

Utviklingsprosjekt i Ahus ”Støttetilbud for norsktamiler ”

Av; Kari E. Bugge og Bjørg Hagevang

INNLEDNING;

Akershus universitetssykehus (Ahus) er siden 2004 (med overføring av bydel Stovner, Grorud og Alna) det sykehuset i Norge som har den høyeste andel innbyggere med innvandrerbakgrunn i sitt opptaksområde.

Under paraplyen ”Likeverd og Mangfold” har Ahus fra 2010 satt i gang et systematisk arbeid for å styrke kvaliteten og tilgjengeligheten på våre tjenester, og kompetansen hos vårt personale til å håndtere den flerkulturelle sammensetningen av vår pasient gruppe. Vårt mål er å integrere kunnskap om ”minoritetshelse” i alle sykehusets aktiviteter rettet både mot pasientene, ansatte, brukere, innenfor forskning og i samarbeid med kommunene og bydelene.

Selv om norsk tamiler oppleves som en ressurssterk gruppe ble Ahus kjent med at deres mentale helse kan ha endret seg i løpet av de siste årene. Data fra en studie i Oslo i 2000-2001 viste at tamilsk ungdom ikke rapporterte mer symptomer på angst og depresjon enn etnisk norsk ungdom (Oppedal 2008). Rapporten fra Norsk Institutt for Forskning om Oppvekst, Velferd og Aldring (NOVA) fra 2007 om somalisk og tamilsk ungdom bekrefter at tamilsk ungdom er velfungerende, men den rapporterte også en økt risiko for internaliserende problemer spesielt hos tamilske jenter (Engebriksen og Fuglerud 2007).

Utviklingen av situasjonen på Sri Lanka i 2008-2009 ser ut til å ha forverret norsk tamilers helsesituasjon. Folkehelseinstituttet sendte en bekymringsmelding til Helsedirektoratet i 2009 (vedlagt). Instituttet uttrykker bekymring for følgene av den intensiverte borgerkrigen på Sri Lanka i forhold til den psykiske helsen til og sosiale integrasjonen av tamilske flyktninger i Norge.

Forskning viser at tamiler i liten grad oppsøker det norske hjelpeapparatet, men foretrekker å samarbeide seg i mellom for å forebygge og bearbeide psykososiale problemer (Guribye, 2009). Tamilene opplever ikke psykiske plager som et individuelt problem, men noe som skyldes en sosial og politisk situasjon. Det kan være en av grunnene til at de ikke oppsøker primærhelsetjenesten. Norsk tamilenes egne psykososiale tiltak er basert på en bred tilnærming som vektlegger forebygging, gruppetenkning og oppsøkende virksomhet. Guribye (2009) har foreslått at hjelpetiltak ovenfor tamiler bør være tilrettelagt og tilpasset deres kultur- og helseforståelse og syn på sykdom.

Det tamilske miljøet i Oslo har uttrykt behov for hjelp til å støtte barn, ungdom, og voksne som er alvorlig deprimerte som følger av utviklingen av situasjonen på Sri Lanka. De har vært på leting etter et tilbud som kunne møte deres behov og har i ulike sammenhenger uttrykt at de opplever at deres problemer ikke blir forstått.

Norsk tamiler er sterkt representert i Ahus sitt opptaksområde og vi har ønsket å utvikle og

tilpasse eksisterende tjenester for denne gruppes behov og forutsetninger, samt å sikre norsktamiler likeverdige tjenester ved å bygge opp vår kompetanse.

Ahus tok av den grunn initiativ overfor Helsedirektoratet til å gjennomføre et forprosjekt/et utviklingsprosjekt som kunne være med å møte de psykiske plager som den norsk-tamilske befolkningen i Norge opplever som følge av situasjonen på Sri Lanka. Hensikten med tiltaket er å skape trygghet og fremme helse for målgruppen.

Pilotprosjektet skulle gjennomføres med utgangspunkt i norsktamiler som bor i Ahus sitt opptaksområde, men kan på sikt ha overføringsverdi til andre norsktamiler og eventuelt andre minoritetsgrupper. Det er ikke gjennomført noe tilsvarende tiltak tidligere i Norge.

