

Betydningen af IKS' arbejde på hospitaler og i fængsler

Lissi Rasmussen

IKS har i flere år arbejdet socialt og diakonalt med konkrete projekter. Vi har anset det for vigtigt, at vi som kristne og muslimer mødes i et fælles rum om sociale og almenmenneskelige problemstillinger og udfordringer, men i de senere år er vi gået et skridt videre. Vi forholder os ikke blot reflekterende, dialogisk til problemstillingerne. Vi relaterer ikke blot til hinanden i forhold til ”noget tredje”, men vi interagerer og engagerer os sammen i ”det tredje”.

Interaktionen, diapraksis, det at arbejde sammen omkring fælles konkrete opgaver med fælles mål er i stigende grad blevet det fundament, hvorpå vi udvikler relationer og fællesskab, ikke blot internt blandt aktørerne, men også blandt mennesker i samfundet. Ved at skabe et fælles socialt rum for interaktion søger vi at opnå en gensidig tillid og samhørighed, der får videre betydning for sameksistensen i samfundet. Denne artikel vil reflektere over dette fælles diakonale samarbejdes betydning for fællesskabet mellem mennesker med forskellig religiøs og kulturel baggrund.

IKS har været fokuseret på tre konkrete projektområder, som hænger tæt sammen: ligebehandlingsarbejde, omsorgsarbejde på sundhedsområdet og arbejde med indsatte og eksindsatte unge. I dette nummer af tidsskriftet omtales de to diakonale projekter, Etnisk Ressourceteam på fem københavnske hospitaler og Projekt Katalysator for indsatte og eks-indsatte unge på Sjælland. Fire af IKS' seks bestyrelsesmedlemmer er nu ansat i fængsels- og sundhedsvæsenet: to fængselsimamer og undertegnede fængselspræst i Københavns Fængsler samt en hospitalsimam/koordinator af Etnisk Ressourceteam på de forskellige hospitaler.

Mange af IKS' tidligere aktiviteter så som debatcaféer, dialoggrupper og undervisning vil kunne genoptages, når der forhåbentlig opnås økonomisk støtte til igen at etablere et fast sted, men tilpasset en ny ramme, dvs. med relevans til de tre projektområder.

I fængsel eller på hospital – en krisesituation

Når man kommer i fængsel eller på hospitalet, sker der en opbremsning i ens liv. Man er kommet i en situation, man ikke selv har ønsket eller valgt. Man tages ud af sin sædvanlige sammenhæng og livsrytme, væk fra familie og venner, væk fra arbejde, uddannelsessted etc. Alle ens vaner brydes. Det kan føles uvirkeligt -

som om ens tilværelse rystes. Man kan føle sig magtesløs og frustreret over, at der gribes ind i ens privatsfære, at man er overladt til og afhængig af personalet og deres vurdering af en og ens muligheder. Der er meget ventetid. Fremtiden er usikker. Det hele kan virke meget angstfremkaldende. Mange patienter og indsatte oplever stor ensomhed i denne situation.

Mange af disse negative aspekter af opholdet på hospital og i fængsel forstærkes ofte hos mennesker med etnisk minoritetsbaggrund. Der er sproglige og kulturelle barrierer i forhold til personalet, der kan forstærke ensomheden og følelsen af at være fremmed. Det hele kan virke mere skræmmende og uoverskueligt, fordi man ikke forstår noget af, hvad der foregår. Man kommer let til at tage tingene personligt, også når der ikke er grund til det.

For at klare sig igennem og overvinde alt det angstfyldte er man tvunget til at lære at tage en dag ad gangen. Man må finde styrke til at forholde sig til situationen, til at bevare sin integritet, sin værdighed. Her kan det være en utrolig hjælp at have en person eller flere personer, der møder en som andet og mere end den ”mangel” (sygdom, kriminelle handling), der ligger til grund for ens ophold i institutionen, og som er villig til at lytte og give støtte og tryghed.



Bederum på Rigshospitalet

disse institutioner i deres eget land. Der er således bedre muligheder for, at de kan vende tilbage til deres hverdag som helede mennesker.

For etniske minoriteter er det yderligere vigtigt, at den enkelte patient eller indsatte kan føle sig inkluderet og anerkendt. I bederumets gæstebog på Rigshospitalet udtrykker en patient dette behov på følgende måde: ”Det er virkelig dejligt, at vi fik et bederum, det er så dejligt at føle sig hjemme hos sig selv, og ikke blive holdt udenfor.” (Henning Nabe-Nielsen, Mødet med mennesker af anden tro i sundhedsvæsenet, Magasin om Religionsmøde. Folkekirke og Religionsmøde, Maj 2012, p.16). For både patienter på et hospital og indsatte i et fængsel er det vigtigt, at deres religiøse baggrund og/eller behov tages alvorligt og anerkendes – så de ikke føler sig fremmede i

Samarbejde i fælles rum

IKS har med de to omsorgsprojekter lagt vægt på, at denne hjælp og støtte gives i et samarbejde mellem mennesker med forskellig religiøs og etnisk baggrund, og at det sker i fælles rum. På Rigshospitalet er samarbejdet synliggjort ved, at imamen har arbejdsplads på kirkekontoret.



I Blegdamsvejens Fængsel (populært kaldt 'Blegdammen') er der et fælles imam- og præstekontor, og i Vestre Fængsel en "præstegang", hvor også imamens kontor ligger. I alle disse lokaler foregår en daglig udveksling af erfaringer og fordeling af opgaver.

