

INTEGRATION AF FLYGTNINGE MED SINDSLIDELSER

Rapport

**af
Enes Begovic**

**Ringkøbing Kommune
Center for Socialpsykiatri
2002**

Forord

**“Det er meget ubehageligt at have en god hukommelse,
naar der er saa meget,
man gerne vil glemme.”** Robert Storm Petersen, “Det danske smil”, 1948

Ekrem er en 40årig mand, der har haft sindslidelse i 4 år. Han fortæller:

“Jeg voksede op i søskendeflok på 6. Vi var ikke rige, men vi havde det som vi behøvede. Vores hus var i hvert fald altid fyldt med mennesker. Forældrene havde en stor familie og mange venner. Efter håndværks uddannelse fik jeg et godt lønnet arbejde på en autoværksted. For 17 år siden blev jeg gift og i 1986 og 1987 vi fik to raske sønner. Hvad kunne man ønske sig mere.

Og så begyndte krigen. Jeg flygtede med min familie til Danmark. Vi begyndte med glæde integrationsprocessen, fra børnehaveklassen. Imens skete der meget under krigen. To af mine brødre og en svoger blev dræbt. Faderen døde som flygtning i en anden by i Bosnien på grund af mangel af medicin. Jeg kunne ikke engang komme til begravelse. Den tredje bror blev invalideret.

Men, vi skulle og ville videre. Både konen og jeg begyndte at arbejde, børnene klarede sig fint i skolen. Vi købte et hus i byen og en ny bil. Livet begyndte igen for os.

I 1998 blev jeg skizofren. Samme år forlod konen mig og tog børnene med.

Nu er jeg alene med min sygdom og mine tanker.”

Projektmedarbejderen:

Med juridisk uddannelse fra eks-Jugoslavien, som ikke kunne bruges i Danmark, valgte jeg socialrådgiveruddannelsen som min fremtids vej.

Af alle kendte tab har jeg det sværest med tabet af sproget. Det kan jeg aldrig erstatte tilstrækkeligt. Sproget har været min udviklingskærne i forhold til det modsatte køn, netværk, arbejde, mig selv. “*Er du svensker?*” hører jeg tit, når jeg taler dansk. Det skulle være en stor ros for mig, der kommer fra syd for Alperne. Det skal jeg leve med.

Igennem studiet på Den Sociale Højskole i Esbjerg har jeg været ekstra interesseret i psykologisk tilgang til integrations spørgsmål, og sammen med en medstuderende har jeg udarbejdet en ny beskrivelse af integrations udviklingsfaser med udgangspunkt i Peter Adlers opstilling af integrationsprocessen.

Den teoretiske viden fra Den Sociale Højskole i Esbjerg og livserfaring som flygtning var langt fra nok for at klare opgaven.

De første måneder gik med at opbygge en tillidskontakt. I den tid havde jeg meget svært ved at rumme samværet med de sindslidende, dels på grund af deres mindreværdsfølelser og deres projektioner, dels fordi målgruppen er landsmænd, og jeg selv har været igennem en hård integrationsproces.

Det var svært for mig at finde håbet på deres vegne, jeg kunne ikke rumme dem, som de var.

Kendtheden over tid var medvirkende til at jeg forstod mere og mere af deres lidelser og daglige sociale problemer når man som flygtninge også har en sindslidelse.

Hyppige supervisioner af leder Leif Bærentsen, som også er projektansvarlig, samt hele personalets opbakning hjalp.

Det er min opfattelse, at der er sket en forbedring i forhold til målgruppens sociale integration.

De vigtige udviklings elementer har været:

- en etableret kultur, som bygger på tryghed og tillid,
- målgruppens åbenhed for at gøre brug af værestedet,
- øvrige brugeres store tålmodighed og tolerance over for målgruppen, samt accept af mig som kulturformidler
- mit fælles modersmål og kulturbaggrunden med målgruppen,
- hele personalets gode samarbejde.

Ringkøbing, juni 2002

Enes Begovic

Indhold

- Forord	2
- Indholdsfortegnelse	4
- Indledning	5
- Centret/Baggrund	7
- Målgruppen	8
- Samarbejdspartnere	11
- Sproget	12
- Netværk	15
- Kultur	19
- Integration	24
- Konklusion	27
- Litteraturliste	29
- Bilag	30

Indledning

Som et forsøgsprojekt har Ringkøbing Kommune i efteråret 2000, med økonomisk støtte fra Socialministeriet, igangsat et toårigt projekt "Flygtninge med sindslidelser".

Der er indgået samarbejdsaftale med Holmsland Kommune. Der bor henholdsvis 6000 og 17000 personer i Holmsland og Ringkøbing kommuner.

Formålet med projektet er at opsamle og formidle praksisviden om de specifikke psykosociale problemstillinger, som gør sig gældende hos flygtninge med sindslidelser, og fremme deres sociale integration.

De organisatoriske rammer har været Center for Socialpsykiatri (herefter: Centret).

Centret erfarede, at der er behov for speciel indsats for flygtninge med sindslidelser i forhold til danskere med sindslidelser.

Projektet handler således om disse mennesker, deres livshistorier, deres holdninger og værdier set ud fra en kulturel baggrund, sproglige barrierer og konsekvenser i hverdagslivet, netværksudvikling, integration, beskrivelse af deres individuelle behov og kollektive muligheder.

I perioden 1956 til 1999 er i alt 97.719 personer blevet anerkendt som flygtninge i Danmark, hvoraf ca. en femtedel er fra Bosnien-Hercegovina. Ved projektets opstart var denne gruppe også samtidig den største i kommunen, ud af 400 flygtninge var de ca. 300 bosniere. I dag er der ca. 100 voksne iraker, og derudover forventes ankomst af flere gennem familiesammenføringer.

Projektet er baseret på arbejde med bosniere med sindslidelser. Men, der er ikke plads til generaliseringer, når rapporten baseres på kærnen af 4 sindslidende bosniere.

Personerne er sløret i forhold til identitet og fremtræder med andre navne, og uvæsentlige fakta om brugerne er ændret for at overholde regler om tavshedspligt.

Kollegernes erfaringer og refleksioner er vigtige data, som jeg har støttet mig til. I de til tider uoverskuelige situationer, hvor jeg ikke kunne se "skoven for bare træer", hjalp de mig igen til at få overblik og "gå på mod".

Processen i databearbejdningen er diskuteret jævnligt med Centrets leder, mindst en gang om måneden. Efter behov har jeg modtaget supervision af lederen, samt ekstern gruppesupervision med en psykolog hver måned.

Men, det vigtigste i projektet er brugernes meninger og deres indbyrdes relationer.

Derfor har jeg valgt at bruge deres direkte fortællinger om forskellige ting, som de har oplevet eller tænkt på i forskellige situationer og relationer. Alle citater har jeg selv oversat på en måde, hvor det ikke hver gang er direkte oversættelse, men forhåbentligt sådan, at det i begge sprog/kulturer giver samme mening. Formålet er at belyse hverdags problemer, sindslidende flygtninge har på den måde, som de selv ser og oplever dem.

De fire bosniere, som direkte er med i undersøgelsen, er ikke umiddelbart nogen homogen gruppe, selvom der er tale om nogle sammenfald. Alle har en kronisk sindslidelse, har oplevet psykotiske sammenbrud og været indlagt på psykiatriske afdelinger flere gange.

Den første kontakt blev etableret ved at projektmedarbejderen sammen med daværende kontaktperson tog på hjemmebesøg hos hver enkelt fra målgruppen. Projektmedarbejderen fortalte om projektet og spurgte, om de ville deltage. Alle sagde umiddelbart ja uden at tænke længere over det. Her var det en fordel at have samme baggrund/modersmål.

Et eksempel:

Kemo kendte på dette tidspunkt 3-4 danske ord og sagde: *"Når du har taget uddannelse her, så kender du systemet. Måske kommer jeg til at forstå lidt af det, der sker omkring mig."*

Samtaler og praktiske gøremål har været det primære i indholdet i processen til at skabe tryghed og tillid. Adskillige kopper kaffe med fortællinger om alt og alle, bestillinger af tid hos lægen, oversættelse af mange breve fra forskellige afsendere, flytning af møbler, rengøring, indkøb osv.

Efter 3 måneder fortalte Meho:

"De bosniere jeg møder i byen er alle sammen nogle fjolser. Jeg kan ikke sige et eneste ord til nogen af dem, uden at de griner af mig. Til dig kan jeg betro alt. Du er klog og du er samtidigt forpligtet til at holde din mund. Du får løn for det. Danmark er et godt og rigt land, når de kan betale dig for at underholde mig."

Suad havde svært ved at forstå, hvorfor projektmedarbejderen ikke kunne besøge ham noget oftere. I tre måneder trak han sig fra cafeen i trods. Dengang sagde han til projektmedarbejderen:

"Du er også bosnier. Jeg troede, at du ville hjælpe mig mere, men det blev ikke til noget. Det er utroligt, at alle bosnier forandrer sig her i Danmark. Der er ingen, der beholder de ægte bosniske traditioner, om den rigtige respekt overfor de ældre og syge. Det hele drejer sig om penge. Der er intet hjælp at hente på Centret."

De første 7 måneder gik med at opbygge en kontakt med gensidig respekt og tolerance, og med at tilpasse ambitionsniveauet til de reelle behov og muligheder.

I perioden maj 2001 til og med januar 2002 blev data indsamlet ved brug af kvalitativ interviewmetode. I interviewene forsøgte projektmedarbejderen at være åben og afventende, så brugerne havde ro og tid til at udtrykke deres mening. Der blev brugt netværkskort og kulturgrammet, suppleret med forskellige andre metoder og modeller, som bliver nærmere beskrevet i respektive kapitler. Modellerne var primært tænkt som et hjælperedskab til at konkretisere situationen/relationen og som en samtale-genstand uden for interviewer og brugeren.

Mange af citaterne er fremkommet i hverdags kontakten, når projektmedarbejderen mødtes med målgruppens enkelte medlemmer i Centrets cafe, på hjemmebesøg, hos lægen, osv. Udtalelserne er efterfølgende blevet nedskrevet i projektmedarbejderens "dagbog".

Projektskrivningen var næste skridt og varede til medio april. I denne periode trak projektmedarbejderen sig fysisk tilbage fra kontakten med målgruppen. Projektet er skrevet i samarbejde med lederen af Centret. Tiden efter blev brugt til afsluttende bearbejdning med refleksioner over kurser og gennemgang med hver enkelt fra målgruppen.

