Svendsen og projektmedarbejder Claus Habenicht Larsen) (7)

* Litteraturhenviisning

Udgangspunktet for dette projekte var i første omgang at få undersøgt, hvordan man skelner mellem traumer og sindslidelser, og om man i det hele taget kunne afgrænse de 2 problemstillinger.

Problemstillingerne viste sig både i primærkommunerne, på de psykiatriske afdelinger samt i de amtslige boformer.

Der er ingen tvivl om at gruppen af sindslidende med en anden etnisk baggrund vil vokse i årene fremover. Der er dog antalsmæssigt tale om en lille gruppe, men erfaringsgrundlaget er indtil videre meget begrænset på det metodiske område. Psykiatrien i Ringkjøbing Amt søgte derfor projektmidler til et vidensprojekt med henblik på afdækning af problemerne og indsamling af viden fra udvalgte undersøgelser og projekter.

Kommunerne ønskede ikke i første omgang at deltage i et vidensprojekt, hvorfor projektet blev afgrænset til kun at omfatte sindslidende med anden etnisk baggrund i Psykiatrien i Ringkjøbing Amt.

Målsætning:

Afdækning af oplevede problemstillinger omkring sindslidende flygtninge/indvandrere i Psykiatrien i Ringkjøbing Amt. Efterfølgende tilrettelægge/udvikle redskaber med henblik på opkvalificering af personale, samt udvikling af metoder til afhjælpning af de problemstillinger, som opleves i forbindelse med sindslidende flygtninge/indvandrere.

Problemformulering:

Med baggrund i ovenstående er problemstillingen afgrænset til at omhandle:

- Undersøge og beskrive hvilke problemer personalet på de psykiatriske afdelinger oplever i forbindelse med henviste/indlagte sindslidende med anden etnisk baggrund.
- Udvikle og tilrettelægge tiltag med henblik på opkvalificering af personale ud fra afdækkede problemstillinger.

Metodevalg:

Projekt i projektet.

Projektet er en underprojekt i forbindelse med projektskriverens videreuddannelse til "Kompetence- og udviklingskonsulent". Projektet er bevidst lagt under dette for at afprøve nye arbejdsmetoder omkring læring på arbejdspladsen.

Hvornår er det vi lærer i det daglige? Hvordan får man usagt/skjult viden frem i dagligdagen. I forbindelse med andre udviklingsprojekter har erfaringen været, at implementering af nye opgaver mødes med modstand såfremt personalet ikke oplever at blive hørt på, eller være "taget med på råd". Der er ofte en forventning om at lederen er den der formulerer/beskriver mål og arbejdsmetoder for at nå dem.

De ændrede arbejdsmarkedskræfter, færre hænder til at forsørge flere, udtynning af fagfolk i udkantsområderne, stadig større krav om indhold, ansvar og medbestemmelse på arbejdet, medfører at man er nødt til at ændre på den traditionelle leder/medarbejder hierarki. Kompetenceudvikling handler netop om hvordan man får medarbejdere til at tage større ansvar for udvikling ved at give dem medindflydelse på arbejdsmetoderne til at nå fastlagte mål.

Hypotese.

Ud fra eksisterende litteratur og oplevede problemer i det daglige arbejde, havde jeg en hypotese om hvad det var, der oplevedes som problematisk når psykiatrien var i kontakt med etniske sindslidende. Jeg havde en formodning om, at det primært er kulturforskelle, sproget og tolkebistand der volder de største problemer.

Men hvordan få personalet til selv at formulerer problemstillingerne og give dem en oplevelse af at få medindflydelse på løsningsforslagene.

Arbejdsgruppe som metode.

Hvordan få undersøgt hvad de oplever som problematisk i psykiatrien. Man kunne have lavet en spørgeskemaundersøgelse. Dette ville dog blive meget upersonlig hvis medarbejderne "bare" skulle krydse af i et skema eller skrive hvad de oplevede. Og ville de forstå spørgsmålene på den måde som jeg ønskede. Metoden ville heller ikke medføre dialog i dagligdagen. Eller jeg kunne tage nogle udvalgte medarbejdere og interviewe dem om oplevede problemer. Dette ville dog heller ikke medføre dialog i hverdagen.

Med baggrund i organisationskonsulent Vibe Strøyers forskellige metoder til dialogudvikling valgte jeg at lave gruppearbejde på tværs af de 2 psykiatriske afdelinger i hhv. Herning og Holstebro. (7.)

Udvælgelse af deltagere til arbejdsgruppen.

Hvem og hvor mange skulle deltage i en arbejdsgruppe. Jeg kunne vælge at udpege nogle som jeg selv havde på fornemmelsen var interesseret i problemstillingen. Men for at få ledelsens opbakning med hensyn til afsætning af tid til arbejdsgrupperne, valgte jeg at skrive til afdelingsledelsen og få dem til at udvælge deltagerne(bilag 1).

Og hvem skulle deltage? For at få så bred en fokus på problemet som muligt, anmodede jeg om at få 4 medarbejdere fra hver afdeling. 2 fra sengeafsnittene, 1 fra dagafdelingen og 1 fra distriktskykiatrien. Herudover inviterede jeg selv en sygehussocialrådgiver som jeg tidligere havde erfaret, havde kendskab til og interesse for problemstillingen.

Der havde endvidere været overvejelser om deltagelse af privatpraktiserende læger. Dette ville medføre en bredere indfaldsvinkel til projektet da de er mest interesseret i de lokalpsykiatriske tilbud, og ikke så meget hvad der mangler ved henvisning til eller indlæggelse i psykiatrien. En privatpraktiserende psykiater er dog inviteret med for at få en anderledes vinkel på problemstillingen. Han havde ikke mulighed for at deltage i arbejdsgrupperne, men har fulgt projektet fra sidenlinien.