Fængselsimam og –præst på kontoret på Blegdammen

Fællesskabet på Vestre Fængsels "præstegang" har stor betydning for både indsatte og ansatte, hvilket bl.a. hænger sammen med, at de ansatte har en fælles forståelse af, at ligeværdighed er et vigtigt princip i forhold til samarbejdet og til aktiviteterne for de indsatte. Det mærkes af mange indsatte som en befrielse, et frirum, hvor der fokuseres på andre ting end det, der tales om på gårdtur eller i cellefællesskab, og hvor de kan føle sig trygge til at være dem, de er. "Det er som om vi ikke er i fængsel," siger de indsatte ofte, "her er vi mennesker igen."

Også de forskellige fælles arrangementer, præster og imamer i Københavns Fængsler arbejder sammen om, har anerkendelse og inklusion som omdrejningspunkt. Der har således været arrangeret en række fælles spisninger og debatmøder i begge fængsler (med 15-25 deltagere) omkring emner, der er af interesse for alle parter: Hvordan dømmer Gud? Det arabiske forår, Dostojevskijs roman "Forbrydelse og Straf", Darwinisme og intelligent design, klimaændringer etc. I mindre grupper har teologiske



Debatmøde om Dostojevskij på Blegdammen

emner været drøftet så som straf og livet efter døden, fri vilje og ansvar, næstekærlighed, tilgivelse, forsoning, forhold til ejendom, gengældelse, straf, kønsrelationer, religiøse retninger. Flere af de indsatte har givet udtryk for, at disse fælles arrangementer og det synlige samarbejde og gode forhold mellem præster og imamer har fået dem til at forstå, at man ikke skal være ekskluderende overfor mennesker med anden kulturel og religiøs baggrund end en selv.

Endvidere har det været vores erfaring, at de indsatte ved at være i et fællesskab, hvor de kan føle sig trygge og anerkendt som mennesker, kan få lyst til at bidrage, udforske positive erfaringer frem for mangler hos dem selv. De kan gå fra at være klienter eller brugere til at være aktive deltagere eller endog ressourcepersoner. Begyndelsen til en sådan forvandlingsproces har vi iagttaget flere gange.

Teologiske refleksioner

Den diakonale handling tager den åndelige dimension ved menneskelivet, og særligt ved menneskelig lidelse, alvorligt. Samtidig giver den mulighed for teologiske overvejelser over menneskelige lidelseserfaringer så som angst, vrede, skyld, ensomhed etc. og over, hvilke metoder og mestringsstrategier, der er nyttige i samtaler med patienter i krise og med indsatte i et fængsel.

Det er ofte de samme overvejelser og bekymringer, der gør sig gældende uanset religiøs og kulturel baggrund. Man søger efter en forklaring ud fra antagelsen om, at livet er retfærdigt: hvorfor mig? hvad har jeg gjort galt? har Gud forladt mig? og hvordan klarer jeg denne situation? Man søger en mening og trost for at kunne mindske følelsen af fortabthed og håbløshed.

Gennem udveksling af erfaringer har kristne og muslimske deltagere i ERT fra tid til anden opdaget nye aspekter af egne religiøse traditioner. De har ofte fortalt, hvordan de har lært af hinanden, også på et teologisk niveau. For eksempel har kristne opdaget vigtigheden af formel bøn med henblik på at strukturere patientens hverdag. De kom til at værdsætte den betydning, som islam tillægger taknemmelighed overfor Gud og tålmodighed i lidelse.

Omvendt har muslimer anerkendt behovet for mere uformel personlig bøn med patienten, samt vigtigheden af at vide, hvordan man håndterer følelser af bitterhed eller vrede i forhold til Gud i tilfælde af alvorlig sygdom eller tab, selv om disse følelser ikke er "korrekte" i henhold til islam. Muslimer har endvidere - på baggrund af mødet med den kristne sjælesorgstradition og egne minoritets- og ensomheds erfaringer - også indset betydningen af sjælesorg og samtaler med mennesker udenfor deres egen familie, herunder en imam på hospital og i fængsel.

Sjælesorg og europæisk islam

Der har i islams historie, i de muslimske lande ikke været noget stort behov for organiseret omsorgsarbejde eller for en egentlig omsorgs- eller sjælesorgsteologi. Det har været familiens opgave og ansvar at tage sig af de syge og lidende. Samtidig er sjælesorg og omsorgsansvar for andre mennesker klart til stede i islamisk teologi og etik. Den begynder dog først at for alvor at få sin relevans og udformning i de vestlige samfund, hvor også muslimer er præget af individualisering og familieopløsning og dermed ofte står alene uden en familie, der har tid og mulighed for at leve op til deres ansvar.



Gennem vores samarbejde om diakonale udfordringer er muslimer blevet mere bevidste om den omsorgsteologi, som kommer til udtryk i islam. Især spørgsmålet om, hvilke mestringsstrategier, den enkelte og sjælesørgeren kan benytte i islamisk kontekst. Undertiden har deltagerne måttet konstatere, at der ofte er tale om sammenfaldende strategier så som ritualer, bøn, fortællinger etc..

Det har været en fantastisk læreproces at følge denne udvikling, og det er vores håb, at lignende erfaringer bliver eller vil blive gjort andre steder i Europa.

Hospitalspræst og -imam på Rigshospitalet

Betydningen af fælles diakonalt samarbejde

De to diakonale projekter i IKS har ikke blot betydning for aktørerne, de frivillige, der er direkte involveret i arbejdet, og det tillidsforhold, der opstår mellem dem og de mennesker, projekterne retter sig imod, og som har brug for hjælp og støtte. Arbejdet har også betydning for dem, der på forskellig måde stifter bekendtskab med projekterne. Vores erfaringer fra samarbejdet fordeler sig på seks punkter:

1. Det vigtigste er, at man når et fælles mål: næsten får omsorg. At der er mennesker, der får den hjælp og støtte i en krisesituation, de har brug for – og at deres livskvalitet bedres.
2. De borgere, der får hjælp, oplever, at deres behov (også de åndelige) og værdighed anerkendes og tages alvorligt i det samfund, de lever i. Det befordrer en bedre selvværdsfølelse. De oplever i højere grad at være en del af det samfundsmæssige fællesskab ("føle sig hjemme hos sig selv").