Der er tale om en "praksisundersøgelse", hvor projektmedarbejderen har været med til at udvikle en kultur sammen med målgruppen, øvrige brugere og personalet. Projektmedarbejderen er en af aktørerne i kulturskabelsen, og har arbejdet hen imod at kulturen bliver bæredygtig og forsat vil eksistere efter projektperioden.

Der er ikke direkte i teksten henvist til den anvendte litteratur. Litteraturlisten skal således mere ses som baggrundsstof for projektets forståelse.

Centret/Baggrund

Centret er oprettet i august 1997, som et tilbud til mennesker med sindslidelse i Ringkøbing og Holmsland kommuner. Socialpsykiatrien i kommunerne er en selvstændig kommunal del af Ringkøbing Amts psykiatriplan, og der samarbejdes tværfagligt med læger, psykiater, distriktspsykiatrien, sagsbehandlere, hjemmeplejen, samt dag- og døgninstitutionen Rosengården i Skjern.

Hvor det indenfor sygehuspsykiatrien handler om observationer, diagnoser og behandling, handler socialpsykiatrien om den sociale del. Det er hverdagslivet i familien og lokalsamfundet, der er i fokus.

Centret ligger i et 270 kvadratmeter stort hus i to planer med en mindre have, tæt på Ringkøbings centrum. Huset er indrettet med café og er meget velegnet til formålet og er godkendt af veterinærmyndighederne og arbejdstilsynet.

Centrets personale bruger deres egen "selvværdsmodel" i deres arbejde. Grundpillerne er respekt, tolerance og rummelighed. Fundamentet er tryghed og tillid. Opbygningen er fællesskab, ansvar, selvbestemmelse, medbestemmelse og åbenhed. Målet er større selvværd og social mestring hos den enkelte (bilag 1.).

Indsatsen for mennesker med en sindslidelse er delt op i 4 funktioner. Værestedet/cafeen er et samlingssted for mennesker med sindslidelser. Støtte- og kontaktpersons ordningen er for de mest udsatte og isolerede mennesker med en sindslidelse, som ikke gør brug af de etablerede tilbud. Støttecenter/hjemmevejledning til de svært belastede mennesker med en sindslidelse, som har problemer med at mestre hverdagen og have kontakt til andre. Endelig er det psykiatrikoordinator/leder funktionen med ansvaret for, at der er sammenhæng i indsatsen i forhold til brugernes behov, personalets ressourcer og kommunernes målsætninger på området.

For de brugere, som periodisk har brug for tæt støtte udenfor Centrets åbningstid, vil der efter aftale være mulighed for kontakt til amtets pensionat, Rosengården i Skjern i form af telefonkontakt, besøg eller overnatning nogle få nætter.

I 1999 blev der visiteret 4 bosniere, som de første flygtninge med sindslidelser til Centret.

I løbet af få måneder har personalet erfaret, at der er behov for en speciel indsats for flygtninge med sindslidelser i forhold til danskere med sindslidelser. De fleste har store problemer med at lære det danske sprog. Det sværeste for dem er at være sammen med andre mennesker, hvorfor de har trukket sig fra den obligatoriske undervisning, som tilbydes alle flygtninge. Dette betyder igen, at deres manglende forståelse for dansk kultur og tænkemåde giver store problemer i hverdagen.

Et eksempel: Meho får med posten for tredje år i træk julekort fra en forening. Han kan ikke læse, hvad der står i følgebrevet, men der medfølger en regning. Regninger skal betales, og Meho gør det hver gang.

Han er muslim og kender ikke ret meget til juletraditioner, der er heller ikke nogen, han kan sende julekort til.

”Jeg havde afsat 200 kr. fra novembers pension for at købe en regnjakke, og så kom denne regning som jeg skulle betale. Det kommer kun en eller to gang om året, så kan jeg ikke huske at spare penge til det.”

Der er brug for mere praktisk viden omkring målgruppens særlige behov for en speciel indsats. Centret havde ikke ressourcer til opgaven og søgte om puljemidler til projektet.

Målsætningerne er:

- at skabe tillids- og respektfulde kontakter til flygtninge med sindslidelser bosiddende i kommunerne og afprøve støttemuligheder,
- tilegnelse af målgruppens kulturelle/historiske baggrund,
- at udvikle projekter til forståelse for dansk kultur,
- at opbygge specialundervisningstilbud,
- tværfagligt samarbejde for opbygningen af en model til et behandlerteam,
- udveksling af viden med amtets socialpsykiatrikonsulent.

Centrets ”selvværdsmodel”, samt alle Centrets 4 funktioner som helhedsindsats har jeg brugt i hele projektperioden.

Pjecen om Centrets funktioner og målsætninger er i 2001 oversat til arabisk og bosnisk, og afleveret til alle brugerne, integrationsafdelingen og distriktspsykiatrien.

Målgruppen

Målgruppen består primært af sindslidende flygtninge fra Bosnien-Hercegovina og Irak, som de to største etniske grupper i kommunerne.

Indvandrere med sindslidelser indgår ikke i målgruppen, da de er integreret i forhold til de tilbud, der er etableret til sindslidende i almindelighed.

Der er en del traumatiserede flygtninge, især fra Irak. De er nye i området og de er endnu ikke afklaret i forhold til psykiatriske problemer og traumatiske oplevelser. Der mangler landsdækkende offentlige retningslinier for, hvorvidt der skal skelnes, og hvordan det i givet fald kan gøres.

De traumatiserede flygtninge indgår ikke i målgruppen. Flygtningene skal have en psykiatrisk diagnose og/eller kontakt til en psykiater for at blive visiteret til Centret.

I forhold til arabisk talende brugere har projektmedarbejderen været til flere temaaftner om irakisk kultur, organiseret i Ringkøbing Kommunes integrationsafdelings regi. Der er etableret et godt samarbejde med en arabisk tolk, der har været brugt i integrationsafdelingen i længere tid.

Med gensidig respekt blev tolken introduceret i Centrets måde at arbejde på.

Om irakerne vides der endnu ikke så meget konkret. I maj måned 2001 blev der afholdt visitationsmøde til Centret af en irakisk mand med en sindslidelse. Manden havde lige fået familien sammenført og var ikke klar til at tage imod tilbud om kontakt til Centret.

Efter flere mislykkede forsøg i løbet af ca. et år er der i samarbejde med sagsbehandleren fra integrationsafdelingen etableret kontakt i februar 2002, med hjælp fra en sprogskolelærer, som irakeren har tillid til. Irakeren fortsætter med at gøre brug af Centret og får specialundervisning i Centrets lokaler.

Det forventes, at der i de næste 3 år ankommer ca. 300 irakiske flygtninge, dels som ”kvoteflygtninge” og dels gennem familiesammenføringer. Erfaringsmæssigt kan man regne med, at ca. 1% vil komme med en sindslidelse, samt med at flere fra den nuværende gruppe på ca. 150 vil søge hjælp, når tilbageholdenhed i familien på grund af skamfølelse og/eller manglende tillid til systemet mindskes.

Kontakten med den bosniske gruppe har været regelmæssig og kontinuerlig med fire sindslidende, og mere sporadisk med to, hvor den ene selv valgte Centret fra efter 8 samtaler. Den anden har haft svære kulturelle og sociale problemer, og har brugt nogle af Centrets tilbud efter egne ønsker. I sidstnævnte tilfælde, selvom pågældende ikke direkte hører til målgruppen, har der været mulighed for en mere fleksibel kontakt. Det er aftalt med integrationsafdelingen efter en vurdering, at Centret ressourcemæssigt er bedst rustet til opgaven.

En livshistorie:

Ekrem er en 42-årig mand fra Bosnien som voksede op i en kernefamilie i en søskendeflok på 5. De boede på en lille gård, tæt på en mellemstor provinsby. Faderen var en dygtig landmand, mens moderen var hjemmegående husmor.

Ekrem klarede sig ualmindelig godt både i folke- og teknisk skole. Derfor fik han et godt lønnet arbejde i en stor virksomhed i en større by, som tildelte ham en toværelses lejlighed kort efter ansættelsen (hvilket var sjældent tilfældet i hjemlandet). Nogle år efter giftede Ekrem sig med en 2 år yngre kvindelig laborant, og i 1983 og 1985 fik de to sunde sønner. Ekrems tilværelse var præget af harmoni i ægteskabet og forfremmelse i virksomheden og med tætte kontakter med hans store familie.

Efter krigens udbrud i Eks-Jugoslavien i 1992 flygtede Ekrem med familien til Bulgarien. Selve flugten varede flere måneder og var angstfuld. Ekrem viger fra at fortælle mere om det. Kun korte episoder, som denne: *“Vi (hele familien, sønnerne var 7 og 9 år, red.) skulle passere en grænse illegalt 3 gange. Jeg kan ikke fortælle til dig, hvorfor 3 gange. Men, det jeg kan fortælle til dig er, at hvis vi var blevet opdaget - så ville de skyde mig på stedet, mens børnene var der.”*

I december 1992 kom familien til Danmark. Opholdet på asylcenter, hvor de fleste andre ud af 200 asylansøgere klagede over dårlige vilkår, var “rent ferie” for familien, efter alt det de selv havde været igennem på flugten.

Hele familien lærte hurtigt dansk. I 1995 fik Ekrem arbejde, konen gik på sprogskole og forskellige kurser, børnene klarede sig godt i folkeskolen. I 1996 fik konen arbejde som sygehjælper.

“Vi fik en udmærket lejlighed, var tilfredse med jobs, ja - vi blev normale igen efter 4 år imellem himlen og jorden.”

Både Ekrem og konen arbejdede 60 - 70 timer om ugen, og et par år efter købte familien et hus og en ny bil. Ekrem var i fuld gang med renovering af huset, da han blev psykotisk og indlagt på psykiatrisk afdeling.

Efter to ugers indlæggelse og diagnosticering fik Ekrem medicin, som hjalp. Han begyndte at arbejde igen. Men, han holdt op med at spise medicin.

“Jeg havde det rigtigt godt og tænkte: hvorfor skulle jeg forgifte mig længere med al den medicin. Konen advarede mig, hvis jeg bliver så dårlig igen, hun vil forlade mig. Men, jeg skulle skynde mig for tilfredsstille familiens behov, alt skulle være som før - så sku` jeg være rask. Og så blev jeg indlagt igen.”

Konen søgte og fik skilsmisse, og hun flyttede med børnene.

“Pludseligt blev jeg helt alene. Tidligere fælles venner holdt op med at besøge mig. Jeg kunne ingenting. Jeg var ved at beslutte om, at vende tilbage til familien i Bosnien. Hvis det ikke duede, så skulle døden være eneste udvej.