Senter for helsefremmende arbeid;

Senter for helsefremmede arbeid ble i 2009 kontaktet av leder for arbeid med likeverd og mangfold i Ahus, Manuela Ramin- Osmundsen. Senteret anvender kunnskapsbaserte metoder og strategier i helsefremmende og forebyggende arbeid, med stor grad av brukermedvikning. Senteret er inndelt i seksjoner og har en Seksjon for sorgstøtte som gir støtte til barn, ungdom og unge voksne i sorg, samt at de driver fagutviklings- og forskningsprosjekter. Seksjonen har et institusjonalisert samarbeid med sykehusets 14 kommuner og 3 tilhørende bydeler. Samtidig arbeider sykehuset med utvidelsen av sitt opptaksområde.

Det var i prosjektet ønske om å anvende helsefremmende strategier overfor en gruppe personer som opplever tap, traumer eller depresjon som følger av en krevende situasjon i opprinnelsesland. I bruk av helsefremmende strategier og metoder ble det lagt vekt på brukermedvirkning, involvering av tamiler, tett samarbeid med Tamilsk Ressurs- og Veiledningssenterer (TRVS), samt en grundig forståelse for målgruppens livssituasjon og behov.

Hensikten med å legge prosjekt til Seksjon for sorgstøtte i samarbeid med andre miljøer var å etablere et tilbud til norsk tamiler som slet med kollektiv sorg/depresjon etter tap av krigen på Sri Lanka, der tamilene mistet muligheter for selvstyre og innflytelse. I tillegg hadde mange mistet familiemedlemmer i krigen, samt i Tsunamien som rammet Sri Lanka i 2004. Norsk-tamiler var underbrukere av psykiske helsetjenester og ønsket selv et lavterskel-/ helsefremmende tilbud.

I januar 2010 var det klart at Helsedirektoratet gav midler til prosjektet som skulle primærforankres i Regional ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). RVTS skulle ha en rådgivende rolle der også Folkehelseinstituttet skulle inngå i arbeidet sammen med Tamilsk ressurs- og veiledningssenter (TRVS) og Seksjon for sorgstøtte. Det ble også opprettet kontakt med Stovner bydel i Oslo.

Seksjon for sorgstøtte

Seksjon for sorgstøtte driver et evidens- og erfaringsbasert sorgstøttetilbud til barn, ungdom og unge voksne som har mistet noen i nær familie. Tilbudet har forebyggende karakter og skal fremmer en tilhelende sorgprosess både for individer og i relasjoner, og forebygge forlenget og komplisert sorg. Tilbudene inkluderer individuelle-, par- og familiesamtaler og metodiske kvalitetssikrede sorggrupper. I tillegg er seksjonen i ferd med å etablere et familietilbud for familier som strever ekstra pga. hverdagsbelastninger eller tilknytningsproblemer. Seksjonen

har også kompetanse på og koordineringsoppgaver i forhold til kommuner og driver tverrfaglig fagutvikling og forskning på sorgområdet.

Ca. 400 personer mottar årlig støtte ved Seksjonen. Seksjonen mottar henvisninger fra leger i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved behov for sorgstøtte, som regel kort tid etter dødsfall i nær familie. Livshendelser (tap) er bakgrunn for henvisning, ikke symptomer og diagnose. Seksjonen gir heller ikke diagnoser. Henvisningene vurderes ukentlig og fordeles i fagteamene. Ventetiden mellom henvisning og igangsatt tilbud varierer fra 1-4 uker. Gjennomsnittlig tilbud strekker seg over ca. 1 år; med familie/par eller individuelle samtaler i startfasen med 1-2 ukers mellomrom, deltagelse i en sorggruppe i ca. 6-8 måneder (med 3 ukers intervaller) og til slutt familie/par/individuelle samtaler med lenger intervall (3-4 uker).

Seksjonen har et høyt kvalifisert lavterskel tilbud der både kommuner, bydeler, eget HF og RHF bidrar økonomisk. Seksjonens inntjening følger DRG systemet i forhold til samtaler og grupper og rapporteres i elektronisk journal (DIPS), under poliklinisk omsorg. Epikrise sendes henvisende lege. Tilbudet inneholder også kontakt med barnehager og skoler. Det er et godt samarbeid med fastlegene i kommune. Ved behov anbefaler Seksjonen ytterligere hjelp til de sørgende i BUP, PPT, DPS eller hos kommunale psykologer.