3. Interaktionen får betydning for de mennesker, der er involveret i arbejdet. De frivillige oplever, at der er brug for dem, at de har en funktion og kan bidrage positivt. De er nødvendige aktører. De kan undertiden opfattes som rollemodeller.
4. Der opnås en bedre gensidig forståelse og solidaritet mellem deltagerne - i og med det fælles ansvar, de oplever at have, i forhold til et fælles anliggende. De lærer af hinanden og opdager nye aspekter af både de andres og deres egen tradition.
5. Samarbejdet får betydning på græsrodsniveau: Andre mennesker i samfundet ser, at der er sammenhæng mellem ord og handling hos aktørerne. Samtidig registrerer de, at det sker på tværs af kulturelle og religiøse forskelle, at der er fællesskab og sammenhold mellem dem. OS-DEM opdelingen modvirkes.
6. Den fælles praksis fører på en naturlig måde til refleksioner over sjælesorg og social etik indenfor de forskellige religiøse traditioner. Der har således udviklet sig en islamisk omsorgs- eller sjælesorgsteologi, udsprunget af den europæiske kontekst og inspireret af den kristne tradition og teologi.

Ved at have et socialt, medmenneskeligt engagement tilfælles, ved at være optaget af mennesker, bliver de religiøse og kulturelle forskelle mindre betydningsfulde og lettere at forholde sig til. Fordomme og negative holdninger til 'de andre' kan forsvinde. Respekt for den andens ligeværdighed træder i stedet.

Diapraksis og sameksistens

Det er således IKS' erfaring gennem årene, at det diapraktiske, interaktionen i det diakonale arbejde mellem mennesker med henholdsvis kristen og muslimsk baggrund har betydning for sameksistensen i samfundet. De to vigtige udfordringer, diakonalt samarbejde og arbejdet for sameksistens hænger sammen og beforder hinanden.

Det lange seje, tålmodige træk, hvor der skabes relationer og sammenhold i et langt forløb – tillid over tid - giver bedre vilkår for sameksistens. Dermed kan polarisering, konflikt, modkulturer og ekstreme reaktioner modvirkes eller undgås.

Begge de nævnte diakonale projekter har inklusion, ligeværd og anerkendelse som helt centrale principper, der kan bryde OS-DEM fornemmelsen, som mange mennesker har, og skabe en oplevelse af at være del af et samlet OS.

Omsorg og støtte til patienter og pårørende med etnisk minoritetsbaggrund på københavnske hospitaler

Rapport om Etnisk Ressourceteams projektperiode 2008-2011

Naveed Baig

Medvirkende institutioner: Rigshospitalet – Herlev Hospital – Islamisk-Kristent Studieceter (IKS)

Følgegruppe for Etnisk Ressourceteam 2008-2011:

Overlæge Marianne Kastrup (Videnscenter for Transkulturel Psykiatri), centerchef, sygeplejerske Ester Lind (Rigshospitalet), hospitalspræst Henning Nabe-Nielsen (Rigshospitalet), overlæge Poul Jaszczak (Herlev Hospital), dr. theol. Lissi Rasmussen (IKS)

Siden 1980 er antallet af ikke-vestlige indvandrere femdoblet, og i januar 2008 udgjorde indvandrere og efterkommere 9.1 % af befolkningen i Danmark (Danmarks Statistik, dec. 2008). Sundhedsvæsenet er i den forbindelse blevet konfronteret med nye udfordringer og spørgsmål angående kommunikation og omsorg: Hvad er der brug for med henblik på at kunne skabe forståelse, tryghed og yde en tilpasset omsorg? Hvorvidt og hvordan skal det kulturelle, religiøse og åndelige aspekt inddrages i behandlingsforløbet?

I august 2009 blev den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udsendt af Institut for Kvalitetssikring og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (www.ikas.dk) til alle offentlige og private hospitaler med henblik på implementering. Akkrediteringsstandard 2.1.4. i DDKM har titlen 'Religiøs og kulturel støtte til patienter' og giver en række anbefalinger om, hvordan det kan understøttes. I WHO's mål for den palliative indsats står der bl.a. at 'omsorgens psykologiske og åndelige aspekter' skal integreres i indsatsen (se Sundhedsstyrelsens hjemmeside:www.sst.dk).

Det er ikke alle kulturer og samfund i verden, der har tradition for organiseret omsorgsarbejde. I mange lande (herunder muslimske) håndteres krisesituationer typisk inden for familiens rammer. I Danmark er der imidlertid ikke altid et familienetværk, der kan træde til. Omsorgen er blevet mere individualiseret og institutionaliseret.

Etnisk Ressourceteam (ERT) blev den første og indtil videre den eneste ordning af sin slags i Skandinavien med det formål at hjælpe patienter, pårørende

og personalet med omsorg, støtte og bedre kommunikation på de enkelte afdelinger.

Denne rapport tager udgangspunkt i ERT's arbejde primært i projektperioden feb. 2008- feb.2011. Det er hensigten med rapportens at beskrive ERT's funktioner og virke samt at dokumentere ERT's aktiviteter i perioden. Rapporten begynder med en overordnet historisk beskrivelse af ERT's udviling, efterfulgt af en beskrivelse af ERT's koncept, de frivillige og teamets funktioner. Afslutningsvis dokumenteres alle aktiviteterne.

