

Empowerment i transkulturel psykiatri i Danmark

Armando Báez och Marianne Kastrup

Transkulturel psykiatri i Danmark er et emne i udvikling. Indvandring har ikke haft større betydning for sundhedsvæsenet i Danmark indtil for nylig.

Denne artikel beskriver, hvordan et relativt nyt videnscenter for transkulturel psykiatri i samarbejde med en psykiatrisk enhed har søgt at udvikle effektive metoder for behandlingen af disse patienter.

Forfatterne gennemgår adskillige elementer, der spiller en rolle i kommunikationen med den transkulturelle patient og diskuterer teoretiske modeller, der kan frembringe en bedre forståelse af patienter med transkulturel baggrund og hvordan empowerment kan stimuleres via netværksmodeller.

Afslutningsvis reflekteres over de fremtidige perspektiver inden for området, der er i stadig udvikling.

Armando Báez er afdelingslæge.

Kontakt: Psykiatrisk Klinik, Rigshospitalet. Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. armando.baez@rh.hosp.dk.

Marianne Kastrup er overlæge.

Kontakt: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. Griffenfeldsgade 46, 2200 København N. marianne.kastrup@rh.hosp.dk.

Transkulturel psykiatri i Danmark er under udvikling og behovet for at fokusere på området er stadig mere uomgæeligt. Patienter med indvandrerbaggrund er et faktum i det danske sygehusvæsen. Ligeledes viser forskningen, at patienter – indvandrere såvel som indfødte – har langt bedre sygdomsforløb og kompliance, hvis og når de forstår, den behandling de får. Kommunikation er derfor nøgleordet. I det omfang, kommunikationen mellem patient og behandler er åben og fordomsfri, har patienten bedre mulighed for at forstå rationalet bag samt fordele og ulemper ved en bestemt behandling. Samtidig øger en adækvat kommunikation sandsynligheden for,

at patienten interesserer sig for og bliver opmærksom på muligheden af at kunne få indflydelse på og styrke sin empowerment.

Denne artikel beskriver den seneste udvikling, som transkulturel psykiatri har gennemløbet i Danmark. Fokus ligger på opbygningen af et transkulturelt ekspertteam, som interagerer med et nyetableret videnscenter på området. Ekspertteamet har som mål at implementere en netværksmodel, der dels via professionelle netværk, dels via anvendelse af netværk i behandlingen søger at understøtte den transkulturelle patients empowerment. Netværksmodellen illustreres med kliniske eksempler.

Indvandring i Danmark

Indvandringen har i dag stor indvirkning på det danske sundhedsvæsen og på samfundet generelt. Indvandring er et relativt nyt fænomen i Danmark. Selvom der har været migration til landet siden middelalderen, har omfanget og karakteren ændret sig de seneste 30-40 år. En første bølge af gæstearbejdere flyttede til Danmark i 1960'erne, inviteret til landet via avisannoncer med det formål at forstærke arbejdskraften her. Specielt tyrkere og jugoslaver var blandt disse migranter. Efterfølgende er migrationen blevet påvirket af, at verden opleves mindre, men mere konfliktramt. I løbet af 1980'erne og særligt i 1990'erne kom et betydeligt antal flygtninge til Danmark fra lande, som hverken geografisk eller kulturelt tidligere har haft større forbindelse hertil. Pr 1. januar 2005 var der i alt 452.095 flygtninge, indvandrere og efterkommere i Danmark, svarende til 8,4 procent af befolkningen (Danmarks statistik, 2005). En stor del af disse kommer fra nabolandene (Norge, Sverige, England og Tyskland), men et stadig stigende antal kommer fra lande, der både geografisk og kulturelt ligger længere væk.

Det er empowerment af patienter fra udviklingslande, der i det følgende vil blive fokuseret på, hvorfor termen indvandrere nedenfor udelukkende vil referere til personer fra disse lande. Der vil ikke blive skelnet mellem indvandrere, efterkommere eller flygtninge, men alene blive talt om indvandrere.