Faglig grunnlag:

Formålet med sorgstøttearbeid er å hindre utvikling av komplisert sorg, å redusere tilleggbelastninger og unødvendig lidelse, samt fremme en tilhørende sorgprosess både individuelt og i familien ved:

- Å danne en tapshistorie å bygge livet videre på (trygghet for hva som skjedde, egen betydning, den dodes betydning, samhold og nettverk)
- Å etablere en ny plattform i familien uten den døde

Faglige metoder;

- Trygghet og forsigbarhet, inkludert støtte i det smertefulle (kunnskap og bekreftelse)
- Forståelse, bevissthet om og arbeid med egne og relasjoners reaksjoner i sorgen, egne og andres betydning.
- Refleksjon og bevissthet om prosess
- Identifisering og arbeid med ”stressorer” (vekkere som plager en, eller noe en unngår for ikke å bli plaget)
- Normalisering og fellesopplevelser
- Kroppsbevissthet og ro
- Arbeid med konfliktsituasjoner

Seksjonens engasjement i prosjektet

Norsk-tamiler hadde i utgangspunktet underbrukt norske helsetjenester og opplevde at deres hjelpebehov ikke ble møtt. Vi ønsket derfor å gjøre oss kjent med gruppen og dere forståelse av problemer og tradisjonelle måter å støtte og behandle sorg og psykiske vansker på, før vi gav tilbud i noen av våre allerede etablerte tilbud. Vi var også kjent med kulturens mer kollektivistiske forståelse og ønsket å se på dennes innvirkning på etablering av gode hjelpetilbud.

Faglig leder ved Seksjon for sorgstøtte Kari Elisabeth Bugge har ledet arbeidet fra Seksjonen i hele prosjektperioden. Psykiatrisk sykepleier og gestaltterapeut Bjørg Hagevang ble ansatt i 50 % stilling fra 10/8-10 for å drive mesteparten av den konsultative virksomheten. I tillegg har pedagog Elisabeth Helvin deltatt i ungdomsarbeidet i 2011.

Kartlegging og gjensidig opplysning/opplæring;

1. Det ble arbeidet med å øke ansattes kunnskap om norsktamilers situasjon, helseforståelse og familie- og kulturelle samhold. Dette ble blant annet gjort gjennom Guribys avhandling, erfaringsutvekslingsmøte i Ahus, samtaler med leder av TRVS og skriftlig materiell fra opplæringsprogram de hadde hatt internt om sorg/kriser, deltagelse på Kurs i Belastningsmestring (KiB) på TRVS. Møter ved Seksjonen der tamiler og andre med god kjennskap til tamilers situasjon la fram og diskuterer problemer som er vanlige for norsk tamiler. Deltagelse på seminar ved Utviklingsfondet der Sri Lanka spørsmål ble diskutert. Deltagelse på seminar i Helsedirektoratet; Bruk av tolk og tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester og deltagelse på seminar; Sri Lanka to år etter: FN-rapporten og Norges rolle i regi av Norsk Tamilsk Studie Forum.
2. Det ble holdt 2 dagers opplæring i tilknytningsbasert familieprogram og tilpasning til tamilers familieforhold for alle ved seksjonen. Opplæring og veiledning av seniorforsker/spesialpsykolog Pravin Israel som kjenner tamilsk kultur godt, med deltagelse i programmet av leder ved TRVS. Rollespill.
3. For å øke vår kunnskap ble det videre gjort fokusgruppeintervju ved TRVS der ca. 20 tamiler blant annet ble spurt om;
 - a) Når vi sier psykisk helse, hva tenker dere da?;
Da fungerer du ikke normalt. Da er du gal. Hvis du sammenligner en norsk journal med en tamilsk journal, vil du i den tamilske ikke finne noen psykososialt. De tørr ikke eller vil ikke. Pasienten sier at de har vondt i kroppen men sier ikke noe om problemer med ektefelle eller barn, de tørr ikke. De sier ikke at de er psykisk belastet heller, de sier det er hverdagsproblemer. Psykisk brukes nesten ikke, men kan bruke det å være sliten eller trist.
 - b) Hvordan skal vi norske helsearbeidere spørre? Hvordan snakker vi om tap, traumer og psykiske vansker?
Først og fremst å bli kjent med. Hvilke uttrykk kommer vi med. I første omgang hadde vi problemer med å få folk med på kurset (Kurs i Belastningsmestring, bygger på kognitiv sosial læringsteori), fordi det gikk rykter om at de som skulle være med der ikke var friske. Vi er veldig tette med hverandre, og det ville være flaut å si at man hadde problemer og gikk og fikk hjelp. Vi klarer ikke å uttrykke at vi trenger hjelp. Nå klare jeg ikke mer, da har det kommet veldig langt, men da venter vi at vi skal bli bra med en gang. Vi skjuler problemer lenger. Det går utover barna. Det er mange ting du kan se på barna i forhold til hvordan foreldrene har det og hvordan det er hjemme. Det er mange triste historier. Men det er få som kommer for å få hjelp, bare 1 av 10. Skrittet for å ta imot hjelp er stort, tamiler vil føle det er noe galt med dem, familien eller barna. Det sitter dypt.
 - c) I forhold til ungdomsproblemer, hvordan opplever tamilske foreldre dette?
Trekanten har motsatt vei i norsk og tamilsk kultur. Vi skjømmer bort små barn og har det veldig åpent, men vi strammer til når de blir elder, norske barn og ungdom