Og så kom den danske kontaktperson, som sendt fra himlen. Vi gik lange ture, snakkede sammen om alt muligt, med al hans forståelse og ydmyghed. Han overtalte mig til, på en indirekte måde ved at spørge om fagforeninger derned og om jeg kunne leve uden kontakt til mine sønner, at jeg besøgte familien i Bosnien i stedet for at flytte tilbage. Besøget resulterede i, at jeg ikke følte tilknytning til den verden og at jeg hele tiden tænkte på mine børn. Jeg kom til Ringkøbing med den klare overbevisning, at det var eneste sted hvor jeg hørte til. Jeg begyndte med at kæmpe igen for livet.

I dag har jeg min lejlighed, hvor børnene besøger mig næsten hverdag, 6-7 både bosniske og danske venner, som har respekt for min sindslidelse og mig selv. Jeg har Centret, som samlingssted og personalet som min tryk i situationen ved sygdommens tilbagevending.”

I starten var det svært for projektmedarbejderen at finde håbet, fordi der var stor modløshed i målgruppen. Kun den evige snak om sygdommen, tab og vanskeligheder. Om Centret fortalte Meho:

”Psykiateren sagde, at vi skulle komme til Centret for at få det bedre. Den gang var jeg på bistand hjælp og for at ikke miste penge gjorde jeg det.”

Etablering af en tillidsfuld kontakt, forklaringer om Centrets funktioner og målsætninger og formidling imellem målgruppen og Centrets øvrige brugere og personale har banet vejen frem til håbet.

”Centret er eneste sted hvor jeg ikke bliver forstyret. De andre er også syge og som sådan kan de forstå mig. Alle snakker langsomt til mig, og hvis jeg ikke svarer, så går de til anden bord.”

Efter halvandet år kan det konstateres, at alle fra målgruppen bruger Centret regelmæssigt. De beskriver det selv som:

”Vores sted, hvor vi kan være i fred, snakke lidt med andre uden at vi bliver spurgt for meget, hvor vi virkelig er lige med andre, som kan forstå os – de er altså også syge.”

To af dem kommer mindst en gang dagligt, uanset om cafeen er åbent eller ej.

Tre deltager i forskellige aktiviteter i Centrets regi, alt efter egne interesser: gåture, malekursus, fisketure, svømning, bowling, bordtennisturneringer, ture ud af huset, osv.

Centret opleves som et trygt værested, et sikkerhedsnet mod ensomhed. Det er en oase, hvor man kan hente hjælp, lidt selvværd og føle sig som menneske.

Samarbejdspartnere

Efter projektbeskrivelsen ville samarbejdspartnerne være: Integrationsafdelingen i Ringkøbing Kommune, psykiater, psykolog, sygehuse, distriktspsykiatrien, sprogskolen for Ringkøbing Kommune. Metoden skulle være at udvikle en model bestående af videnspersoner inden for behandlingsverdenen og den sociale verden, samt oprettelsen af team bestående af psykiater, psykolog, læge og hjemmevejlederen.

Samarbejdet med sagsbehandlere i Integrationsafdelingen er i projektperioden kommet i faste rammer. Der er kommet klarhed om sagsbehandlerne og Centrets ansvarsområder, samt en gensidig høj grad af fleksibilitet i konkrete situationer.

Der er faste møder med privat praktiserende psykiater en gang om måneden, med mulighed for at diskutere brugernes situation. Udover de månedlige møder, er der muligheden for telefonkonsultation. Der udveksles problematikker og viden til fælles forståelse. Det fungerer tilfredsstillende.

Distriktspsykiatrien og Centret indgår sammen i forskellige samarbejds møder, og der samarbejdes med udveksling af informationer om fælles brugere/patienter. Distriktspsykiatrien benytter et lokale i Centret til samtaler med patienter fra Ringkøbing området, og projektmedarbejderen har efter behov konsulteret distriktspsykiatriens personale i pauserne eller efter aftale.

Samarbejdet med privatpraktiserende læger er blevet udviklet i forhold til aktuelle personsager, når der er brug for det.

I perioden er indsamlede data tre gange blevet diskuteret med amtets konsulent.

Det er blevet vurderet at det ikke er nødvendigt at opbygge et specielt team. Projektmedarbejderen har benyttet sig af de samarbejdskanaler der er. Hver tredje måned afholdes psykiatriske teammøder, hvor psykiater, praktiserende læger, distriktspsykiatrien, hjemmeplejen og Centrets personale er repræsenteret. Her er sager blevet taget op og diskuteret tværfagligt.

Der samarbejdes direkte i konkrete situationer på tværs af forskellige fagområder. Der er specielt på hverdagsplanet etableret godt samarbejde med hjemmeplejen og pensionsafdelingen.

Der har ligeledes været samarbejdet med andre:

- Socialpsykiatri medarbejdere fra omkringliggende kommuner. Projektmedarbejderen har også lavet en lille undersøgelse om socialpsykiatriske tiltag i forhold til sindslidende flygtninge i 4 nabokommuner.
- Psykiatrisk afdeling på Herning og Ringkøbing Sygehuse.
- Videnscenter i København, hvor projektet har været på Videnscentrets hjemmeside fra december 2001 og en konsulent besøgte Centret og drøftede problematikken med lederen og projektmedarbejderen.

- Erfaringsudveksling med andre socialarbejdere på mange kurser.
- Projektet blev præsenteret, i form af oplæg, til deltagere på Socialpsykiatrisk Seminar ”Sindslidende med anden etnisk baggrund” i Roskilde i april 2002.
- I oktober 2001 blev der sendt et nyhedsbrev om projektet og om de erfaringer, vi har gjort, til alle praktiserende læger i området og til amtet.

Sproget

Sproget er et af de vigtigste elementer for, at mennesker kan dele tanker, ideer, oplevelser eller følelser med hinanden.

En kollega, den tidligere kontaktperson for målgruppen, fortalte:

”Jeg glædede mig til at snakke med dem. Vi brugte mange billeder fra Bosnien, og de fortalte historier i forbindelse med billederne. Det var dejligt at fange et lille smil ved de langsomme fortællinger. Men, det er en fornøjelse at se den livlige snak i cafeen, mens de fortæller et eller andet til dig. Jeg ville gerne lytte, men sproget var en stor forhindring.”

Ekrem kom til Danmark i 1992 og var på sprogskole i 3 år og arbejdede i 4 år inden han blev syg. Han har bestået dansk 1, som svarer til folkeskolens 9. klasseeksamen. Han fortsætter på forskellige kurser.

Meho kom til Danmark i 1994. Efter halvandet år på sprogskolen blev han smidt ud på grund af koncentrations-, indlærings- og kontaktvanskeligheder. Han taler svært forståeligt dansk, men han kan forstå meget af det, der bliver fortalt langsomt. Kan hverken skrive eller læse dansk.

Suad kom i 1993 og var på sprogskolen i 2 år. Han taler et forståeligt, men oftest ikke nuanceret dansk. Han kan læse lidt, men ikke skrive dansk.

Kemo kom i 1995 og var allerede den gang psykisk syg, uden at dette blev diagnosticeret. Han blev diagnosticeret i forbindelse med visitationen til Centret. Efter kun nogle måneder på sprogskolen, med skift af forskellige klasser, blev han udvist af skolen. Han kan hverken tale eller skrive dansk.

Sprogskolen er organiseret for flygtninge, som har overskud til at lære dansk. Undervisningen foregår i større grupper på 10- 15 kursister. Når flygtninge ikke passer ind i sprogskolens rammer falder de ud af skolen. Der findes ikke organiserede samfundsmæssige mekanismer, der dækker de behov, som en kursist med sindslidelse har.

Mennesker med en sindslidelse har, som en del af deres lidelse, problemer med at fastholde en social kontakt til andre. Manglende sprogfærdigheder i forhold til majoritetssamfund gør det ikke nemmere: *”Søren kom for at snakke lidt med mig fordi jeg sad alene ved bord. Ham kender jeg godt, og han er en god mand, og han roste min dansk. Men jeg blev så nervøs, at jeg skulle spise en ekstra imovane for at komme til mig selv. Før han kom havde jeg tænkt på min søster i Bosnien. Jeg*

kunne ikke samtidigt tænke på min søster og koncentrere mig om at snakke dansk. Jeg var ved at gå ud af mit gode skind.”

Ved sidste indlæggelse oplevede Ekrem, at han blev meget angst, når der ikke var tolk, og han skulle udtrykke sine følelser på dansk. Det er derfor aftalt, at Ekrem ved indlæggelser på psykiatrisk afdeling selv vil bede om at få en professionel tolk.

”Jeg var så syg, at jeg ikke kunne sige et ord på dansk. I øvrigt var det svært for mig at udtrykke mine følelser på modersmålet.”

Suad lider meget med sin ensomhed, han er bange for at falde omkuld uden at det bliver opdaget. Allerede midt på ugen begynder han at få stærkere smerter i maven, fordi weekenden nærmer sig, og det er den værste tid, da han er helt alene uden mulighed for at kontakte nogen, hvis det går galt. Han taler med familien i telefonen, men han kan ikke bekymre dem om sine smerter, når de alligevel er lang fra Danmark og ikke kan hjælpe, hvis han falder. Vi snakkede om at ringe til Rosengården som et hjælp i weekender. Han sagde:

”Bare jeg kunne. Jeg har bøvl med hørelsen. Lige så snart jeg løfter telefonrøret til mit øre kan jeg ikke hører en skid, det hele bliver til et monotont lyd. Så kan jeg ikke forstå, hvad de siger. Umuligt.”

Blandt andet på grund af sprog mangelen er der ingen fra målgruppen, der kan benytte muligheden for at kontakte Rosengården udenfor Centrets åbningstid.

Ekrem har jævnligt samtaler med distriktspsykiatrien. Han fortalte om de hjemmebesøg, han får af en sygeplejerske:

”Hun er virkelig god. Vi snakker som regel om medicin, men nu er vi begyndt at snakke om mine mareridt drømme, som piner mig ad helvede til. Jeg skriver drømmene i en hefte, og så følger vi udviklingen sammen. Det har allerede hjulpet lidt.”

Hverdagslivets ”små” problemer er svære at overskue for målgruppen, og de manglende sprogkunderskaber giver også varierende psykiske belastninger.

Et eksempel: Efter Meho's ønske har vi i samarbejde med et plejehjem lavet en ordning, hvor Meho kan spise sin mad uden svinekød to gange om dagen. En dag blev der serveret kyllingesuppe.

”Suppen duftede som hjemme i Bosnien. Jeg var også sulten, og jeg fik en hele gryde for mig selv. Men i bestikket manglede en ske. Jeg kunne simpelthen ikke huske, hvad den hedder på dansk. Så gik jeg hjem, uden at jeg smagte suppen.”