Første samling, afdækning af problemstillingerne

De 2 grupper havde 15 minutter til at drøfte hver af de 3 spørgsmål, hvorefter de blev fremlagt i plenum (Bilag 2).

Spørgsmål 1.

Hvad fungerer godt i din afdeling når I har indlagte eller kontakt til sindslidende med anden etnisk baggrund?

Spørgsmål 2.

Hvad fungerer mindre godt?

Spørgsmål 3.

Hvilke årsager mener I der kan være til at noget fungerer mindre godt.

Der var ikke den store forskel på temaerne og de emner, de 2 grupper efterfølgende fremlagde i plenum, hvorfor besvarelserne er delt op i gennemgående

temaer.

Emne 1)

Indlæggelse i afdelingen og de etniske sindslidendes forhold til behandling.

Personalet har gennemgående god erfaring med, at de etniske sindslidende "fortrinsbehandles" på den måde at de tildeles enestue. Det påpeges at de har et godt netværk i forhold til indlagte "danskere" og stærkt familiesammenhold. Sommetider kan en ægtefælle være medindlagt, især hvis patienten er en kvinde. Nogle har haft gode erfaringer med indlagte på fællestue. Det kan opleves svært at inddrage familien på grund af deres kønsopfattelse, mænd ønsker ikke at blive behandlet af kvinder, og mænd accepterer ikke at familiens kvinder behandles af mænd, nogle mandlige patienter ønsker ikke hustruen inddraget.

Det opleves at der er stor tolerance patienterne i mellem og der er en god "integration" i afdelingen.

Der er god service fra køkkenet med hensyn til "diæter" og anderledes kostbehov.

Medicinsk behandling modtages positivt, især af de mest syge. Behandling som involverer sprog, f.eks. gruppeterapi, vanskeliggøres på grund af sprogbarrierer.

Emne 2)

Personalets oplevelse af hvad der fungerer mindre godt, og årsagen til dette.

Der er generelt en meget stor åbenhed og villighed blandt personalet i forhold til at forstå kulturforskelle eller religionsforskelle og møde dem med respekt. Ligeledes er der god kontakt på det alment menneskelige plan. Det er vigtigt at se på det enkelte menneske og forstå dets individuelle livshistorie. Stor fleksibilitet blandt personalet.

Dårlig kommunikation vanskeliggør dog kontakten. Behandlerne er mere utrygge når de ikke kan "læse" patienten. Utryghed fra personalet smitter og kan forværre tilstanden. Der stilles også spørgsmål ved at vi tror at, vores sygdomsforståelse eller opfattelse er "sandheden". Manglende erfaring og viden om andre religioner kulturer i forhold til at forstå dem. En del kan have mistro til behandler-systemet på grund af dårlige erfaringer med "systemet" fra hjemlandet. Forskellige personaleholdninger kan give flere tvivlsspørgsmål (manglende forståelse på grund af forskellig opfattelse af tingene, sygdomsbegreber, kulturforskelle osv.) Generalisering fra personalets side, der er ikke tale om en homogen gruppe.

Patienter med anden etnisk baggrund opleves meget tidskrævende. Større "puslespil" at koordinere behandler, tolk og patient.

Der mangler generelt oplysning om henvisnings- og udslusningsmuligheder til det sociale system.

Der efterlyses pjecer, oplysningsmateriale på skrift til udlevering. Pjecerne skal være på forskellige sprog om det danske systems sygdoms- og behandlingsopfattelse, samt orientering om de forskellige psykiatriske diagnoser.

Ansættelse af personale med anden etnisk baggrund.

Emne 3) Tolkebistand.

Skiftende tolke vanskeliggør behandling. Dårlig eller forkert tolkning. Tolkenes manglende psykiatriske viden og forståelse. Mange tolke og patienter har samme netværk, hvilket vanskeliggør tolkning i private eller intime samtaler, eller skaber mistro til tolken. Det er ligeledes tidskrævende at koordinere "systemet" ved inddragelse af tolk.

Personalet mangler viden om hvor den gode tolkeservice findes.

Hvad har de så brug for mere af.

Fordomme, kulturforskelle - forståelse, egne og andres.

" Behandlerne er mere utrygge når de ikke kan "læse" patienten. Utryghed fra personalet smitter og kan forværre tilstanden. Der stilles også spørgsmål ved at vi tror at, vores sygdomsmodel er "sandheden". Manglende erfaring og viden om andre religioner, kulturer i forhold til at forstå dem. En del kan have mistro til behandlerens system på grund af dårlige erfaringer med "systemet" fra hjemlandet. Forskellige personaleholdninger kan give flere tvivlsspørgsmål (manglende forståelse på grund af forskellig opfattelse af tingene, sygdomsbebrejdelser, kulturforskelle osv.) Generalisering fra personalets side, der er ikke tale om en homogen gruppe".

Udsagnene siger noget om det behov for tilførsel af viden omkring kulturelle barrierer, kommunikationsmåder og forståelse af anderledeshed, personalet oplever i dagligdagen.

- "Har man som professionel fordomme og stereotype opfattelse af borgere med en anden etnisk baggrund end vestlig, kan det medføre, at

borgerens udsagn ikke har den store værdi under en samtale med f.eks en behandler. Konsekvensen af dette er, at en gruppe mennesker ikke får den optimale form for rådgivning, støtte og behandling, som de har krav på, og at de føler, de bliver mødt med fordomme og diskrimination. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de uhensigtsmæssige handlinger, som foretages bevidst eller ubevidst i professionelt øjemed. Endvidere er det vigtigt at have kendskab til, hvorledes fordomme opstår og hvilken holdning man som professionel har overfor etniske minoriteter"(7).