har det motsatt. I tamilsk kultur strammer vi mye til for jenter, men er mye mer åpne for gutter. Tamilske foreldre har store krav til sine barn og er svært opptatt av skoleprestasjoner og god utdanning. De fleste tamilske jenter bor hjemme til de gifter seg, om de ikke må gå på skole et annet sted.

Denne forberedelsen gav oss mye nyttig innsikt. Noe av utfordringen var å spre informasjon om at det var hjelp å få for de problemer norsktamiler strever med. Videre utfordringer har vært i forhold til å unngå stigmatisering av de som ba om hjelp, å etablere trygghet og tillit til norske hjelpearbeidere, å være åpne for alle uttrykk for problemer (visste ofte ikke selv hva som var galt, manglet ord for det), å etablere forståelse og aksept for prosjektet i det tamilske miljøet og bruk av tolk for lettere å få fram følelsesmessige aspekter. Vi fikk også utvidet forståelse for den tamilske barne- og ungdomskulturen og relasjonen mellom ektefeller, foreldre og barn.

Samhandling og informasjonsutveksling har vært vektlagt i prosjektet. Det har handlet om å videreutvikle kontakten med det tamilske miljøet, alt vesentlig gjennom ledelsen og Foreldre og ungdomsgruppen (FUR) ved TRVS. De la forholdene til rette for å finne arenaer til å spre kunnskap om prosjektet og formidlet kontakt, både med enkeltpersoner og familier. I tillegg til å møte ungdom og voksne på TRVS, deltok vi både på "Tamilfest" med ca. 300 deltakere, på utdeling av vitnemål for kursdeltagere ved TRVS med innslag om barneoppdragelse, på musikkveld med ungdom osv. I tillegg inviterte vi deltagerne i FUR gruppen til møter ved Seksjonen for å utvide vår forståelse av problemområder norsk-tamiler møter. Ut over å informere om tilbudet, hadde vi fokus på å spre kunnskap om normalreaksjoner på belastninger over tid (med bakgrunn i forhold som kom frem i Fokusgruppeintervjuene).

Gjennom Opplæringsprogrammet høst 2010 ble det også knyttet kontakter med bydelene, noe som har resultert i utstrakt samarbeid med bl.a. bydel Grorud og spesielt Aktivitetssenteret i Ammerudhellinga 47.

Opplysningsarbeidet har vært gjennomført i nært samarbeid med og med hjelp av "tamilske ressurspersoner", men også psykologspesialist Pravin Israel, fra FoU enheten for Psykisk helse, Ahus har deltatt i informasjons- og opplæringsarbeidet.

I siste del av prosjektetperioden har fokuset vært norsktamilske ungdom og deres tokulturelle situasjon. I samarbeid med FUR (TRVS) har vi arrangert foreldrekveld til ungdomsforeldre. Her ble resultater fra Guriby og Oppedals studie (2011) presentert i forhold til undersøkelsen om norske-tamilske ungdommers psykiske plager og problemer og en ung tamilske jente presenterte resultater fra sin masteroppgave om unge norsk-tamilske jenters situasjon. En lignende kveld med norsk-tamilske ungdommer er planlagt.