I samarbejdet med VUC Sprogcenter Syd er der etableret specialundervisning i dansk og samfundsforståelse. Undervisningen foregår i Centret, to gange om ugen af en times varighed. Krav til VUC fra brugerne har været, at det altid skal være den samme lærer. Kravet blev overholdt og de gange læreren ikke kunne komme, trådte projektmedarbejderen i stedet for. Når det var projektmedarbejderen, som underviste, foregik det mest på modersmålet. Selvom man kan sige, at det er en ulempe at komme med samme baggrund, bliver den faste ugestruktur overholdt.

Inden undervisningens start blev læreren introduceret i arbejdet med sindslidende, og der blev diskuteret ambitionsniveau for indlæring fra alle sider. Læreren har modtaget løbende supervision af

projektmedarbejderen. For det meste handlede det om at tilpasse ambitionsniveauet hos læreren. Med VUC er der aftalt opfølgingsmøder kvartalsvis.

I samarbejdet med brugerne og VUC har vi klargjort mål for undervisningen:

- Kursisterne definerer selv, hvad de vil beskæftige sig med fra gang til gang. Der evalueres efter hver lektion. Har kursisterne et aktuelt spørgsmål, går det forud for lærerens planlægning.
- Der vedligeholdes det dansk, de kan.
- Lære det dansk, de har behov for.
- At kursisterne bliver bedre til udtale.
- At kursisterne deltager regelmæssigt.
- At kursisterne efterhånden kommer væk fra ”doseringsæsken” ved at vi beskæftiger os med noget, der ligger ud over dem selv, og at vi også hver gang skal more os.

Der er 5 kursister, hvoraf en kursist er fra en nabokommune.

Aftalen med VUC er, at der ikke må være flere end 5 kursister i en klasse.

De første 4 gange var projektmedarbejderen tilstede ved selve undervisningen og snakkede bagefter med brugerne. Ved de regelmæssige hjemmebesøg har vi diskuteret undervisningen utallige gange. Da Kemo en gang havde fysiske vanskeligheder med at komme i Centret, kørte læreren og projektmedarbejderen til hans lejlighed. De andre kursister blev også inviteret hjem til ham. Han sagde den gang:

”Her er jeg som værten for undervisningen, ligesom det drejer sig om en minister.”

Evaluering efter første kvartals opfølgingsmøde viser, at alle involverede parter er tilfredse og enige om, at der er behov for en fortsættelse.

Meho`s kommentar var:

”Min læge sagde ved det sidste besøg, at jeg taler meget bedre dansk. Nu går jeg på skole du.”

Undervisningen indebærer både sproglige, samfundsmæssige og kulturelle dimensioner på det plan, hvor målgruppen synes, at det er interessant og spændende.

Der bliver ikke undervist i, hvor mange medlemmer der er i folketinget, men om kongehuset. Der bliver også undervist i forskellen på den praktiserende læge og vagtlægens funktioner. Da de snakkede om sidste kommunalvalg og om byrådets kompetencer, sagde Kemo, som ikke havde stemt, selvom han var berettiget:

”Til næste valg vil jeg stemme. Så skal nogen af jer fortælle om hver kandidat. Jeg stemmer på en der vil gøre mere for de syge. Det er utroligt, at jeg har den mulighed, selvom jeg er skør.”

Efter et halvt år har vi evalueret:

- At Meho og Kemo møder 100%, Suad 75% (han rejste 3 måneder på familiebesøg). Kursisten fra nabokommunen kom 4 gange i træk og udeblev herefter. Den femte kom meget uregelmæssigt.
- At Suad og Meho har et stort passivt ordforråd, som til dels gør dem i stand til at følge med i andres samtaler på dansk, og de forstår og deltager i meget enkle samtaler om hverdagsting. De to læser ordene, som de står, og de er ikke bevidste om forholdet mellem tale og skrift.
- At alle lærer meget langsomt. Især Kemo havde i begyndelsen svært ved at koncentrere sig om undervisningen. I forløbet har han vist større interesse.
- At kursisterne er meget glade for, at læreren kan udtale nogle få bosniske ord.

Meho, hvis barn er tvangsanbragt i en dansk plejefamilie for flere år siden og ikke kan tale sit eget modersmål, fortalte stolt ved evalueringen:

”Nu kan jeg snakke med min søn uden tolk. Han griner af mit dansk, men vi snakker alligevel sammen.”

Når Meho og Kemo har været hos praktiserende læge og privat praktiserende psykiater har projektmedarbejderen været tolk. De første 10 måneder fik Suad tolk udefra. Det var nødvendigt, at der blev opbygget tillid inden projektmedarbejderen fik lov til at tolke.

I dag går Meho og Suad til praktiserende læge uden tolk. Når Kemo skal til praktiserende læge, tolker Meho for ham.

Specialundervisningen har været med til at genvinde selvværdsfølelsen hos flygtningene. Deres dansk kundskaber er ikke forbedret betydeligt, men øvelserne har hjulpet til, at de bruger det, de kan.

De tør have mere med andre mennesker at gøre..

NETVÆRK

Morten Ejrnæs (“Sociale netværk”, 1999) skriver: “Da der er dokumentation for, at et godt netværk kan forhindre både sygdom og sociale problemer, er det naturligt, at man i socialt og sundhedsmæssigt arbejde i stadig større omfang forsøger at opbygge eller styrke menneskers netværk, enten som et led i anden behandling eller som selvstændig behandling i forhold til sygdom eller sociale problemer.”

De fleste flygtninge kommer fra lande med et kollektivistisk livssyn, hvor den nære familie, slægt, venner og naboer spiller en stor rolle i menneskets dagligdag. Det er dette netværk, der får det enkelte menneske til at føle et tilhørsforhold, selvværd og identitet, det er også her mennesket kan hente emotionel og økonomisk støtte.

Ved migrationen går en stor del af tidligere netværk tabt for de fleste flygtninge. Opbygning af et nyt netværk er stærkt afgrænset på grund af ophold i asylcentre og de sproglige kundskaber, som hver enkelt har. Det resulterer som regel i, at netværksdannelsen bliver baseret på personer fra hjemlandet. Problemer opstår når de flytter ud i lokal samfundet og bliver spredt i egne boliger.

Suad kom alene til Danmark, men boede på asylcenter med 300 andre bosniere. To år efter fik han en lejlighed i byen. Siden det har han fået ondt i maven:

“Jeg havde ingen problemer på asylcentret, der var altid nogen at drikke en øl med. Men efter vi flyttede i lejligheder, inviterede jeg forgæves mange. Folk skyndte sig efter penge. De solgte sig selv og sin bosnisk kultur i en fart. Jeg kunne ikke arbejde fordi maven begyndte at gøre ondt.”

Mennesker med en sindslidelse har, som en del af deres lidelse problemer med, at fastholde en social kontakt til andre.

Efter skilsmissem forsøgte jeg at opretholde de kontakter, jeg tidligere havde haft med bosniere i Danmark. Men, alle vegne kunne jeg mærke en ydmyget medlidenhed på grund af sygdommen og ensomheden. Jeg besøgte ingen nu, og de holdt efterhånden også med at besøge mig.”

For at undersøge hvordan deres sociale netværk ser ud, har jeg brugt Fybrands (Fybrand, L. Socialt netværk, teori og praksis, 1994) netværksskema. Undersøgelsen blev lavet i april og maj 2001.

Placer alle i din familie
og slægt på denne side

Placer alle, som du ikke
er i familie med, på denne
side (venner, naboer osv.)

Zone 1:

Alle er ugifte eller fraskilte og bor alene.

Zone 2:

a. Familie og slægt.

En nævner sine børn, som de allervigtigste og så moderen. For de øvrige er det mødrene, der er de vigtigste.

b. Andre.

En har en dansk ven og bagefter er der tidligere- og nuværende kontaktperson. En anden har en bosnier og så nuværende kontaktperson. De øvrige to nævner nuværende kontaktperson som vigtigst.

Zone 3:

a. Familie og slægt.

For alle er det fælles træk i denne zone – her kommer søskende, tanter, onkler, fætre og kusiner, som er langt væk, og kontakter er meget sjældne.

b. Andre.

En nævner bekendte, danskere fra tidligere arbejde og skole. En anden har en bosnier, som gør tjenester mod betaling (kørsel, oversættelser, osv.). To har ingen.

Zone 4:

a. Familie og slægt.

Kun en nævner, at der er nogle - ældre slægtninge lang ude i familien.

b. Andre.

Ingen i målgruppen har nogen.

I forhold til kategorien med de personer, som gør dem utrygge, udtaler to, at der ingen er, mens to har det svært ved at møde ukendte, berusede, "bedrevidende" mennesker og større grupper.

Undersøgelsen viser, at trods de stærke familietraditioner målgruppen har, bor alle alene og har et meget spinkelt og skrøbeligt netværk.

Selvom der professionelt arbejdes ud fra, at indsatsen skal være med mindst muligt indgriben i deres hverdagsliv, nævner de alle sammen kontaktpersonen som følelsesmæssigt en af de vigtigste personer.

En udstødningsmekanisme rettet mod psykisk syge flygtninge kommer både fra etnisk- og majoritets samfund, på to forskellige måder.

På grund af de sproglige og psykiske vanskeligheder er deres kontakt til danskere, både i Centret og i al almindelighed, meget kortvarig og begrænset.

Meho inviterer vores nyansatte kollega ved sit bord til en kop kaffe. Og så spiser han en beroligende pille ekstra. Hvorfor?

“Jamen hun sagde en pænt hej og præsenterede sig for mig. Det ville være frækt af mig, ikke at gøre det. Jeg spiste en imovane for at holde det ud. Heldigvis så hun det og gik videre.”

Meho fortæller om kontakter med danskere i byens cafe for de svage grupper :

“Jeg kan ikke være i Dansk Røde Kors cafeen. Det er et godt sted, stille og hyggeligt, med billig kaffe og brød, og så kan man være der så lang tid som cafeen har åben. Men, så kommer en eller anden dansker for at snakke med mig. Alle er venlige og vil snakke med mig fordi jeg er ensom. Men det er lige det jeg helst vil. Efter fem minutter snak på dansk bliver jeg træt i hoved. Så går jeg.”

Den bosniske gruppe i Ringkøbing formår ikke at rumme og integrere deres problemer. Der sker en udstødning og de bliver yderligere undertrykt af deres egne landsmænd.

