

Oppsøkende arbeid blant pasienter med somalisk bakgrunn: Et prosjekt i psykisk helsevern i Oslo

Et pilotprosjekt har avdekket store behov hos en gruppe personer som vanskelig lar seg hjelpe av det ordinære behandlingssystemet. Dette er pasienter med somalisk bakgrunn som lider av alvorlige sinnslidelser.

TEKST

Touraj Ayazi

PUBLISERT 1. desember 2006

EMNER

Psykisk helsevern

somalisk bakgrunn

oppsøkende arbeid

Det bor ca. 7500 personer med somalisk bakgrunn i Oslo, hvorav ca. halvparten er under 20 år. Somaliere er en ung innvandrerguppe i Norge; 70 prosent har bodd i landet mindre enn seks år (Oslo Kommune, 2006). De fleste har forlatt Somalia etter borgerkrigen på 90-tallet. Landet har siden da ikke hatt en sentralmakt og har blitt styrt av ulike rivaliserende bevæpnede klaner. Mange somaliere anslås å ha traumeopplevelser bak seg (Bhui et al., 2003).

Tøyen DPS tilbyr helsetjenester til to bydeler i Oslo med høy andel av folk med innvandrerbakgrunn. Forut for prosjektets start var Tøyen DPS, politiet og Uteseksjonen blitt oppmerksomme på en gruppe personer med bakgrunn fra Øst-Afrika/Somalia som hadde psykiske vansker, og som ikke var tilknyttet Tøyen DPS. I tillegg erfarte vi at pasienter med bakgrunn fra Øst-Afrika oftere og raskere falt ut av behandlingen.

Prosjektets mål

Med dette som utgangspunkt ønsket vi å rette vårt arbeid mot personer med somalisk bakgrunn som led av alvorlige sinnslidelser, hadde et alvorlig funksjonsfall, og som ikke hadde et behandlingstilbud eller hadde et behandlingstilbud som ikke fungerte tilfredsstillende.

Prosjektet hadde to mål: På den ene siden å utrede behov for oppfølging hos denne gruppen, som så ut til ikke å kunne nyttiggjøre seg det ordinære behandlingsapparatet.

På den andre siden ønsket vi å prøve ut en oppsøkende arbeidsmodell, inspirert av «Assertive Outreach Method» (Burns & Firth, 2003). Denne arbeidsmodellen ville gi oss anledning til å arbeide fleksibelt og tett mot et begrenset antall personer.

Prosjekt traumatiserte flyktninger (september 2005 til september 2006) hadde to ansatte: en psykolog og en sosialarbeider med arbeidserfaring fra rusfeltet i Oslo. Sistnevnte er opprinnelig fra Somalia og hadde en bred kontaktflate innenfor det somaliske miljøet.

Kartlegging av behov

Direkte pasientarbeid gir verdifull førstehåndskunnskap om målgruppens behov. Basert på sosialarbeiderens arbeidserfaring og hans kontakt med det somaliske miljøet hadde prosjektet 15 til 20 kandidater for oppfølging allerede i startfasen. Prosjektets første pasienter ble rekruttert fra denne gruppen. Andre kandidater ble prosjektet kjent med gjennom personer som jobber i somaliske frivillige organisasjoner, i moskeen eller gjennom pårørende. Vi gikk bort fra kravet om henvisning fra (fast)lege.

Pasientrettet arbeid

Pasientene kunne deles i to grupper: de som ønsket å ha oppfølging av prosjektet, og de motvillige. De fleste pasienter ønsket å ha kontakt med prosjektet. Behandlernes etniske bakgrunn bidro til å redusere motviljen og skepsisen som somaliske pasienter generelt har mot psykisk helsevern. Dette ga oss et positivt utgangspunkt for å bygge opp en tillitsrelasjon med pasientene og pårørende. Et mål for behandlingen var å motivere pasientene til å etablere kontakt med prosjektet og deretter utvide dette til å gjelde kontakt med andre instanser. Det innebar å gi pasientene en opplevelse av at det skjedde positive endringer i deres situasjon og tilstand mens de var i kontakt med prosjektet. Tålmodighet og fleksibilitet fra behandlerens side var nødvendige faktorer.