2003-05

ERT's historie kan deles op i tre faser. Den første var eksperiments- og opstartsfasen, hvor primært IKS og foreningen Muslimer i Dialog var ansvarlige for arbejdet. I første omgang etablerede IKS en ressourceliste bestående af 10 personer med forskellig etnisk og kulturel baggrund (heraf fire imamer) og med særlige evner til og baggrund for at tale med mennesker i en krisesituation. Denne liste var det første år tilgængelig på personalekontorer og intranet for personaler på Amtssygehuset i Herlev og Glostrup Sygehus og blev formidlet af sygehuspræsterne. Da ordningen viste sig at være funktionsduelig, blev den udvidet til at omfatte alle hospitaler i Københavnsområdet, dvs. Amager Hospital, Amtssygehuset i Gentofte, Bispebjerg Hospital, Frederiksberg Hospital og Rigshospitalet.

På grund af stigende efterspørgsel ønskede IKS denne ordning udvidet og sat i mere faste rammer gennem et mere formaliseret ressource-netværk og en egentlig besøgs- og rådgivningstjeneste for patienter, pårørende og personale på hospitaler i Københavnsområdet. Dette krævede en mere organiseret kontakt til hospitalerne, da der var tale om en helt ny indsats. Eftersom der også havde været henvendelser ang. kristne ressourcepersoner med etnisk minoritetsbaggrund, blev også kristne en del af ressource-netværket. Gennem undervisning og samtaletræning ønskede man at dygtiggøre mindst 20 frivillige med anden etnisk baggrund til dette omsorgsarbejde, dvs. til at fungere som samtalepartnere, rådgivere og foredragsholdere og stå til rådighed for hospitalspersonale. Projektets sigte var (som dengang beskrevet):

- at patienter og pårørende får mulighed for, at tale med et menneske, der forstår deres baggrund, og at personalet får den hjælp og støtte, de har brug for i forhold til at varetage patienternes behov.
- at de frivillige med forskellig etnisk baggrund bliver bedre i stand til at samtale med mennesker i krisesituationer og formidle deres erfaringer og viden til andre og dermed inspirerer til, at andre tager en lignende opgave op.

- at der skabes en bedre forståelse blandt sundhedspersonaler for de problemer, der kan opstå i forbindelse med muslimske indlagte, og at hospitalspersonalet dermed bliver bedre i stand til at varetage arbejdet med patienter, der har muslimsk baggrund.

I denne fase opnåede man at gennemføre en række kurser for hospitalspersonale og andre sundhedsfaglige grupper samt studerende på området, at hverve de frivillige, tilbyde et kursusforløb og gennemføre en visitation. Der blev udvalgt 18 frivillige til at indgå i dette team. Der blev også dannet en styregruppe med 10 fagpersoner ansat på hospitaler og andre relevante institutioner/foreninger.

For mere om denne fase:

http://ikstudiecenter.dk/undersider/aktiviteter/pdf/9_Omsorgsprojekt%20frem%20til%201.%20nov.%202005.pdf

2005-08

I denne periode blev Etnisk Ressourceteam langsomt integreret i de Københavnske hospitalers virke, dog primært Rigshospitalet og Herlev Hospital - der også godkendte ordningen på direktionsniveau. Projektet i denne fase blev primært drevet af IKS og enkelte samarbejdspartnere. Det var implementeringsfasen.

Der blev taget personlig kontakt til de fleste relevante sygeafdelinger på Rigshospitalet og Herlev Hospital og arrangeret møder med personalet for at introducere ressourceteamet og dets arbejde. Det skete især på svangerskabs- og barselsafdelinger, børneafdelinger, dagkirurgisk afsnit, hæmatologisk afdeling, kræftafdelinger, neonatal klinikker mm. Brochurer blev lagt frem på alle relevante afdelinger, og teamet fik PR i diverse fag- og personaleblade, særligt i *Skoppet* (Herlev Hospital), *Indenrigs* (Rigshospitalet) og tidsskriftet *Sygeplejersken*.

Der blev desuden taget kontakt til alle hospitaler i Københavnsområdet, som fik muligheden for at benytte sig af omsorgsteamet. Udover de to eksisterende hospitaler blev Gentofte, Amager, Glostrup, Hvidovre og Bispebjerg hospitaler også kontaktet.

ERT begyndte nu for alvor at modtage henvendelser fra Rigshospitalet og Herlev Hospital. Disse henvendelser blev dokumenteret i denne periode. Der var ca. to ugentlige patientrelaterede henvendelser - primært længerevarende besøgsvenner til ældre patienter uden særlig stort netværk. ERT havde ikke faste faciliteter på hospitalerne i denne periode. Projektlederen koordinerede og arbejdede fra IKS's kontor på Sortedam Dossering, Nørrebro.



*ERT-Seminar med delegation fra Norge 2009.
Frivillige fortæller*

I 2007 publiceredes Den Muslimske Patient. En indføring i emner relateret til mødet mellem muslimer og ansatte i sundhedsvæsenet. Dette hæfte er bl.a. blevet brugt i forskellige uddannelsessammenhænge. Det er blevet genoptrykt, og der er stadig efterspørgsel på hæftet.

2008-11

I den officielle projektperiode fra 2008 til 2011 foregik arbejdet udelukkende på Rigshospitalet og Herlev Hospital, hvor projektet blev en fast del af hospitalets virke. Projektlederen blev nu placeret under hospitalernes organisation - på Rigshospitalet under personaleafdelingen og den kirkelige funktion og på Herlev Hospital under direktionen.

Der blev dannet en følgegruppe, der fulgte med i ERT's udvikling. Denne bestod af repræsentanter fra Rigshospitalet, Herlev Hospital, Islamisk-Kristent Studieceter og Videnscenter for Transkulturel Psykiatri. IKS og de to hospitaler indgik en samarbejdsaftale hvor de tre interessenter deltes om de økonomiske omkostninger. Bispebjerg Hospital fik senere *(i 2009) tilknyttet en frivillig teamkoordinator.