Kemo fortæller:

“Jeg har brug for et sted i byen, hvor jeg kan være i fred et par timer om dagen. Det er ikke nemt at finde, fordi i den bosniske klub bliver jeg altid drillet af andre pga. sygdommen. Og så er der for meget larm.

Jeg spiser hurtigt maden i den bosniske klub, og cykler videre til Center for at få en kop kaffe i fred. De dage, hvor Center ikke er åben, har jeg prøvet at være i forskellige cafeteriaer, men de har smidt mig ud efter kort tid - det kan jeg godt forstå, når jeg ikke bruger ret mange penge og samtidigt sidder alene ved bordet, hvor der kan være fire kunder.”

Ekrem færdes meget sammen med Søren, som er en dansk bruger af Centret. En gang inviterede Ekrem Søren på besøg, hvor de skulle klippes hjemme hos ham. Der er en ældre bosnier, der plejer at klippe Ekrem for en kop kaffe eller små penge. Bosnieren kom og ville også gerne klippe Søren. Men, der var en ubehagelig kommentar fra barberernes side om en af Centrets brugere, som skulle flytte ind i en lejlighed i samme opgang, det ramte Ekrem:

Tænk, at han kunne sige det til mig. Han sagde: ”Er det ikke for meget, at Mikael flytter ind ved siden af mig?. I forvejen er der to psykisk syge i samme opgang. Det bliver mere sygehus end boligkvarteret. Spørg Søren, hvad han mener om det.

Han får aldrig lov for at klippe mig igen. Selvfølgelig har jeg ikke oversat det til Søren.

Suad er ungkarl og bor i sin lejlighed i en boligkompleks, hvor der er mange bosniske familier:

”Jeg besøger ingen. Før havde jeg kontakt til en bosnisk familie, som jeg besøgte og kunne få en

kop kaffe. Både manden og konen var flinke og vi snakkede fint sammen. Et styk tid efter begyndte rygter om, at jeg var efter konen. Jeg holdt med besøgene, for at beskytte familien.”

De omgås kun sporadisk indbyrdes i selve målgruppen. De har svært ved at rumme hinanden. Meho ville ikke sidde i Centret ved samme bord som Suad:

”Han snakker kun om sine smerter. Og hvis jeg siger noget anden, bliver han sur fordi jeg ikke respekterer hans sygdom. Ligesom jeg ingen problemer har. Jeg gider ikke, jeg har nok med min sygdom.”

Netværksarbejdet begyndte med en formidling til selve målgruppen.

Projektmedarbejderens kendskab til den bosniske kultur hjalp. Overdrivelser og sladder bruger man tit i en bosnisk gruppe som et forsøg på at forsvare sig mod nye kontakter til det ukendte eller dem, man har svært ved at holde ud. På den måde legaliseres en eventuel afvisning af kontakt, hvilket er i strid med kollektivistisk opdragelse, som indebærer en forpligtelse for at forså og hjælpe andre.

Når man hører en negativ omtale af en tredje, så skal man i starten forholde sig neutralt. Hvis man er afvisende, så bliver man opfattet som omtalte. Hvis man er bekræftende, så sladrer man og er utroværdig at betro sig til. Senere kan man godt sige sin mening.

Efter flere måneder med neutral lytning, begyndte projektmedarbejderen med små kommentarer.

”Suad er virkelig umulig at lytte til. Det er kun ham og ham. Og hans smerter.”

”Manden er jo syg.”

”Det er jeg også. Mere end han. Alligevel snakker jeg ikke kun om det.”

”Ja, men du kommer oftere her og snakker med mig og andre om alt. Han sidder alene i sin lejlighed.”

”Han kan også komme oftere hertil.”

”Han sagde til mig, da jeg var hos ham, at han gerne vil komme og snakke med dig og Kemo, men det kan han ikke på grund af smerter i maven.”

”Vil du ikke hilse ham fra mig.”

Projektmedarbejderens formidling har hjulpet til en større fælles forståelse for hinandens lidelse.

De sidste måneder kan der ses en udvikling i retning af, at alle fire i målgruppen bruger hinanden meget mere.

To har også kontakter med danske brugere i og uden for Centret .

Et eksempel illustrerer bedst netværksudviklingen:

Ekrem besøgte Søren på sygehuset, efter en alvorlig operation. Søren er også Centrets bruger, som Ekrem kun har sporadisk kontakt til. Han fortæller:

Søren har det bedre. Jeg besøgte ham i går. Han fortalte mig om flere fra Centret, der havde besøgt ham. Så sagde han: ”Er det ikke vidunderligt med alle de besøg. For et år siden sad jeg alene i min lejlighed uden kontakt til andre mennesker i månedsvis. Siden det, at jeg begyndte at komme i Centret, er der mange der bekymrer sig om mig. Det føles så dejligt.”

Da Ekrem så Søren græde, blev han meget glad for, at han besøgte ham.

Jeg er så glad for, at jeg gjorde det.

Jeg tror, at jeg først nu har forstået Centrets funktion.

Pårørendearbejde.

“Jeg har en lille bror, der bor på Fyn. Han er rask. Han klarer sig rigtigt godt. Han tjener meget, har en kæreste og mange venner. Siden jeg blev syg, snakker vi sjældent sammen. Måske en eller to gang om året. Når jeg skal låne penge fra ham. Han låner mig altid penge, men vi snakker ikke om andet.

Han har travlt som en dansker. Han besøger mig aldrig. Og hvorfor skulle han det, når vi ikke har noget at snakke om. Når jeg prøver at fortælle noget til ham i telefon, siger han altid at det har jeg fortalt før. Og så skulle han af sted. Hvad skal jeg sige til ham, når der hver eneste dag sker det samme. Det er mig, der er skør. Han er en god dreng, han hjælper vores mor, låner penge til mig, når jeg trænger til det. Hvad kan han hjælpe ved min sygdom. Jeg har dig (kontaktpersonen, red.), at snakke sammen. Du afbryder ikke, forsøger ikke at få mig til at gøre et eller andet. Jeg kan faktisk fortælle nogle ting kun til dig. Og du får løn for det. Det er godt og rigt land, vi bor i. Og dette ved min familie i hjemlandet. De tænker på penge, når jeg besøger dem. Jeg kunne lige så godt sende penge til dem. Så ville de være fri for, at pleje mig.

Ingen besøger familien, mens jeg er hos dem i Bosnien. Børn må ikke være i nærhed - forældre er bange, at jeg vil skade børn.

Jeg kan godt forstå, at det er svært for dem at forklare til deres naboer om, at jeg er psykisk syg og sidder hele dagen i skyggen med mine smøger uden at bestille noget.”

Suad blev indlagt en søndag eftermiddag. Projektmedarbejderen besøgte ham næste dag og spurgte, om der var behov for at ringe til hans mor eller nogen anden:

Nej, nej! Bland dig ikke! Jeg skal nok ringe til alle, når jeg får det bedre. Og hvis du møder nogen af mine bekendte eller snakker med nogen i telefon, nævn ikke indlæggelsen, specielt ikke det, om psykiatrisk afdeling.

Deres familier har hverken viden om eller forståelse for psykiske sygdomme. Det er de tabubelagte områder. Familiens interesser går forud for det enkelte medlems, så skamfølelsen omkring sygdommen gør, at de prøver at holde det bedst muligt skjult. Det gør pårørende arbejde meget vanskeligt. Alle fra målgruppen har mere eller mindre en følelse af skam, og ingen af dem vil have, at kontaktpersonen kontakter deres pårørende.

KULTUR

Gruk

**Jeg tror, at den erkendelse er sand
og rummer al den visdom, vi behøver:
Det er utroligt, hvad man ikke kan,
når man af ærlig vilje ikke prøver.**

Alle samfund har normer og regler for, hvad der er rigtigt og forkert, normalt og unormalt. Disse normer og regler opstår ved, at mennesker lever sammen og udformer rammer for deres eget og samfundets sociale liv, og vores reaktionsmønstre bliver mere eller mindre farvet som resultat af denne interaktion. Individet har mulighed for at tage aktivt del i denne proces.

Gennem mange diskussioner i forskellige sammenhænge med andre faggrupper, har jeg oplevet en vis grad af usikkerhed i forhold til, hvorvidt man skal være opmærksom på kulturens påvirkning. De forskellige faggrupper er nervøse for at fejlbehandle flygtninge på grund af uvidenhed omkring kulturelle barrierer, kommunikationsmåder og/eller verdensopfattelser.

Der er mulighed for at give kulturen for stor betydning. Af to grunde:

For det første kan kulturen ikke bruges som tilstrækkelig forklaring på, hvorfor den individuelle flygtning reagerer, som han gør. Flygtninge kommer fra forskellige lande og egne. Der er forskellige socialklasser og uddannelsesniveauer. Deres krav til tilværelsen er meget forskellige og ligeledes deres ydeevne.

Og for det andet: ingen er i stand til at kende til samtlige kulturelle forklaringsrammer og dermed anvende denne tilgang som et brugbart værktøj.

Man skal gøre sig sin egen konkrete kulturelle og værdimæssige ballast klar.

Da jeg selv skulle begynde med at arbejde med en irakisk mand med sindslidelse, spurgte jeg en irakisk socialrådgiver på et fagligt kursus om, hvorvidt man kan inddrage brugerens familie i arbejdet. Svaret var kontant: *"Spørg ham selv!"* For meget kultur i overvejelserne kan skubbe fagligheden til side.

"Erfaringer siger, at der ikke findes mennesker, der afviser enhver form for hjælp og kontakt, hvis blot den hjælp og den kontaktfrem, der tilbydes, har den rette karakter. Alligevel bliver vi ved med at tale om, at vi støder på manglende motivation, manglende vilje og manglende ønsker om ændring hos personer, der lever en marginaliseret tilværelse." Preben Brant

Migration i sig selv giver stress og sårbarhed. Det nye samfund bygger på et ukendt sæt af normer og regler, en anden opfattelse af livskvalitet, tidsorganisering, hverdagsværdier m.m.

Når kulturer mødes, er der mulighed for, at forventninger og adfærd kolliderer.

Engang i integrationsperioden havde jeg en 41-årig bekendt fra hjembyen på besøg. I Bosnien arbejdede han som skolelærer og i fritiden hjalp han sin far, som var landmand. Forældrene havde en lille gård, hvor der var 3 køer, 50 høns, 6 lam. I Danmark havde han ikke arbejde. Han gik på et aktiveringskursus og kunne ikke se, at han duede til noget. Vi gik en tur forbi en stor gård, og han sagde:

"Jeg skal ikke bekymre mig for fremtiden. Når kun en dansk landmand kan fremstille fødevarer til flere hundrede mennesker og enhver skole er proppet med computere, så kan jeg godt forblive på bistandshjælp resten af livet. Jeg vil gerne arbejde, men med hvad? Jeg kan ikke konkurrere med danskerne."

