



Sct. Hans Hospital

Kulturmøde i
psykiatrien

Af:

Charlotte B. Jacobsen

Katrine S. Johansen

Vejleder:

Helle charlotte Knudsen

Januar 2002

Hovedstadens Sygehusfællesskab

Forord

På retspsykiatrisk afdeling på Sct. Hans Hospital (afd. R) er patienter med anden etnisk baggrund end dansk overrepræsenterede i forhold til baggrundsbefolkningen. Deres andel har været stærkt stigende de sidste 10 år. For tiden udgør de mellem 30 % og 40 % af patienterne på afd. R. Patientsammensætningen er således blevet multietnisk, og det stiller de psykiatriske behandlingstilbud overfor nye udfordringer.

Dette førte i efteråret 2000 til en kontakt mellem afdelingens daværende ledende overlæge og to antropologer. På baggrund af overlægens skitsering af problemfeltet udarbejdede antropologerne et projektforslag, som afdelingen og hospitalets ledelse tilsluttede sig i foråret 2001. I maj 2001 blev detailplanlægningen af projektet foretaget for afdelingens midler. Projektet gennemførtes derpå i perioden 1. juni til 31. december 2001 på en bevilling fra Sygekassernes Helsefond.

Projektets undersøgelser er udført af de to antropologer, Katrine S. Johansen og Charlotte B. Jacobsen under løbende vejledning af daværende ledende overlæge, ph.d. Helle Charlotte Knudsen.

Rapporten sigter mod at skabe opmærksomhed og dybere forståelse af problemstillingen blandt dem der træffer beslutninger for fremtidens indsats på området såvel på det administrative som på det politiske niveau. Samtidig ønsker vi med rapporten at nå det personale, der arbejder med problemstillingen i dagligdagen. Det er vores håb, at de kan genkende deres arbejdsbetingelser i rapportens beskrivelser og finde anvendelse for dens anbefalinger. Endelig er det vores klare overbevisning, at de her beskrevne problemstillinger har relevans i psykiatrien generelt, samt at store dele af overvejelserne gælder for hele sundhedssektoren i Danmark, hvor der arbejdes med patienter med anden etnisk baggrund end dansk .

Nærværende rapport er resultatet af en meget lang udvælgelsesproces: Fra patienter og personales udvælgelse af, hvad vi skulle høre og se, over hvad vi har bidt mærke i, til udvælgelsen af temaer, der har forekommet os særligt centrale i det nedskrevne materiale. Endelig har vi måttet foretage en meget selektiv udvælgelse af, hvad der skulle berøres i rapporten, og hvad der har måttet ligge. Det er vores håb, at vi i denne proces har ramt de centrale temaer i det psykiatriske arbejde, og at vi har undgået at bortskære helt centrale fænomener fra sammenhængen. Men frem for alt er det vores håb, at rapportens analyser og tolkninger på en gang virker genkendelige for mennesker med kendskab til området og kaster nyt lys på mønstre og sammenhænge indenfor den verden.

Dette projekt var ikke kommet i stand uden daværende ledende overlæge, ph.d. Helle Charlotte Knudsen, hvem vil skylder en meget stor tak. Det var hende, der tog initiativ til at igangsætte projektet, hende der gav inspiration og ideer til projektets problemformulering, hende der var primus motor bag

bevillingsansøgningerne, og hende der faciliterede projektets gennemførlighed. Et stykke inde i projektperioden skiftede Helle Charlotte Knudsen job, men hun fortsatte med at yde en inspirerende vejledning. Ikke blot diskuterede hun projektets resultater med os konstruktivt. Hun sørgede også for at vi huskede, hvad vi som antropologer kunne, der var anderledes.

Vi vil også gerne rette en meget stor tak til personalet og patienter på de tre afsnit, hvor vi udførte vores feltarbejde. Vi har lovet alle anonymitet og kan derfor ikke nævne navne. Til personalet skal lyde tak for, at I gav os lov til at følge jeres arbejde så tæt, som det var tilfældet, og lod os være med i jeres kollegiale fællesskab. Til patienterne vil vi sige tak for den måde, I modtog os på, og for alt det I lærte os om, hvordan det er at være indlagt på afsnittene. Rapporten havde været meget fattigere uden jeres bidrag.

Der er også en lang række andre personer, der har bidraget med tid og praktisk hjælp. Sekretærene og det øvrige administrative personale i Bjergmarkshus, samt forskellige personer rundt omkring på Sct. Hans Hospital, der har sagt ja til at tale med os, når vi kontaktede dem og spurgte om deres tid og synspunkter.

Udenfor hospitalet har lektor Vibeke Steffen og professor Susan Whyte fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet ydet faglig støtte og vejledning gennem hele forløbet. Dette er vi meget taknemmelige for.

Sidst men ikke mindst en tak til Sct. Hans Hospital for at ville huse projektet, og til Sygekassernes Helsefond for finansieringen (bevillingsnummer 2001B058).

Sct. Hans Hospital den. 31. december 2001

Cand. scient. anth. Charlotte B. Jacobsen

Cand. scient. anth. Katrine S. Johansen

Kapitel 1. Indledning

På retspsykiatrisk afdeling, Sct. Hans Hospital (afd. R) udgør patienter med anden etnisk baggrund end dansk mellem 30% og 40% af patienterne. Patientsammensætningen er således blevet multietnisk. Projektet 'Kulturmøde i retspsykiatrisk Behandling' har haft til opgave at klarlægge, hvilke konsekvenser 'kultur' har i et psykiatrisk pleje- og behandlingsmiljø med så stor repræsentation af mennesker med anden etnisk baggrund end dansk. Dertil har opgaven været at stille forslag til, hvordan vanskeligheder og opstående problemer i pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk kan imødegås. Overordnet set skulle projektet med besvarelsen af disse spørgsmål belyse, hvad der skal til for at fremme udviklingen af et godt multietnisk pleje og behandlingsmiljø.

Fokus i projektet er samspillet mellem personale og patienter og det miljø og den kultur, som samspillet forgår i. Dette sætter planlagte som ikke-planlagte processer i pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk i centrum. Ligeledes tillægges den 'psykiatri-kultur' der opstår på afdelingen central betydning.

Ved at vælge dette fokus er andre centrale problemstillinger blevet udelukket. Blandt dem er patienternes sygdom, livserfaringer og kulturelle baggrund. I forbindelse med psykisk syge flygtninge og indvandrere er det vigtigt at være opmærksom på, at ca. 20% af alle asylansøgere har været udsat for tortur (Elsass 1995), at en del flygtninge lider af post traumatisk stress forstyrrelse, og at migrationsprocessen i sig selv har karakter af en krise med en kompleks forbindelse til psykopatologi (A. Gottlieb m.fl. 2000; Kristensen og Ali 2000).

1.1. Projektets udførelse

Projektet er forløbet over en syv måneders periode som en vekslen mellem dataindsamling på retspsykiatrisk afdeling og analyse. Dataindsamlingen er foregået på to lukkede og et åbent afsnit, hvor vi har været 5 til 7 uger på hvert afsnit.

Data er indsamlet via deltagerobservation, semistrukturerede interviews med personalet og samtale med patienterne. Deltagerobservationen har involveret ca. 60 personale og ca. 40 patienter. Vi har interviewet 29 personaler fra forskellige faggrupper og haft formaliserede samtaler med 10 patienter. Det indsamlede materiale belyser personalets oplevelser bedst, men patienternes kommentarer og synspunkter giver en vigtig perspektivering til disse.

Projektet har været indsendt til vurdering hos de videnskabetiske komiteer. Disse har dog meddelt, at det falder udenfor deres bedømmelsesområde, da der ikke er tale om et biomedicinsk projekt. Retningslinjerne herfra er dog blevet fulgt.

Alt datamaterialet er blevet anonymiseret og generaliseret. Dette betyder også, at personale ikke nævnes med fagbetegnelse, men blot omtales som 'personale' i rapporten. Ligeledes omtales patienter med anden etnisk baggrund end dansk som 'etniske' patienter, fremfor med en specifik nationalitet.

1.2. Den retspsykiatriske afdeling og den retspsykiatriske patient

Retspsykiatrisk Afd. R på Sct. Hans Hospital har 74 sengepladser. Disse pladser er fordelt på 6 afsnit; 3 lukkede, 2 åbne og ét udslusningsafsnit. Derudover er der tilknyttet en ambulatorium-funktion i København.

Retslige patienter er personer, hvis aktuelle stilling som psykiatriske patienter har sit grundlag i en afgørelse truffet af en domstol eller en anden offentlig myndighed på baggrund af kriminel adfærd eller mistanke om kriminel adfærd (Gottlieb 2000:105).

Patienterne på afdeling R har typisk begået personfarlig vold – manddrab, vold af særlig farlig og grov karakter, grove voldtægtsforbrydelser også mod mindreårige, ildspåsættelse og væbnede røverier. Færre har begået mindre, men hyppige kriminelle handlinger, som vold mod tjenestemand i funktion, berigelseskriminalitet og biltyveri (Ibid: 1).

Patienterne er alvorlig kronisk sindslidende. De er oftest lidende af skizofreni. Dertil har en del af dem personlighedsafvigende symptomer. Omkring halvdelen af patienterne har et misbrug af stoffer – oftest hash.

Næsten alle indlagte er mænd. 30% til 40% af patienterne har en anden etnisk baggrund end dansk (Sct. Hans Hospital 2001). De fleste kommer fra det tidligere Jugoslavien og fra Mellemøsten (inklusive Nordafrika). Der er tale om både flygtninge, 1. og 2. generationsindvandrere – hovedvægten er dog på de to førstnævnte grupper. Patienter med anden etnisk baggrund end dansk har gennemsnitligt opholdt sig 16 år i Danmark på indlæggelsestidspunktet. Omkring halvdelen af disse patienter taler dårligt eller intet dansk (Sct. Hans Hospital 2000). I øvrigt er der stor heterogenitet i patientgruppen, der både rummer unge og ældre mænd, der har været i det psykiatriske behandlingssystem i 30 til 40 år. Der er hjemløse, stofmisbrugere, enlige og familiefædre.

Personalet, som denne undersøgelse inddrager, er plejere, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker, samt læger, psykolog, socialrådgivere og ergoterapeuter. På nær to har personalegruppen en etnisk dansk baggrund.

1.3. Rapportens opbygning

Som beskrevet har dette projekt ønsket at klarlægge, hvilke konsekvenser 'kultur' har i et psykiatrisk pleje og behandlingsmiljø med en stor repræsentation af

patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Besvarelsen af dette underpunkt falder i kapitel 2 til 4.

I kapitel 2 diskuteres, hvad kultur er, kulturs konsekvenser for pleje- og behandlingsmiljøet, samt psykiatriens behov for viden om kultur. Som væsentligt element heri, behandles betydningen af personalets kulturforståelser og den psykiatriske kultur.

I kapitel 3 argumenteres for, at den psykiatriske kultur har afgørende indflydelse på, hvad det er for relationer, der søges skabt mellem patienter og personale på afdelingen. I tilknytning hertil diskuteres, hvorfor der tilsyneladende er særlige problemer med at skabe den forventede og ideelle alliance mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Kapitel 4 kan ses som et eksempel på, hvorledes personalets kulturelle forestillinger bliver afgørende for deres forståelse af patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Konkret omhandler det spørgsmålet om køn.

Vi har også ønsket at kortlægge mere specifikke vanskeligheder og opstående problemer i pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Hvad er der af barrierer, og hvordan kan de overkommes?

I kapitel 5 falder besvarelsen af dette spørgsmål. Heri beskrives det multietniske pleje- og behandlingsmiljø, som det ser ud i dag. Forskellige parter oplevelse af miljøet på godt og ondt fremlægges, og det diskuteres, hvorledes man gennem de rammer, man sætter for miljøet, bedst muligt kan tilgodese den multietniske patientsammensætning.

Efter konklusionen (kapitel 6) opstiller vi i kapitel 7 en række anbefalinger.

Kapitel 2. Kultur

For at kunne klarlægge hvilke konsekvenser 'kultur' har i et psykiatrisk pleje- og behandlingsmiljø, må det gøres eksplicit, hvad vi forstår ved kultur.

Kultur er på det individuelle plan de færdigheder, opfattelser og væremåder, som en person har tilegnet sig som medlem af et samfund. På det kollektive plan er kultur det omskiftelige betydningsfællesskab, som gang på gang etableres og forandres, når mennesker gør noget sammen (Hylland Eriksen 1993: 21).

Ud fra denne definition bliver det klart, at kultur er noget som både personale og patienter har. Kultur er noget de alle deler som medlemmer af samme samfund, nemlig det danske. Lægger man perspektivet lidt anderledes kan man se, at de alle er medlemmer af forskellige mindre samfund i samfundet og derfor kender til forskellige kulturer.

Vi vil indlede dette kapitel med at diskutere, hvad kultur er for en størrelse, og hvordan den skabes og opretholdes i det lille samfund, der opstår indenfor psykiatriens rammer.

Dernæst vil vi diskutere, hvorfor spørgsmålet om kultur særligt synes at komme i spil, når andelen af patienter med anden etnisk baggrund end dansk bliver stor. Dette gøres gennem et kapitel, der sætter fokus på kategoriseringen af patienter i danske hhv. ikke-danske, og gennem et kapitel, der diskuterer måder at forholde sig til kulturmøder på.

Til sidst vender vi os mod de rammer, som psykiatrien sætter for forståelse og kategorisering af adfærd.

Som samlende tema gennem kapitlet løber diskussionen om, hvilken viden om kultur, psykiatrien har brug for.

2.1. Hvad er kultur?

Kultur er i mange år blevet opfattet som nogle bevidste eller ubevidste normer og værdier, som mennesker var bærere af, og som var bestemmende for deres adfærd og verdenssyn. Antropologiske undersøgelser fra hele verden har imidlertid vist problemer ved denne forståelse. Undersøgelserne har påvist, at mennesker handler 'imod' deres kultur, at kultur ændrer sig over tid, og at kultur er forskellig alt efter hvis øjne, den bliver set igennem. For at gøre billedet af kultur endnu mere komplekst, synes kultur derudover at afhænge af, hvor den kommer til udtryk (sammenhængen), overfor hvem den kommer til udtryk (modtageren eller antropologen), og hvem der udtrykker den (afsenderen af budskabet eller aktøren).

Kultur er noget kollektivt – en række normer, værdier, handlemåder, og underliggende mønstre, der i et vist omfang deles af en gruppe, men som får forskellige udtryk i forskellige situationer. Det betyder, at det, man kan læse sig til, kun er en mulig gengivelse af kulturen blandt mange andre. Kultur skal forstås, der hvor den kan; nemlig i den sammenhæng og den konkrete situation, hvor den udspilles; mellem konkrete mennesker med særegne motiver, som bruger kulturen på en særlig måde for at nå deres mål. For dette projekt betyder det, at kultur må forstås på den psykiatriske afdeling i det danske samfund, og i samspillet mellem de personer, der færdes der.