Fordomme.

Hvad er fordomme? Filosofen Hans-Georg Gadamer belyser fordomme i en hermeneutisk tilgang til forståelse af et andet menneske (Jensen, 1990). Generelt set opfattes fordomme som noget negativt, men ifølge Gadamer er fordomme uundgåelige og uundværlige. Fordomme er selvfølgeligheder, fordi vi er en del af vores historie, hvor vi via opdragelse, socialisering og traditioner danner vores egne personlige erfaringer og fordomme. Fordomme er udtryk for *førdomme, forforståelse*. Fordomme ligger til grund for gensidig forståelse. Når vi har fælles fordomme/forforståelse om en sag, kan forståelse være enkel at opnå. Men også når vi konfronteres med anderledeshed/fremmedhed, er det netop vores fordomme der får os til at undre os, og vi kan opleve fordomme, som vi ikke vidste vi havde. I mødet med det fremmede bliver vi klar over de fordomme, de selvfølgeligheder, vi rummer, og vi øger vores selvforståelse. Fordomme sætter i bedste fald en forståelsesproces i gang og er derved befordrende for forandring, for en ny forståelse.

Kultur.

- ♦ "Det enkelte menneske har ikke på forhånd indsigt i eller kan gøre rede for sine egne kulturelle traditioner og værdigrundlag. Et ønske om at skaffe sig større viden og indsigt i egen kultur kan typisk opstå, når man mødes med mennesker fra en anden kultur og oplever det anderledes, det uforståelige, det irriterende og måske også det fascinerende. Større indsigt i andre kulturer kan samtidig blive til indsigt i ens egen". (10.)

Anne Marie Gotlieb redegør i "Projekt for etniske minoriteter" for 3 kulturforklaringmodeller af Peter Berliner.

1. Det universelle menneske.

Vi er alle først og fremmest mennesker. Dernæst er vi kulturbærere. Det vil sige, at holdninger og værdier altid vil have sin oprindelse ud fra det grundlæggende, nemlig at vi alle dybest set er ens med de sammen basale behov. Derved har forskellige kulturer det samme udgangspunkt, men hvordan man får opfyldt de basale behov kan være vidt forskellig. Det basale i enhver kultur er i følge

Goldsmidt: "*behovet for samspil mennesker imellem, evnen til at symbolisere, at skabe et betydningssystem og evnen til at rumme forskelle mennesker imellem.*" Den universelle forklaringsmodel omfatter kultur-ligheder, empati som overlevelsesteknik, hvor der tages udgangspunkt i, at empati er grundlagt i ethvert menneske for at skabe relation til og forståelse af hinanden. Værdiniveauet i denne forklaringsmodel er: "*du skal behandle den anden som dig selv*" Problemet ved denne forklaringsmodel kan være at alle bliver ens, og vi kan derved overse det unikke ved det enkelte menneske.

1. Relativismen.

"Enhver kultur må forstås på sine egne præmisser. Kulturen er som et system, der beror på sig selv som forklaring". Denne forklaringsmodel beror på en præcis beskrivelse af det enkelte kultursystem og på en bevidstgørelse af betydningen af at eksistere i forskellige kulturer. Værdiniveauet i denne forklaringsmodel er: "*Du skal behandle den anden som en, der er forskellig fra dig*". Det vil sige, at man kun kan forstå den anden via viden om den andens specifikke egenart, altså om det kulturspecifikke. Problemet med denne forklaringsmodel er, som Peter Berliner beskriver det, at kulturen hverken kan tænke eller føle, det er forbeholdt de mennesker, der lever i kulturen, ligesom holdninger og normer er person- og situationsafhængige. Denne problematisering viser, at en eksakt viden om den enkelte kultur kan komme til at negligere betydningen af processen i mødet med den anden i en konkret situation. Kulturen kommer i fokus frem for mennesket i kulturen. Hvis vi mener at have en præcis viden om den enkeltes kultur, kan vi ikke forholde os åbne i netop det kulturmøde, vi står overfor, fordi vi så risikerer at sætte den anden i en kulturbunden bås.

1. Samspillet.

"Kulturforskelle eksisterer kun i relationen mellem mennesker - og ytres ved det, der siges og gøres i selve situationen". Kulturen er implicit i kommunikationen, hvor der er dialog, relationen, der er det væsentligste, men hvor kulturen opfattes af den anden. Det væsentligste er ikke hvad man tænker og forestiller sig, at kulturen er, men derimod hvilken betydning, den får for parterne i dialogen. Man definerer kulturen ved dens udtryk i samspillet. Det værdimæssige aspekt i denne forklaringsmodel er, at begge parter er lige "rigtige". Det problematiske i denne model er en risiko for, at den andens sociale kontekst ikke ses, da det er relationen der vægtes. Man kan så spørge, om den sociale sammenhæng ikke vil vise sig i en ægte dialog, netop fordi kulturmødet er den proces, der foregår imellem parterne.

De 3 kulturforklaringsmodeller anlægger 3 forskellige synsvinkler på kulturforskelle, hvori forskellige aspekter bliver synlige, når de 3 modeller supplerer hin-

anden. Modellerne kan bruges ved ethvert møde med et menneske med en anden etnisk baggrund.

Tolkebistand.