Konsultasjoner og kliniske metoder

Typiske helseplager/problemstillinger brukerne henvendte seg med;

- Avslag på familiegjenforening og oppholdstillatelse i Norge.
- Fysiske og psykiske plager både hos voksne og barn i familier med betydelig traumatisering fra hjemlandet

- Avhengighetsproblemer
- Angst, traumer og suicidalitet
- Kroppslige reaksjoner og depresjoner
- Sykdom og handikap hos barn
- Tap av nær familiemedlem
- Valg av ektefelle, arrangerte ekteskap og familie problemer
- Kulturelle og generasjonsmessige motsetninger
- Utfordringer i møte med Nav og andre helse- og sosialtjenester

Grunnleggende terapeutiske tiltak

Hjemmebesøk;

Hjemmebesøk har vært hyppig brukt i prosjektet. Bakgrunnen for dette er først og fremst brukernes ønsker og videre faglig forståelse. Det å ”bli møtt på egen arena” har etter vår vurdering vært viktig for mange brukere. I tillegg, og like viktig, vi har fått utvidet kjennskap til hele familiens livs- og helsesituasjon (livsverden).

Et eksempel på ”bestilling”, var utfordringer med et barn med en alvorlig sykdom. Første møte skjedde på kontoret. Her fikk vi en sammensatt og kompleks livshistorie og vi fikk straks forståelse av at her handlet det om ”mere enn et sykt barn”. Etter hvert har kontakten med mor blitt opprettholdt i hjemmet. Hjemmebesøkene har blitt gjort ”etter kontortid”, dette fordi hun finner det umulig å be om fri fra jobben. Dersom vi forventet at hun skulle komme til kontoret i kontortiden, ville hun takket nei til tilbudet. Ved å komme i hjemmebesøk møtte vi ikke bare mor, men også tre barn og av og til far. Dette gav rom for mange arbeidsmetoder. Eksempel: Støtte til mestring; Mor gav uttrykk for usikkerhet på rollen som arbeidstaker og mor i det norske samfunnet. Hun fortalte stadig om hvordan det var å vokse opp i hjemlandet, hun fortalte om foreldre og søsken og vi fikk ”hilst på” hennes gamle mor og søstre på Skype (internett). Ved å lytte til henne og svare på hennes mange spørsmål og tanker om norske forhold, så vi at hennes selvfølelse og mestringsevne økte. Andre eksempel på metoder var containing og psykoedukasjon. Vi lyttet til og ”tok imot” alle hennes bekymringer og vi gav kontinuerlig råd og veiledning, det være seg om samspill med ektefelle og tenåringsbarn.

Lavterskel

I tamilprosjektet har det ikke vært behov for henvisning. Kontakten med brukere har stort sett blitt knyttet gjennom ressurspersoner. Følgelig har det ikke vært en diagnose som har vært bakgrunnen for henvendelsen. Dette har i stor grad påvirket arbeidsformen. En måte å beskrive den på, kan være; utforskning av fenomener, og det har vist seg å være mange fenomener å ta tak i. De fleste ”systemer” i Helsevesenet setter grenser for slik utforskning. Dette fikk vi et konkret eksempel på da vi på en families oppfordring kontaktet en helsesøster før en 2 års kontroll. Etter vår faglige vurdering var det viktig å vite noe om toåringens familiesituasjon, og de problemer familien strevde med. Etter kort informasjon, avbrøt helsesøster for å si: ”Jeg vil bare presisere at jeg kan kun ha fokus på to åringens utvikling”. Slik vi tolker hennes utsagn, så hun barnet ”isolert”, uavhengig av sine omgivelser. Dette er i sterk motsetning til vårt faglige grunnlag, der vi er opptatt av helheten.

Taushetsplikt

Allerede i Fokusintervjuene ble vi kjent med tamilers fokus på å være vellykket og ha et godt rykte. Dette gjør at det er vanskelig for mange å erkjenne at de har problemer selv eller innad i familien. I det videre arbeidet har vi blitt godt kjent med hvordan et lite og gjennomsiktig miljø gir frykt for rykter. Vi har erfart at det at vi er norske helsearbeidere *med* taushetsplikt

har vært avgjørende for den alliansebygging og samhandling som er oppnådd med mange tamiler på relativt kort tid. At ressurspersoner i det tamilske miljøet har ”gått god for oss” har også vært viktig for det innpass vi har fått i mange familier. Vi tenker det kan ha veid opp for relativt begrenset kjennskap til tamilsk kultur i utgangspunktet.