Et af problemerne med indvandringen i forhold til det danske sundhedsvæsen synes at være manglende

kendskab til, hvordan indvandrere udtrykker deres psykiske lidelser. Mortensen et al (1997) overvejer således, at årsagen til, at indvandrere hyppigere end etniske danskere tvangsindlægges og tvangsmedicineres kan skyldes, at indvandreres mentale problemer når at udvikle sig til mere dybtgående adfærdsforstyrrelser, før der gribes ind. Den sene indgriben kan skyldes, at indvandrere er mere tilbageholdende med at søge hjælp, men den kan ligeledes skyldes, at det danske sundhedsvæsen i mindre grad formår at detektere indvandreres mentale sygdomme og er mere tilbageholdende med at henvise dem videre i systemet. Det har givet anledning til en diskussion om, hvordan behandlere og patienter mødes i et rum, som på den ene side er karakteriseret af patienternes kulturelt betingede sygdomsopfattelse og på den anden side af behandlernes ligeledes kulturelt betingede teoretiske rammer for begreberne sygdom-diagnose-behandling. Det er brydningerne mellem de to kulturelt betingede opfattelser, der udgør et væsentligt spændingsfelt i al transkulturel behandling.

Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

I efteråret 2001 blev der med midler fra det danske indenrigs- og sundhedsministerium etableret et nationalt Videnscenter for Transkulturel Psykiatri (se www.vftp.dk). Centeret fik som sin mission at beskrive og udvikle et dansk perspektiv på transkulturelle aspekter af aktuel viden inden for psykiatrien. Samtidig skulle centret være med til at øge den kulturelle kompetence hos alle involveret i

det kliniske arbejde med indvandrere med psykiske lidelser.

I samme periode har nogle psykiatriske institutioner oprettet grupper/teams med fokus på arbejdet med patienter med indvandrerbaggrund. Tanken både med Videnscenteret og de lokale grupper er at udvikle og fremme behandlings- og diagnoseprocedurer, vejledninger og principper, som har til hensigt at sikre, at transkulturelle patienter får en adækvat behandling, hvor deres baggrund og særlige forhold respekteres og inddrages i behandlingen.

Et eksempel på Videnscenter for Transkulturel Psykiatri's funktion er udarbejdelsen af kliniske vejledninger, der orienterer alle involverede i visitations-, ambulante eller akutte samtaler om de mest basale principper for kontakt med en patient af anden etnisk herkomst end dansk (se http://www.vftp.dk/diagnoser/kliniske_retningslinier/kliniske_retningslinier.html). Det drejer sig for eksempel om vejledning, hvordan man som behandler kan tackle de kulturelle, religiøse eller sociale forskelle, der erfaringsvis kan være hindrende for et givtigt møde mellem en patient fra ikke-vestlige lande og en behandler.

Vejledningerne er dels baseret på undersøgelser foretaget andetsteds og dels på daglige kliniske erfaringer, der bl.a. stammer fra det tværfaglige transkulturelle team på det stedlige distriktpsychiatriske center. Teamet blev oprettet samtidig med Videnscenteret med det formål at skabe et forum, hvor teori og praksis kan mødes. Samtidig er teamet centrum i den netværksmodel, som beskrives herunder.

Netværksmodellen: 2 x netværk = empowerment

Arbejdet med at yde transkulturelle patienter med psykiske lidelser den bedst mulige behandling har i løbet af de første år udviklet sig til, hvad man kan kalde en toleddet netværksmodel. Det transkulturelle ekspertteam og Videnscenter for Transkulturel Psykiatri udgør kernen i første led af netværket. Andet led består af det samarbejde disse to instanser har med en lang række eksterne samarbejdspartnere, som typisk er i kontakt med en transkulturel patient. I dette arbejde bruges netværkstilgangen til at sikre, at den kliniske behandling og den sociale indsats, der ydes patienten, går hånd i hånd. Endelig omsættes denne samlede og koordinerede indsats til øget personlig empowerment for patienten.

I det følgende beskrives netværksmodellen mere indgående, og der gives eksempler på, hvordan modellen har været anvendt i praksis.