Nedenstående model ridser kendetegnende ved denne kulturforståelse op:

<u>Projektets kulturmodel</u>	
Kulturens indhold	normer, værdier, handlemåder, underliggende mønstre, der er i evig forandring/dynamik
Kulturens forekomst	udspilles i socialt samspil på bestemt sted, i bestemt sammenhæng indenfor bestemte fysiske rammer.
Kulturens deltagere og skabere	mennesker med motiver, ønsker og mål for samspillet med andre mennesker, der indgår i den sociale sammenhæng

2.2. Psykiatrikultur

Hvad betyder ovenstående kulturforståelse for studiet af kultur i det retspsykiatriske pleje- og behandlingsmiljø? Det betyder, at vi må medtage mange forskellige kulturers konsekvenser. Personale og patienter medbringer alle et kendskab til normer, værdier, handlemåder etc., som de har erhvervet fra tidligere livserfaringer. Men det betyder også, at vi må medtage det faktum, at der skabes kultur i samspillet mellem mennesker på afdelingen. Afdelingens kultur har sine egne normer, værdier og handlemåder. Den på et givent tidspunkt eksisterende kultur har en kraftig påvirkning af personalers som patienters handlemåder, men ændres også løbende af mødet med nye mennesker – bl.a. patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Disse møder kan være med til at ændre afdelingens kultur; den kan blive mere rummelig med plads til sproglig og kulturel mangfoldighed, eller den kan blive mindre rummelig, hvis krav om ensshed bliver en dominerende værdi (dette behandles nærmere i kapitel 5).

Når man taler om kultur ud fra denne forståelse, er det vigtigt at holde sig for øje, at magt indgår som et vigtigt aspekt af kulturens skabelse og opretholdelse. Alle

personer, der indgår i kulturen, er medskabere af kulturen og brugere af dens kulturelle udtryk. Men nogle er mere magtfulde i kulturens skabelse, og nogle er bedre til at bruge de kulturelle udtryk til at nå deres mål end andre. Mens det sidste i høj grad er afhængigt af personlige egenskaber, så er det første primært et spørgsmål om position (Villareal 1992). I psykiatrien er der ingen tvivl om, at personalet står som den magtfulde gruppe. Det er personalet, der beslutter om, "der skal være mere struktur på et afsnit", og i givet fald, hvordan den struktur skal se ud. Det er personalet, der beslutter, hvilken adfærd der tilskyndes, og hvilken der forbydes. Dette betyder ikke, at patienten er uden magt. Patienterne er også til en vis grad medbestemmende for, hvorledes afsnittenes kultur ser ud. De respekterer eller forkaster de af personalet lagte normer og værdier, som de kommer til udtryk i regler og strukturer, og de lægger en del af deres liv uden for personalets kontrol (f.eks. den del, der vedrører stofmisbrug, og normer for hvilken kriminalitet, der accepteres).

Afdelingens kultur påvirkes også kraftigt af den faglige forståelsesverden, som afdelingens personale socialiseres til gennem deres uddannelse, gennem det kollegiale samvær og gennem efteruddannelse. Som centralt eksempel på et kulturelt element herfra kan nævnes den særlige patient-personale alliance, som personalet søger at skabe på afdelingen. Denne analyseres nærmere i kapitel 3. Dominansen af den fælles psykiatriske faglighed er årsagen til, at vi har valgt at samle kulturene på de tre afsnit, vi har været på, under et og kalde det 'psykiatri-kultur'.

Ud fra denne forståelse af kultur, bliver psykiatri-kultur den kultur, der fylder mest på afdelingen. Succesen af det kulturmøde, der foregår i mødet mellem patient og personale, afhænger følgelig i høj grad af patientens mulighed, evne og vilje til at tilegne sig denne kultur. Skal kulturmødet gøres bedre i fremtiden, er løsningen således ikke at vide mere om patientens etniske baggrund og kultur, om end det er vigtigt at være åben overfor andre menneskers anderledes livserfaring. Det centrale er at vide mere om psykiatrikulturen, og hvorledes den tager sig ud for mennesker, der endnu ikke er socialiseret ind i den. Dette kan lyde som om, at hele løsningen ligger i at få patienter med anden etnisk baggrund til at forstå, hvordan de skal gebærde sig, hvilken kultur de befinder sig i, og hvorfor det, der foregår i den, er godt for dem. Man må imidlertid huske, at patienterne ikke er passive kulturmodtagere, men også i et vidt omfang er medskabere af kulturen; at de afviser elementer af kulturen eller bruger den ud fra egne motiver, evner og muligheder. Også selvom både deres sygdom og psykiatriens rammer kan begrænse dem heri.

Med kapitel 3 vil vi gå nærmere ind i den problematik. Samtidig giver kapitlet et mere konkret eksempel på psykiatrikulturens indhold og dens konsekvenser. Her vil vi fortsætte med diskussionen af, hvorfor spørgsmålet om kultur særligt synes at komme i spil, når andelen af patienter med anden etnisk baggrund end dansk bliver stor.

2.3. 'Patienter med anden etnisk baggrund end dansk' – en definition

Det er en udbredt opfattelse blandt medlemmer af store etniske grupper med stærke gruppetilhørsforhold (som den danske), at etnicitet har at gøre med objektive kulturforskelle. Imidlertid har det vist sig, at det som defineres som etnisk særegent ofte deles med andre, og at definitionen af etnisk forskellighed skabes i mødet, hvor grupper afgrænser sig fra andre. Etnicitet må dermed ses som et aspekt ved en relation og ikke en egenskab ved en person eller en gruppe (Hylland Eriksen 1993).

En etnisk gruppe er skabt, når både dens egne medlemmer og medlemmer af andre etniske grupper anerkender dens eksistens. Set i det lys er konstruktionen af en kategori, der hedder 'patienter med anden etnisk baggrund end dansk', problematisk. Kategorien benyttes ofte i dagens Danmark, men defineres kun af den anden part; nemlig den der er dansk. Dette ses meget tydeligt i vores materiale, hvor mange patienter slet ikke ønsker at blive set som 'etniske' (jf. kapitel 5). Patienter med anden etnisk baggrund end dansk har således ikke noget gruppetilhørsforhold til denne definition. Når kategoriseringen trods dette finder sted, følger en række problematiske forhold, heriblandt at det etnisk særegne ved de ikke-danske patienter defineres af det etnisk danske personale. Dertil bliver det usikkert, hvem der præcist tilhører gruppen.

Vi vil i dette kapitel vise definitionen 'patient med anden etnisk baggrund end dansk', som den fremtræder i psykiatrien. Vi vil påpege, at definitionen præges meget af (den danske) personales opfattelser og definitioner af fremmedhed og mindre af etnisk bestemte objektive kulturforskelle. Herved bliver det tydeligt, at kategoriseringen af patienter i etnisk danske og ikke-danske viser et aspekt ved en relation i højere grad end en egenskab ved den ikke-danske patient.

Der er ikke nogen betegnelse, der konsekvent bliver anvendt til at beskrive patienter med anden etnisk baggrund end dansk. I praksis er kategoriseringen noget tvetydig; både i registreringer og i den enkelte personalegruppes dagligdags beskrivelse.

I opgørelser fra hospitalet registreres patienterne på baggrund af oprindelsesland. Dette betyder, at der i tallene også indgår nordiske- og EU-statsborgere. Danske statsborgere med anden etnisk baggrund end dansk tælles også med, også selv om de er født her i landet (Sct. Hans Hospital 2000).

Det er dog en lidt anden kategori, som personalet opererer med i den daglige tale. Her bliver nordiske statsborgere som regel opfattet på linje med danske patienter. Til gengæld indeholder kategorien danske statsborgere med en anden etnisk baggrund end dansk i de tilfælde, hvor deres 'fremmedhed' afspejles i deres sproglige accent eller religiøse tilknytning. Gruppen er således ikke nogen fast defineret gruppe: Kan man tale med dem og forstå hvad de taler om, bliver de ikke opfattet som etniske patienter; taler de om noget fremmedartet, f.eks. en anderledes religion, bliver de regnet med i kategorien. Dette viser, at der er et klart element af 'fremmedhed' i kategorien 'patienter med anden etnisk baggrund end dansk'.

Afdelingens grønlandske patienter udgør et interessant tilfælde. I hospitalets opgørelse er de medtaget, om end grønlandsk ikke figurerer som et muligt modersmål i opgørelsesskemaet. Grønlænderne medregnes i særskilt kategori i afdelingens egne opgørelser, men i personalets fortællinger om disse patienter figurerer grønlænderne stort set ikke. ”De taler jo dansk” og ”de kender jo systemet” er personalets forklaringer på, at grønlænderne ikke tæller med. At grønlændere har eget sprog og egne sygdomskategorier er ikke en central del af personalets erfaringer med disse patienter. Adskillige antropologiske undersøgelser har påvist, at man på Grønland har nogle egenartede sygdomsforståelser, såvel som særlige kulturbundne syndromer (Arktisk hysteri (Reisby 1986) og ’Kajak-svimmelhed’ (Hansen 1995)). Også eksistensen af De grønlandske Huse i Danmark problematiserer den argumentation, vi møder hos personalet; husene fungerer netop som ”kulturelle oaser ... hvor man kan mødes og tale og tænke grønlandsk”, samtidig med at de ”bistår grønlændere med at skabe den rigtige kontakt til det danske system” (Lund Jensen 1999). Set i det lys, fås en stærk indikation af, at spørgsmålet om fremmedhed ikke så meget knytter sig til patientens specifikke kulturelle anderledeshed, som det knytter sig til, hvem der forstås som fremmed i dagens Danmark.

Hovedparten af patienterne med anden etnisk baggrund end dansk er både i de interne opgørelser og i personalets beskrivelser flygtninge og indvandrere fra Mellemøsten inklusiv Nordafrika og det tidligere Jugoslavien. Personalet henviser typisk til denne gruppe som ’muslimske patienter’. Selv om man godt er klar over, at patienter fra disse forskellige områder kan være meget forskellige, bliver de som regel alligevel omtalt som en fælles gruppe, og begreber som muslimsk sygdomsopfattelse og muslimsk kultur er blevet almindelige i personalets håndtering af disse patienter. Denne muslimske kultur bliver opfattet som meget forskellig fra den danske kultur. Personalet baserer denne opfattelse på egne erfaringer, på viden fra medier og på forskellige kurser i transkulturel psykiatri og sygepleje.

Grupperer man mennesker ud fra deres religion alene, kommer man til at sammenstille mennesker, som i andre henseender er meget forskellige. Dette kan i sig selv tale imod en sådan kategorisering. Men også islam som religion er meget forskellig i de forskellige områder, hvor den praktiseres (Eickelman 1989). Endelig er det centralt at være opmærksom på, at religion ikke eksisterer adskilt fra samfundet i øvrigt og derfor vil blive påvirket af det omgivende samfund. I den samfundsmæssige praksis fremstår islam således meget forskellig rundt omkring i verden (Gilsenan 1992: 19).

Islam og sproglige forskelligheder betyder meget for definitionerne af, hvad der gør patienter til fremmede. I hverdagen på afsnittene fylder de sproglige forskelligheder dog primært som en praktisk barriere. Også islam har en meget lille plads i dagligdagen på afsnittene. Her er religion primært reduceret til et spørgsmål om, hvem der spiser svinekød. Det får således meget begrænsede konsekvenser i afdelingens pleje og behandlingsmiljø. Selve kategoriseringen

derimod får en række konsekvenser i forhold til, hvordan man møder disse patienter og i forhold til, hvordan man forstår disse patienter.

2.4. Personalets tilgange til kulturmødet

Mødet med patienter med anden etnisk baggrund tydeliggør for personalet, at mødet med patienten også er et møde med et menneske med anderledes livserfaringer, andre normer og andre værdier. Personalets tilgang til at møde en fremmed kultur bliver således et vigtigt spørgsmål (Austweg 1997).

Der er tre forskellige tilgange til kulturmødet, der træder frem i vores materiale. Der er den tilgang, som en personale kaldte den kultur-forskrækkede. Den indebærer, at man ikke ved, hvordan man skal forholde sig til patienternes fremmede kultur, og derfor ønsker man ikke at have noget med dem at gøre. De to andre tilgange tillægger enten patientens kulturelle baggrund eller det alment menneskelige en central betydning.

Personale, der tillægger patientens kulturelle baggrund central betydning, mener, at de normer og værdier, som patienten har tillært sig i sin tidligere tilværelse, kan være afgørende forskellige fra de normer og værdier, som de møder ham med (Ibid.). Disse personaler søger at sætte sig ind i den kulturelle baggrund, som patienten måtte have. Dette foregår dels ved en almen orientering i det pågældende lands historie og kultur og dels ved at tale med patienten om det. Det sidste er dog ikke altid muligt, hvis patienten ikke taler dansk eller engelsk, ikke har ressourcer til at fortælle om sit tidligere liv eller er for syg til at kunne gøre det.

Ved at vælge denne tilgang står personalet i en situation, hvor de er meget opmærksomme på, at misforståelser og problemer kan skyldes kulturelle forskelligheder snarere end patientens modvilje eller obstruktion. De står også med noget viden omkring et områdes kultur, dog uden altid at vide om det også gælder for den pågældende patient. Ved denne tilgang risikerer man imidlertid at tillægge kulturen for stor betydning. En del af patientens adfærd og reaktioner vil ikke have noget med patientens kultur at gøre.

Personaler, der vælger at se bort fra patientens kulturelle baggrund, står i en anden situation. De mener, at mennesker på trods af kulturelle forskelle ligner hinanden så meget, at det kulturelle ikke er centralt. De forholder sig ofte til deres sygeplejefaglige baggrund, hvor det handler om at se patienten som et menneske frem for som en sygdoms case. I dette tilfælde bliver det centrale at se mennesket frem for kulturen.

Ved at vælge denne tilgang til patienterne får man givet patienten evnen til at reflektere og handle i sit liv. Til gengæld står man med en risiko for at få gjort det besværlige i arbejdet med patienten til et spørgsmål om patientens personlighed alene (Staubæs 1998).

Ved alle tre tilgange er der tillige den risiko, at patientens oplevelser som migrant og som socialt og økonomisk marginaliseret i Danmark ikke får nok plads i forståelserne.