"Skiftende tolke vanskeliggør behandling. Dårlig eller forkert tolkning. Tolkenes manglende psykiatriske viden og forståelse. Mange tolke og patienter har samme netværk, hvilket vanskeliggør tolkning i private eller intime samtaler, eller skaber mistro til tolken. Det er ligeledes tidskrævende at koordinere "systemet" ved inddragelse af tolk.

Personalet mangler viden om hvor den gode tolkeservice findes".

Sprogproblemer er et velbeskrevet problem i samarbejdet med indvandrere og flygtninge. En tilfredsstillende kommunikation med mennesker, der er opvokset med et andet modersmål, kan i sig selv være en kompliceret affære. Kontakten skal etableres i en situation, hvor både de verbale og nonverbale udtryksformer er anderledes end dem, man er fortrolige med, og specielt følelsesmæssige emner vil altid bedst kunne udtrykkes på modersmålet.

Brug af tolk betragtes ofte som tungt og besværligt, men kan, hvis den bruges rigtigt, tilføre arbejdet en væsentlig og måske uundværlig kvalitet. Det er efterhånden almindelig viden at man ikke skal bruge børn og familiemedlemmer som tolke i belastende og vanskelige sager. Det kan for det første være alt for psykisk belastende for et barn eller nære slægtninge at skulle oversætte såvel spørgsmål som svar, hvor det f.eks. drejer sig om tortur, krigsoplevelser eller psykotisk tilstand. For det andet er der risiko for decideret fejltolkning ud fra en forståelig, men i situationen ubrugelig, hensynsfuldhed over for det voksne familiemedlem, som er klient.

"Jeg har personligt set 2 patienter som var erklæret ikke-psykotiske uden tolk, men som var klart psykotiske med tolk. Det hang sammen med, at de ikke kunne formulere psykotiske fantasier på engelsk.

Man må holde sig til de professionelle tolke. Så kan man få en snak med tolken bagefter og måske få klarlagt, at tolken ikke forstod, hvad patienten sagde på grund af patientens tankeforstyrrelse, og det er jo en vigtig information at få."
(9.)

Holdningen til at anvende tolk er forskellig fra sted til sted. Nogle steder er personalet meget opmærksomme på det, andre steder antager man, at patienten ikke ønsker tolk, da de ikke ønsker at møde landsmænd. Eller som ovenstående udtalelser påpeger. Det er ressourcekrævende at finde de gode tolke og et stort arbejde at koordinere samarbejdspartnerne når der er behov for tolkning.

Oplysningsmateriale, anderledes opfattelse af sygdom.

"Der efterlyses pjecer, oplysningsmateriale på skrift til udlevering. Pjecerne skal være på forskellige sprog om det danske systems sygdoms- og behandlingsopfattelse, samt orientere om de forskellige psykiatriske diagnoser".

Etniske minoriteter vil uden tvivl have brug for mere information end andre, før de indgår i et psykoterapeutisk forløb. Den gængse forklaring er nok dels, at det ikke kan lade sig gøre med etniske minoriteter grundet sprogproblemer, og dels at det f. eks. ikke er lige så almindeligt at gå i terapi i Østen, fordi man anvender andre behandlingsformer.

Andre kulturers anderledes menneskeopfattelse har indbyggede konsekvenser for opfattelsen af sundhed og sygdom, årsager til sygdom og tilhørende helbredsmetoder.

Somatisering angives ofte af psykiatere og sagsbehandlere som et stort problem. Den vesteuropæiske kultur har efter arv fra de gamle grækere skelnet mellem krop og sjæl - mellem soma og psyke. Derfor har man en adskillelse mellem somatiske og psykiske sygdomme. I kulturer hvor der er en holistisk opfattelse af mennesket, har man ikke de samme begreber og kan formentlig ikke beskrive psykiske problemer.

I nogle kulturer anses det for problemskabende i sig selv at tænke på og tale om problemer. Dette skaber naturligt en barriere i forhold til et dansk system, som på det individuelle plan alene kan hjælpe og støtte, såfremt der kan defineres og beskrives et eller flere problemer at kaste sig over.

I visse kulturer opfattes sindssygdom som en besættelse af en ond ånd der kan uddrives af en dygtig medicinmand - en heksedoktor. I andre kulturer anses den psykotiske for at være en vejviser og adgang til de mørke og hemmelige sider af tilværelsen.

Psykologen Pia Eerikainen (1997) beskriver det på følgende måde:

"Der findes stor global variation i, hvem der kan udpeges som den professionelle "healer". En medicinmand, en præst, en imam, en psykiater, en curandero osv. Der er en ting, alle disse fagfolk har til fælles, nemlig at de kan frembringe flotte resultater. Det individ eller den gruppe der har "lidelsen", får det bedre, og balancen i livets gang bliver genetableret. En afgørende faktor i disse terapeutiske succeser er et fælles livssyn i mellem klienten og den professionelle.

Og så kan vi bedre forstå, hvorfor en "forhekset" person ikke kan fatte pointen ved frie associationer på psykoanalytikerens briks, eller hvorfor den nyligt fyrede danske firmafunktionær næppe vil blive hjulpet af shamanens trance eller ritualer, beregnet til at pacificere forfædre" (9)

Samarbejde, koordinering til det kommunale system.

I et projekt om psykisk syge udlændinge i Odense kommune (1998) har medarbejderne i distriktspsykiatrien brugt mange kræfter på at skaffe sig overblik og viden om de tilbud, kommunen har i forhold til indvandrere og flygtninge. På dette grundlag har medarbejderne udarbejdet en særlig håndbog til kolleger i de distriktspsykiatriske centre.