Seks måneder efter ringede han til mig for at sige, at han havde fået arbejde på en fabrik i Maribo.

Eksemplet viser den forvirring og uoverskuelighed, der opstår, når en flygtning fra et land med små landbrug møder højteknologisk/informations samfund.

Selvom man gerne vil være en del af det nye samfund, formår man det ikke på grund af de store kulturelle forskelle, med en dårlig samvittighed til følge.

Når der snakkes om flygtninge med sindslidelser, ser vi kulturelle forskelle bl.a. i måden at definere sygdom på.

Når det i Danmark er karakteristisk at det offentlige tager sig af mennesker med sindslidelser, så er der i mange kulturer, som flygtningene kommer fra en privat sag. I Danmark er der lagt større ensartethed i tilbudene, hvor det i andre kulturer mere beror på hvilke ressourcer den enkelte familie besidder.

Mennesker med sindslidelser har svært ved at indgå i socialt samvær med andre mennesker. Hvad flygtninge med sindslidelser angår, er de på grund af manglende sproglige kundskaber i dansk, rettet mod gruppen af landsmænd, hvor definitionen som ”unormal” har en ekstra udstødningseffekt.

Som nævnt, Kemo kan ikke dansk. Derfor går han i bosnisk klub, hver gang, den er åbnet, eller til byens cafeer, hvor bosniere samles. Han fortæller:

”Lige så snart jeg kommer ind, begynder de med sjove bemærkninger omkring min måde at gå på eller noget lignede. Men, jeg får lov at sidde med dem fordi jeg altid betaler en omgang til alle. Jeg har aldrig fået en cola betalt af nogen. Det er lige meget, bare de lade mig i fred. Det gør de ikke, en eneste minut. Hurtigt bliver jeg træt og går hjem.”

En anden side af den samme problematik er, hvilken sygdomsopfattelse har en flygtning selv.

For at finde ud af det og opsummere det kulturelle aspekt på en mere sammenlignelig måde, har jeg i min undersøgelse brugt M. Skyttes model ”Kulturagrammet”, skematisk figur i bilag nr.2.

Punkter nr. 5 og 7 blev gennemgået i kapitlet om netværk.

1. Længde af ophold her i landet + Alder ved migration

Alle kom i perioden 1993-1995.

Alder: fra 31 til 41 år

2. Årsag til migration + juridisk opholdsgrundlag

Årsag: krigen i eks-Jugoslavien

§ 7, 2 i Udlændingeloven

3. Karakter af brud med hjemlandet

Alle har sagt, at det nu er det definitive brud. Før sygdommens udbrud havde 3 tænkt at vende tilbage.

Alle har familiemedlemmer i Bosnien, tre rejser på besøg om sommeren.

4. Familierelationer

Alle bor alene. En har regelmæssig kontakt med egne børn. En anden har kontakt til sine børn, når der er psykisk overskud.

Alle har jævnlig telefonkontakt med deres mødre, og de besøger dem en eller to gange om året. Der er svag telefonisk kontakt med resterende familie.

6. Modersmål

Alle taler bosnisk.

8. Værdier omkring uddannelse og arbejde

Alle var tilfredse med deres uddannelser og deres tidligere arbejde i Bosnien.

I dag er alle førtidspensionister. En havde før sygdommens udbrud arbejde i Danmark og var meget tilfreds med arbejdet, bortset fra kvantiteten – i gennemsnit 60 timer om ugen.

Tre udtaler helt klart, at de absolut ikke kan arbejde eller uddanne sig mere, det tilhører fortiden, da de var raske. Og dengang var det forbundet med mange dejlige oplevelser.

En vil gerne arbejde få timer om ugen, da han hurtigt bliver træt. Tidligere jobs var positiv identitetsskabende.

9. Sundhedsopfattelse

Kemo giver sin mor skylden for sin psykiske lidelse. Han er vred på hende fordi hun fødte 4 børn, selvom hun var psykisk syg før indgåelse i ægteskabet.

Meho giver skylden til en for ham ukendt person, som har forbandet ham med hjælp af en hodja, altså en muslimsk præst.

Ekrem betragter lidelsen som et uheld. Han tror, at han er en af de få, der rammes af sygdommen. Der er også en lille mistanke om påvirkning af giftige gasser på arbejdspladsen, hvor han ikke overholdt sikkerhedsreglerne (F.eks. maskepligt).

Suad har ikke sygdomserkendelse om sin psykiske sygdom.

Alle indtager medicin regelmæssigt og giver udtryk for, at de er meget afhængige af den.

Ingen har alkohol- og misbrugsproblemer, selvom alle drak før sygdommens udbrud, og to var meget afhængige af alkohol.

10. Betydningen af vanskelige hændelser

To svarer, at krigens hændelser ingen betydning har.

En var meget og en lidt ængstelig i den tid.

11. Religion og dens betydning i hverdagen

To svarer, at de ikke er troende, men har respekt for dem, der er det.

En svarer, at han intet ved om religion.

En beskæftiger sig ikke med religion, men vil gerne vide mere.

Alle har muslimsk baggrund. For tre har religionen ingen betydning i hverdagen, mens en ikke spiser svinekød.

12. Livsplaner

To siger blot, at de ingen har.

En har ingen, men måske vil han hænge sig.

En har ikke konkrete planer, men vil gerne blive rask.

Undersøgelsen viser nogle få fælles træk:

- Mere eller mindre hjælpeløshed og utilstrækkelighedsfølelse
- Ingen har følelse af selvforskyldthed i forhold til hverken sygdommen eller forsørgelse. Alt er uheld eller andres ansvar. De er syge og som sådan uduelige på arbejdsmarkedet. Heller ikke skamfølelse, udover den skam det giver familien i forhold til at være i familie med en psykisk syg.
- Manglende betydning og selvrespekt
- Ingen er religiøse på den måde, at religion skaber problemer i hverdagen.

I det hele taget er ansvarsbegrebet meget centralt i en kollektivistisk storfamilies kulturforståelse. I Bosnien bliver man opdraget til at tilsidesætte sine egne behov for gruppens skyld. Mangel på økonomisk tryghed skaber grobund for familien/slægtens og det omkringliggende netværks indflydelse på de enkelte individers selvstændighed. Ansvar for ens eget liv er fordelt til mange personer i netværket. Man er afhængig af roller, positioner, evner og færdigheder i netværket.

Peter Berliner forklarer det på denne måde:

“Fællesskab og nærhed mellem mange personer har som resultat uklare grænser mellem jeg`et og ikke-jeg`et, ikke sådan at forstå, at individet ikke ved, hvem det er, eller det ikke føler en distinkt selvopfattelse, men denne selvopfattelse inkluderer en række personer, hvis tanker og følelser og handlinger man identificerer sig med. Man kan i den kollektivistiske livsform ikke operere med et selvstændigt >jeg<, men med et velafgrænset >vi< i betydningen familie eller slægt.”

Klientgørelsen ved ankomsten til Danmark er stort set en forsættelse af frasigelse af eget ansvar. Mange flygtninge lader sig definere som klienter for at uddelegere ansvaret til andre. Ofte er integrationsarbejderen ikke klar over disse forhold, når der stilles krav fra det offentliges side omkring integrationsindsatsen. Dette betyder, at den enkeltes manglende ansvarsfølelse for egen integration fastholdes i tidligere mønstrer.

Dialogen mellem en flygtning og en integrationsarbejder indebærer magtubalance per definition.

Kulturs indflydelse på flygtninge er forskellig alt afhængig af deres personlighed, socialklasse, uddannelsesniveaue og deres aktuelle situation i Danmark.

Gensidig respekt er ønskværdigt, men oftest laver vi professionelle en fejl, idet at vi tænker mest på at udvise det over for dem, men vi burde se det lidt mere fra den anden side: at flygtninge respekterer os på “den rigtige måde”.

Om de kulturelle forskelle behøver vi ikke at vide alt på forhånd, men vi kan spørge, analysere og sætte vores grænser, samtidigt med at vi skal turde vise (og forklare måske, ud fra deres tankemåde) vores omsorg og grænser.

Hvad målgruppen angår, viser ubalancen sig i allerhøjeste grad. I sygdommens begyndelse har alle fuldstændigt overladt ansvaret for deres liv til behandlersystemet, og senere til kontaktpersoner.

Et eksempel:

Da jeg første gang skulle være tolk for Kemo hos psykiateren, fortalte han mig, mens vi ventede:

”Psykiateren er også skør. Den gang da jeg var helt ude, hvor jeg var bange for min lille søn, sagde han til mig at jeg skal hjælpe mig selv ved at kæmpe videre og går ud, bl.a. til Centret, hvis jeg vil have det bedre. Det er dumt sagt af psykiateren. Hvis jeg kunne hjælpe mig selv, så ville jeg ikke have brug for ham. Det virker som om han mener, at jeg kan lide at være syg, eller ikke vil gøre alt for at være rask. Men, han er god læge. Han har hjulpet med medicinen, som jeg ikke kan leve uden. Og så gik jeg i Centret, og var der nogle minutter, ellers ville jeg måske miste penge. Heldigvis var folk flinke og spurgte ikke til mig. Kontaktpersonen var ydmygende som om han selv var enten syg eller flygtning, og han hjalp meget.”

I Centret eksisterer en kultur som tager udgangspunkt i den enkeltes ret til selv at bestemme og have indflydelse på eget liv og respekt og forståelse for de værdier, som ligger i fællesskabet. Det er primært de danske brugere, som sammen med personalet har opbygget denne kultur. Kulturen bygger på tryghed, tillid og kendthed som de bærende elementer. Kulturen vil altid være afhængig af, hvilke ressourcer, der er til stede i brugergruppen og hos personalet og hvilke rammer, der politisk gives mulighed for. Det er ikke målet, at brugerne som gruppe skal integreres eller normaliseres, hvor normen er, at brugerne skal ligne personalet så meget som muligt. Det forhindrer ikke brugerne i at søge en tilværelse så nær som muligt på ”vi andres”, hvis det er det, de vil.

Det er begrænset, hvor meget anderledeshed en etableret kultur kan bære uden at forandre sig. Den eksisterende kultur i Centret har ikke forandret sig væsentligt i forhold til, at målgruppen er blevet en større del af kulturen.