Det centrale er, at man kobler en kulturel opmærksomhed med et syn på mennesket, der fremhæver det universelle og det individuelt handlende og tænkende menneske. Men det er også centralt at huske på, at kulturmødet er et møde mellem TO parter, der foregår i et særligt miljø i en særlig tid. Vi mener, det er væsentligt at se kulturmødet i lyset af samspillet, dynamikken og de processer, der opstår mellem personale og patienter i miljøet under indlæggelsesforløbet. Med andre ord må den forståelse af kultur, som vi indledte kapitlet med, inddrages i det praktiske arbejde med kulturmødet.

2.5. Tolkning af kulturel adfærd

Som beskrevet i kapitel 2.3 opstår på afsnittene en særegen kultur, der i høj grad er præget af de rammer, som psykiatrien sætter gennem dens struktur og faglige begrebsapparat. Rammerne har konsekvenser på mange niveauer. En af konsekvenserne er, at de er med til at forme den tilgang personalet har til at forstå patienterne. Et eksempel herpå er den psykiatriske sygeplejers fokus på det individuelle menneske (jf. 2.4). Et andet eksempel er sygeplejers tolkning af adfærd hos patienterne. Her tegner sig et mønster, der sætter problematikken omkring tolkningen af kulturel adfærd i psykiatrien i relief.

Vi er i løbet af dette projekts forløb ofte stødt på en efterspørgsel efter mere viden om den, som kultur patienter med anden etnisk baggrund end dansk har. Personalet har spurgt om viden, der kunne forklare patienternes adfærd på afsnittene. Men hvad er det præcist, de har ønsket? Og hvorfor?

Som udgangspunkt må man her se på, hvilke udfordringer psykiatrien stiller. I psykiatrien mødes afvigende adfærd, der ofte forekommer uacceptabel eller uforståelig ud fra gængse forklaringer. Samtidig er patienten i mange sådanne situationer i en tilstand, hvor han ikke er i stand til at forklare sin adfærd. Ifølge psykiateren og antropologen Barrett opstår i denne sammenhæng et behov for at forstå adfærden. Forskellige faggrupper kan trække forskellige forklaringsmodeller frem, men de er der og er nødvendige (Barrett 1996).

Vi vil her beskrive den dominerende forklaringsmodel, som vi har mødt blandt plejepersonale på afd. R. Hovedforklaringen for afvigende adfærd er her sygdom. En del af patienterne på afdeling R er dog ikke (kun) psykotiske, men har også dyssoziale elementer i deres personlighedsstruktur. For disse patienter finder man forklaringen på deres afvigende adfærd i deres personlighedsstruktur og i deres opvækst. Endelig er der mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk, og en tredje forklaring kommer derved i spil: Patientens afvigende adfærd skyldes, at han kommer fra en anden kultur; hans adfærd er altså ikke afvigende i forhold til hans oprindelsessted, men 'kun' afvigende i forhold til danske kulturelle normer.

Nedenstående illustrerer denne model til forklaring af adfærd:

Ofte vil en patient have træk fra flere eller alle tre kasser på en gang. I forhold til den enkelte episode forklares adfærden dog typisk med referencer til en af kasserne. Hvis man primært opfatter patienten som syg, vil man som regel forklare hans adfærd i forhold til hans sygdom. Fokuserer man til gengæld på patientens etniske baggrund, vil man søge at forstå hans adfærd i forhold til patientens kulturelle normer.

Personalet har meget viden om den sygdomsbestemte og opvækstbestemte adfærd, men ved ikke ret meget om den kulturbestemte adfærd. Set i det perspektiv forekommer det naturligt at eftersøge viden, der kan udfylde tomrummet i den kulturelle kasse.

Modellen over adfærdsforklaringer sætter dertil et spørgsmål i relief, som vi ofte er blevet spurgt af personalet – og som også ofte optræder i lægefaglig litteratur (se bl.a. Kleinman 1988): Hvad er kulturelt og hvad er sygeligt? Hvilken adfærd skal forklares udfra den ene kasse, og hvilken udfra den anden?

Imidlertid opstår et centralt problem, når man skal forsøge at forstå konkrete mennesker med den her præsenterede model: Kulturel adfærd lader sig ikke forstå udfra en kasse af viden om kultur. Den type af adfærdsforklaringer, som optræder i modellen, tager årsagen til adfærden væk fra den konkrete situation, hvori den finder sted. Netop den konkrete sammenhæng, situation og de særlige mennesker, der interagerer, er helt centrale forudsætninger for at kunne tolke et kulturelt udtryk. Kommer diskussion af, hvad der er sygeligt, og hvad der er kulturelt, til at

fyldte for meget i den daglige praksis, er der en fare for, at man overser et helt centralt element i adfærdstolkningen; nemlig det situationelle. Uden dette element kan kultur grundlæggende ikke forstås. Der ligger således en fare i at indsætte alle ressourcer på at opbygge en viden til at putte i den tomme kasse, som alligevel ikke kan bruges i praksis.

2.6. Opsummering

Et kulturelt perspektiv er centralt for at forstå patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Det skal være et perspektiv, der formår at rumme det fulde aspekt af kultur.

Vi har i afsnittet problematiseret, hvad det er for en viden om kultur, der er behov for i psykiatriens arbejde med patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Det har vi gjort på to niveauer. Vi har vist, at viden om muslimsk kultur (i ental) ikke er givtig, samt at patienternes religion og kultur har forholdsmæssigt lidt plads i miljøet. Den kultur, der har størst konsekvenser på afdelingen, er derimod psykiatrikulturen, og en langt større opmærksomhed rettet mod denne er derfor central. Vi har dertil foretaget en analyse af den måde, man ofte tolker adfærd i psykiatrien, og sammenholdt dette med personalets beskrivelser af, hvilket behov for viden om kultur de har. Konklusionen er, at om end psykiatrien stiller nogle særlige udfordringer for tolkningen af kulturel adfærd, så må kulturens situationelle og dynamiske aspekter fastholdes.

Kapitlet har tilbudt en kulturforståelse, der fremhæver, at man må forstå kultur som et fleksibelt sæt af normer, som folk bruger mere eller mindre succesfuldt afhængigt af deres muligheder og evner. Kultur opstår og genskabes i et dynamisk samspil, og den vigtigste interkulturelle kompetence er derfor kompetencen til at afkode samspillet. Det indebærer, at man ser reflektivt på egne normer, kan reflektere over egne og modpartens forventninger til mødet, motivation for samspillet, og motivation for at referere til bestemte kulturelle udtryk. Kort sagt skal personalet lære at tolke ”hvad patienten vil med det her”, og at kunne formidle ”hvad jeg som personale vil med det her”, fremfor at kunne tolke ”hvor patienten har denne besynderlige adfærd fra”.

Kapitel 3. Patient-personale relationen

Skabelsen af en særlig patient-personale relation kan ses som et centralt element i afdelingens kultur. Gennem en faglig socialisering har personalet lært et sæt af normer for den ideelle relation, som beskrives som en alliance. Disse normer sættes imidlertid ofte på en prøve i arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Vi vil først i dette kapitel fremlægge de vanskeligheder, der synes bundet til relationen mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

I de efterfølgende afsnit vil vi give to bud på centrale årsager til vanskelighederne. Den ene årsag søges i den balance mellem nærhed og afstand, som personalet skaber i patient-personale relationen. Det vil således diskuteres, hvorfor patienter med anden etnisk baggrund end dansk tilsyneladende har sværere ved at finde denne balance. Den anden årsag søges i de problemer, som den sproglige barriere skaber, både for patienter, der ikke taler dansk og for de patienter, der umiddelbart har et anvendeligt dansk.

3.1. At skabe tillid og alliancer

Relationen mellem patienter med anden etnisk baggrund end dansk og personale synes generelt dårligere, end den er mellem danske patienter og personalet. Der er en tendens til dårligere alliancer og større vanskeligheder med at skabe dem.

En relation, der er gået skæv mellem personale og patient, kan vise sig på flere måder:

Der er rapportgivning. Afdelingssygeplejersken gør opmærksom på, at en gammelkendt patient er genindlagt på afsnittet, men at ingen har meldt sig som kontaktperson endnu. Hvis ingen gør det, må hun sætte nogen til det. Ingen reagerer. Nogle dage efter må hun sætte to navne på.

Der er behandlingskonference på en patient – for anden gang inden for et par uger. Kontaktpersonerne oplever en stor frustration i forhold til patienten, som de føler bryder alle aftaler. De synes, at de gør, hvad de kan, men at de ingen vegne når med ham. ”Han har kun tillid til os på det formelle plan”, siger den ene kontaktperson som en kommentar på den manglende alliance.

En personale kommenterer på en patient: ”Han er sådan en undskyldning for sig selv. Det er som om, han falder i med

tapetet. Man glemmer ham let.” En anden personale bekræfter det. “Det er ligesom med [navn på anden patient]. Er der egentlig nogen, der ved, hvordan han har det?”

Ovennævnte eksempler er udvalgt, ikke fordi de er bemærkelsesværdige i sig selv, men fordi vi i løbet af dette projekt har fundet en overhyppighed af patienter med anden etnisk baggrund, der figurerer som problempatienter på den ene eller anden måde. Disse patienter er ikke nødvendigvis dem, som personalet peger på i interviews, når man spørger efter patienter, der fylder meget på afsnittene. I disse reflekterede sammenhænge, er det typisk patienter med dyssocial personlighedsstruktur som fremhæves. Men i det daglige arbejde er det ofte patienter med anden etnisk baggrund end dansk, der giver anledning til situationer som de ovennævnte.

Alliancen mellem kontaktperson og patient er centralt for plejepersonalets arbejde, som baserer sig på principperne om den jeg-styrkende sygepleje (Strand 1994). Og det er netop komplikationer for dette samarbejde, som personalet fremhæver, når de skal forklare, hvad de har af problemer med patienter med anden etnisk baggrund end dansk - ud over det sproglige.

”Generelt så tænker man: Årh, hvorfor kan de dog ikke bare forstå, at det, vi vil gøre, er godt for dem, at vi vil hjælpe dem. Hvorfor vil de ikke acceptere det? De bakker jo mange gange ud af mit samarbejde. Det har jeg tidligere oplevet med nogle stykker, de har utrolig svært ved at samarbejde med os. De vil simpelthen ikke (frustreret). Hvis man nu fortæller dem, at hvis du gør sådan og sådan, kan du nå til at blive udskrevet, og så kan du komme inde i ambulatoriet. Det skulle man jo mene var godt, men det vil de ikke!”

Personale

“Og så overholder de ikke aftaler. De VIL ikke overholde dem, og det kan jeg ikke forstå, hvorfor de ikke vil.”

Personale

“De kan jo være her i flere måneder eller måske år, nogen til ren opbevaring, fordi man ikke kan mødes nogen steder. Det fornemmer jeg også; det er mest i behandlingsplaner, der er forskel. Der går længere tid med de fremmede, der ikke kan sproget og ikke kan give udtryk for deres behov og problemer. Den røde tråd i de fremmedes behandlingsforløb bliver mere punkteret.”

Personale

”Udover de almindelige sprogproblemer, så var der hans kultur. Det store problem for mig var at træffe ham, at skulle lægge en slagplan. Man kan let lægge en slagplan, der er logisk for en, der er født og opvokset i Danmark, men som ikke er spor logisk for en, der er vokset op i f.eks. Iran. (...) efterhånden som han fik tillid til mig... og nåede så langt, at han begyndte at fortælle om sin opvækst og hvordan de gjorde i hans hjemland, så fik jeg sat nogle ting på plads og omvendt...”

Personale

Det centrale i ovennævnte eksempler er fokus på samarbejdet, på det at kunne mødes og det at skabe tillid. I det perspektiv har retspsykiatrien nogle gevaldige odds imod sig, i og med patienterne er her under tvang. De har ikke nødvendigvis noget ønske om et samarbejde eller om at mødes.

En (dansk) patient med en række af indlæggelser bag sig forklarer, at når man indlægges som ny patient i det psykiatriske system, og særligt det retspsykiatriske, er man ofte meget mistroisk. Man er bange for hvad personalet vil grave i fra ens fortid, og isolerer sig fra personalet. For at komme igennem systemet handler det om at opnå tillid til en person blandt personalet, og derigennem til det psykiatriske system, forklarer patienten. Herfra kan man komme til en forståelse af ens sygdom og lære at håndtere den.

Men hvorfor er tillidsskabelsen mere problematisk i forhold til patienter med anden etnisk baggrund end dansk?

Det er først og fremmest værd at huske, at de fleste patienter er her under tvang og ikke nødvendigvis har noget ønske om samarbejde med de myndigheder, som har placeret dem i retspsykiatrien. Dertil har mange flygtninge og indvandrere en lang større indgroet mistro mod myndigheder, end danskerne generelt har, og nogle helt andre forestillinger om myndighedernes hhv. egen rolle. Personalet er i denne sammenhæng alt andet lige repræsentant for myndighederne (jf. Austveg 1997).

Derudover synes det værd at se nærmere på de elementer, man arbejder med i skabelsen af alliancer mellem personale og patienter i psykiatrisk pleje. Hvad er patienter med anden etnisk baggrunds vilkår for at kunne blive gode medspillere i alliancen? Det vil behandles i de følgende to afsnit gennem en analyse af nærhed-afstandsbalancen og en diskussion af betydningen af den sproglige barriere.

3.2. Nærhed-afstandsbalancen

Relationen mellem personale og patient kan beskrives som en balance mellem nærhed og afstand. Strand refererer til en nærhed-afstandsbalance, som et princip i den jeg-styrkende sygepleje¹, som personalet bevidst skal kunne regulere. Det handler om at skabe en nærhed samtidig med, at identifikation og deraf handlingslammelse undgås. Samtidig handler det om at undgå, både at patienten føler sig invaderet (for meget nærhed), og at han føler sig afvist og forladt (for meget afstand) (Strand 1994: 83ff).

En del af den nærhed-afstandsbalance, vi ønsker at behandle her, stemmer overens med Strands definition. Men vi ønsker at udvide forståelsen til også at inkludere de praksiser² i behandlingsmiljøet, som får indflydelse på denne balance, men som ikke nødvendigvis er en bevist del af den. Ligeledes ønsker vi at fremhæve, at det ikke er nok at se på, hvordan personalet skaber denne balance, men at man også må se på, hvordan patienten finder den.

Personalet arbejder bevidst med at skabe nærhed og tillid til patienterne gennem

- Engagement
- Containing
- At være til rådighed
- Indlevelse

Typisk foregår dette arbejde gennem samvær mellem en patient og en kontaktperson på tomandshånd. Alliancen, der skaber tillid til psykiatrien, er, som beskrevet i afsnittet om tillid, en alliance mellem to personer (jf. også Strand 1994). Hvor alliancen lykkes godt, sætter både patienter og personale stor pris på den særlige relation.