"Det ville være rart, hvis der var en oversigt over væresteder - en håndbog til orientering for sagsbehandlere, rådgivninger, hospitaler, distriktspsykiatriske centre, privatpraktiserende læger og psykiatere.

Et forbedret samarbejde mellem (distrikts)psykiatrien og den kommunale sektor kræver gensidig og løbende information. Fælles efteruddannelsesforløb og etablering af tværsektorielle netværk vil også kunne forbedre den gensidige viden til gavn for samarbejdet"(9)

Anden samling, løsningsforslag.

De 2 grupper valgte at blive i de grupper de havde været i, på den første samling. Grupperne havde 15 minutter til drøftelse af hvert spørgsmål, hvorefter det blev fremlagt i plenum (bilag 3) De 2 gruppers forslag er sammenfattet da det ofte var det samme de kom frem til.

Spørgsmål 1.

Hvordan fastholder vi det som fungerer godt.

Spørgsmål 2.

Tolkebistand.

Spørgsmål 3.

Gensidig usikkerhed omkring behandling.

Spørgsmål 4.

oplysningsmateriale.

Følgende løsningsforslag fremkom.

Hvordan fastholder vi det som fungerer godt.

- Interessegruppe fra hver afdeling med en repræsentant fra alle afsnit. Hermed menes at der kan dannes grupper blandt personalet ud fra den enkeltes interesse.

- Den velfungerende afdeling klarer problemerne bedst.
- Skal fastholde det faglige niveau.
- Man skal være opmærksom på det yderligere tidspres, der kan komme til at hvile på personalet, og man kan ikke gardere sig mod alt.
- Fagpolitisk bør man sikre sig, at den tid, der skal bruges til møder i en eventuel netværksgruppe eller andre grupper fastsættes.
- Tematisering.
- Støtte til øvrige personale.
- Dannelse af ERFA- gruppe.
- Evt. kontaktpersonsfunktion.
- Kursusaktivitet.
- Afdække behov - patient/personale.
- Udviklingsforum mellem Herning og Holstebro.

Tolkebistand.

- Uddanne personale med anden etnisk baggrund.
- Der er forskel på tolkeopgaver - om det er akut eller psykoterapi.
- Samarbejde med sprogskolerne m.h.t. information om patienter.
- Krav til tolkeuddannelsen.
- Kendskab til tolkeservice
- Indflydelse på tolkevalg.
- Øget mulighed/accept for brug af tolk.
- Evt. mulighed for patientrådgiver med anden etnisk baggrund.
- Fremme udviklingen ved at uddanne social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger med anden etnisk baggrund, således at kollegagruppen afspejler samfundet.

Gensidig usikkerhed omkring behandling.

- Respekt for andre kulturer betyder ikke at man skal godtage alt. Eksempelvis må man ikke slå hinanden, kønsroller og lignende, afdelingens værdigrundlag.
- Udvikle god almen psykiatri.
- Afklare den enkeltes tanker/syn på egen situation. Hvordan forstår man sin egen sygdom.
- Større viden om andre kulturer - uddannelse herom.
- Procesorienteret tankegang.
- Det er i orden at være usikker. (Usikkerhed kan ikke undgås)
- ERFA-grupperne stiller sig til rådighed for f.eks. foreninger.
- Tættere samarbejde med kommunen (integrationsafdelingen) - individuelt/generelt.

Oplysningsmateriale.

- Oplysningsmateriale oversættes til de sprog vi har i amtet (evt. 3 sprog)
- Evt. video/lydbånd.
- Via amtets hjemmeside kunne en tolkeservice med eksempelvis 114 sprog tilkøbes. Herefter printes almene oplysninger ud i det ønskede sprog.
- Oversættelse af fagpersoner. (Vedr. depression - psykose).
- Faktaoplysninger kunne evt. oversættes på sprogskolen.
- Hvor meget skal egentlig udleveres?. Gruppens indstilling er, at det mere er den menneskelige kontakt, der skal fremmes.
- Man kan evt. bede tolken give information ud fra en dansk pjese.

Sammenfatning og konklusion.

Sammenfatning

Gruppen havde en del udsagn om fordomme, kulturforskelle og forståelse både hvad angår andres og egne oplevelser. Kultur kan ikke bruges som tilstrækkelig forklaring på, hvorfor det individuelle menneske reagerer som det gør. En behandler kan komme i den ene eller den anden grøft. Man stirrer sig blind på de kulturelle forskelle - gøre alting til kulturforskelle - og dermed vælge sig væk fra at forstå og indleve sig i klientens personlige følelser og adfærd på tværs af kulturforskelle. Og herved kan man sågar komme til at opfatte klientens reelle problemer som udtryk for klientens anderledes kultur. Gruppen viste dog at have en stor bevidsthed omkring problematikken, men efterlyste også flere tiltag som kunne være med til at udbygge forståelsen og højne fagligheden. Nogle af løsningsforslagene var: Respekt for andre kulturer, afklare den enkeltes tanker/syn på egen situation, procesorienteret tankegang, det er i orden at være usikker, og større viden om andre kulturer - uddannelse.

Der kan konstateres et stort behov for kvalificerede og professionelle tolke, som både sprogligt og fagligt har den kunnen, der kan sikre en pålidelig tolkning. En væsentlig opgave for tolken er også kulturformidling, fordi tolken kan betragtes som et bindeled mellem 2 kulturer. Brug af tolk indgår ikke i uddannelserne på det sundhedsmæssige og sociale område, og mange behandlere både er, og føler sig usikre på, hvordan en samtale med brug af tolk gennemføres på en god måde. Forudsætningerne for øget kvalitet i tolkebistanden er dobbelte: Uddannelse og efteruddannelse af de danske behandlere i brug af tolkebistand og uddannelse og efteruddannelse af tolke. Ligeledes efterlyser gruppen en samlet kendskab til hvor tolkeservice findes.