Det har vært en større utfordring å jobbe med de som var ambivalente eller motvillige til å ha kontakt med prosjektet. Mye av arbeidet her dreide seg om å prøve å nærme seg pasienten og pårørende for å motivere dem til å ha kontakt med prosjektet.

Samarbeid med andre instanser

Felles for mange av pasientene (både de motiverte og de umotiverte) var mangel på en fungerende ansvarsgruppe, til tross for et uttalt behov for dette. Som regel hadde pasientene bak seg en rekke slitne eller frustrerte hjelpepersoner. I samarbeidet med andre instanser, som sosialkontor og kvalifiseringscenter, startet vi som regel med å påta oss koordinatoransvaret i en periode. Vi var fleksible til å påta oss oppgaver som så ut til å være vanskelige å gjennomføre for andre samarbeidspartnere. Vi fungerte også som andre instansers forlengede arm når dette var hensiktsmessig. Vi startet med det som var mest presserende og det pasienten selv var mest opptatt av.

Halvparten av pasientene hadde allerede kontakt med psykisk helsevern da vi møtte dem. For eksempel var de innskrevet på DPS, eller hadde blitt henvist til DPS etter akutt innleggelse. Denne kontakten hadde imidlertid ikke blitt fulgt opp av pasientene.

Alle pasientene var menn. Vi jobbet i forhold til flere kvinnelig kandidater, men klarte ikke å komme i posisjon til dem og deres familier. Prosjektet ville hatt større sjanse til å nå kvinnelige kandidater dersom det hadde vært kvinnelige ansatte ved prosjektet.

Sosialt og økonomisk kaos

Bolig. De fleste pasientene var uten fast bopel og fast adresse. Innvandrere generelt, og somaliere spesielt, møter vansker i det private boligmarkedet. Flere av pasientene hadde dårlig bo-evne og var dermed utsatt for å miste boligene sine, samtidig som de hadde små sjanser til å skaffe seg selv bolig. Vår erfaring tilsier at denne pasientgruppen i tillegg hadde små muligheter i det offentlige boligtilbudet.

Oppholdstillatelse. De fleste pasienter manglet oppholdstillatelse, ofte fordi de ikke hadde klart å fornye den. Dermed kunne de ikke benytte seg av Trygdeetatens hjelp.

Økonomi. Pasientene hadde store økonomiske vansker. Som regel hadde de sosial stønad som eneste økonomiske støtte. Disse pasientene representerte en utfordring for sosialsentrene. Saksbehandlernes og pasientenes forventninger og ideer om hjelp var ofte i uoverensstemmelse. Kontakten og hjelpen ble både av pasienter og pårørende ofte opplevd som dypt utilfredsstillende.

Avtaler. Våre pasienter hadde store problemer med å forholde seg til avtaler.

Dette kan skyldes pasientenes psykiske lidelse, men kan også ha kulturelle årsaker. Det ordinære behandlingsapparatet har begrenset fleksibilitet i forhold til avtaler. Vår løsning var å oppsøke pasientene der de befant seg, og på tidspunkter som passet bedre for dem, altså ettermiddager/kvelder og i helger. Når vi laget avtaler, opererte vi med store tidsmarginer.

Ukjent med behandlingssystemet

Det ordinære behandlingsapparatet virket som et ukjent område for pasientgruppen og deres pårørende. Mange hadde ikke fastlege, eller hadde ikke kontakt med sin fastlege. De av pasientene som hadde vært i kontakt med behandlingssystemet, så ut til å forstå lite av den anbefalte behandlingen, som medikamentell behandling og samtaleterapi. Pasientene og pårørende hadde ofte urealistiske forventninger til behandlingssopplegget om rask bedring, full helbredelse og hjelp til de fleste aspekter av livet.

Det ordinære behandlingsapparatet på sin side hadde ofte lite kjennskap til denne målgruppens kultur. Pasientenes familie- og nettverksstruktur ble betegnet som vanskelig å begripe av (saks)behandlere. Det oppstod ofte kommunikasjonsvansker mellom (saks)behandlere og pasientene og pårørende. Pasientene opplevde å ha fått inadekvat oppfølging fra sykehus/DPS, dersom de var i kontakt med et DPS eller hadde vært innlagt på sykehus i det hele tatt. Som regel hadde det blitt tatt lite hensyn til pasientenes umiddelbare og presserende behov i tidligere kontakter. Behandlingsapparatet syntes også å ha lagt for stor vekt på pasientens egenansvar og evne til å følge med i behandlingssopplegget.