Imidlertid skaber det fra tid til anden frustration hos personalet, når en patient knytter sig så meget til sin kontaktperson alene, at han slet ikke vil de andre. Dette peger mod, at nærhed-afstandsbalancen ikke kun forventes i to-persons kontakten, men også i forholdet mellem patienten og personalet generelt. F.eks. sætter personalet sig i dagligstuen for at være til rådighed for patienterne generelt, og de indlever sig i mere end de patienter, de er kontaktpersoner for. Tilsvarende møder vi også en forventning om, at patienten ikke isolerer sig fra personalet generelt.

Balancen mellem nærhed og afstand foregår i et socialt rum, hvor kontaktpersonen kun har en vis mængde tid til rådighed mellem andre gøremål, og hvor der skal tages hensyn til mange personer og rutiner.

¹ Strand er psykiatrisk sygeplejerske og har udviklet og skrevet om den sygepleje der følges på de afsnit projektet er udført på (Strand 1994).

² Praksis betyder at handle, men at handle på en normal, forudsigelig måde. Når man taler om, at en gruppe mennesker har en bestemt praksis, refererer det til, at de normalt gør den pågældende ting på en bestemt måde. Praksis er ikke altid bevidst, den kan være så indgroet, at man faktisk ikke tænker over, hvad man gør og hvordan man gør det. Når man taler om social praksis er det for at understrege, at det er en gruppe mennesker, der har denne handlemåde til fælles.

Afstand til patienten kommer frem i følgende praksiser:

- At personalet arbejder med behovsudsættelse. Konkret betyder det ofte en afvisning: "Ikke nu".
- At personalet i mange sammenhænge undviger øjenkontakt, nogle gange som en måde at håndtere en patients latente aggressivitet, andre gange for at vise at kontakten ikke ønskes nu (f.eks. fordi personalet har rapport eller spiser morgenmad).
- At personalet ikke fortæller om sig selv, men altid kun lytter.
- At personalet altid virker veloplagte og uden problemer.
- At personalet ofte henviser patienten til en anden, selv om de egentlig godt kunne svare på det spørgsmål, som patienten stiller.
- At personalet ofte laver sjov med patienterne frem for at blive fortrolige/nære. De bruger humor, ironi og sarkasme.

Disse handlinger har gode grunde, dels sygeplejefagligt, dels i spørgsmålet om privatlivets fred og den personlige sikkerhed: Behovsudsættelse er et element i den jeg-styrkende sygepleje. En del af patienterne er så syge, at de ikke kan rumme personalets usikkerhed eller uoplagthed. En del af disse patienter er så syge og farlige, at det er en klog strategi ikke at være for specifik i sine oplysninger om sit eget liv. Der er mange gode og praktiske grunde til at henvise økonomiske spørgsmål til socialrådgiveren, andre spørgsmål til lægen og de fleste spørgsmål til kontaktpersonen, så der er styr på, at der bliver givet korrekte oplysninger. Men samtidig er disse praksiser med til at signalere afstand.

Som patient på afdelingens afsnit skal man lære at balancere mellem disse to poler. Man skal lære hvornår og hvor meget nærhed, der er passende, og man skal lære at tolke de afstandsskabende praksis. En patient, der gerne vil tale om sin sygdom og medicin, når personalet har rapportgivning, er en patient, der ikke har lært balancen. Tilsvarende er en patient, der ikke har lyst til at tale om sin sygdom, når lægen og kontaktpersonen vil tale med ham om det. De distanceskabende elementer kommenteres meget af patienterne. Nogle af dem giver udtryk for, at de ikke føler sig taget seriøs, de føler sig kørt på, eller de føler sig afvist.

Det stiller ret store krav til patienterne at kunne håndtere denne balance. Og der synes at være en overvægt af patienter med anden etnisk baggrund end dansk, der har svært ved at mestre balancen. Disse patienter går enten alt for tæt på (f.eks. ved stædigt at udfritte personalet om deres familiære forhold eller ved at være for personalesøgende), eller de tager alt for meget afstand (f.eks. ved at ignorere de, der ikke er kontaktpersoner, eller ved at isolere sig).

Hvorfor er det tilsyneladende sværere for denne gruppe? Det bliver måske lettere at forstå, hvis man erkender, at nærhed-afstandsbalancen ikke kun skal skabes af personalet men også skal findes af patienten. Reglerne for, hvordan man som patient skal balancere mellem nærhed og afstand er uformelle og noget, der skal læres. Der er tale om psykiatriens kulturspecifikke regler. Mestring af disse regler må derfor ikke kun tolkes i forhold til patientens sygelighed eller personlighed.

Det handler også om, hvorvidt patienten har kendskab og kompetence til at begå sig indenfor de kulturelle rammer, som reglerne er et udtryk for.

Balancen læres dels gennem erfaring og dels gennem kommunikation. For patienter med anden etnisk baggrund end dansk gælder det, at en del af dem ikke har erfaring med dansk institutionspraksis. En del af dem har tillige svært ved sproget. Således mangler en del af disse patienter væsentlige forståelser og praktiske forudsætninger for at indgå den type relation som patient-personale alliancen bygges på.

Man skal dog være opmærksom på, at patienterne også 'bruger' og forkaster de psykiatriske rammer og kulturelle udtryk. I dette lys bliver det klart, at problemet med at skabe en alliance med patienten med anden etnisk baggrund også kan forstås i forhold til patientens vanskelighed ved - eller afvisning af - at tilegne sig den psykiatrikultur, der hersker på afdelingen. Patienten skal lære, hvordan man kan bruge henvisninger til kulturens normer og værdier til at nå egne mål, hvornår regler kan brydes, og hvornår de absolut ikke kan. Han skal lære, hvordan de kan brydes uden store konflikter, hvornår henvisninger til normer og værdier, der ligger udenfor psykiatrikulturen er stærke, og hvornår de er svage. Nogle patienter bliver hurtigt gode hertil, men andre synes måske, de når længst med at afvise psykiatrikulturen helt?

Denne analyse peger på, at man i arbejdet med at styrke alliancen og tilliden mellem personalet og patienter med anden etnisk baggrund end dansk, skal være ekstra opmærksom på at være eksplicit omkring *hvorfor* man skaber afstand, når man gør det, og *hvorfor* og *hvornår* man ønsker at skabe nærhed. Hvad er det nøjagtige dagsprogram? Hvornår er der tid til hvad? Tilsvarende er det utrolig vigtigt at arbejde eksplicit med en klargørelse af rollefordelingen, når man ikke kan forvente, at patienten har en forforståelse af personalets hhv. patientens rolle i alliancen. Sidst men ikke mindst må man være særlig opmærksom på, hvor meget de praktiske handlinger kommer til at fylde i forhold til det sproglige, når man arbejder med mennesker med mangelfulde dansk kundskaber.

3.3. Den sproglige barriere

Den anden centrale barriere for skabelsen af en alliance mellem personale og patienter med anden etnisk baggrund end dansk er den sproglige.

Ifølge en intern optælling på Sct. Hans Hospital i august 2000 talte ca. halvdelen af patienterne med anden etnisk baggrund end dansk mangelfuldt eller intet dansk. På de afsnit, hvor vi opholdt os, var der i feltarbejdsperioden kun to patienter, der intet dansk talte, og ingen andre patienter talte i den periode så ringe dansk, at personalet skønnede det nødvendigt med tolkning. Alligevel har vi fra samtaler med personalet om tidligere indlagte patienter uden dansk kundskaber og fra observationer og samtaler med patienter, for hvem dansk var svært, et righoldigt materiale over, hvad den sproglige barriere betyder.

Den sproglige barriere erkendes af alle. Alligevel benyttes tolkning i meget ringe grad på Afd. R. Ifølge vores egen opgørelse over brugen af tolkning i efteråret 2001, bruges tolkning til patienter, som man slet ikke kan tale med, generelt en gang hver eller hver anden måned, mens tolkning til øvrige patienter bruges endnu sjældnere. Erkendelsen af problemet udmønter sig således tilsyneladende ikke i en effektiv brug af tolk.

Den sproglige barriere forekommer på mange forskellige niveauer. Nogle taler slet ikke dansk, og det påvirker hverdagen i afsnittet synligt.

En samtykkeerklæring til indhentning af oplysninger fra en patients mentalobservation er ankommet med morgenposten. Patienten, der skal skrive den under, kan imidlertid hverken dansk eller særlig godt engelsk. Kontaktpersonerne beslutter at vente med at indhente samtykket til næste tolkesamtale.

I dagligstuen. En personale henvender sig til en anden. "Er du ikke god til engelsk?", spørger hun. Den anden personale benægter, men lokkes alligevel til at gå hen til en ikke-dansk talende patient, der sidder alene langs væggen i stuen. Han skal have forklaret, at lægen kommer for at tale med ham i eftermiddag. Da det er gjort, ånder personalerne lettet op og smiler til hinanden. De tror nok, at det lykkedes at få kommunikeret budskabet igennem.

Flere personaler giver udtryk for, at patienter, der som i eksemplerne ovenfor hverken kan dansk eller engelsk særlig godt, risikerer at få unødvendigt lange og unødvendigt konfliktfyldte hospitalsophold. Nogle mener endda, at de risikerer et forværret sygdomsforløb i og med, at de ikke kan komme til at tale om deres problemer. Andre fremhæver følgerne af de mange små misforståelser, der opstår pga. den mangelfulde kommunikation. Når patienterne ikke bliver forstået vender de sig enten indad, eller de bliver udadreagerende. De indadreagerende opholder sig mest på deres værelser uden at tage kontakt til personalet, og de får ofte lov til at passe sig selv. Andre bliver udadreagerende. Personalet fremhæver, at det potentielt kan føre til voldelige episoder med fikseringer til følge, men mener, at det i praksis sjældent sker, fordi patienterne fornemmer den fysiske overmagt, de vil blive mødt med.

Andre patienter taler dansk, men som fremmedsprog. Også for dem kan opstå problemer, om end disse er mindre synlige:

En 'etnisk' patient har ikke sovet hele natten og går nu frem og tilbage ude på gangen. Han kommer og spørger efter et ord på dansk, der kan beskrive, hvordan han har det. Er du rastløs? spørger jeg. Patienten ved ikke, hvad det betyder, og jeg prøver at forklare så godt jeg kan. Patienten smager lidt på ordet og

forklaringen. Flere gange i løbet af dagen vender han tilbage for at få forklaringen på det nye ord uddybet.

Det er tydeligt, at denne patient arbejder aktivt med at få sat det nye fremmede ord i relation til den oplevelse/følelse, som han har. Hans besvær med at finde ord, der passer til hans oplevelse, illustrerer hvad det er, patienter, der har dansk som fremmedsprog, slås med. Selvom mange af dem kan rimelig dansk (og patienten i ovennævnte eksempel talte godt dansk), så har de ikke nødvendigvis ordforrådet til at forklare deres følelser, tanker og sansninger. Alligevel har patienter som ovennævnte praktisk taget aldrig tolkning. Ofte mener hverken de eller personalet, at de har behovet.

For rigtig at kunne forstå ovenstående eksempel er det vigtigt at vide, at der er store og centrale forskelle på, hvordan et modersmål fungerer i forhold til et fremmedsprog. Ens modersmål er det sprog, som man har lært livet at kende igennem. Der er derfor en emotionel kobling, som man næsten aldrig får på et fremmedsprog. Følelser er noget af det sidste, som man lærer at kunne udtrykke sig nuanceret omkring på andet end sit modersmål. Ofte må man sænke abstraktionsniveauet og ty til meget konkrete hverdagsbeskrivelser, når man skal udtrykke sig på et fremmedsprog. Samtidig kan et fremmedsprog skabe afstand til både det, som man vil sige, og ens egne følelser (Austweg 1997; Galal og Galal 1999).

Mens ovenstående gælder generelt for alle, så bibringer det faktum, at patienterne er sindslidende, endnu et problematisk element. Psykotiske tilstande går nemlig i sig selv ind og mindsker patientens evne til at tolke og forstå sin omverden. Samtidig påvirker psykosen sprogkundskaberne, der kan sættes endog kraftigt tilbage (Austveg 1997).

Alt i alt er muligheden for at kunne udtrykke sig i tilstrækkelig grad om følelser, sygdom og andre problemer sjældent tilstede hos patienter, der ikke har dansk som modersmål. Ligeledes synes muligheden for at skabe en alliance – også på det emotionelle plan – at være væsentligt dårligere på grund af den sproglige barriere. Men det glemmes ofte i hverdagen på afsnittene.

Den sproglige kommunikation er helt centralt i den psykiatriske sygepleje og behandling (Austveg 1997). Dette illustreres også ved personalets og patienternes egne ord:

Vi havde på et tidspunkt en patient, som vi nærmest ingen kommunikation havde med. Han lå hele dagen inde på værelset, og man havde slet ikke nogen ide om, hvordan han havde det og hvad han indeholdt. Var han psykotisk? Hvad handlede det om?
Personale

Er det rimeligt, at en mand går rundt hernede uden nogen kontakt? Hvordan skal man vide om manden er syg? Han fik meget antipsykotisk medicin. Men havde han fået det bedre? Det vidste man faktisk ikke.

Personale

En patient fortæller, at han har haft en tolket samtale én gang i løbet af sin indlæggelsestid. Det var ham, der havde bedt om at få tolk på. "Det tog meget lang tid at få lov til at få en tolk, og da han så kom, så var han der bare 5-10 minutter til at give en besked, og så gik han igen. Men jeg ville gerne have en tolk meget oftere", siger patienten. Jeg spørger ham, hvad han ville bruge tolken til. "Med en tolk kan man sige hvad man har på hjertet", forklarer han, "der er så langt fra dansk kultur til [min] kultur. Lægen misforstår mig så meget."

Ikke alle patienter har et ønske om at kunne forklare, hvad de har på hjertet til personalet. En patient med flere års indlæggelse bag sig, stillede sig således meget undrende overfor tanken om, at han skulle have noget, han ønskede at udtrykke til plejepersonalet udover de dagligdagsting, han kunne klare på dansk. Men han ville vældig gerne have en tolk til samtaler med lægen, for han forstod ikke sin medicin - trods den lange indlæggelse. Heller ikke i erhvervsterapien forstod han altid, hvad han blev bedt om at gøre, og det ærgrede ham.

Det fremhæves af både læger og plejepersonale, at et succesfuldt behandlingsforløb afhænger af et godt samspil mellem plejepersonalet, der observerer patientens adfærd og har den daglige kontakt og relation, og så lægen, der tilrettelægger behandlingen. Et centralt led i den psykiatriske behandling bortskæres således, når plejepersonale og patient må opgive kommunikationen grundet den sproglige barriere. Den baggrund, som psykiateren skal træffe valg om behandling og vurdere dens effekt på, bliver markant dårligere, når observationerne bliver mangelfulde.