Kliniske metoder i konsultativ virksomhet;

Identifisering av problemer/kartlegging:

Hva betyr det å ha problemer – som ungdom – som voksen? Behovet er ikke alltid lik problemet. Hva ligger bak problemet? Dette er refleksjoner vi ofte har gjort oss i møte med klientene. Og hva blir relevante terapeutiske tiltak? Mange viste en uventet stor åpenhet tidlig i kontakten. I livshistoriene fikk vi kjennskap til helt andre forhold enn det ”bestillingen” forespeilet. En viktig oppgave blir å synliggjøre og ”å komme bak” opplevd behov. Foreldre kan komme med bestillinger som: ”Du må få han til å gjøre lekser”.

I prosjektet har vi tatt utgangspunkt i opplevde behov, mere enn i diagnose. Vi har brukt kunnskaper om psykisk helse, normalreaksjoner på traumer, både fysisk og mentalt, og relasjonsproblemer i familie og ”samfunn”. Men, kunnskap på våre premisser var ikke tilstrekkelig. Like viktig var den kunnskapsutveksling som skjedde i hvert enkelt møte. Vi har utvidet vår helseforståelse til også og inkluderer kulturforståelse og et helsebegrep som er mere tilpasset familien (både primær- og storfamilien) enn hvert enkelt individ isolert sett.

Konflikter i ekteskaps- og barn-/foreldre relasjoner handler slik vi ser det, mye om holdninger, om synet på barn og ”barneoppdragelse”, om religiøse forhold, normer og kulturelle tradisjoner med dypt røtter i hjemlandet.

Støtte til mestring

Ved fastlåste og ugunstige livsmønstre ble det gitt forslag til hvordan gradvis å prøve ut endret atferd og støtte til å gjennomføre det. I størst grad lyktes dette når det var støtte i familien til endring. I mange situasjoner har vi også gitt støtte til å ta imot hjelp og gitt introduksjon og eventuelt følge til rette instanser.

Psykoedukasjon

Noen av tamilene som har vært henvist prosjektet har snakket lite norsk. Det har vært brukt noe tolk, men i samtaler om følelser har tegninger og enkel forklaringer også vært til god hjelp. Mye psykoedukasjon har vært i forhold til kunnskap om depresjon og hva belastninger over tid kan medføre av både fysiske og mentale reaksjoner. Eks: Hva kan skje når et familiemedlem isolerer seg? Hva kan det være uttrykk for? Hvilke tegn er vanlige ved depresjon? Hva påvirker helsen? Her er det behov for helseforståelse i et kulturelt og sosiologisk perspektiv. Mange forhold har røtter tilbake til Sri Lanka. Begreper som straff, (vi har vært for snille mot barna, deres dårlige oppførsel er vår straff), skjebne, (vi får barn hvis gud vil), astrologiske forhold (det er viktig at ektefellers horoskop passer sammen) og numerologi (han er en 6 er (født den 15, 1+5=6), da er han en fin gutt) tillegges stor vekt i hindutro. Slike forhold er tungtveiende og de påvirker muligheten for å ”ta styring” i eget liv og fremme egen helse.

Vi har også brukt breddekunnskap om hva som påvirker f fysisk helse, bla. mangel på vitamin D. Dette gjelder flere tamiler vi har møtt..

Tema har også vært hvordan uenighet og konflikter i familien kan påvirke ungdom og deres mulighet til å prestere på skolen

Containing

Fokusintervjuene gav kunnskap og informasjon som har blitt bekreftet i det kliniske arbeidet. ”Det er flaut å si at man har problemer” og ”Vi skjuler problemer lenge”. Dette er uttalelser som går igjen i mange møter. Det å fortelle sin historie og at vi kunne ta i mot (containe) det de fortalte i en trygghet på at vi hadde taushetsplikt var godt for mange. Mange har hatt lange og sammensatte historier å fortelle. Samtaler har ofte vart i 2 timer. Noe som har vært nødvendig for å få fram hele det sammensatte problembildet. Mange har gitt uttrykk for at det å bli lyttet til og forstått har hatt stor betydning. ”Hjertet mitt er lettere nå” er et utsagn vi har hørt i mange samtaler.