De fleste pasienter var ikke i stand til å følge timeavtaler eller betale egenandel. Etablering av trygg kontakt med skeptiske pasienter kan kreve mye tid og møysommelig arbeid, noe som det ikke legges til rette for i det ordinære behandlingssystemet.

Pasientene og deres pårørende var ofte skeptiske til det norske behandlingssystemet.

Dette kunne skyldes pasientenes tidligere negative erfaringer med hjelpeapparatet, eller ha røtter i mangel på kunnskap om behandlingssystemet. Det eksisterer i tillegg feilaktige og negative rykter i det somaliske miljøet om hva som skjer med pasienter i psykisk helsevern, for eksempel at pasientenes indre organer fjernes på sykehusene, eller at pasientene utnyttes i ulike forskningsprogrammer.

Tradisjonell hjelp i eget miljø

I det somaliske miljøet ivaretas pasientene først og fremst av familien, dernest av klanen og moskeen. Når pasientens problemer blir for store til å kunne bli håndtert av familien, for eksempel ved psykose og utagering, trår klanen til. Moskeen eller tradisjonelle healere oppsøkes oftest først, før det norske behandlingssystemet eventuelt kontaktes. Pasienten får dekket sine basale behov, som mat og tak over hodet, hos klanen, inntil psykosen øker eller pasienten motsetter seg kontakt med klanen. Klanen og moskeen har begrenset kunnskap eller mulighet til å bistå pasienter med alvorlige sinnslidelser og funksjonsfall. Det er ofte i denne fasen familien/nettverket vil ta kontakt med det offentlige hjelpeapparatet. Men da er kaoset i pasientens liv på topp.

Denne tradisjonen med gjestfrihet, som fungerer som et sikkerhetsnett, kan til tider forhindre den tidlige kontakten med hjelpeapparatet som ofte er nødvendig for behandling av denne pasientgruppen.

Det er også manglende kunnskap om det tradisjonelle hjelpesystemet hos det ordinære behandlingssystemet. Det eksisterer heller ikke noen kontakt mellom det uformelle og det offentlige systemet.

Vi har hatt ideer om at det vil være mulig å dra nytte av ressurser i det somaliske miljøet. Ressurspersoner finnes. Det kreves imidlertid kartlegging av personene og dernest organisering, finansiering og veiledning av dem i forhold til de konkrete oppgavene de kan jobbe med. Vi har etablert kontakt med en gruppe personer med somalisk bakgrunn som kunne tenke seg å være støttekontakter eller omsorgspersoner for våre pasienter. Disse har fått et basiskurs om psykisk lidelse og veiledning av oss i prosjektet.

Kasusillustrasjoner

Abdi var en ung mann med flere akutte innleggelseser bak seg. Utesekjonen kjente godt til ham, fordi han var boligløs over flere år og hadde overnattet på gata i flere måneder før den siste innleggelsen. Kontakten med DPS hadde aldri fungert; han ønsket ikke å ha kontakt med DPS, og DPS hadde ikke klart å yte ham hjelp. Da vi kom i kontakt med *Abdi*, hadde han nok en gang blitt skrevet ut av akuttavdelingen til et hospits. *Abdi*

hadde oppholdt seg på akuttavdelingen i ca. to måneder under et annet navn (dermed var han på «feil» sykehus). Vår vurdering var at han var skrevet ut av akuttavdelingen for tidlig. Abdi var psykotisk, hadde verken et adekvat behandlings- eller botilbud og brukte rus. Hans somatiske helse var dårlig (mistanke om hepatitt og tuberkulose, samt et ubehandlet og gammelt skuddsår). Vi satte i gang en ansvarsgruppe rundt Abdi. Etter ca. fire måneders arbeid ble han lagt inn på langtidsavdeling i psykisk helsevern og har nå fått diagnosen schizofreni.