Derudover er det gennem sproget, at patienten lærer om sin medicin, om det system han er indlagt i, og således også om sin sygdom. Vi har i interviews og samtaler mødt mange frustrationer over patienter med anden etnisk baggrunds dårlige sygdomsindsigt. Denne forklares som bundet til patienternes kulturelt betingede anderledes sygdomsopfattelser. Set i lyset af, hvor dårlig sproglig kommunikation, der foregår på afsnittene, synes dårlig sygdomsindsigt dog nærmest uundgåeligt.

Også det sygeplejefaglige arbejdes mål synes svært at imødekomme, når sprogbarrieren bliver for stor. Det er alt andet lig igennem sproget, at samarbejdet

og aftalerne med kontaktpersonen kommer til at give mening for patienten. Som en personale forklarer det:

”Det kan godt være, at de forstår en del dansk, men kan de nok til at forstå tankerne bag afsnittet, tankerne bag reglerne, og kan de nok til at stille spørgsmål den anden vej? Det mener jeg er helt grundlæggende.”

Som det fremgår er alliancen mellem personale og patient således afhængig af sproget. Når alliancen synes svær at skabe med patienter med anden etnisk baggrund end dansk, må man derfor være opmærksom på, hvor stor en betydning den sproglige barriere har. Man skal passe på med ikke at gøre noget til kultur eller manglende samarbejdsvilje, som grundlæggende handler om, at man ikke har tilgodeset den sproglige kommunikation i tilstrækkeligt omfang.

3.4. Opsummering

Som beskrevet i dette kapitel, ligger den største udfordring for arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk tilsyneladende i at få patientens tillid i det omfang, den forventes i psykiatrien, og i at få skabt den type alliance mellem patient og personale, som den jeg-styrkende sygepleje hviler på. Rent konkret synes det sværere for denne gruppe patienter at finde balancen mellem nærhed og afstand i relationen til personalet.

Vi har i kapitlet påpeget en række barrierer for skabelsen af tillid og alliancer. For kort at opsummere, spiller patientens forståelse af den straffende myndighed, der har indlagt ham på retspsykiatrisk afdeling en ikke uvæsentlig rolle. Og ganske mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk har nogle helt andre erfaringer med offentlige myndigheder og hvorledes man skal omgås dem. I tråd hermed synes det centralt at forstå, at disse patienter ikke alle er socialiseret ind i dansk institutionskultur og dens omgangsformer. De deler således ikke nødvendigvis personalets forståelser af rollefordelingen mellem personale og patienter. Endelig spiller det ind, at disse patienter grundet den sproglige barriere ikke har samme adgang til at lære og forstå deres og personalets rolle.

Det, som man må arbejde med, er primært kommunikation, men kommunikation på flere planer. Først og fremmest må man naturligvis muliggøre den sproglige kommunikation. Når en god alliance er afhængig af sproglig kommunikation, og alliancen er helt central for det psykiatriske behandlingsforløb, må man sætte langt flere ressourcer ind på en god tolkefunktion. Dette behandles i kapitel 7. Derudover må personalet blive bedre til eksplicit at kommunikere, hvilken relation til patienten de ønsker og hvorfor. De skal være langt mere eksplicite i forhold til de terapeutiske formål med alt fra fortrolige samtaler til sengeredning og behovsudsættelse, og de må blive bedre til hele tiden at forklare, hvad de gør. Dette på en måde så ikke kun den læge/sygeplejefaglige teori, men også refleksioner over den daglige praksis, indgår. Og dette på en måde, hvorpå man

kan få patienten til at acceptere det. Dette er ikke nogen let opgave. I kapitel 7 foreslår vi derfor, at en supervisionsfunktion med fokus på kulturelle og sproglige problemer oprettes.

Kapitel 4. Køn

Vi har i afsnit 2.1 fremhævet, at spørgsmålet om patienternes fremmedhed ikke kun lader sig forstå ud fra deres etniske tilhørsforhold, men i lige så høj grad må forstås ud fra personalets og samfundets identifikation af fremmedhed. Hvad der giver vanskeligheder, og hvem der giver vanskeligheder, er således en to-sidet problemstilling, der fortæller mindst lige så meget om personalet, som det fortæller om patienterne. En væsentlig opgave i arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk er derfor at åbne øjnene op for, hvorfor man ser på patienterne, som man gør.

Vi vil i dette kapitel give et mere konkret eksempel på dette. Eksemplet knytter sig til den problemstilling, som oftest blev nævnt af personalet, når talen faldt på 'kulturelle barrierer'; nemlig muslimske mænds opfattelser af køn. Mest sigende er et af vores sidste interviews. Vi har haft en lang snak med en kvinde om, hvad det betød, når den sproglige barriere blev for stor. Antropologen vil derpå vide, om kultur i sig selv kan volde problemer, hvis vi ser bort fra det rent sproglige. "Mener du det med kvinderne?" spørger kvinden. Hun fortæller efterfølgende, at hun aldrig har haft oplevelser i den retning, men ved det er noget, der snakkes om.

Hvad er "det med kvinderne"? Hvorfor forventer kvinden, at vi ved, hvad hun taler om ud fra den korte bemærkning? Og hvad har "det med kvinderne" med kulturelle barrierer at gøre? Disse spørgsmål vil vi her søge at besvare gennem en analyse af køn og fortællinger om muslimske mænd og danske kvinder, som de optræder på afdelingen.

4.1. Køn i retspsykiatrien

Spørgsmålet om køn træder i øjnene på flere niveauer på afdelingen. For det første er stort set alle patienterne mænd (99%), mens personalet er kvinder for hhv. 50%, 72% og 86% vedkommende - afhængigt af graden af sikkerhedshensyn, der skal tages på det enkelte afsnit. På det mest sikrede afsnit er en sikkerhedsnormering, der betyder, at der altid skal være mindst to mænd i vagt. Ved optræk til problemer er mændene der til at gribe ind - eller til at signalere deres tilstedeværelse ved at tårne sig op i baggrunden. Dette forhold er patienterne meget opmærksomme på. Personalet bruger en del tid på at fortælle patienterne, at i Danmark er der ikke forskel på mænd og kvinder, men den praktiske organisering af afdelingen signalerer noget andet.

De indlagte mænd på lukkede afsnit ser ikke andre kvinder end personalet, og er meget opmærksomme på kvindernes udseende. Mange af patienterne taler også meget om, hvordan det under retspsykiatriens rammer ikke er muligt for dem at opretholde et normalt og sundt sexliv.

Personalet på deres side imødegår problemstillingen gennem påklædningsregler, der forbyder seksuelt udfordrende tøj, og ved at markere tydelige grænser. Som en patient forklarede:

“Der går en usynlig barriere mellem personale og patienter. Personalet må ikke forelske sig i patienterne.”

På et andet niveau ligger det faktum, at en del af patienternes kriminalitet og/eller sygdom har et seksuelt element, som man må tage højde for i den daglige omgang.

På hvert deres niveau viser ovennævnte forhold, at køn spiller en rolle på afsnittene. Fortællingerne om muslimske mænd og danske kvinder foregår altså ikke i et kønsneutralt rum.

4.2. Muslimske mænd og (danske) kvinder

Med meget få undtagelser fortalte alt personalet, at det var et problem, at patienter med muslimsk baggrund ikke respekterede kvinder. Denne manglende respekt udmøntede sig dels i den kriminalitet, som patienterne havde begået (hustrumord og seksualforbrydelser), og dels i deres opførsel overfor afsnittenes kvindelige personale, der ikke blev respekteret og adlydt. Begge dele forklarede med henvisning til patienternes muslimske kultur.

Det sker jo, at en af dem har taget livet af konen, men hvis konen har været utro, så er det ok. Det synes vi jo ikke rigtigt vel? Der er vi jo ikke sådan helt enige med dem. Det er ikke altid, at det vi kalder voldtægt i deres øjne er voldtægt. Så synes de heller ikke, at de har gjort noget forkert. Det handler også om, at det ikke er voldtægt, hvis kvinden har gået i super lårkort og været udfordrende påklædt, for så har hun jo selv bedt om det, ikke. Der forstår vi jo ikke hinanden.

Kvindeligt personale

Ifølge fortællingerne mener disse mænd ikke, at man behøver at høre efter kvinder, eller efterkomme henstillinger fra kvindeligt personale. De kommer fra kulturer, hvor manden har det sidste ord. I disse kulturer har man også nogle mere fastlåste kønsroller, hvor det er kvindens opgave at tage sig af huslige opgaver, så som tøjvask, madlavning, rengøring m.m.. Mændene respekterer ikke det kvindelige personales autoritet og modsætter sig at gå i gang med de (huslige) opgaver de pålægges på afdelingen. En kvindelig personale fortæller:

”Jeg har oplevet her og andre steder, at de ikke hører særligt meget efter, hvad en kvinde siger. Så skal der lige en mand til

bagefter til at sige, at det er altså sådan. Det er selvfølgelig nogen gange lidt irriterende.”

og en mand bemærker:

”Det må du da også vide, at for dem er kvinder helt dernede [viser med hånden i knæhøjde].”

Slutningen på fortællingerne går på, at personalet må lære patienterne, at i Danmark er der ikke forskel på mænd og kvinder. Her må de respektere det kvindelige personale, og bruge deres kvindelige kontaktpersoner.

Alt personalet på afdelingen forholdt sig til denne fortælling om de muslimske mænd. I vores interviews begyndte 62% at fortælle historien uden nogen direkte anledning, mens de øvrige berettede om kendskab til fortællingen, når de blev spurgt om betydningen af køn på afdelingen. Imidlertid viste det sig, at kun 3 ud af 19 interviewede kvinder personligt havde oplevet ikke at blive respekteret som kvinder af muslimske mænd.

Dette antyder, at fortællingerne fødes af andet end konkrete oplevelser fra dagligdagen. Hermed afviser vi ikke, at der kan være meget store forskelle i opfattelser af køn og seksualitet i forskellige kulturer (og indenfor samme for den sags skyld), men noget tyder på, at de fortællinger om muslimske mænd og danske kvinder, som vi hører på afdelingen, må forstås som andet end et eksempel på et problem fra dagligdagen. Dette vil vi komme nærmere gennem en analyse af fortællingerne.

4.3. En dominerende fortælling

Indenfor antropologien opererer man med et begreb, der kaldes 'en dominerende fortælling'. En sådan er en overordnet fortælling, der flourer i et samfund, og hvis grundstruktur og grundtema kan genfindes i utallige specifikke fortællinger³.

Vi vil det følgende vise, hvorledes fortællingerne om muslimske mænd og danske kvinder kan ses som resultatet af en sådan dominerende fortælling. Herved opnås samtidig en større forståelse af fortællingernes omfang, betydning og konsekvenser.

Fortællingerne om muslimske mænd og danske kvinder har en meget tydelig grundstruktur til fælles, uanset hvem der fortæller os dem. Strukturen er tredelt:

³ Begrebet dominerende fortælling stammer fra E. Bruner, som kalder det "a dominant narrative". Det som her kaldes grundstruktur kalder han syntagmatisk struktur eller "story", mens vi har valgt at kalde hans begreb "discourse" for grundtema (Bruner 1986).

(1) Muslimske mænd kommer med en kulturel baggrund, der gør, at de ikke respekterer kvinder. (2) Derfor respekterer de ikke det kvindelige personale, og (3) følgen er, at vi må lære dem, at i Danmark er mænd og kvinder lige.

Grundtemaet er islam, kvindeundertrykkelse og kultur, og er således et tema, som ikke kun genfindes i fortællingerne på afsnittet, men også i større fortællinger om islam og muslimer, som vi møder i dagens Danmark. Det er værd at bemærke, at en fortællings dominans er afhængig af den historiske tid, som den eksisterer indenfor (Bruner 1986). I øjeblikket fylder beretninger og forestillinger om den islamiske verden og truslen derfra uhyre meget. Disse beretninger giver fortællingerne om muslimske mænd og danske kvinder næring.

En dominerende fortælling er en fortælling, som alle kender, og som alle fortæller deres egne oplevelser i forhold til (jf. Meden 1999). Dette er også tydeligt i fortællingerne om muslimske mænd og danske kvinder. Ikke bare kender alle fortællingen, men de fleste har selv overvejet, hvorfor de ikke har oplevet den. De finder årsagen i deres personlighed, deres uddannelsesniveau eller deres alder.

En dominerende fortælling organiserer og giver betydning til det, som mennesker har oplevet. Den fungerer således som en slags tolkningsguide, der gør det fremmede familiært (Bruner 1986). Som beskrevet i kapitel 2 kan en uforståelig adfærd sættes i orden og gives en forklaring ved, at den kategoriseres som en kulturelt bestemt adfærd overfor kvinder.

Samtidig kan en dominerende fortælling være bestemmende for udviklingen af fremtidige situationer (Ibid.).

En muslimsk patient henvender sig til et kvindeligt personalemedlem og beder om at komme i haven, men hun afviser. "Det har du ikke lov til", siger hun, hvortil patienten prompte svarer, at det skal hun ikke bestemme. Nu er begge vrede. Kvinden siger vredt, at selv om man dér, hvor han kommer fra, ikke respekterer kvinder, så skal han gøre det, når han er her i Danmark. En mandlig personale ser konfrontationen og kommer over for at hjælpe sin kollega. Han hører kun de sidste ord, og støtter derfor ved at sige: "Det er rigtigt, her bestemmer fru Hansen, også over mig". Patienten beklager sig efterfølgende over, at personalet ikke kan lide ham. Det viser sig, at han har aftalt med sin læge, at han må få havefrihed. Meddelelsen er blot ikke nået ud i hele personalegruppen.

Vi har i vores 12 uger på afsnittene oplevet uhyre få episoder, hvor konkrete problemer med muslimske patienters manglende respekt for kvindeligt personale er blevet diskuteret, eller hvor fortællingen så at sige har udspillet sig. Ovenstående er en af dem. Det problematiske ved ovenstående eksempel er, at den dominerende fortælling går ind med en tolkningsguide til det kvindelige

personalemedlem, og som en styrende faktor for den episode, der kommer til at udspille sig. Resultatet er en frustreret patient og en kvinde, som har oplevet - måske endnu engang - at muslimske mænd ikke respekterer hende, fordi hun er kvinde. Man kan overveje, hvordan episoden havde udviklet sig, hvis den dominerende fortælling ikke havde eksisteret.