Projektet afsluttedes, og en fast ordning introduceredes fra 1.februar 2011, og projektlederen blev ansat som koordinator for Etnisk Ressourceteam på 4 københavnske hospitaler med Rigshospitalet som værtshospital for ordningen. De øvrige hospitaler er Herlev Hospital, Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital.

Konceptet

Etnisk Ressourceteam's koncept fremgår af projektbeskrivelsen, der understreger, at ERT ønsker:

- at patienter af anden etnisk baggrund sikres et optimalt møde med sundhedsvæsenet.
- at den generelle omsorg og den åndelige omsorg for patienter og pårørende med anden etnisk baggrund får en lige så høj standard som omsorgen for etniske danske patienter og pårørende generelt.

For at nå de overordnede mål var der tre konkrete opgaver, der blev udført (i henhold til projektbeskrivelsen):

1. *Etablering og implementering af etniske ressourceteams på Rigshospitalet og Amtssygehuset i Herlev, samt videreuddannelse af disse teams alt efter hospitalsernes behov.*
2. *Åndelig omsorg for patienter og pårørende ved hospitalsimam på Rigshospitalet og Amtssygehuset i Herlev.*
3. *Undervisning og rådgivning af personale på Rigshospitalet og Amtssygehuset i Herlev.*

Teamets funktioner

Ressourcepersonerne kunne og kan tilkaldes 24 timer i døgnet. Deres hovedfunktioner består i at være samtalepartnere og rådgivere i forhold til patienter og pårørende med lignende baggrund som de selv, samt at stå til rådighed for hospitalspersonalet. Betingelsen for at kunne sende en ressourceperson er, at patienten eller dennes pårørende selv har givet samtykke hertil. Derefter er det kriterier som sprog, kulturel baggrund, religion, køn, alder og livserfaring, der afgør, hvem der matcher patienten bedst. Ressourcepersonerne varetager tilsammen følgende tre funktioner:

Besøgstjenesten

Alle ressourcepersoner fungerer som besøgsvenner i forbindelse med en patients indlæggelse eller ambulante behandling. Det kan handle om at holde ensomme patienter og/eller pårørende med selskab og på den måde være med til at mindske de sygdomsramtes bekymringer og fremmedgørelse. Det kan også handle om at hjælpe med at formidle arbejdsgange og sygeplejekulturen på hospitalet eller guide patienterne videre til patientvejleder eller socialrådgiver, når der er behov for det. Den gejstlige betjening med bl.a. imam- og præstefunktionen (når det gælder andre kirker end folkekirken) er også en del af besøgsvennetjenesten. Gejstlige udenfor hospitalet kan her tilkaldes.

Brobygningsfunktionen

Brobygningsfunktionen går ud på at lette kommunikationen mellem personale og etniske minoritetspatienter og pårørende for derved at skabe gensidig forståelse og bane vej for en fornemmelse af baggrunden for eget og andres perspektiv. Funktionens mål er oplysning – ikke nødvendigvis konsensus eller kompromis. Ressourcepersoner fungerer her som en slags kulturtolke, altså neutrale brobyggere og bindeled, der forklarede begge parter, hvad der kulturelt, sundhedsmæssigt eller organisatorisk ligger til grund for deres respektive adfærd og tankegang. Ressourcepersonerne kan ikke fungere som almindelige tolke.

Rådgivning, undervisning og supervision

Rådgivning foregår via telefon, e-mail, aftalt møde eller case baseret undervisning med udgangspunkt i afdelingens egne cases. Endvidere får hospitalspersonalet undervisning i emner, der relaterer sig til mødet med etniske minoriteter (for flere detaljer, se afsnittet om undervisning i projektperioden). Enkelte afdelinger ønsker regelmæssig supervision for at følge op på den interne udvikling i håndtering af casene.

Fremgangsmåde: hvordan blev ERT kendt på afdelingerne?

På Herlev Hospital gik projektlederen uanmeldt rundt på alle afdelinger sammen med hospitalspræst Tom Andersen Kjær og fortalte kort om ERT til det pågældende personale, som kunne træffes. Umiddelbart efter sendte projektlederen en anmodning via e-mail til afdelingssygeplejersken om deltagelse i personalemøder på alle afdelinger. På Rigshospitalet tog projektlederen en runde på alle afdelinger og søgte at mødes med afdelingssygeplejersken/oversygeplejersken og her udlevere ERT- brochurer. Der blev aftalt en tid til et personalemøde hvor projektlederen kunne komme og informere personalet om ERT. De gange hvor oversygeplejersken ikke kunne træffes, sendte projektlederen en e-mail med anmodning herom. Disse møder blev kaldt ERT-infomøder, og det var det vigtigste redskab til at møde personalet ansigt til ansigt og informere om ERT. Nedenfor nævnes de forskellige tiltag, der har medvirket til, at ERT blev kendt på hospitalerne. Flere af aktiviteterne foregår stadig.

1. Som beskrevet blev informationsmøder gennemført på stort set alle afdelinger på Rigshospitalet og Herlev Hospital. I starten var det projektlederen, der deltog i møderne, men efterhånden var også de frivillige med. Disse møder fortsatte i hele projektperioden - enkelte afdelinger afholdt dem flere gange - da der var brug for information til nyt personale. Undertiden ønskede afdelingerne, at der skulle undervises mere specifikt i, hvordan man bruger ERT.

2. ERT var til stede på ledelsesmøder og på møder med centrale personer for at informere om ERT. Det var dog kun i starten. Der blev lavet en introduktionspakke til projektlederen (udover det introduktionsmateriale, som alle andre nyansatte skal igennem) med de vigtigste afdelinger og personer, der skulle besøges.