Mohammed var en asylsøker som hadde «forsvunnet» fra et asylmottak i en annen del av landet. Han hadde psykotiske symptomer og hadde oppholdt seg i den somaliske moskeen i Oslo i to måneder da vi ble kontaktet. Imamen ved moskeen var bekymret for Mohammeds helse, og folk i moskeen var redd ham på grunn av hans rare oppførsel. Moskeen hadde forsøkt å få Mohammed undersøkt ved legevakta, og hadde kontaktet politiet og asylmottaket, uten at dette førte til noe tiltak. Moskeen kunne ikke avvise ham siden det så ut til at han ikke kunne ta vare på seg selv. Vi oppsøkte Mohammed i moskeen. I samarbeid med moskeen og DPS fikk vi til slutt lagt ham inn på sykehus. Han er nå utskrevet og hentet av sin familie som bor i Nederland, og som hadde lett etter ham i Europa i flere måneder.

Ahmed var en ung mann uten tidligere kontakt med psykisk helsevern. Han hadde isolert seg hjemme hos foreldrene og oppført seg «rart» de siste månedene. Verken han eller hans pårørende ønsket å ha kontakt med det norske helsevesenet. Vi fikk vite om ham via moskeen. Beskrivelser av hans tilstand tydet på at mannen hadde psykotiske symptomer. Vi oppsøkte Ahmed og hans foreldre, men klarte ikke å komme i posisjon i forhold til dem. Familien ønsket heller å samle inn penger i det somaliske miljøet for å sende Ahmed til Somalia for «behandling». Vi forsøkte å involvere bydelsoverlege og DPS etter vedtak om tvungen undersøkelse, men med lite hell. Fire måneder senere var Ahmed fortsatt hjemme, tilbaketrukket og motvillig til å ha kontakt med oss. Vi holder fortsatt kontakt med moren for å motivere familien til å ta imot hjelp, og jobber i forhold til DPS for at de skal tilby hjelp.

Konklusjon

Dette pilotprosjektet har avdekket behov for psykososial oppfølging av en gruppe personer med somalisk bakgrunn som vanskelig lar seg hjelpe av det ordinære behandlingssystemet. Ved å ansette helsepersonell med somalisk bakgrunn har vi kunnet etablere kontakt, skape tillit og oppdage behov for psykologisk og psykiatrisk behandling hos denne gruppen pasienter. Etnisk match mellom behandler og pasient kan redusere underbruk av helsetjenester og gi bedre behandlingsresultat hos etniske minoriteter (for eksempel Jerrell, 1995; Takeuchi, Sue & Yeh, 1995; Ziguras, Klimiodis, Lewis & Stuart, 2003).

For å kunne tilby hjelp har vi måttet være fleksible, tålmodige og gjestfrie. Slik har vi kunnet arbeide fordi vi ikke har hatt et produksjonskrav på oss. Prosjektet har nå fått finansiell støtte for å fortsette sitt arbeid med et utvidet team i tre år fremover. Det arbeides dessuten med å etablere et boligprosjekt for pasienter fra Øst-Afrika.

Touraj Ayazi

E-post ayazi_t@yahoo.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 12, 2006, side 1330-1332

TEKST

Touraj Ayazi

+ **Vis referanser**

Referanser

Bhui, K., Abdi, A., Abdi, M., Pereira, S., Dualeh, M., Robertson, D., Sathyamoorthy, G. & Ismail, H. (2003). Traumatic events, migration characteristics and psychiatric symptoms among Somali refugees - preliminary communication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 35-43.

Burns, T. & Firn, M. (2003). *Assertive outreach in mental health. A manual for practitioners*. New York: Oxford University Press.

Jerrell, J. (1995). The effects of client-therapist match on service use and costs. *Administration and Policy in Mental Health*, 23, 119-126.

Oslo Kommune (2005). *Statistisk årbok for Oslo*. Oslo Kommune.

Takeuchi, D., Sue, S. & Yeh, M. (1995). Return rates and outcomes from ethnicity-specific mental health programs in Los Angeles. *American Journal of Public Health*, 85, 638-643.

Ziguras, S., Klimidis, S., Lewis, J. & Stuart, G. (2003). Ethnic matching of clients and clinicians and use of mental health services by ethnic minority clients. *Psychiatric Service*, 54, 535-541.