En dominerende fortælling er ikke blot betydningsgivende. Den afspejler samtidig en magtstruktur, idet den også indeholder en retfærdiggørelse af den handling, som man udfører ud fra fortællingens rationale (Bruner 1986). Dette er tydeligt i ovenstående eksempel, men kommer også til udtryk i personalets forsøg på at lære patienter med anden etnisk baggrund om dansk ligestillingsideologi. Problemet i den psykiatriske praksis er, at hvis den dominerende fortælling ikke deles af patienterne, kan personalets bestræbelser blive tolket på ganske anden vis. En 'etnisk' patient forklarede således:

"Kvinderne forstår ikke, at det er fordi jeg ikke orker. Det er jo ikke med vilje, at jeg ikke vil redde min seng om morgenen. Det er fordi, jeg er meget meget træt. Men det forstår kvinderne ikke. De bliver sure. Sidste uge var der en mand her, og da jeg forklarede ham, at jeg var meget træt og spurgte om jeg måtte vente til om eftermiddagen, så forstod han og sagde o.k."

Grundet omfanget af fortællingerne om muslimske mænd og danske kvinder, besluttede vi at udspørge patienter af dansk og ikke-dansk herkomst om, hvad køn betød på afsnittet. Målet var at undersøge, om de også ville fortælle ud fra den dominerende fortælling. Vi spurgte patienterne om deres syn på henholdsvis mandligt og kvindeligt personale, og om det provokerede dem, når en kvinde bad dem rede deres seng og tørre borde af. De danske patienter spurgte vi, om de så anderledes på kvindeligt personale end deres udenlandske medpatienter gjorde. Patienterne brugte på ingen måde den dominerende fortælling. Tværtimod syntes de fleste, at det var nogle mærkværdige spørgsmål at stille. Selvfølgelig var der ikke nogen forskel på om en mandlig eller kvindelig plejer bad dem om at tørre borde af eller overholde rygereglerne. Og ideen om, at udlændingene skulle opfatte kvindeligt personale anderledes end de danske patienter gjorde, forekom de danske patienter pudsigt. Der var kun en patient med anden etnisk baggrund end dansk, der genkendte fortællingen:

Han svarede irriteret: "Jeg er muslim, men en moderne muslim og jeg respekterer kvinder. Hvis de respekterer mig, så respekterer jeg dem, og hvis de taler pænt til mig, så gør jeg, hvad de beder mig om."

Til gengæld fortalte næsten alle patienter uanset etnisk herkomst nogle ganske anderledes fortællinger. Dette var fortællinger om, at det var rart med mandlige plejere, fordi man kunne være mere fri med dem. Det var fortællinger, der betonedede forbindelsen mellem kvindeligt personale og seksualitet og det svære i at

opretholde et sexliv i det retspsykiatriske miljø. Men fortællingerne handlede hverken om autoritet eller kultur.

Denne korte gennemgang af patienternes svar viser, at patienterne ikke deler personalets opfattelse af relationen mellem mandlige, muslimske patienter og kvindeligt, dansk personale, om end nogle af dem mærker den indirekte. Hvis man gav patienterne større mulighed for selv at være med til at præge den dominerende fortælling, er der således meget, der tyder på, at den ville få en noget anden struktur.

En dominerende fortælling er ikke statisk. Den kan udfordres og ændres af andre fortællinger. Spørgsmålet er, om det ikke ville være sundt for det retspsykiatriske pleje og behandlingsmiljø at arbejde for denne proces. Udfordrende fortællinger findes allerede, om end de ikke har så stor dominans endnu. Disse fortællinger er at finde blandt patienterne (som beskrevet ovenfor), men også blandt personaler, der fremhæver, at når der er problemer, så knytter de sig mere til relationen plejepersonale og patient end til relationen muslimsk mand – dansk kvinde.

4.4. Opsummering

Fortællingen om de muslimske mænd og de danske kvinder er et eksempel på, hvordan kulturen på retspsykiatrisk afdeling influeres af det omgivende samfund og samler kraft og saft af de debatter, som findes i samfundet.

Det er også et eksempel på, at de vanskeligheder med muslimske mænd, der fortælles om fra den psykiatriske afdeling, i høj grad må forstås i forhold til, hvem der fortæller dem, og hvad der gør, at de fortælles.

Den dominerende fortælling omkring muslimske mænd og danske kvinder informerer mange af de møder og konflikter, der eksisterer mellem patientgruppen og det kvindelige personale. Det betyder, at personale og patienter hyppigere oplever konflikter, end det måske havde været nødvendigt. Det er derfor værd at arbejde på en ændring af den dominerende fortælling.

Kapitel 5. Pleje- og behandlingsmiljøet

Som beskrevet i indledningen, har vi ønsket at se nærmere på vanskeligheder og opstående problemer i pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Hvad er der af barrierer, og hvordan kan de overkommes? Dette spørgsmål kan angribes fra mange vinkler. Gennem analyserne af psykiatrikulturen har vi påvist nogle af de mere skjulte forhold, der er bundet til de vanskeligheder, der opstår i pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk. I dette kapitel ønsker vi at problematisere nogle centrale aspekter ved det multietniske pleje- og behandlingsmiljø, som er mere åbenlyse.

I kapitlet beskrives udvalgte karakteristika ved det multietniske miljø, og de forskellige parters oplevelse af miljøet på godt og ondt fremlægges. Derpå diskuteres det, hvorledes man gennem de rammer, man sætter for miljøet, bedst muligt kan tilgodese den multietniske patientsammensætning.

5.1. Pleje- og behandlingsmiljøet. En definition

Miljøet på afd. R's afsnit fungerer med sin struktur og ramme som en funderet del af behandling og pleje, samtidig med at det retssikkerhedsmæssige aspekt tilgodeses (jf. Afdelingsledelsen 2001). Bag dette ligger en erkendelse af, at mennesket udvikler sig gennem relationer med andre og i samspil med det miljø, hvori de indgår (Ibid.). Miljøet er således at se som en integreret del af den behandling, som patienterne modtager.

I forståelsen af pleje- og behandlingsmiljø vælger vi at inkludere:

- De strukturer for dagens forløb og for socialt samvær, der sættes
- De sociale relationer patienterne imellem og mellem patienter og personale

Denne definition vælges for at kunne tage højde for betydningen af hele miljøet: Både den del som bevidst søges skabt, og den del der følger med, når mennesker sættes sammen i en lukket institution, hvor den ene part opholder sig i døgn drift.

På Sct. Hans Hospital tager den bevidste del blandt andet afsæt i det strukturerende princip for den psykotiske og kaotiske patient, der ikke magter indre styring. Den del af miljøet, som ikke kan henholdes til vedtagne principper, skabes blandt andet af patientsammensætningen, af personalesammensætningen og af påvirkninger fra det ydre samfund.

5.2. Et multietnisk pleje- og behandlingsmiljø?

Bliver et pleje- og behandlingsmiljø nødvendigvis multietnisk, fordi patientgruppen gør det? Det fysiske miljø gør ikke nødvendigvis, men det sociale gør uvægerligt, og som personale tvinges man af patienternes forskelligheder til at træffe en række valg for behandlingsmiljøet. Valgene kommer til at ligge som en ramme for, hvad der accepteres, hvad der tilskyndes, og hvad der forbydes af adfærd i miljøet. Det er en diskussion værd, hvad de forskellige valg gør ved miljøets rummelighed overfor danske som ikke-danske patienter. Denne diskussion vil i det følgende tages op i relation til 4 udvalgte områder:

- Miljøets rummelighed
- Forekomsten af diskrimination
- Forekomsten af sproglig mangfoldighed
- Arbejdet med etnicitet, identitet og aktivitet

5.2.1. Miljøets rummelighed

Det er væsentligt at fremhæve, at miljøet generelt præges af en meget stor rummelighed, og at patienter først og fremmest er patienter i hinandens og personalets øjne. Etnisk herkomst og forskelligheder kommer for flertallet i anden række. Særligt den måde patienterne hjælper hinanden på, når kommunikationen mellem patienter og personale giver vanskeligheder, har overrasket os positivt. Rummeligheden finder vi i samtaler med patienter, der afviser at se forskelle mellem danske og ikke-danske patienter, såvel som i samtaler med personale, der forklarer, hvorledes det ligger i hele deres uddannelse at se patienter som enkelt individer, og at det sjældent fører til noget godt at sætte mærkater på folk.

Rummeligheden går også igen i dagligdagen på afsnittene, hvor kulturel forskellighed i høj grad er en del af dagligdagen og ikke noget eksotisk.

Dagligstuen ligger centralt i afsnittet. Kun her må der ryges af patienter og personale, så røgen ligger tæt. I stuen sidder en plejer ved vinduet. Tre patienter sidder spredt i stuen. En småsover, de to andre lytter til den 'etniske' musik som en patient har sat på. "Hvad synger de om?" vil den danske patient vide. En anden dansk patient kommer ind og begynder at 'synge med'. Han fanger et ord og vil vide, hvad det betyder.

På et patientværelse sidder en dansk patient og får en snak med antropologen. Det banker på døren og en 'etnisk' mand kigger ind: "Jeg laver mad i aften, vil du være med?". Det vil den danske patient ikke i dag, for det er sidst på måneden. Han spørger videre, og en lille blandet gruppe ender med at udskifte hospitalsmaden med 'etnisk' mad.

Om aftenen ses der fjernsyn i dagligstuen. Antropologen ser nyheder med patienterne. Hun kommer med en spydig kommentar til det sete, som misforstås af en 'etnisk' patient.

Hans danske ven og medpatient ser det straks, bryder ind og forklarer, hvad det var, der var blevet ment med kommentaren og måden at sige den på.

Denne rummelighed er prisværdig, og der kan kun opfordres til at værdsætte den og huske dens vigtighed ved beslutninger om ændringer af miljøet.

5.2.2. Diskrimination

Den generelle rummelighed, medfører dog ikke, at der ikke opstår besværligheder og misforståelser. Og til tider er miljøet pludselig ikke er så rummeligt:

I spisestuen. En dansk patient kommer tvær ind og sætter sig, mens han vrisser, at han "er træt af at skulle se på de sorte svin, når han spiser". Ingen kommenterer det.

Der verserer en gruppevoldtægtssag i medierne, hvor gerningsmændene er 2. generationsindvandrere. Vi sidder og ser det på tv. "De skulle smides ud hele bundet", siger en dansk patient til plejepersonalet. Sygeplejersken svarer ikke, men fortæller i stedet, at hun heller ikke føler sig sikker på gader og stræder længere. De to unge 'etniske' mænd går ud af stuen. Tilfældigt?

Således oplever etniske patienter fra tid til anden racisme fra medpatienter, de oplever, at den offentlige debats ubehageligheder rykker ind på afsnittene, og nogle få oplever også at møde diskrimination fra personalets side. Disse tre typer oplevelser er på tre forskellige niveauer, men alligevel uvægerligt bundet ind i hinanden. Det er derfor også nødvendigt at betragte problematikken i et samlet hele og behandle den som sådan ude i afsnittene. Men hvordan? Svaret er ikke nødvendigvis let.

Man kan vælge at overhøre, når racistiske udtalelser falder fra andre patienters munde, - og det vælger patienterne selv også ofte at gøre. Som en patient forklarede det: "Der er gode mennesker og onde mennesker alle steder. Jeg ignorerer ham bare". Således kan en konflikt undgås, men det påvirker alligevel det sociale miljø i afsnittet. I personalegruppen må man derfor også tage diskussionen om, i hvilket omfang man har mulighed for at gribe ind og vise, hvor grænserne for acceptable udtalelser går.

Når patienterne oplever at møde diskrimination fra personalets side, synes det at betyde meget mere for dem. Frustrerede patienter beretter om at føle sig forskelsbehandlet, fordi de er udlændinge. De beretter om personale, der ikke respekterer dem, men råber af dem, eller om personale, der ikke vil give dem PN medicin. Der er ingen tvivl om, at nogle patienter ind imellem har oplevet diskrimination fra personalets side. Uanset hvor sjældent det sker, er det

nødvendigt, at personalegruppen har nogle retningslinjer for, hvordan man skal gribe ind, hvis man oplever, at en af kollegerne handler eller siger tingene på en måde, som virker diskriminerende. Samtidig er der heller ingen tvivl, om at en del af det som af patienterne opleves som diskrimination, handler om de meget restriktive rammer, de som patienter er underlagt i retspsykiatrien.

På personalets side beretter flere vi har talt med om det frustrerende i at blive kaldt racist, når man er nødt til at sætte en grænse - der i øvrigt havde været den samme for alle.

“Når jeg må sige nej til noget og det bliver opfattet forkert, så er jeg racist, og hvis de først har fået den opfattelse, så kan jeg ikke forklare dem, at det havde været et nej for alle. Så er de blevet for vrede... Det kan somme tider fylde utrolig meget, og så kan vi jo slet ikke kommunikere! Bare på grund af det. Hvis det står meget på, bliver jeg også somme tider lidt vred indvendig, for jeg synes det er en grov påstand at kalde mig racist.”

Personale

“Man hører tit udtrykket racist, og det gælder inden for alle forhold af plejen... Hvis man prøver at grave lidt i det, snakke lidt med dem om det, så viser det sig, at mange af dem føler det som et overfald mod dem.”

Personale

Retspsykiatriens restriktive rammer står ikke til at ændre. Men det man kan gøre som personale er at være meget opmærksom på, hvorledes man taler til patienterne. En personale med gode erfaringer med at ændre måden at tale til patienterne på beretter:

“Mange af dem har svært ved, at jeg er nødt til at sige nej. Med tiden har jeg lært at sige det på en anden måde, så de ikke bliver så vrede... Det er en blanding af en skarphed og det diplomatiske. Det er noget med at vise, at jeg er nødt til at sige nej til dig, men jeg forstår dig godt og jeg respekterer dig også... Jeg er autoriteten her, men jeg bruger en måde at være på, en del af mig selv, som jeg henter frem fra min tidlige ungdom, hvor man lærte at behandle ældre mennesker med stor respekt. Man sagde “De” og “hr.” og “fru” til dem. Det er der jo ingen, der kender i dag, Jeg har tit tænkt på, at det er en hjælp at være så gammel, som jeg er, så jeg har lært det.”

Personale

Personalet er ikke alene herre over personale og patienters forståelser af hinanden. Udover de retspsykiatriske rammers indflydelse, betyder det også noget, når det ydre samfunds strømninger rykker ind på afsnit, hvor 'de andre' man hører om gennem medierne, udgør knapt halvdelen af gruppen i fjernsynsstuen. Hvordan sørger man for, at den 'dem – os' modsætning, som medierne opererer med, ikke sniger sig ind på afsnittene, hvor den kan være med til at skabe afstand og alt andet lig gøre det let for patienter med anden etnisk baggrund end dansk at opfatte personalets grænsesætning som udslag for racisme? Man kan tage hul på problematikken ved at beslutte, hvor man vil sætte grænsen for, hvad der er acceptable udtalelser og kommentarer til fjernsynskiggeriet, men dette er naturligvis ingen færdig løsning.