3. ERT fik mulighed for at præsentere dets arbejde for nyansatte på hospitalerne en gang om måneden. På Herlev foregik det i kirken, hvor projektlederen fik ca. 5 minutter til at fortælle om teamet og dets funktioner, og på Rigshospitalet fortalte præsten om teamet til fælles intro-møde i et af auditorierne.

4. Intranet og internet: ERT fik oprettet sin egen side på hospitalernes intra- og internet. ERT etablerede endvidere sin egen hjemmeside på internettet. ERT-brochurer på forskellige sprog blev produceret. De findes på fransk, arabisk, persisk, engelsk, urdu, tyrkisk, bosno-kroatisk og somalisk. Der blev udarbejdet en plakat om ERT, som kunne hænges op på afdelingerne.

5. ERT blev omtalt i personaleblad, og løbende historier om ERT blev bragt.

6. ERT blev omtalt i almindelige medier og publikationer.

7. Der var indslag om ERT på patient-TV.

8. ERT fik kontorfaciliteter og holdt møder på afdelingerne, var med i børneudvalget på RH, var med i ERFA (erfaringsudvekslingsmøder med præster og krisepsykologer på Rigshospitalet) mm.

9. Personalet blev gjort opmærksom på ERT i diverse undervisningsforløb.

ERT-medlemmer, hvem er de?



Supervision af frivillige. Socialsygeplejerske Nina Brunen holder oplæg jan. 2010

ERT medlemmer har fra starten været pålagt bestemte krav for at være med. De skulle på samme tid beherske dansk og et andet sprog, have en vis uddannelsesmæssig baggrund og modenhed til at indgå i samtale med patienter og pårørende. De skulle også gennemgå et obligatorisk kursusforløb og deltage i supervisionsmøder ca. hver anden måned.

De nye, der kom til undervejs, blev også tilbudt og opfordret til at deltage i kurser tilrettelagt specifikt for de frivillige.

ERT-medlemmerne er en meget forskelligartet gruppe mennesker der tilsammen råder over 18 forskellige sprog, har forskellig uddannelsesmæssig baggrund, repræsenterer flere kulturer og religioner. ERT har lavede en liste over alle de frivillige, deres personlige informationer såsom etnicitet, sprogkundskaber, uddannelse, religion, beskæftigelse mm.

Omtrent en tredjedel af alle frivillige har igennem alle årene haft en sundhedsfaglig baggrund såsom læger, sygeplejersker, psykologer mv. Ca. en fjerdedel har haft en studiebaggrund inden for de forskellige sundhedsuddannelser. Pt. er der 2 læger, 3 sygeplejersker, 1 psykolog, 1 farmaceut, 1 fysioterapeut og 1 SOSU assistent med i teamet. Udover denne gruppe er der 8 akademikere fra forskellige felter tilknyttet teamet i dag. Der har altid været en overvægt af kvinder i teamet. Pt. er der 8 mænd i teamet ud af i alt 35 frivillige.

Når en frivillig kontakter ERT for at være med, vil man i første omgang se om der er plads i teamet og derefter indkalde til samtale. Dernæst inviteres ansøgeren til et ERT-supervisionsmøde hvor han/hun kan møde de andre frivillige og tage stilling til, om det er noget man vil involvere sig i. Den frivillige får et skilt og skal underskrive en aftale, der knytter dem til teamet og dermed også hospitalet.



Temadag på Rigshospitalet om etniske minoriteter i sundhedsvæsenet, marts 2010

de frivillige deltog i planlægning og udførelse af programmet. (Se under undervisning under projektperioden for flere detaljer)-

Ved de fleste supervisionsmøder inviteres en oplægsholder (oftest udefra), der kaster lys over et relevant emne inden for det hospitalsfrivillige arbejde. Møderne holdes en eftermiddag hver anden måned på Rigshospitalet. Desuden tilbydes de frivillige seminarer og konferencer, som er relevante for deres virke. ERT afholdt i projektperioden flere temadage, hvor også

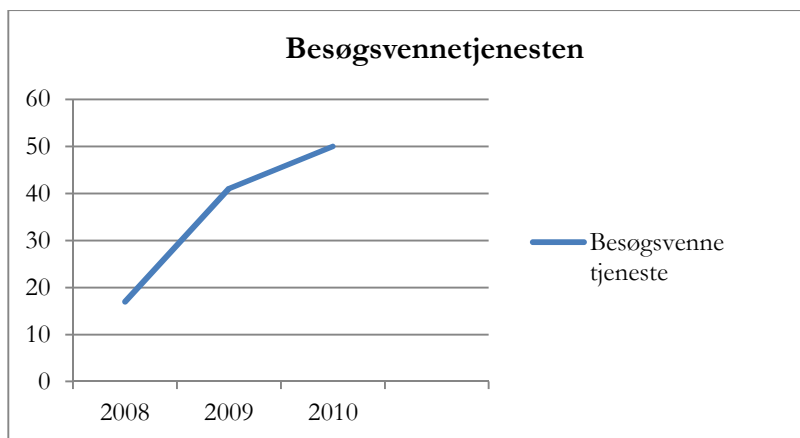
Projektlederens opgaver: i 2008 var projektlederens ansættelse fuld tid, og de sidste to år 25 timer om ugen. Projektlederen var den eneste lønede i projektperioden. Opgaverne bestod i følgende:

- overordnet ansvar og koordinering af teamets arbejde
- ansøgning om fondsmidler til ERTs drift
- formidling af viden og erfaringer til personalet og studerende i og udenfor hospitalerne

- undervisning af personalet på hospitaler
- patientkontakt i forbindelse med omsorgs- og mediceringsbehov på hospitalsafdelinger
- koordinering af møder med følgegruppen og orientering af gruppen om udviklingen
- arrangering af supervisionsmøder og kurser for de frivillige
- opfølgning på de frivilliges henvendelser efter besøg på afdelinger
- øvrigt administrativt arbejde, f.eks. økonomi, PR, webredaktion, opgaver for ERT's sider på intranet.
- gennemførelse af projektlederuddannelse, webredaktør-kursus (Herlev Hospital) og deltagelse i adskillige kurser og konferencer. Medlemskab af hospitalsetisk komité på Herlev hospital, børnekulturudvalget på Rigshospitalet og forskernetværket i Statens Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet.