Danskere som kommer i kontakt med psykiatrien har et stort behov for information om sygdom, diagnose, behandlingsmuligheder m.m. Kommer man så fra andre kulturer må man antage at behovet for oplysning er endnu større. Nogle lande har ikke ord som psykolog og psykiater i deres ordforråd, hvorfor der ikke kun er behov for information og oplysning om sygdomme, men også hvorfor vi handler/behandler som vi gør. Ved udarbejdelse af skriftligt informationsmateriale skal man dog være opmærksom på, at man ikke bare kan oversætte til et andet sprog. Materialet bør være gennemgået af en translatør da der ellers er risiko for misforståelser, da mange udtryk måske ikke kendes af brugeren og derfor skal uddybes. man skal også være opmærksom på at der findes analfabeter blandt udlændinge i Danmark.

Konklusion.

Målsætningen var at afdække de problemstillinger som personalet selv oplevede omkring sindslidende flygtninge/indvandrere. Og efterfølgende

tilrettelægge/udvikle redskaber med henblik på opkvalificering af personalet, samt udvikle metoder til afhjælpning af problemerne.

Det må konkluderes at projektet er lykkedes. På 2 gange 2 timer har gruppen formået at afdække problemstillinger og komme med løsningsforslag/modeller. At arbejde med sindslidende er i sig selv et vanskeligt arbejde. Hvis der så er kommunikations- og forståelsesproblemer oveni bliver det ekstra tungt. Men arbejdsgruppen formåede at forholde sig til egen situation i dagligdagen og hvad der var realistisk med udgangspunkt i de tilstedeværende ressourcer.

Forslag til handleplan.

Med udgangspunkt i ovenstående undersøgelse foreslås det at Psykiatrien i Ringkøbing Amt tager initiativ til følgende:

- ♦ At der nedsættes en netværksgruppe på tværs af de psykiatriske afdelinger i Herning og Holstebro, med henblik på opsamling af viden, udarbejdelse af temadage i psykiatrien, supervision i vanskelige tilfælde, både i sygehus- distrikts- og socialregi.
- ♦ At etniske sindslidende drøftes i de regionale ledelsesgrupper med henblik på bedre samarbejde og koordinering sygehus og kommuner imellem. De skal først og fremmest rummes i det eksisterende psykiatrisystem.
- ♦ Der laves målrettet undervisning til fagfolk fælles i de psykiatriske afdelinger og socialpsykiatrien i kommunerne.
- ♦ Der arbejdes på forbedring af tolkeområdet, dette kunne f.eks. være undervisning, tolkekorps på tværs af amterne eller fjerntolkning.
- ♦ Fremme indsatsen for at få uddannet sundheds- og socialfagligt personale med anden etnisk baggrund.
- ♦ At der bliver udarbejdet oplysningsmateriale på de 5 mest gennemgående sprog i form af pjecer, lyd- eller videobånd.

Metodeovervejelser.

Undertegnede valgte ud fra gruppens egen fokusering på det vigtige i at se på mennesket i mødet, få deres livshistorie frem, at uddybe de forskellige synsvinkler på kulturforskelle. Dette får nemlig betydning i forhold til uddannelse af personalet. Hvad skal man undervise i hvis det er kultur det drejer sig om? Man kan lære om andre kulturer, men vi har 114 nationaliteter i Danmark. Og selv om man lærer om kultur fra f.eks. Iran er der stor forskel på landets by- og landkultur, nøjagtig som i Danmark. Det bliver derfor vigtigt i undervisning at få konkrete metoder frem så vi bliver i stand til at møde andre etniske grupper og erkende at holdninger og værdier kommer til udtryk i dialogen. Erkendelsen kan så vise sig ved, at vi jo grundlæggende er ens, og den ofte vedholdende opfattelse af forskelligheden i mødet med den fremmede bliver mindre betydningsfuld for at opretholde en værdsættelse af den anden.

Den seneste tid har der været en enorm fokus på etniske minoriteter i behandlings- og kommunalsystemet. Århus, Vejle og Odense Amter har de seneste 2 år lavet projekter om problemstillingerne. Flere amter og kommuner er i gang med afdækning af problemområder samt metodeudvikling til løsningsmodeller.

Jeg havde som udgangspunkt en hypotese om hvad der oplevedes som vanskeligt i mødet med anderledes kulturer i psykiatrien, at det var kulturforskelle, sproget og tolkebistanden der voldte de største problemer. Og det er netop disse emner alle andre projekter tager udgangspunkt i. Har jeg så været så fokuseret på at få lige netop disse emner frem, at det er blevet til selvprofeti. Det mener jeg ikke da spørgsmålene som blev stillet var bredt formuleret som f.eks. hvad fungerer mindre godt? Hvad har I brug for mere af?

Såfremt jeg ikke havde haft baggrundslitteraturen, ville jeg så have accepteret de fremkomne løsningsforslag eller ville jeg have valgt at lave et forkromet flerårig undersøgelse. Kompetenceudvikling er læring om læring, hvornår er det vi lærer i det daglige. Projektet her er et forsøg på at lade fagpersonalet selv formulere oplevede problemstillinger og efterfølgende komme med løsningsmodeller. Ved at de selv formulerer og beskriver skulle de gerne få en oplevelse af, at det er deres projekt, i stedet for noget som "administrationen" har udarbejdet og presser ned over hovedet på dem.