Det centrale i forhold til diskriminations-problematikken er at arbejde bevidst med det i det fremtidige miljø: At få taget hul på diskussionerne omkring grænser. Det er vigtigt at have en mulighed for at diskutere problemer med patienter med anden etnisk baggrund end dansk uden at blive beskyldt for racisme. Men det er også vigtigt at få skabt en omgangsform, hvor personalet siger fra overfor diskrimination på afdelingen. Det er vigtigt at få udviklet en professionel etik, der kan sikre, at den medieskabte dem-os opposition imødegås på afdelingen.

5.2.3 Sproglig mangfoldighed

En anden ting, der fylder meget, er den sproglige mangfoldighed:

Det er tid til en smøg ovenpå middagen, så der er mange patienter i dagligstuen. Blandinger af alverdens sprog iblandet dansk flyver gennem luften.

I dagligstuen på et andet afsnit sidder to patienter og taler tyrkisk. Den ene har det som andetsprog og træner det på denne måde. Personalet irettesætter dem. På dette afsnit må der kun tales dansk i fælles opholdsrum.

For nogle er den sproglige mangfoldighed en lise eller et frirum, som de giver udtryk for at savne meget, når det ikke er der. For andre er et fælles andet sprog et redskab til at skabe venskaber og fællesskaber. For helt andre igen opleves den som et irritationsmoment eller ligefrem en trussel. De bliver sure på de andre patienter, når de taler fremmedsprog og skælder ud. Personalet fremhæver, at for paranoide patienter kan det være et ekstremt belastende fænomen, da de ofte tror, at de andre taler om dem. I forhold til personalets arbejde har mange fremhævet, at det kan blive en hindring for plejeforløbets observationer. Selv om man kan observere en masse med sine øjne, kommer man til at mangle den store del, som sproget formidler: Kan patienterne håndtere samtalen med de andre? Taler de sort? Eller taler de om, hvordan de skal få stoffer ind på afsnittet?⁴ Det skaber

⁴ Vi har ingen tal på andelen af stofmisbrugere blandt patienter med anden etnisk baggrund end dansk, men i feltarbejdsperioden var andelen af misbrugere størst blandt danske patienter.

også en utryk stemning, at man ikke har nogen fornemmelse for, om patienterne sidder og rotter sig sammen mod personalet eller nogle af de andre patienter.

”Det er et problem, at vi egentlig ikke forstår, hvad de siger og hvad de taler om i telefonen. Er de ved at rotte sig sammen mod personalet eller mod en anden patient? Det aner vi jo ikke. Det med, at de rotter sig sammen, sådan er det ind imellem på et lukket afsnit. Så er personalet nogle røvbananer og skal have nogle bank, eller også gider vi ikke gøre et eller andet. Det behøver ikke være så voldsomt, men det sker engang imellem. Eller man kan mærke, at de snakker om en, når man går forbi på gangen, og man forstår ikke hvad det er, og det er ubehageligt, men sådan er det jo alle steder i samfundet, når man ikke forstår, hvad folk siger. Det skaber noget utryghed engang imellem.”

Personale

Den sproglige mangfoldighed håndteres meget forskelligt på de afsnit, vi har været på. Vi har oplevet afsnit, hvor der tales frit på det sprog, som patienterne ønsker, og afsnit hvor en periodes voldsomme brug af et fremmed sprog blandt en lille gruppe patienter har medført, at det kun er tilladt at tale andet end dansk ude på gangen.

Når beslutningen skal tages om, hvilken politik man ønsker i fremtiden, ser vi det som centralt, at man prøver at lave en afvejning af på den ene side:

- De danske patienters muligheder for at indgå i fællesskaber med andre patienter
- Mulighederne for at foretage observationer i rimelig grad

Og på den anden side:

- De udenlandske patienters behov for engang imellem at kunne udtrykke sig frit uden at skulle slås med formuleringer på et fremmed sprog. Dette set i lyset af, hvor vanskeligt mange af de udenlandske patienters har det med at få udtrykt hvordan de præcist har det - også selv om de kan rimelig dansk (jf. afsnit 3.3)
- Et fælles fremmedsprog som indgang til at skabe fællesskaber

Til gengæld skal man passe på, hvordan man vægter:

- Utrygheden ved at en gruppe patienter sidder og kan sige noget personalet ikke forstår
- Koblingen af kontrol med narko og kontrol med, hvilke sprog der tales

Det handler ikke om, at vi ikke mener utrygheden er reel. At der bliver lavet sammensværgelser i større og mindre omfang på lukkede afsnit, er et problem. Ligeledes er problemet med at kontrollere stoffer i perioder dagligt samtaleemne på afsnittene. Men det, at det fremmede sprog udstiller personalets problem med kontrol, er ikke det samme som at sige, at elimineringen af det fremmede sprog er

løsningen. Problemet med indsmugling af stoffer knytter sig ikke til patienter med anden etnisk baggrund. Ligeså er problemet med at kunne kontrollere, hvad der foregår i patientgruppen generelt. Det eksisterer uanset, om patienterne taler dansk eller ej. Løsningen er derfor snarere at arbejde meget mere intensivt på at skabe større alliancer og tillid til patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Det handler om at få dem som medspillere fremfor modspillere i videst muligt omfang. Da bliver det faktum, at der blandt patienterne foregår en del, som ligger udenfor personalets kontrol, heller ikke et problem.

5.2.4 Etnicitet, identitet og aktivitet

Patienter i psykiatrien er for en periode ”patienter”, men de skal rustes til at leve et andet liv med en anden identitet bagefter, og det arbejder man bevidst med i psykiatrien. Man arbejder bevidst med at give patienter ”succesoplevelser” på forskellige områder, heriblandt ”med at have gode relationer til andre mennesker”, ”med en indkøbstur til brugsen” eller med praktiske gøremål, som de skal opdage, at de kan. Som en personale forklarer det:

”De patienter, der er her, har en rolle, hvor de har meget få handlemuligheder. De er dømt til at være her. Men derudover har mange af dem haft en lav status i samfundet, hvor de har været vandt til at være pacificeret og vant til, at andre tog centrale beslutninger for, hvad der skulle ske i deres liv. Dette gælder ikke mindst for de etniske patienter. Det underliggende mål med mit arbejde er derfor at give dem en fornemmelse af, at de kan blive aktivt handlende og have medindflydelse på deres her og nu situation - og forhåbentligt også på deres fremtid. Det, man i praksis kan gøre er gennem en aktivitet at lade patienten mærke en anden identitet. Det kan være en identitet de har haft før, f.eks. som arbejdende. I aktiviteten genfinder patienten en værdighed.”

Personale

Spørgsmålet i relation til dette projekts fokus er, i hvilket omfang aktiviteter, der relaterer sig til en etnisk identitet, kan have samme funktion, og om der gøres plads til det i pleje- og behandlingsmiljøet. I den forbindelse er der flere ting at tage hensyn til. Det ene er, i hvilket omfang patienten ønsker sig en etnisk identitet. Det andet er, i hvilket omfang personalet er istand til at bistå med det; hvordan får man patienter til overhovedet at påbegynde aktiviteterne, og hvordan skal man finde ud af hvilke aktiviteter, der er mest optimale til denne gruppe mænd?

”Og så ville de have mig til at lave ’etnisk’ mad. Jeg har aldrig lavet mad, og da slet ikke ’etnisk’. Hvis de så havde spurgt mig, om jeg ville lave lasagne eller burgere, det er jeg god til.”

’etnisk’ patient

På nogle afsnit bruges den fremmedartede mad som et aktiv i forhold til patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Patienterne bliver bedt om at lave mad fra deres hjemland, eller ligefrem at afholde en kulturaften, hvor mad, musik og måske også film går op i en højere enhed. Personalet fremhæver, at disse seancer øger tolerancen patienterne imellem, når det viser sig, at det man syntes lød mærkeligt, smager virkelig godt. Og de, der har stået for maden, får skulderklap og ros.

Således arbejdes der bevidst med en identitet, som patienten har haft før indlæggelsen. Eller gør der? Det indledende citat problematiserer det. Med en gennemsnitlig opholdstid i Danmark på 16 år (jf. Sct. Hans Hospital 2000), er der mange af de patienter, der indlægges på Sct. Hans, som har et ambivalent forhold til at blive set som 'etnisk'. Set i lyset af den debat, der kører i Danmark for tiden, er dette måske ikke så underligt. Flere vi har talt med afviser at være 'patienter med en anden etnisk baggrund end dansk', med henvisning til de mange år, de har boet i Danmark. Andre skifter i perioder mellem at ønske at blive set som dansker og dyrke nogle andre rødder. Den ambivalens afspejler alt andet lig den situation, som migranten står i (Kristensen og Ali 2000). Det er således vigtigt ikke blot at give plads til en identitet, som det man som personale forstår ved 'etnisk', men at give plads til migrantidentiteten.

En patient skal starte på en aktivitet om eftermiddagen. Nu sidder han i dagligstuen med benene trukket op under sig og brokker sig. Han har slet ikke lyst, der er for langt derved, og det bliver også snart vinter alligevel.

En genkendelig situation i psykiatrien. Det er bestemt ikke let at opstarte en aktivitet efter lang tids passivitet. Måske ligger her også kimen til et dilemma som særligt patienterne næsten dagligt har gjort os opmærksomme på: De savner aktiviteter. Aktiviteter til at fylde tiden ud med og aktiviteter der kan binde dem sammen socialt. Samtidig beklager personalet sig over, at mange patienter slet ikke er til at få i gang med at lave noget - og slet ikke noget socialt.

I denne situation bliver det ikke lettere at motivere patienter, hvis tidligere liv og værdier man ikke kender, til at gå i gang med aktiviteter, der kan blive meningsfulde for dem. Det kræver alt andet lige en viden fra personalets side, og den kan de ikke forvente at få gennem patienterne, som ofte er for syge til det engagement, som den udveksling kræver.

"Jeg kunne godt tænke mig, at vi havde råd til, at jeg kom på kurser i deres baggrund, og at vi havde råd til at anskaffe nogle ting til aktiviteter, som var mere naturlige for dem. Men det ville falde i to tempi: Først var jeg nødt til at lære noget mere om dem, og dernæst kunne jeg så anskaffe nogle ting, der ville falde mere i deres smag."

En anden personale siger:

”Nogle gange tænker jeg på, hvor mange af de aktiviteter vi tilbyder, som en almindelig mand ville gide. Jeg tænker på, om min egen mand ville synes, at noget af det var sjovt eller værd at spille tid på.”

Kunsten er – uanset patientens etniske herkomst – at få ham i gang med en meningsfyldt aktivitet, der er værdiskabende for ham. For at kunne dette er det væsentligt at huske, at man her arbejder med identiteter også, og at aktiviteter er med til at forme og opretholde disse. Derfor er det ikke underordnet, hvordan man betragter og arbejder med patientens etniske identitet. Patienter med anden etnisk baggrund end dansk skal have rum til at arbejde med denne, hvis det er det de ønsker. Men man må samtidig være opmærksom på, at etnisk identitet, når den defineres af andre og ikke en selv, kan være stigmatiserende.

5.3 Opsummering

Vi har her fremhævet nogle centrale aspekter ved det multietniske pleje og behandlingsmiljø, og vi har diskuteret, hvordan man bør arbejde videre med dem, for at man i fremtiden kan skabe et pleje og behandlingsmiljø, der bedre håndterer den multietniske patientsammensætning.

For kort at opsummere handler det om at holde fast ved miljøets rummelighed, men også at påstarte et bevidst arbejde med de påvirkninger af miljøet, der skader denne rummelighed, både de interne (som diskriminations-problematikken) og de eksterne (som den offentlige debats dem-os kategorisering). Derudover synes det væsentligt at lægge en sprogpolitik, der både tager hensyn til personalets muligheder for at foretage deres observationsarbejde, og patienternes muligheder for at skabe relationer til medpatienter. Sidst men ikke mindst synes det væsentligt at gøre sig bevidst om, hvilke identiteter man arbejder med i forhold til patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Kapitel 6. Konklusion

Hvad der skal til for at fremme udviklingen af et godt multietnisk pleje og behandlingsmiljø i afdelingen? På et overordnet plan er dette projekts svar: Bedre kommunikation, oparbejdelse af mere interkulturel kompetence, og udvikling af rammer og redskaber, der imødegår det faktum, at miljøet og dets aktører i høj grad påvirkes af det ydre samfund og de strømninger, der løber der. Lad os kort opsummere, hvad vi mener hermed.

I mødet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk i det psykiatriske system er det centralt at forstå de rammer, som det psykiatriske system og den specifikke afdeling sætter for mødet. Selvfølgelig repræsenterer disse patienter også en anderledeshed; andre kulturelle normer, værdier og praksiser, men disse er ikke de dominerende i det psykiatriske felt. Det er derimod psykiatriens egne normer. Konklusionen er, at man skal være meget god til at formidle systemets normer og formål, og det primært er her igennem, at man kan overkomme de kommunikationsbarrierer, der opstår i relation til mennesker, der ikke deler de samme forståelser af systemet.

Den anden side af kommunikationsproblematikken er den sproglige barriere. Denne barriere er det centralt at overkomme, for at man kan arbejde med et kulturmøde. Mange misforståelser og forestillinger kan ryddes af vejen ved en effektiv indsats på dette område.

Der er behov for, at personalet støttes i deres udvikling af en interkulturel kompetence til arbejdet med den multietniske patientgruppe. Denne skal sætte dem i stand til at afkode samspillet mellem dem og patienterne, og at se egne normer og forestillinger om den ideelle relation som kulturelle. Det indebærer en støtte til at se reflektivt på egne normer, kunne formidle dem – og turde rykke dem. Interkulturel kompetence handler ikke så meget om at vide noget om den andens kultur, som det handler om en generel åbenhed overfor andre kulturelle udtryk. Og så handler det om kompetence til at se, hvordan kultur bruges og skabes på afdelingen fremfor, hvordan den bæres i andre verdener.

Det ydre samfunds påvirkning af mødet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk er centralt. Dette har vi vist med kapitlerne om af kategoriseringen af patienterne og den dominerende fortælling om køn. Desuden er det et element af diskussionen omkring diskrimination på afdelingen. Dette forhold må man være meget opmærksom på i tilrettelæggelsen af den fremtidige pleje og behandling.

Mange af de problemer, som man møder i arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk, har også en mere generel karakter. Kulturmødet sætter dem blot på spidsen. Derfor er det konstruktivt at lade spørgsmålet om pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund være en integreret del af det generelle udviklingsarbejde i psykiatrien.