Resultater af henvendelser gennem projektperioden

Der har været 480 patientrelaterede henvendelser fra 01.02.2008 til 01.02.2011 (3 år) på Rigshospitalet og Herlev Hospital (Bispebjerg Hospital ikke inkluderet).



Besøgsvennetjenesten opdelt i neutral besøgsvennetjeneste og gejstlig bistand:

Besøgsvennetjeneste - neutral :

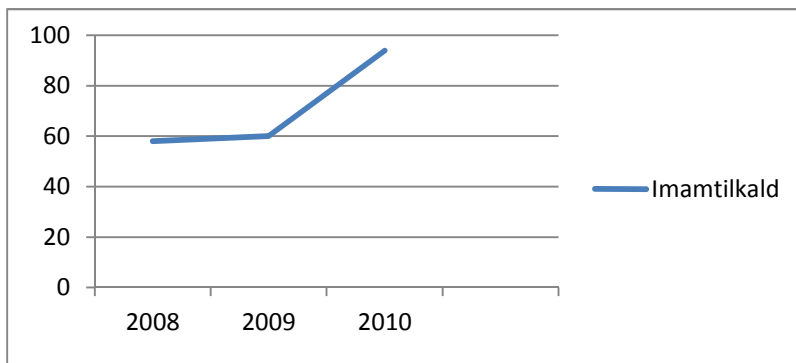
2008 : 17/118 14.4%

2009: 41/171 23.9%

2010: 50/192 26.0%

Besøgsvennetjeneste blev brugt i forbindelse med støtte- og samtalefunktioner i forhold til patienter og pårørende. Der var et tydeligt behov for personlige samtale-

ler og støtte under og efter sygdomsforløbet. Men også information om hospitalet og sundhedsvæsenets ydelser blev efterlyst i samtalerne.



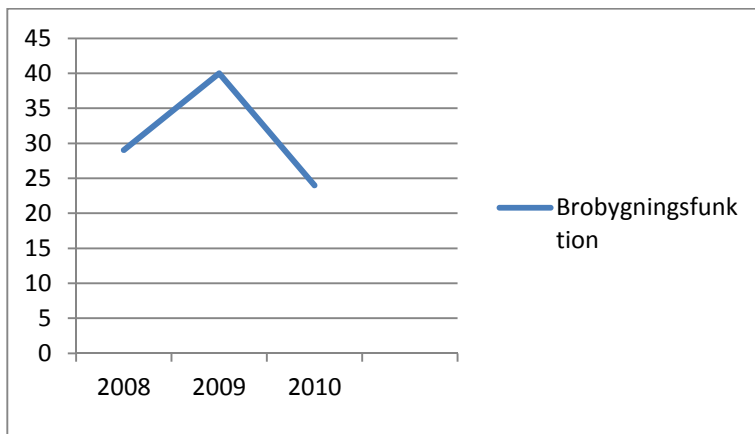
imamtilkald i 2008	58/ 118	49.1% af alle henvendelser
imamtilkald i 2009	60/ 171	35.0% af alle henvendelser
imamtilkald i 2010	94/ 192	48.9% af alle henvendelser

Imamtilkald i forbindelse med:

1. Døende patienter og deres pårørende, der havde brug for støtte, omsorg og/eller rituelle handlinger og hjælp til begravelse mv.
2. Krisesituationer efter ulykker og svære diagnoser. Eksistentiel og åndelig støtte via samtaler.
3. Spørgsmål vedr. etiske dilemmaer som behandlingsstop, abort, organtransplantationer og andre svære valg.

Imamer der blev tilkaldt kom fra Københavnsområdet og havde forskellige nationaliteter. Der blev brugt tyrkiske, albanske, bosniske, pakistanske, arabiske og danske imamer til de forskellige tilkald.

ERT fik i projektperioden også henvendelser angående arabisk-katolsk præst, ukrainsk-ortodoks præst, Shia-imam og en Hindu repræsentant.



Brobygningsfunktion:

2008: 29/ 118 24.5%

2009: 40/171 23.3%

2010: 24/192 12.5%

Brobygningsfunktionen ifm:

1. Kulturtolkning, f.eks. ved forskellige sygdomsopfattelser
2. Udfordringer på afdelingen mellem personalet og patienter/pårørende, f.eks. ved dårlig kommunikation eller reaktioner efter en krisesituation.

Andet:

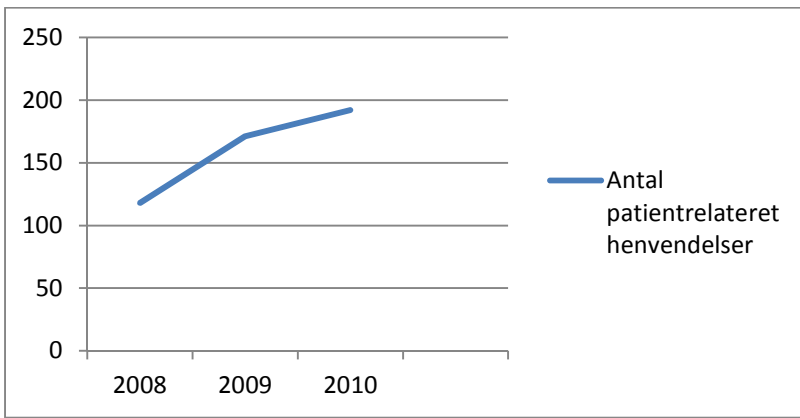
2008: 14/118 11.8%

2009: 30/171 17.5%

2010: 24/192 12.5%

Andet består af:

1. tilkald til hospitaler og institutioner uden for ERT's normale arbejdsområde
2. praktisk hjælp til patienter/pårørende såsom hjælp med ansøgninger/breve/visum mv.
3. tolkningsrelaterede forespørgsler (både mundtlige og skriftlige), hvoraf de fleste blev afvist, da de lå uden for ERT's funktionsbeskrivelse.
4. Henvendelser der ikke kunne imødekommes som f.eks. pga. manglende ressourceperson ifm. særlige sproglige og religiøse krav, ferie mm.