Det transkulturelle ekspertteam

Det transkulturelle ekspertteam hører under Distriktpsychiatrisk Center Indre Nørrebro i København. Indre Nørrebro i hjertet af København har landets højeste koncentration af personer med anden etnisk baggrund end dansk, nemlig 24 %. I Københavns Kommune som helhed er tallet 16 %, mens det for hele landet er 8 %.

Det kliniske team har haft deltagelse af to sygeplejersker, en socialrådgiver, en psykolog, en ergoterapeut og en speciallæge i psykiatri. Disse mennesker samarbejder i det daglige omkring behandlingen af trans-

kulturelle patienter, men afholder ugentlige konferencer, hvor også en overlæge og en projektsygeplejerske fra Videnscenteret deltager. På disse møder diskuteres den enkelte patient med udgangspunkt i den kliniske problemstilling og mere teoretiske vinkler på transkulturel psykiatri sammenfattet af Videnscenteret. Formålet med møderne er dels at etablere en praktisk behandlingsplan, som er anvendelig for den enkelte patient og de involverede behandlere og dels at fungere som "værksted" for Videnscenteret i forhold til at afprøve, kommentere og videreudvikle vejledninger og programmer for behandling af patienter med transkulturelle problemstillinger.

Eksterne samarbejdspartnere: Professionelt behandlings- og indsatsnetværk

Det er ofte meget komplicerede sociale forhold, der kendetegner de transkulturelle psykiatriske patienter. En effektiv psykiatrisk behandling vil derfor som regel fordrer et tæt interorganisatorisk samarbejde, det gælder også i eksemplet fra Indre Nørrebro. Det transkulturelle ekspertteam arbejder derfor på at systematisere samarbejdet med eksterne aktører. Der er mange lighedspunkter mellem det samarbejde, ekspertteamet har med de eksterne aktører, og det ethvert behandler-team vil have med eksterne aktører: Et hovedformål er selvsagt at sikre den enkelte patient den bedst mulige og mest sammenhængende behandling. Det sker i det daglige med henvisninger, statusattester, lægeerklæringer, telefonisk kontakt, en sjælden gang rundbordssamtaler, osv.

Men samarbejdet adskiller sig fra almindeligt ikke-transkulturelt samarbejde ved, at ekspertteamet og Videnscenteret også stiller sin ekspertise til rådighed for samarbejdspartnerne, når disse mangler viden om specifikke transkulturelle problemstillinger. Der er altså i høj grad tale om et samvirke, der går begge veje. Netop for at animerer dualiteten ønsker det transkulturelle ekspertteam og Videnscenteret at styrke samarbejdet med den samlede gruppe af eksterne partnere. Dette kan ske i form af seminarer eller andre informative arrangementer, men også i form af et forum for diskussion af særlige problemstillinger, der knytter sig til de transkulturelle patienter. Et gennemgående tema er at afdække, hvorfor transkulturelle patienter overhovedet har særlige problemstillinger. Der er et stort behov for at sætte ord på de erfaringer, de forskellige aktører har i mødet med de transkulturelle patienter, for eksempel med hensyn til brug af tolk, forskellige forventninger til det sociale system og til sundhedsvæsenet, forskellige kulturelle normer, familiemønstre og roller i familien. Ligeledes har behovet været stort for at diskutere, hvorledes de forskellige aktører og instanser kan understøtte hinandens arbejde. Det har blandt andet udmøntet sig i uformelle aftaler om at lade hinanden vide, når noget væsentligt og relevant sker for en patient i ét regi, der har betydning for behandlingen eller indsatsen i et andet. Udvekslingen af disse oplysninger sker naturligvis først efter, at patienterne har givet deres skriftlige samtykke.