Kapitel 7. anbefalinger

I dette kapitel vil vi fremhæve tre specifikke områder, som vi vil anbefale, at der fremtidigt sættes ressourcer ind på. Disse anbefalinger er forholdsvis konkrete, men falder på meget forskelligt niveau. De vil derfor blive diskuteret i tre selvstændige afsnit.

Disse anbefalinger skal ikke ses som udtømmende. Vi har bevidst valgt at uddybe enkelte områder, som vores analyser har udpeget, fremfor at skitsere det fulde område. For en større oversigt over indsatsområder for pleje og behandling af patienter med anden etnisk baggrund end dansk, henvises til udvalgsrapporten fra ”udvalg for patienter med anden etnisk baggrund end dansk”. Denne fås gennem direktionen ved Sct. Hans Hospital.

7.1. Tolkning

Det er i dag svært at få et sammenhængene forløb med regelmæssig tolkning til de patienter, hvor der er behov for det. Årsagerne er flere. Der er hyppigt ventetider på at kunne få en tolk. Dertil aftales og bestilles samtaler enkeltvis og fra gang til gang. Som regel kræves en særlig anledning før man bestiller en tolk – f.eks. at patienten skal have en vigtigt besked, eller at lægen skal vurdere behandlingens effekt. Det er således meget sjældent, at det er patientens eller plejepersonalets behov for en tolket samtale, der giver anledning til en tilkaldelse af tolk. Generelt anvendes kun tolk til de patienter, hvor der er en meget dårlig eller ingen sproglig kontakt. Patienter med et brugbart hverdagsdansk har således ikke tolkede samtaler. Konsekvenserne heraf er beskrevet i kapitel 4.

En intensivning af tolkningen synes ikke at kunne realiseres optimalt inden for de nuværende rammer. I stedet for at bestille en tolket samtale engang imellem vil vi anbefale, at en tolkemulighed stilles til rådighed med fast og hyppigt interval. Hyppigheden skal afhænge af den enkelte patients behov og må fastlægges i samråd med denne. Flere plejepersonale har fremhævet, at hvis en egentlig alliancen skal skabes, er det nødvendigt med en samtale minimum en gang om ugen.

Den øgede hyppighed vil give patienten mere rum til selv at bringe det, han har på hjertet, på banen, og det vil sikre, at der bliver tid til også at forklare de små rationaler bag afdelingens mål og midler. Samtidig kan man undgå det store pres der p.t. lægges på patienter ved, at for mange fagpersoner skal nå at give oplysninger i én tolket samtale. Det er vigtigt, at tolkning bliver et naturligt og integreret redskab for personale såvel som patienter. Det bliver det ikke, når brugen af tolk er for uregelmæssig.

En øget brug af tolkning kan arrangeres efter flere modeller:

Ved at have et korps af tolke fast tilknyttet hospitalet og have dem tilstede et bestemt antal gange om ugen vil man opnå en lang række fordele. Primært vil det gøre det legitimt for plejepersonalet at bruge en tolk til de små ting fra hverdagen. Hvis man derudover har et ønske om at opkvalificere tolkene til arbejdet med psykisk syge patienter, vil man på denne måde have en mulighed for at gøre det. Denne model er dog kun en løsning for de største sproggrupper (p.t. arabisk og persisk).

For så vidt angår de mange mindre sprog, må man arrangere en fast regelmæssig aftale med en tolk til den enkelte patient. Ved at gøre aftalen fast sikrer man, at der også blive rum til tolkning ønsket af ergoterapi, erhvervsterapi eller patient.

Personalet oplever, at tolkede samtaler er meget besværlige og langvarige i forhold til ikke tolkede samtaler. Man skal dog netop ikke sammenligne disse samtaler med almindelige samtaler, men med en samtale, der ikke finder sted, eller hvor man ikke kan være sikker på at blive forstået. Set i dette lys er en tolket samtale en klar forbedring.

Personalet er imidlertid som hovedregel ikke skolet i at bruge tolk. Dette betyder, at de ikke ved, hvad de skal forvente sig af den tolkede samtale, samt hvordan de anvender tolken bedst muligt. Personalet har heller ikke nogle gode forudsætninger til at vurdere, om den tolkede samtale forløb bedst muligt. Dette giver plads til en betydelig usikkerhed omkring anvendeligheden af den tolkede samtale. Løsningen på dette problem er en systematisk uddannelse af personalet i at arbejde med tolk, samt mulighed for opfølgning på de tolkede forløb.

7.2 Efteruddannelse i kultur

Vi anbefaler, at personalets ønsker om mere viden på området imødekommes gennem udbydelsen af flere kurser. Vi har i rapporten argumenteret for, at det er vigtigt at få en forståelse af patienters kultur, der både rummer en opmærksomhed rettet mod de potentielt anderledes normer, værdier og handlemåder, som patienterne har erfaret fra deres tidligere liv, og som husker kulturs dynamiske aspekt. Viden om forskellige samfunds kulturer er vigtig, men mest fordi den tydeliggør, at man kan have andre normer og værdier, ikke fordi man dermed får kendskab til et specifikt menneskes normer og værdier. Et sådan kendskab kan man kun få gennem den enkelte patient.

Personalets ønske om at opnå en større interkulturel kompetence til brug i deres arbejde er vigtigt at imødekomme, men det må huskes, hvori interkulturel kompetence primært består, jf. kapitel 2. Kurser i kultur må derfor indeholde undervisning i at se på sig selv som kulturelt væsen, og at se på psykiatriens rammer og hvad de gør ved mødet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Et godt kursus i interkulturel kompetence starter for det enkelte personalemedlem en selvrefleksiv proces, i hvilken han/hun lærer at se på sin egen rolles betydning for samspillet med patienten, og lærer at blive bevidst om egne normer, værdier og forventninger. Et godt kursus lærer samtidig personalet

at formidle disse ting til patienten. Således kan kulturmødet blive en gensidig givtig udveksling, der lærer patienten om psykiatrien og lærer personalet at se på egne normer og eget arbejde – og måske hvor det kan ændres til det bedre?

Et dårligt kursus bekræfter personalet i, at der er fundamentale forskelle mellem 'dem' og 'os'. En dårlig proces er startet, hvis det budskab personalet bringer med tilbage til dagligdagen, er viden der forklarer patientens adfærd adskilt fra de omstændigheder, den foregår indenfor.

Viden om, hvad det er for liv patienterne har levet inden indlæggelsen i psykiatrien, kan dog stadig give en god indgang til at skabe kontakt til patienterne. Her er det imidlertid vigtigt at holde fast i, at patienterne i gennemsnit har boet i Danmark i 16 år (jf. Sct. Hans Hospital 2000). Hverdagen, i hvilken patienten er blevet syg, er således en hverdag som migrant i Danmark. Hvordan er det at være migrant i dagens Danmark – både juridisk, praktisk og socialt? Hvad betyder migrationen på sigt for mennesker? Hvad er det for faser og potentielle kriser man typisk oplever som migrant? Det er der behov for viden om.

Vigtigheden af undervisning i brug af tolk er beskrevet i kapitel 7.2. Vigtigheden af at opnå et vidensgrundlag, der gør, at man kan arbejde med relevante og værdiskabende aktiviteter i forhold til den aktuelle patientsammensætning, skal også fremhæves (jf. kap 5).

Man kan evt. gøre kursus i arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk til en obligatorisk del af introduktionsforløbet for nyt personale på afdelingen, således at alle personaler på et basalt plan er parate til at pleje og behandle den patientpopulation som forefindes.

Sidst, men ikke mindst, vil vi fremhæve vigtigheden af at foretage en generel opgradering af alle personalegrupper. Årsagen er, at de har forskellige kompetenceområder, som let kan begrænse hinanden. Eksempelvis står lægerne som de behandlingsansvarlige, og et givtigt, men ressourcekrævende, arbejde med en patient med anden etnisk baggrund end dansk kan derfor hurtigt bremses, hvis lægen ikke har samme viden om områdets problemstillinger som plejepersonalet.

7.3. Kulturel supervision

Det kan være svært i praksis at få omsat viden fra et kursus til det daglige arbejde. Flere personaler har fremhævet, at det ikke er nok at sende folk på et kursus. Det ændrer ikke ved praksis i dagligdagen. Ligeledes synes brugen af tolk at støde på mange barrierer, der gør, at tolkning ikke bliver brugt i tilstrækkelig omfang – og ikke bliver brugt godt nok, når den er der. Den proces, hvori miljøets rummelighed ift. diskriminationsetik og sproglig diversitet udvikles, opstår heller ikke af sig selv.

Der synes således at være behov for en funktion, der kan sikre, at den nødvendige proces til forbedring af det multietniske pleje og behandlingsmiljø igangsættes og

opretholdes. Til dette foreslår vi, at man opretter en funktion som etnisk konsulent.

Dennes funktioner skulle være:

- At yde løbende supervision/konsulentbistand til kontaktpersoner til patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Dette udfra det faktum, at plejealliancen synes langt sværere at skabe med disse patienter (jf. kap. 3). Den løbende supervision skal lette skabelsen af disse alliancer, samtidig med at personalet lærer og udvikler en interkulturel kompetence.
- At igangsætte og løbende facilitere en proces, hvori man på afdelingerne fastlægger en etik i.f.h.t. diskrimination, sproglig diversitet, religionsudfoldelse, og tilsvarende. I praksis kan det foregå ved supervisionsmøder for grupper af personale, ved personalemøder og ved personaletræning.
- At sikre at tolkning benyttes i tilstrækkeligt omfang, og i alle de instanser, der har brug for den. Her tænkes på erhvervsterapien, ergoterapien, danskundervisningen, plejepersonalet, lægen, socialrådgiveren og psykologen.
- Dertil at yde vejledning i brug af tolkning til personalet inden samtalen. Dette skal igen fungere som læring, der sikrer, at den opnåede viden omsættes direkte i praksis.
- At skabe en web-side på intranettet med centrale oplysninger og med links til nyttige hjemmesider. Dertil skal siden have en spørgsmål- svar funktion.
- At vejlede i forbindelse med pårørende samtaler og være behjælpelig i kontakten, når det skønnes nødvendigt.

Litteratur

Afdelingsledelsen (2001): *Idegrundlag for Afdeling R. Sct. Hans Hospital*. Internt papir.

Austveg, B. (1997): *Sundhedssektoren og indvandrere. Mangfoldighed, sundhed og sygdom*. København: Hans Reitzels Forlag.

Barrett, R. (1996): *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: an Anthropological Study of Person and Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bruner, E. (1986): Ethnography as Narrative. I: *The Anthropology of Experience*, Bruner, E. og Turner, V. (red). Urbana: University of Illinois Press.

Eickelman, D. (1989): *The Middle East. An Anthropological Approach*. New Jersey: Prentice Hall.

Elsass, P. (1995): *Torturoverleveren*. København: Nordisk forlag A/S.

Galal, L. & Galal, E. (1999): *Goddag mand økseskaft. Samtale gennem tolk*. København: Mellemføleligt Samvirke

Gilsenan, M. (1992): *Recognizing Islam. Religion and Society in the Modern Middle East*. London: I.B. Tauris & Co. Ltd.

Gottlieb, A. m.fl. (2000): *Projekt for etniske minoriteter, Lokalpsykiatri Vest, Århus Amt*. Afsluttende rapport fra Team for tværkulturel psykiatri.

Gottlieb, P. (2000): Psykisk sygdom og kriminalitet. I: *Ret og tvang i psykiatrien*, Poulsen m.fl. (red). København: Munksgaard.

Hansen, G. H. (1995): Kayak Dizziness. Historical Reflections about a Greenlandic Predicament. I: *Folk* nr. 37, s. 51-74.

Hylland Eriksen, T. (1993): *Små steder – store spørgsmål. Indføring i socialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, E. Lund (1999): Grønlændere i Danmark. I: *Inuit, kultur og samfund – en grundbog i eskimologi*, (Lorentzen, J. m.fl.). Århus: Forlaget Systime A/S.

Kleinman, A. (1988): *Rethinking Psychiatry*. New York: The Free Press.

Kristensen, A. og Ali, F. (2000): Transkulturel Psykiatri. I: *Klinisk Psykiatri*, Hemmingsen, R. m.fl. (red). København: Munksgaard.

Meden Baumgarten, P. (1999): *Balancing: Exploring how White Middle Class Working Mothers Combine Motherhood and Career in the United States*. København; Institut for Antropologi (kandidatafhandling).

Reisby, N. (1986): Tværkulturel psykiatri. I: *Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi*. Elsass, P. og Hastrup, K. (red.). København: Gyldendal.

Sct. Hans Hospital (2000): *Notat om patienter med anden etnisk baggrund end dansk*. Internt papir.

Sct. Hans Hospital (2001): *Uddrag fra hospitalsdirektionens møde den 23. Oktober 2001*. Internt papir.

Staubæs, D. (1998): *En anden bruger? Behandling af misbrugere med minoritetsbaggrund*. Århus: Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning.

Stolcke, V. (1995): Talking Culture. New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe. I: *Current Anthropology* vol. 16, nr.1 s. 1-13.

Strand, L. (1994): *Fra kaos mod samling, mestring og helhed. Psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter*. København: Nordisk Forlag A/S.

Villareal, M. (1992): The Poverty of Practice. Power, Gender and Intervention from an Actor-oriented Perspective. I: *Battlefields of Knowledge. The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development*. Long, N. og Long, A. (red). London: Routledge.

Øvrig litteratur til de der ønsker selv at gå videre

Alsmark, G. (1997): En svensk uganda-indier!. I: *Skjorta eller själ? Kulturelle identiteter i tid och rum*, Alsmark, G (red). Lund: Studentlitteratur.

Christiansen, C. & Rasmussen, L (1994): *At vælge sløret. Unge kvinder i politisk islam*. København: Forlaget Sociologi.

Fihl, E. og Pinholt, J. (red.) (1992): *Livsformer og kultur. Antropologiens praktiske anvendelse*. København: Akademisk Forlag.

Jha, S. K. (2000): Kulturmødet i psykiatrien. I: *Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund*, Hanssen, I. (red). København: Gad.

Littlewood, R og M. Lipsedge (1997): *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*. London: Routledge.

Steen, A-B. (1994): Den kulturelle streg i regningen. I: *Komplekse liv. Kulturel mangfoldighed i Danmark*, (Liep, J. & Olwig, K. (red.)). København: Akademisk Forlag.

Zitawi, S. (2001): *Tolkning. I: Etniske Minoriteter. Kulturmøder i sundhedsvæsenet*, Andersen, J & Jensen A. (red). København: Munksgaard.