Familiesamtaler og nettverksstøtte

Miljøet er gjennomsiktig og de sosiale normene er sterke. Det har derfor vært et overordnet mål å bli kjent med hver enkelt, ikke bare som enkeltindivid, men også som enkelindivid i en større sammenheng (kontekst). Familiesamtaler som vekslet med individuelle samtaler ble brukt. I alle våre møter var relasjonelle problemstillinger framme. I familier med ungdomsproblemer har familiebasert tilknytnings metode vært brukt. Der vektlegges ressurser/styrker både hos ungdom og foreldre, tydeliggjøring av ønske om en god tilknytning og forslag til hvordan bedre tilknytningen. Foreldrenes holdninger til hvordan ungdom skal oppføre seg og prestere har gjort det utfordrende å nå fram med denne metoden. Metoden er ikke brukt i mange familier. Det er derfor for tidlig å si om andre familier kan ha mer nytte av metoden.

Koordinerings tiltak;

Mange ”henvisninger” har kommet fra ressurspersoner i det tamilske miljøet. Det har tilsynelatende vært ”enkle” problemstillinger. Førstesamtaler har erfaringsmessig blitt lange og omfattende. I mange av sakene har det vært behov for sammensatte tjenester. Et eksempel kan tjene som illustrasjon; en ung mann blir henvist av sin mor fordi han er arbeidsledig og har isolert seg. I hjemmebesøket kommer det fram at far er voldelig og mor har utviklet en angstlidelse. For å hjelpe denne familien var det nødvendig med kontakt med flere instanser. I mange saker har det vært et tett samarbeid med fastlegen. Vi har samarbeidet om tydeliggjøring av familiens problemer, tiltak, og henvisninger. I tillegg til et godt samarbeid med fastleger har også flere bydelsoverleger vært engasjerte og samarbeidsvillige.

Koordineringsoppgavene har i mange tilfeller tatt mye tid. Instanser det ble henvist til har ikke alltid hatt nødvendig forståelse for norsktamilers situasjon, eller at familiens situasjon har vært så kompleks og sammensatt at det å finne frem til adekvate hjelpeinstanser har tatt tid. Dette har imidlertid vært et viktig arbeid for å hjelpe familiene. God kjennskap til ulike etater og hjelpetilbud har vært avgjørende for å kunne trekke i tråder og få nødvendig hjelp på plass og erfaringer i prosjektperioden har gitt mye ny kunnskap. Dette har gitt økt forståelse for og erfaring med de utfordringer brukerne våre har hatt med å finne frem til et passende hjelpetilbud. Dette kan være *en* forklaring på at de har underbrukt hjelpetilbud.

Instanser vi har samarbeidet med i det kliniske arbeidet;

Fastleger og Bydelsoverleger

Skoler og barnehager

Grorud bydel, v/Ammerudhellinga 47

Kontakt med NAV

Kontakt med spesialisthelsetjeneste som DPS, BUP og Blå Kors

Kontakt med advokater, Politi og Juss Buss

Kontakt med UDI og UNE

Kontakt med frivillige organisasjoner som Frelsesarmeen, Kirkens Bymisjon, Homestart og Caretas

Kontakt med NOAS

Oppsummering;

Det arbeidet som er gjennomført i Senter for Helsefremmende arbeid, Seksjon for sorgstøtte, hadde ikke vært mulig innen ordinær drift. Det hadde heller ikke vært mulig uten mye kveldsarbeid, og stor grad av fleksibilitet. Spesialkompetanse innen prosjektledelse i samarbeid med frivillige organisasjoner og andre og innen psykisk helse har vært nødvendig. I tillegg har Seksjon for sorgstøttes struktur med lavterskel tilbud, ingen diagnoser og tett samarbeid med kommuner og bydeler vært viktig. Få av henvendelsene til prosjektet har omhandlet sorg direkte, men mye av seksjonens strukturer og arbeidsmåter har vært nyttige.

Vi har nådd målene om å etablere tillitt og trygghet i det tamilske miljø. Dette er en forutsetning for å ta imot helsetjenester for psykiske problemer og familieproblemer. Vi ser behovet for et langsiktig arbeid for å bedre den psykiske helsen da normer og holdninger i det tamilske miljø er vesentlig faktorer for å endre atferd. Vi har jobbet med dette gjennom psykoedukasjon og veiledning og har opplevd at vår kunnskap blir tatt imot og forstått, men at endringer tar tid i den tamilske befolkningen som i befolkningen ellers. Det er derfor viktig ikke å avslutte arbeidet nå, men å jobbe langsiktig og videreutvikle helsetilbudet i tråd med brukernes behov..