Blandt de deltagere der indgår i det-

te samarbejde er følgende:

NOOR (et etnisk rådgivningscenter under København Kommune)

- Socialcenter Indre Nørrebro (De sociale myndigheder, der har med patientens bolig, arbejdsrelaterede og familierelationer at gøre)
- Praktiserende læger (De, der typisk henviser patienterne til det psykiatriske system. Praktiserende læger fungerer som koordinatorer af de andre mulige instanser)
- Dagcentre (Steder, hvor patienterne kan indstilles med henblik på at udvikle deres sociale kompetencer, med henblik på at udvikle kendskab med andre personer med psykiske lidelser og etablere netværk. Nogle af disse steder tilbyder ergoterapeutiske aktiviteter, varm mad og cafe)
- Værksteder/væresteder (pladser hvor brugere af det psykiatriske system i det lokale område har muligheder for beskæftigelse i form af arbejde, der er formet i forhold til patienternes færdigheder)
- Kriminalforsorgen (instans under justitsministeriet og som holder personer med dom til behandling under observation og garanterer, at de følger deres psykiatriske ordinationer ifølge loven)
- Politiet (som i samarbejde med kriminalforsorgen og de psykiatriske afdelinger træder til, når personer med dom til behandling svigter deres medi-

cinering eller når en patient bør indlægges på tvang)

- Uddannelsessteder (skoler)
- Revalideringscenter (instans som søger at integrere personer, der har svært ved at komme ind på arbejdsmarkedet på grund af langvarig ledighed, nedsat arbejdssevne (fysisk, psykisk, socialt), etnisk oprindelse eller lignende)
- Pårørende

Et andet væsentligt formål med sådanne mere overordnede møder er, at menneskene bag titlerne lærer hinanden at kende personligt. Filosofien er banal: jo bedre man kender hinanden og hinandens professionelle rammer, formål og måder at arbejde på, des lettere går samarbejdet. Desværre er dette trivielle ønske ofte en stor udfordring, da personudskiftningen konstant er høj.

Det personlige kendskab er en hjælp, når det transkulturelle ekspertteam på det mere daglige plan afholder møder med diverse eksterne samarbejdspartnere om specifikke patienter. Her varierer deltagerkredsen alt efter hvilke instanser, der er relevante at inddrage. NOOR og socialcenteret er de to hyppigste samarbejdspartnere.

Netværkstilgang som vej til empowerment

Netværkstilgangen bruges i arbejdet med at opbygge og udbygge de transkulturelle patienters personlige empowerment på to måder. Den ene kommer af ovenstående: Det handler om, at alle i det professionelle netværk – det transkulturelle psykiatriske team og de eksterne samarbejdspartnere

– skal kende til hele patientens historie. Ikke nødvendigvis i detaljer, men i en sådan udstrækning, at beslutninger, der tages i én instans ikke modarbejder en indsats i en anden.

Tankegangen kan illustreres med et eksempel. Det transkulturelle ekspertteam havde over en periode behandlet en arabisk-talende kvinde i tyverne for depression, der bl.a. var motive- ret af et voldeligt forhold til kvindens mand, som hun nu var skilt fra. Da kvinden samtidig var kontanthjælps- modtager, havde hendes sag været fo- relagt på behandlingskonference for bl.a. at informere socialcenteret om hendes sygdomsforløb. Sygdomsfor- løbet var kompliceret af, at kvinden i mangel på bolig nødtvunget måtte bo hos den voldelige eksmand. Inden behandlingskonferencen var social- centeret nok bekendt med, at kvinden boede hos sin eksmand, men ikke klar over, hvilke problemer det skabte for patientens sygdom. På baggrund af de nye informationer fandt socialcenteret en ny bolig til kvinden.

Eksemplet illustrerer ikke kun, hvorledes et mere fuldkommet bil- lede af en person og dennes situation gør det lettere at afgøre hvilken hjælp, der er behov for i en given situation, og sætte de nødvendige professionel- le tiltag i værk. Historien byder også på kulturelle aspekter, som både de lægelige og de socialfaglige behand- lere måtte være opmærksomme på: Årsagen til, at kvinden var henvist til at bo hos eksmanden var, at hendes familie ikke ville vide af hende, fordi hun havde ladet sig skille. Som det er typisk for mange indvandrere – sær- ligt måske kvinder – havde kvinden

i denne historie ikke før ægteskabet udviklet et større personligt netværk i Danmark. Da familien slog hånden af hende efter skilsmissen, kendte hun ikke nogen, hun kunne søge hjælp hos.