Og selv om jeg havde skrevet til afdelingsledelserne, netop for at få tiden til gruppearbejdet accepteret kom der flere ytringer omkring tidspresset med at lave arbejdsgrupper og især hvis det skulle foregå i det daglige arbejde uden tilførsel af yderligere ressourcer. Det fremgår også af et svar under spørgsmålet, hvordan fastholder vi det, der er godt? "Man skal være opmærksom på det yderligere tidspres, der kan komme til at hvile på personalet, og man kan ikke gardere sig mod alt"

Deltagerne blev efter sidste møde bedt om at udfylde et evalueringsskema over de 2 møder (bilag 3).

Spørgsmålene var:

- 1 Hvad var godt på de 2 møder?
- 2 Hvad var ikke godt?
- 3 Var relevante faggrupper repræsenteret i forhold til problemstillingen?
- 4 Er det relevant at du deltog, eller burde det have været en på mellem- eller lederniveau?
- 5 Hvad er dine forventninger til, at de fremkomne løsningsmodeller vil blive brugt i den videre udvikling?
- 6 Har du forslag til, hvordan vi fastholder interessen for arbejdet med at udvikle kompetence i behandlingen af sindslidende med anden etnisk baggrund, hvis ja hvilke?
- 7 Er det relevant at samle denne gruppe for at følge udviklingen på området.

Gruppearbejde viste sig at være et godt valg. Tilbagemeldingerne på det der var godt ved arbejdsformen var:

- De samme grupper den 19.12.00 og 17.01.01.
- Dagsorden + tidsramme.
- Gruppearbejde - respekt for hinandens udtalelser.
- Problemerne/arbejdsfelterne blev vi hurtigt enige om.
- Lille gruppe med de samme mennesker.
- Meget konkret arbejdsform, samt god blanding af deltagere.
- Det har været fint med gruppearbejde + at gr. har været blandet (fag + Holstebro og Herning)
- At høre om forholdene i andre afdelinger. At få nye overraskende ideer.
- Struktur og styring.

- At de oplevelser/erfaringer deltagerne er fremkommet med, er relevante for videre udvikling. Med det menes at vi i arbejdsgruppen har erfaringen - det er os der står med de fremmede i praksis/dagligdagen.
- Det har været godt med gruppearbejde og meget godt at vi var blandet Herning, Holstebro. Det har givet stort udbytte i diskussionssammenhænge.

Tilbagemeldingerne på det som der ikke var godt, var følgende:

- Baggrundsstøj første gang var meget forstyrrende, (ombygning i huset)
- At være tvunget til at svare på bredt formulerede spørgsmål, man ikke har en kvalificeret viden og mening om.
- Perspektivering af arbejdet kom for sent.

Resten af kommentarerne gik på at der var for lidt tid til diskussionerne, de følte sig tidspresset.

Undertegnede har bevidst valgt ikke at gå ind og begynde at sætte tal eller statistikker på hvor mange det drejer sig om i psykiatrien. Det skal dog overvejes i forbindelse med nedsættelse af en tværgående ERFA-gruppe på psykiatriområdet, at personalet begynder at registrere, både de indlagte men også de som bliver henvist til distriktskykiatrien, med henblik på en senere opfølgning/evaluering på området.

Litteraturliste, referencer.

1. Dansk Flygtningehjælp, Traumatiserede flygtninge, behandlere og behandlingssteder. 2000.
2. Dansk Flygtningehjælp, Kommunernes brug af behandlingstiltag, 2000.
3. Dansk Flygtningehjælp, Psykosocialt arbejde med flygtninge. Teori og metodehæfte, 1997.
4. Distriktpsychiatrien i Odense, kortlægning - samarbejde - kommunikation. 1998.
5. Haslebo, Gitte, Temadage under kompetenceudvikling den 9. og 10. nov. 2000
6. Mellempfolkeligt Samvirke, Fakta om flygtninge og indvandrere, 2000.
7. Psykiatrifonden, Etniske minoriteter i psykiatrien, høring okt. 1999.
8. Strøyer, Vibe, Temadage under kompetenceudvikling den 18. og 19. sept. 2000
9. SUS v/Anita Barfod, Etniske sindslidende i klemme, 1998.
10. SUS v/Anita Barfod, Etniske sindslidende i kommunerne, rapport fra 5 konferencer, 2000.
11. Århus Amt, Anne Marie Gotlieb m.fl., Projekt for etniske minoriteter.

Bilag.

1. Invitation til afdelingsledelsen.
2. Gruppernes tilbagemelding på første møde den 19.12.00.
3. Gruppernes tilbagemelding på anden møde den 17.01.01.

BILAG



Ringkjøbing Amt

Psykiatrien i Ringkjøbing Amt
Administrationen

Bilag 1.

Østergade 48
6950 Ringkjøbing
Tlf: 96 75 3000
Fax: 96 75 3802
www.ringamt.dk
e-mail: ringkjoebing_amt@
ringamt.dk

Den : 20. november 2000
Journal nr: 4-16-02-8-8-99
Sagsbehandler: Asta M. Madsen
S:\AM\Projekt\Invitation til Herning psykiatrisk afdeling

KOPI TIL SAGEN

Invitation til deltagelse i vidensprojekt om sindslidende flygtninge/indvandrere i psykiatrien.

Administrationen har via Socialministeriets puljer iværksat et vidensprojekt om sindslidende flygtninge/indvandrere. Projektet vil tage udgangspunkt i et samlet interview med deltagere fra forskellige områder i psykiatrien. Der inviteres 10 deltagere til arbejdsgruppen.