I det tamilske miljø er psykiske helseproblemer lite akseptert. Plassering av prosjektet innen Senter for helsefremmende arbeid har av den grunn vært gunstig. Vi blir ikke tungt forbundet med psykiatri, men har allikevel et godt samarbeid med psykiatriske helsetjenester.

Koordinering av tjenestene, og henvisning til og samarbeid med rette kommunale- og spesialisthelsetjeneste instanser har vært svært vesentlig i Tamilprosjektet. En videreføring av denne samhandlingsrollen ser vi på som svært tjenelig. En erfaren spesialsykepleier innen psykiatri som har kjennskap til alle ledd i tjenesteapparatet har hatt avgjørende betydning for at tamiler med store psykiske helsevansker har fått god og sammensatt hjelp. Hun har hjulpet med å tydeliggjøre problemene i ulike instanser for å fremskaffe adekvate hjelpetiltak i hver enkelt sak.

Forslag til videreføring og systemforankring av tiltakene/erfaringene i Akershus universitetssykehus

Dessverre bygget vårt prosjekt i for liten grad på erfaringer fra lignende prosjekter relatert til andre minoriteter i Norge (Øst-Afrika prosjektet, Tjertjenia prosjektet), som vi etter hvert har fått kjennskap til og ser mange likhetstrekk med. Ut ifra deres erfaringer ser vi mulighetene for å utvide arbeidet til også å inkludere andre minoritetsgrupper. Vi foreslår å fortsette arbeidet organisert i et lavterskel tilbud, fortsatt organisert under Senter for helsefremmende arbeid, men med tydelig tilknytning til psykisk helsearbeid både i Ahus og i kommunehelsetjenesten.

I prosjektet har vi sett at hjemmebesøk har vært avgjørende for å forstå problemene familier og enkeltpersoner sliter med. Det kan i framtiden være interessant å se på mulighetene for opprettelse av et ambulant team for familier og andre minoriteter. I Norge er det etablert 150 ambulante team de siste fem årene innen psykisk helse og rus. Det antas at utvikling av hjemmetilbud kan være interessant å vurdere. Sosiale og etniske aspekter fanges lett opp. De driver observasjon, gir støtte og råd og gir behandling og oppfølging nå det trengs. I Norge er det mest aktuelt å etablere slike team som samarbeidsprosjekter mellom kommune og helseforetak. (jfr. Stortingsmelding 16 , Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 s.79).

Hjemmebesøk har vært den foretrukne møteplass i Tamilprosjektet både for brukerne selv og for behandlere. Det har gitt en god oversikt over problemenes omfang, gitt større innsikt i barns situasjon i familier som strever, og gitt tilgang til pasienter som ellers ikke ville benyttet seg av helsetjenesten. Årsakene kan være mange; at de ikke vet hvor de skal henvende seg, ikke ønsker eller tør å gå ut, er redde for stigmatisering ved psykiske problemer og følgene dette kan få for familien er like mange. Det har også gitt større innsikt i bo situasjonen, samhandlingsformer og kulturelle forskjeller, og gitt brukerne trygghet ved å være på egen arena. Slik vi ser det bør erfaringene brukes til å utvide tilbudet om hjemmebesøk, og at en i større grad arbeider rundt familiene i team. Et ressursteam med hjemmebesøk og koordineringsansvar kan være en viktig døråpner for at familier og andre minoritetsgrupper får den hjelp de har behov for.

En forutsetning for at dette arbeidet skal lykkes er at organisatoriske, faglige og økonomiske rammer er ryddige. Slik vi ser det kan en hensiktsmessig plassering være i et forebyggende lavterskeltilbud i Spesialisthelsetjenesten (Forebyggende psykiatri eller enheter med forebyggende eller helsefremmende mandat), med høy faglig kompetanse og i et tydelig samarbeide med helsetjenesten i bydeler og kommuner. Arbeidet bør ta utgangspunkt i belastninger og livshendelser, mere enn i diagnoser. Plassering i spesialisthelsetjenesten er også gunstig for spredning av kunnskap om minoritetsgrupper og deres behov i møte med helsevesenet. Dette gjelder både ansatte i eget HF og andre samarbeidspartnere. Et viktig aspekt er erfarings- og kunnskapsoverføring, som også skjer ved at ”teamet” fra Spesialisthelsetjenesten forflytter seg mellom bydeler og kommuner.