Projektmedarbejderen har hele tiden haft fokus på, at den oprindelige kultur bliver bevaret, samtidig med at flygtningene er en del af denne. I den første tid var der et uafklaret forhold imellem de to grupper. Ved det store bord i cafeen sad de danske brugere og de fleste fortiende accepterede bosnierne, som sad i hjørnet ved et andet bord. Bosnierne var der, fordi deres læger havde sagt, at det ville gavne dem, og de alligevel ikke havde andre steder at være. De drak kaffe uden kontakt til storbords gruppen. Udenfor de rammer var 2-3 danskere, som var imod bosniernes tilstedeværelse og en bosnier, som kunne finde på at sætte sig tavs ved storbordet.

Projektmedarbejderens formidlingsrolle startede med etablering af kontakten til de danske brugere, som var imod flygtningene. Flere gange blev der talt om krigen og det, flygtningene skulle igennem, inklusiv projektmedarbejderen. Det hjalp. Senere indsats gik på formidlingen på tværs af de to kulturer og indbyrdes snak.

Der er sket en udvikling. I dag fungerer kulturen bedre. Når en dansk bruger sætter sig ved bordet i hjørnet, mens bosnierne snakker sammen om en fisketur på modersmålet, fortsætter diskussionen på langsom dansk.

Alle fra målgruppen føler sig hjemme i Centret. De er, i forskellige grad, en del af en større gruppe. De er en integrerende del af kulturen.

Den oprindelige bosniske kulturkerne, med bred netværk og daglige kontakter til mange mennesker, er meget forandret hos de fleste herboende bosniere på grund af ændringer af livsstil, som er betinget af mindre tid i hverdagen. Det frivillige socialt arbejde er stort set et ukendt begreb, enten er man en ven eller man får løn. Der var ikke stor hjælp at hente i byens bosniske samfund ift. netværksarbejde.

Integration

”Da det essentielle i det psykologiske traume er den afmagt og isolation, flygtningen hensættes i, er det et meget vigtigt skridt på vejen til et bedre liv at arbejde på at genvinde selvtillid, genoprette sit værdisystem og turde at have med andre mennesker at gøre igen.”

Grete Svendsen

Flygtninge er per definition mennesker, der har måttet ændre tilknytningen til fædrelandet. Uanset i hvilken grad den enkelte har haft mulighed for frivilligt og selvstændigt at tage stilling til og beslutning om bosættelsen i Danmark, har den enkelte været udsat for mange tab, som vanskeliggør en integrationsindsats både for flygtningen selv og for samfundet.

Integrationslovens formål, § 1., er bl.a. "at bidrage til, at nyankomne udlændinge sikres mulighed for deltagelse på lige fod med andre borgere i samfundets politiske, økonomiske, arbejdsmæssige, sociale, religiøse og kulturelle liv".

Altså, at disse mennesker kan leve et så selvstændigt liv sammen med andre som muligt.

Sindslidelserne er hæmmende for integrationen.

Tre fra målgruppen blev udvist fra sprogskole på grund af manglende koncentrationsevner og besværligheder i kontakten med andre kursister. De faldt ud af det system, som er tilrettelagt til "raske" flygtninge.

To eksempler:

"Læreren kunne ikke forstå, at jeg først mødte op til tredje eller fjerde time. Det var umuligt for mig, at stå op tidligt om morgenen.

Det er lige meget, når jeg alligevel ikke kan lære noget."

"Jeg har aldrig kunnet lide at gå i hvilken som helst skole. Men, på sprogskolen var det sjovt i starten. Vi var mange fra asylcentret, der var få timer om ugen og vi havde en god lære. Så kom sygdommen. Jeg var bange for min lille søn og gemte mig for ham. Hvordan kunne jeg være i en klasse på 15 voksne."

Den fjerde kunne ikke beholde sit arbejde.

"Jeg var så glad for og stolt af mit arbejde. Men sygdommen ville noget andet. Jeg blev træt efter en time. Og så snakkede alle sammen om de fejl jeg lavede i mit arbejde. Jeg forsøgte med deltids arbejde, men det kunne heller ikke lade sig gøre."

Sindslidelsen mindsker muligheden for deltagelse i de fleste former af samfundets liv på lige fod med andre borgere.

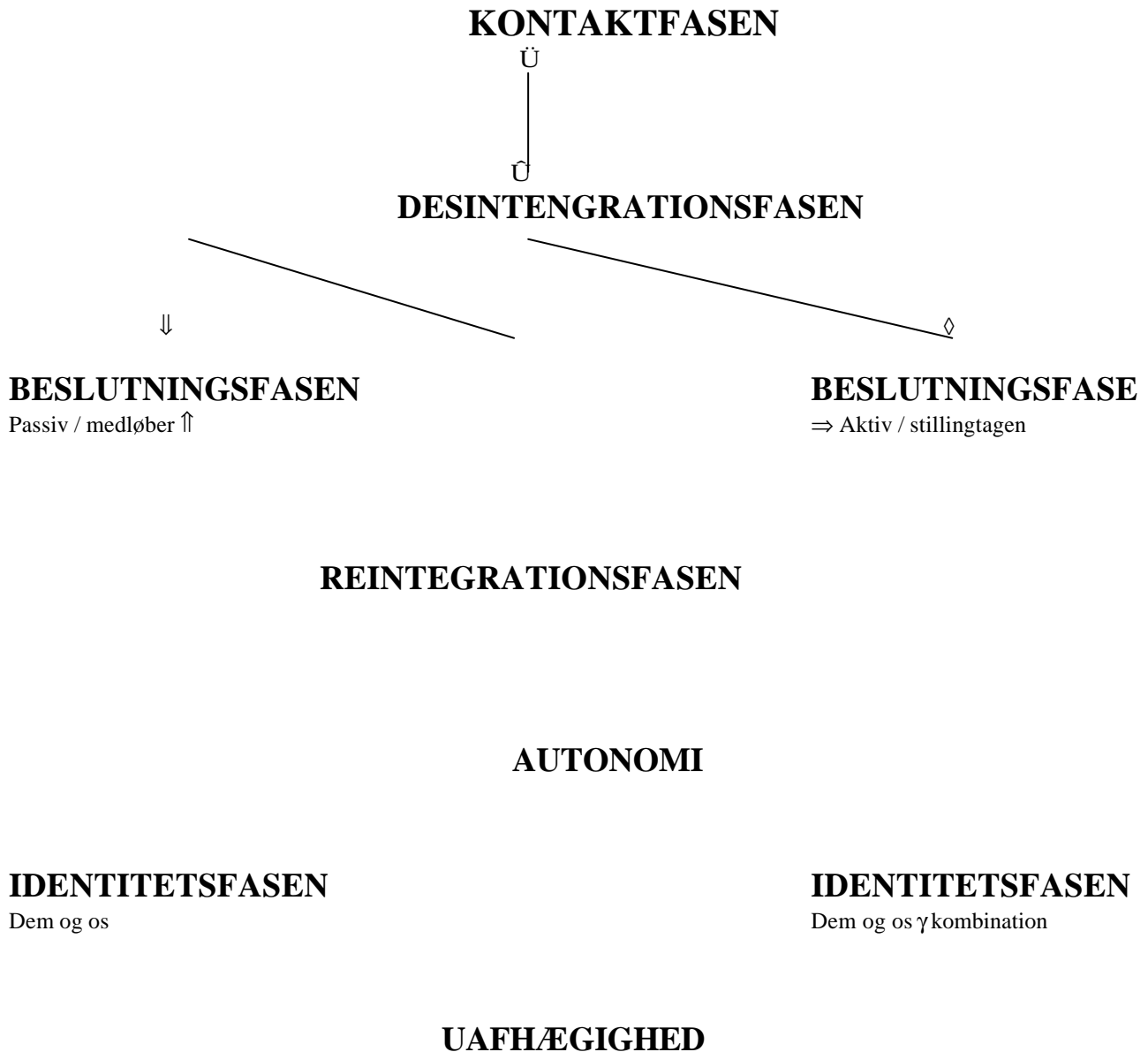
Den enkeltes integrationsindsats afhænger dels af personens individuelle historie og forudsætninger, dels af de nye krav og strukturer, der følger med i det danske samfund.

Trods disse individuelle forhold har man i Norden gennem forskellige studier af migrationsforløb fået en overordnet viden om, at integrationsprocessen forløber i et særligt fasemønster, uanset hvilke kulturer eller lande man flytter fra eller til.

Kulturpsykologen Peter Adler har beskrevet denne integrationsproces i fem udviklingsfaser.

Projektmedarbejderen har, med baggrund i erfaringerne som flygtning og sammen med en medstuderende på Den Sociale Højskole, udvidet modellen:

Integrationsproces faser



Kontaktfase er den første tid, hvor flygtningen er lettet over, at vanskeligheder hjemmefra er forsvundet. Flygtningen er glad for muligheden for at begynde på ny i trygge rammer. Man vægter ikke kulturforskelle. Opdagerglæden er stor og flygtningen søger nye kontakter.

Desintegrationsfasen kommer som næste periode. Den er præget af svær usikkerhed og forvirring. Forskellene imellem egen og dansk kultur føles overvældende. Følelser af tab, sorg, savn og utilstrækkelighed gør det besværligt at tilpasse sig i de nye omgivelser.

Beslutningsfasen har vi tilføjet fordi der sker en forskel i bearbejdelsen af situationen afhængig af individuelle omstændigheder og forudsætninger hos den enkelte flygtning.

En del flygtninge mestrer forvirring ved at beslutte sig for at blive i Danmark og tager kampen om integration op. De gør sig det klart, hvor svært det er, men de vælger en aktiv indstilling til vilkårene i værtssamfundet.

Den anden del går igennem situationen som passiv medløber. De bruger forsvarsmekanismer for at fortrænge usikkerheden.

Reintegrationsfasen indebærer følelser af frustration på grund af mangel på fodfæste og en svigtende tiltro til egen værdi. De ”aktive” flygtninge forsøger at lave fremtidens planer ud fra egne interesser og aktuelle muligheder. Andre flygtninge tager afstand over for alt dansk for at overgå frustrationen.

Autonomi er fasen, hvor flygtningen oplever den nye kultur på en mere afbalanceret måde. Beherskelsen af det danske sprog og en klarere tilgang til arbejdsmarkedet gør det lettere for flygtningen at håndtere forskellige sociale situationer. Det giver en tiltro til egne evner. Flygtningen skaber enten en acceptabel plads i samfundet eller en ny tilværelse.

Identitetsfasen er anden tilføjet fase. Nu, når flygtningen er enten selvforsørgende eller på en acceptabel overførselsindkomst skal han redegøre for sit forhold til grundlæggende etniske og danske værdier og normer. For de aktive stillingtagende flygtninge bliver det en kombination af ”dem og os”, altså at være en del af et fællesskab på lokal og samfundsplan ud fra bærende værdier og ikke ud fra etnicitet. For de passive stillingtagende flygtninge bliver det til en adskillelse af ”os og dem”, hvor udelukkende etnicitet er identitetsskabende.