Dermed er vi ovre i den anden måde, hvorpå netværk indgår i behandlingen af transkulturelle psykiatriske patien- ter på Indre Nørrebro i København. Ekspertteamet arbejder specifikt med at (gen)skabe patienternes personlige netværk. Som oftest er det patientens nære familiære netværk, der fokuseres på, men der har også været eksemp- ler på, at patienter er blevet hjulpet videre igennem socialfaglige netværk, som for eksempel NOOR. Ligeledes kunne man forestille sig samarbejde med lokale grupper af etniske minori- teter. Fællestrækket for denne indsats er, at behandlerteamet tager kontakt til og taler med andre end patienten selv. I nogle tilfælde vil patienten selv være med under samtalerne, i andre ikke, men hele forløbet vil altid foregå med patientens samtykke. Afhængig af situationen kan der være tale om flere og længerevarende samtaler, der ofte finder sted uden for de kliniske rammer.

I eksemplet med kvinden, der måtte bo hos sin voldelige eksmand, blev der fokuseret på at få genskabt kvindens forhold til sin familie. Den behandlende læge fra distriktspsykia- trien kontaktede familien og afholdt to samtaler med forældrene og to søstre i hjemmet samt en samtale med familien og kvinden selv på klinikken. Kernen i samtalerne var kvindens syg- domsforløb, men vinklen var, hvorle- des familien kunne have en under-

støttende rolle, hvilket nødvendigvis betød, at særligt kulturelle aspekter omkring familie og ære blev diskuteret. Udgangen på samtalerne blev, at familien accepterede, at kvindens tilstand var udløst af det voldelige ægteskab. Denne forståelse åbnede op for en accept af skilsmissen, og for at kvinden fremover ville bo i egen lejlighed. Kvinden har ikke været genindlagt siden.

Et andet eksempel kan også illustrere, hvorledes netværkstilgangen har banet vej til empowerment af transkulturelle patienter. Igen ligger kernen i historien hos patientens familie – mere bestemt hos faren. Patienten er en kvinde sidst i tyverne af mellemstlig herkomst med et længere sygdomsforløb bag sig under diagnosen emotionelt ustabil personlighedsstruktur af borderline type. Efter et tredje selvmordsforsøg over to år indlægges hun på ny og behandles denne gang af en psykiater med tilknytning til det transkulturelle ekspertteam. I udredningen af patienten genkendtes flere elementer, der er ganske typiske for transkulturelle patienter og særligt kvindelige patienter. For det første en alvorlig konflikt mellem patienten og familien omkring forståelsen af sygdommen. Patienten var således klar over, at psykiatrien havde noget at tilbyde hende – det vidner de tre selvmordsforsøg om – mens familien ikke ville anerkende, at datteren kunne være psykisk syg og ikke ville acceptere, at hun søgte lægehjælp. Ifølge familien ville datterens problemer blive løst, hvis og når hun blot giftede sig og fik børn. Samtidig havde de tidligere indlæggelser ikke

hjulpet patienten nævneværdigt, bl.a. fordi behandlersystemet ikke havde været tilstrækkelig opmærksom på patientens kulturelle kontekst. Forslag om at sidde familiens gifteplaner overhørig og gøre som etniske danske unge – flytte hjemmefra – var ganske enkelt ikke inden for mulighedernes grænser. Derimod var forslaget med til at forøge familiens utryghed ved det danske behandlersystem.