I den forbindelse vil jeg anmode dem om at udpege 2 deltagere fra de psykiatriske afdelinger, 1 fra distriktpsychiatrien og 1 fra dagafdelingen. Altså 4 personer som kan deltage:

Tid: Tirsdag den 19. December kl. 10.00 til 12.00

Sted: Cafe Utopia, Danmarksgade 3, 7500 Holstebro.

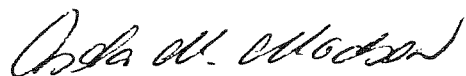
Det ville være ønskeligt om de personer som udpeges finder problemstillingen interessant.

Mødet er med henblik på en drøftelse af hvad som fungerer godt og mindre godt omkring indlagte af en anden etnisk baggrund. Drøftelserne vil ske efter en forudlagt spørgeguide.

Ud fra de problemstillinger som afdækkes på ovenstående møde, vil gruppen blive inviteret igen den 17.01.01 med henblik på en drøftelse af eventuelle løsningsmodeller eller forslag til løsninger.

De bedes hurtigst muligt melde tilbage med navn på de som kan deltage til Asta Madsen, Administrationen. Er De i tvivl om noget så kontakt mig på tlf. 96 75 38 09.

Med venlig hilsen



Asta M. Madsen
Socialpsykiatrikonsulent

Sendt til

Afdelingsledelsen, Psykiatrisk afdeling Holstebro.

Afdelingsledelsen, Psykiatrisk afdelin Herning.

Godt.

Bilag 2

- egen stue.
- fleksibilitet
 - personale
- god integration
- stor tolerance
 - patienter imellem
- godt netværk

Årsager.

Bilag 2

- sprogbarriere
- fejltolkning
- mistro
- tidskrævende
- "store puslespil" (tolk / behandler)
- manglende specialviden
- generalisering

- sprogbarriere
- dårlig / vanskelig kommunikation
- mistro overfor behandlersystem / tolk
- manglende udslusningstilbud
- forskellige personaleholdninger
- flere tvivlsspørgsmål fra personalets side
- tidskrævende

GOD KONTAKT PÅ DET ALMENMENNESKELIGE
PLAN.

EN ÅBENHED OG VILLIGHED BLANDT PERSONALET
TIL AT MØDE DE FREMMEDE MED RESPEKT.

EKSTRA PLANLÆGNING MHT. TOLKNING.

GOD SERVICE FRA KØKKENET MHT. TIL DIÆTER.

FORTRINSBEH. MHT. ENESTUE

PÆLLESSTUE ER GÅET GODT.

MEDICINSK BEH. MODTAGES POSITIVT ISÆR AF
DE MEST SYGE.

Fastholde det gode :

- Interessegruppe fra hver afdeling.
- repr. fra hvert afsnit.

Arbejdsopgaver :

- tematisering
- støtte til øvrige personale
- dannelse af ERF-gruppe
- evt. kontaktpersonfunktion
- kursusaktivitet
- afdække behov
 - patiente-
 - personale.
- udviklingsforum mellem Herring og Holstebro

Oplysningsmateriale :

Bilag 3

- information via talk.

Tolkebestand:

Bilag 3.

- kendskab til tolke-service.
- indflydelse på tolkevalg → Erfaringsgruppe
- øget mulighed / accept. for brug af tolke
- evt. mulighed for patient-rådgiver med
anden etnisk baggrund

Gensidig usikkerhed:

Bilag 3

- Erda-gruppe stiller sig til rådighed for foreninger
- tættere samarbejde med kommunen (integrationsafdeling)
 - individuelt
 - generelt

TEMAT 2.

Bilag 3.

- 1.) Udd. personale, med anden etnisk baggrund!
~~Dansk uddannet fagmand m.~~
Vil Ringkøbing Amt betale for henvisninger til relevante tagligt udd. specialister? Ex. vis psykolog fra IRAK!
- 2.) Der er forskel på tolke opgaver om det er akut eller psykoterapi.
- 3.) Samarbejde med sprogskolerne m.h.t. inf. om pt.
- 4.) Krav til tolkeuddannelse
- 5.) Hvilke erfaringer har folket med psykiatrien?
- 6.) Fremme udvikling med at uddanne søsø, sygeplejerske og læge^{er} med anden etnisk baggrund således at kollega grupper afspejle samfundet.

- 1.) Respekt for andre kulturer betyder ikke at man skal godtage alt. Ex. vis må man ikke slå hinanden
 - kønrolle o.l
 - etd.'s værdigrundlag
- 2.) Udvilke god vilmen psykiatri.
- 3.) udføre den enkeltes tanker / syn på egen sit. Hvordan forstå man sin sygdom.
- 4.) 4 viden om andre kulturer → vdd.
- 5.) procesorienteret tankegang.
- 6.) Det er i orden at være usikker.
(Usikkerhed kan ikke undgås.)

TEMA 4.

Bilag 3.

- 1.) til de sprog vi har i amtet. (evt. 3 sprog)
- 2.) evt. video / lydband
- 3.) via amtets hjemmeside kunne en tolkeservice med ex. vir 114 sprog købes. Heretter findes oplysningerne ud i det ønskede sprog. almene
- 4.) ~~af~~ Oversættelse af fagpersoner. depr
psykose
- 5.) fakta oplysninger kunne evt oversættes på sprog-
steder.
- 6.) Hvor meget skal egentlig udleveres? ↑ den menneskelige kontakt skal fremmes!