Uafhængighed er den sidste fase, hvor flygtningen er hjemme i begge kulturer og bevarer det bedste af begge kulturer som noget berigede.

Integrationsprocessen skal ikke forstås som en lige vej gennem faserne til en ny samfundsborgeridentitet. Ofte sker der en tilbagevenden til en tidligere fase på grund af uforståelige oplevelser i hverdagen. Ved at sidde fast i en af faserne går flygtningen i stå i integrationsprocessen, som låser livssituationen og udløser en række sociale og psykiske problemer.

Det kan virke overraskende at se, at tre fra målgruppen er gået frem igennem faserne, efter at de er blevet psykisk syge. Det kan forklares ud fra tre elementer:

- De har besluttet at forblive i Danmark efter en vurdering om bedre muligheder/tilbud til sindslidende i Danmark end i Bosnien.
- Nu har de bedre forståelse og tillid til behandlersystemet.
- Udvikling af kontakten med Centrets andre brugere og personale, samt følelsen af at være en del af fællesskabet.

Konklusion

Alle fire fra målgruppen er meget stigmatiseret og oplever sig selv som grunden til, at de ikke kan være med i sociale sammenhænge med andre.

Tidligere ægteskaber er opløst, og alle bor alene. De tidligere sociale netværk er slået i stykker på grund af krigen. Familie, venner, bekendte er enten døde som ofre for krigen eller spredt i Europa. Den nære familie bestående af ægtefælle, børn, søskende, fætre og kusiner er der stadigvæk sporadisk kontakt til, men familierelationer er svage og som regel baseret på udnyttelse og yderligere ydmygelse af de sindslidende flygtninge. Tilbage er der kun deres mødre med stærke følelser af bekymringer og medlidenhed.

Når målgruppen er på ferie i hjemlandet, er det primært for at mødes med mødre. Mødrene tolererer dem, men de oplever, at andre personer i hjemlandet håner dem, og de føler sig meget udenfor. Når familien eller naboerne er på besøg, må børnene ikke have kontakt med dem. De sidder isoleret udenfor, lidt væk fra familiegruppen, og ryger.

Manglende viden om psykiske lidelser i Det Bosniske Samfund i Ringkøbing forvolder usikkerhed og afstand ift. målgruppen. I forhold til byens bosniske samfund er de kun tålt i den forstand, at de kan være i klubben, hvis de kan bære at blive hånet. De forsøger at finde lidt værdighed og oplever lidt tolerance ved at give deres landsmænd en kop kaffe.

Som en følge af deres sindslidelse har de mistet evnen til selv umiddelbart at indgå i nye sociale netværk, som har blivende værdi. Ud over de brud i tilværelsen, som en sindslidelse bevirker, er der tale om mennesker, som har oplevet frygt for krig og tortur, mistet helt eller delvis kontakten til tidligere relationer, og med stor grad af usikkerhed for fremtiden.

Migrationen giver i sig selv stress og sårbarhed, som sammen med de kulturelle forandringer og manglende sprogfærdigheder er forstærkende mekanismer på isolation og udstødning.

Denne migration kan kulturelt sammenlignes med, at nogle personer af målgruppen har taget et kulturspring svarede til, hvis danske børns oldeforældre skulle springe tre generationer over og leve i dag, hvor det er individuelle behov frem for gruppens (bondesamfundet).

Integrationen vanskeliggøres, når flygtninge med sindslidelser falder ud af sprogskolens danskundervisning, og der ikke er mulighed for at samle op i form af specialundervisning til personer, som har vanskeligt ved at være sammen med andre mennesker. Man kan sige, at sprogskolen er det første led i integrationsprocessen og derfor vital i forhold til at opfange mennesker med særlige behov for støtte.

Den tidligere uddannelse har for en enkelt af flygtningene ikke kunnet bruges i Danmark. De tre andre har ikke kunnet arbejde efter ankomsten til Danmark. Alle får i dag pension.

De er sårbare, og deres selvopfattelse bevirker, at de trækker sig i kontakter, når der er tale om krav til ansvar og medbestemmelse. Deres lidelser bevirker, at de ofte er usikre og uden tro på egen vurdering. De isolerer sig i forhold til omgivelsernes krav om normalitet og deltagelse.

Projektet viser, at det er muligt at bryde sindslidende flygtnings isolation og støtte opbygningen af et begyndende netværk. Alle fra målgruppen har fået et tilhørsforhold til andre i Centret og et sted udenfor deres hjem, hvor de oplever de kan være som de er, og søge støtte til kontakt udenfor Centret, når de skal i kontakt med andre dele af det danske system, som de er utrygge ved.

Det første skridt på vejen har været etablering af tillidskontakt til projektmedarbejderen, og senere til hele personalet og andre af Centrets brugere. Næste fase er oplevelse af Centret som et trygt sted, et sikkerhedsnet mod ensomhed. En afklaring af deres egen situation og bedre forståelse for deres sygdom åbner for, at flygtningene bruger de tilbud, som tilbydes til danske sindslidende. Sproget er afgørende i den

indledende formidlingsperiode. For dem der ikke kan tale dansk, har det været en fordel, at projektmedarbejderen har samme modersmål.

Målet for indsatsen har primært været at støtte målgruppens muligheder for at benytte de tilbud, som danske sindslidende har mulighed for at benytte. Målgruppen benytter sig af de tilbud i Ringkøbing kommune, hvor de oplever, at der er direkte kontakt til projektmedarbejderen. Tilbudene, som danske sindslidende benytter udenfor Centrets regi, såsom distriktspsykiatrien og Rosengårdens akut-funktion bliver ikke benyttet. Årsagerne hertil kan ses i målgruppens manglende sprogfærdigheder. Distriktspsykiatriens muligheder for at finde kvalificerede tolke er begrænset. Der er ikke tilknyttet tolk til Rosengårdens akut-funktion.

Kendthed og forudsigelighed har åbnet op for større stabilitet og kontinuitet i målgruppens hverdag. Tryghed ved ressourcepersonens forståelse for kulturen og specielt mestring af målgruppens sprog og rummelighed overfor deres sindslidelser har bevirket, at der er igangsat en proces, hvor målgruppen benytter Centrets café mere regelmæssigt og kontakten til andre fra målgruppen og danske brugere er udvidet. Målgruppen taler mere sammen og deltager mere i aktiviteterne i og udenfor Centret.

Sammen med sindslidelsen, de kulturelle forhold og herunder specielt sproget er det vigtigt, at der støttes fra professionel side netop indenfor disse områder. Det er vigtigt, at den professionelle person har forståelse for den enkeltes livshistorie og baggrunden for denne ved at sætte ind med støtte som åbner op for, at den enkelte selv er motiveret for at deltage. Indenfor målgruppen er der variation i problemernes tyngde og grad af kaos, men en stor mangel på informationer om dansk kultur og systemet i al almindelighed er fælles.

De professionelle viden om egen og andre kulturer og træning i at være spørgende, er de gode arbejdsredskaber, hvis ikke man skal tale forbi hinanden. At kunne lytte sig ind til og forsøge at forstå flygtningens forestillingsverden er meget vigtigt, og ikke mindst at vedkende sig sin usikkerhed og at kunne spørge sig for.

Kontaktpersonen skal bevidstgøre sig om sin professionelle rolle på en måde, som ikke er nødvendigt i forhold til danskere, der normalt ved, hvad de kan forvente og ikke forvente. Kendskabet til det danske social- og sundhedssystem er en del af den almene viden, som formidles gennem opvækst og netværk. Flygtningene ved oftest ikke, hvilken slags hjælp de kan hente i offentlige institutioner, og hvad en kontaktperson, en psykolog eller en psykiater kan bruges til.

Det er vigtigt, at det danske sprog udbygges ved etablering af specialundervisningstilbud, for at den enkelte kan opleve større selvstændighed og tro på egen værdi. Det er vigtigt, at der skabes mulighed for kontakt til distriktspsykiatrien og at målgruppen kan kontakte akutfunktionen på Rosengården i Skjern udenfor Centrets åbningstid.

De eksisterende psykiatri teammøder har kunnet bruges som en god platform for tværfagligt udveksling af informationer og viden omkring hver enkelt flygtning.

Det kan være en mulighed, at der samarbejdes på tværs af de små kommuner i forhold til problematikken.

Litteratur

Bøger

Andersen, Jens Hjort og Roland Jensen, Anne Dorthe (red): Etniske minoriteter kulturmøder i sundhedsvæsnen. Munksgaard, 2001.

Berliner, Peter (red): Kulturmøde: holdninger og værdier. Dansk psykologisk Forlag, 1994.

Ejrnæs, Morten: Integration og selvbestemmelse eller differentiering og disciplinering. Munksgaard 1998.

Hanssen, Ingrid: Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund. Gads Forlag, 2000.

Skytte, Marianne: Etniske minoritetsfamilier og socialt arbejde. Hans Reitzels Forlag, 2. Udg. 1999.

Svendsen, Grete: Flygtninge og det psyko-sociale arbejde. Mellempfolkeligt Samvirke / Oasis.

Projekter

Barfod, Anita: Etniske sindslidende i klemme. Fagligt Netværk Socialpsykiatri, 1998.

Barfod, Anita og Persson, Lenie: Etniske sindslidende i kommunerne. SUS, 2000.

Bærentsen, Leif: Social netværk – sikkerhedsnet. Ringkøbing Amtskommune, Den Medicinske Forskningsenhed, 1994.

Gottlieb Annemarie, Østerskov Marianne, Christiansen Bjarne og Morin Thomas: Projekt for etniske minoriteter i Lokalpsykiatri Vest, Århus Amt. Psykiatrien i Århus, 2000.

Hauptmann, Bente: Opsøgende indsats – at etablere kontakt med isolerede sindslidende. Århus Kommune, Familie- & Beskæftigelsesforvaltningen, 2000.

Gam, Birte: Statusrapport 2 for aktiveringsprojektet for flygtninge/indvandrere i Lokalpsykiatri Vest, 2001.

Artikler

Brandt, Preben: De svageste grupper og den sociale integration, 1999.

Sema, Ako: Vores billeder er ikke vores egne. Socialpsykiatri 6. December 2001.

Quarshie, Winnie: En rummelig socialpsykiatri. Socialpsykiatri 6. December 2001.

Zeuner, Lilli: Kulturen i sociologisk perspektiv. Social forskning 3. Oktober 2000.