For at komme videre i den fastlåste situation efter tre indlæggelser tog den behandlende læge kontakt til patientens far, og et møde kom i stand. Det er væsentligt at understrege, at der ikke var tale om et informativt møde, hvor allerede truffne beslutninger angående patientens behandling blev forelagt familien. På mødet blev patientens diagnose og behandlingsmuligheder i stedet diskuteret med det formål at nå til en fælles forståelse. Dette blev opnået ved at først faren og dernæst psykiateren, hver gav deres version af problemet/sygdommen og skitserede mulige løsninger. En milepæl blev nået, da faren accepterede, at familiens hidtidige tiltag (bl.a. gennemlæsning af Koranens 30. digt) ikke havde givet de håbede effekter, og at det burde være op til patienten, om hun ville forsøge sig med psykiatrisk behandling. Fra det øjeblik overgik ansvaret for sygdomsbehandlingen fra faren til patienten. Efterfølgende blev en systematiseret behandlingsplan udformet sammen med patienten, der siden har gennemført sin gymnasiale uddannelse, som hun tidligere havde afbrudt tre gange.

Konklusion

I det kliniske arbejde med indvandre-
re er empowerment et begreb, der er
genstand for stigende opmærksomhed.
Mange indvandrere kan føle afmagt,
når de kommer til fremmede, ofte
fjendtlige omgivelser. Som samfund
har vi en forpligtelse til at udvikle ser-
vice, der tilbyder kultursensitive tiltag,
og terapeutiske interventioner, der
har empowerment som et afgrænset,
eksplicit mål. En styrkelse af denne er
en måde, hvorpå patienter bliver op-
mærksomme på egne muligheder og
lærer at udvikle færdigheder, så de i
større omfang får kontrol over eget liv
(Wallerstein, 1998).

Som et led i dette bør vi lære at lytte
til og støtte de forslag, vores patienter
fremfører - selv om de måske ikke er
ganske sammenfaldende med vores
egne ideer – og diskutere dem på en
terapeutisk opklarende måde. Herved
søger vi at forstå deres kognitive og
emotionelle syn på verden og funge-
rer på den måde som brobyggere over
kulturelle forskelle (Kastrup, 2004).

Transkulturel psykiatri i Danmark
er stadig i sin vorden. Et udgang-
spunkt er samarbejdet mellem vi-
denscenteret og den transkulturelle
psykiatriske enhed, med det formål at
udvikle værktøjer særligt rettet mod

patienter med udenlandsk oprindelse.
Det er stadig meget tidligt at tale om
empowerment af transkulturelle pa-
tienter på dette stadie. Der er store
perspektiver i at uddanne psykiatriske
reservelæger, sygeplejersker og andet
personale i både somatiske og psykia-
triske afdelinger i forhold til at for-
bedre kontakten og behandlingen af
transkulturelle patienter. Ligeledes er
det vigtigt at udvikle særlige værktøjer
til brug for psykoedukation af patien-
ter og pårørende med indvandrerb-
aggrund, der kan understøtte patien-
ternes sygdomsindsigt, complians og
tilpasning til en livsstil, der afspejler
deres evner og behov.

Referenser

- Danmarks statistik, statistik banken, 2005.
Kastrup M, Arcel L. Gender specific treatment
(pp 547-71). Gender specific treatment of re-
fugees with PTSD. I: Wilson J, Drozdek B
(eds) Broken spirits The treatment of trauma-
tized asylum seekers refugees war and torture
victims. New York: Brunner and Routledge,
2004.
Mortensen PB, Cantor-Graae E, McNeil TF. In-
creased rates of schizophrenia among immi-
grants: some methodological concerns raised
by Danish findings. Psychol. Med. 1997; 27(4):
813-820.
Videnscenter for Transkulturel Psykiatri's hjemme-
side: http://www.vftp.dk/diagnoser/kliniske_retningslinier/kliniske_retningslinier.html.
Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment educa-
tion: Freire's ideas adapted to health education.
Hlth. Ed. q. 1998; 15 (4): 379-394.

Summary in English

Empowerment in Transcultural Psychiatry. Denmark's case

The area of Transcultural Psychiatry in Denmark is a novelty subspecialty, which is still in development. This paper describes the work of the Center of Knowledge in Transcultural Psychiatry affiliated to the University Hospital in Copenhagen –Rigshospitalet- regarding the area of empowerment in immigrant patients. This work describes a network approach in order to promote empowerment and illustrates our group's reflections and contributions with two clinical examples.

Key words: Transcultural psychiatry, immigrants, psychiatric services, empowerment, network