Der er en gradvis forøgelse af patient-relaterede henvendelser fra 118 i 2008 til 192 i 2010. I 2008 blev der brugt 12 forskellige frivillige til patientrelaterede opgaver, i 2009 16 og 2010 18 forskellige frivillige fra teamet. Frafald blandt de frivillige i teamet var på ca. 2 personer om året.

Undervisning i projektperioden

210 undervisningsforløb i hele landet, inklusiv introduktionsforløb af ERT, på Rigshospitalets og Herlev Hospitals centre/afdelinger.

17(2008) 24,(2009) 23,(2010) på Rigshospitalets afdelinger i alt 64
 22 (2008) 14(2009) 14(2010) på Herlev Hospitals afdelinger i alt 50

Udover disse har ERT undervist på andre hospitaler i landet, men også på andre uddannelsesinstitutioner i sundheds- og socialvæsenet (se bilag for detaljer).

Projektlederen underviste ved de fleste lejligheder. Andre undervisere i ERT bestod af to læger, to sygeplejersker, en psykolog og en psykoterapeut.

2008: 15 gange om interkulturel kommunikation 15/67 22.3%

2009: 11 gange om interkulturel kommunikation 11/67 16.4%

2010: 10 gange om interkulturel kommunikation 10/76 13.1%

2008: 0 gange åndelig omsorg

2009: 3 gange åndelig omsorg

2010: 13 gange åndelig omsorg (for patienter med anden etnisk baggrund/religion) 13/76 17 %

Emner, der blev undervist i: Interkulturel kommunikation, åndelig omsorg, introduktion til Etnisk Ressourceteam og erfaringer, ritualer og synet på døden i islam og kristendom, etik, sygdomsforståelser, kulturmøde, kulturforskelle, kropsforståelse, reaktionsmønstre og familiestrukturer hos etniske minoriteter og spiritualitet i sundhedsvæsenet.

ERT har afholdt følgende arrangementer i projektperioden:

Temadag for Vejle kommune om døden i forskellige verdensreligioner (Vejle Kommune, Okt.2008)

Børnearrangement 'Skumringsaften' på Herlev Hospital sammen med hospitalspræsten (Herlev Hospital, okt. 2009).

Seminar, 'Udfordringer i mødet med etniske minoriteter på hospitaler' (Rigshospitalet, marts, 2010).

Seminar for Ålborg sygehus og to hospitaler i Oslo om ERT modellen (Rigshospitalet, sep. 2010).

Seminar, 'Dobbelt minoriteter i sundhedsinstitutioner – etnisk minoritetsborgere med handicap – deres behov og perspektiver' (Rigshospitalet, jan. 2011).

Litteratur produceret i projektperioden 2008-2011:

Antologien, 'Tro, omsorg og interkultur', red. Naveed Baig, Marianne Kastrup, Lissi Rasmussen (Hans Reitzels Forlag, 2010)

Artikler i tidsskrifter:

'Enhver skal smage døden' (Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medicin, Nr.01/2011). Naveed Baig og Hanne B. Boelsbjerg

'Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen - en antologi' (Sundhedsstyrelsen, 2010). Et kapitel om Etnisk Ressourceteams virke ved Naveed Baig.

Økonomi

Rigshospitalet og Herlev Hospital har sammen stået for størstedelen af de økonomiske omkostninger for projektet. Derudover har Islamisk-Kristent Studiecener og Københavns Kommune støttet projektet undervejs med midler.

Interesse

ERT-modellen er blevet formidlet til en række afdelinger, hospitaler og institutioner i Danmark og i udlandet.

Eksterne samarbejdspartnere for Etnisk Ressourceteam igennem projektperioden (afdelinger og centre i RH og HEH er ikke med)

Center for Transkulturel Psykiatri

Forskernetværket i Statens Institut for Folkesundhed

Videnscenter for Socialpsykiatri

Dansk Flygtningehjælp, København

Dansk Røde Kors, København

Institut for psykologi, Københavns universitet

Tværkulturelt Center, København

Handicaporganisationer for alle – også etniske minoriteter

PAK- misbrug og afhængigheder blandt etniske minoriteter

Sundhedscenter for kræfttramte, Ryesgade (Kræftens bekæmpelse og Københavns Kommune)

SEHAT (foreningen for medicin studerende med anden etnisk baggrund end dansk)

Samarbejdsrådet for tros- og livssynssamfund, Norge (heriblandt flere hospitaler fra Oslo)

Retspsykiatrien, Glostrup Hospital

Præsterne på Glostrup Hospital

Bispebjerg Hospital (godkendt af direktionen). ERT har givet dets tilbud videre til hele hospitalet, koordineret af ERT-frivillig, Stephanie Tørbøl.

Psykiatrien på Bispebjerg Hospital

Amager Psykiatrisk Center

Fast undervisningssamarbejde:

Herlev Hospitals KICK kursus for nyansat personale om Etnisk Ressourceteam

Herlev Hospitals introduktion til nye personaler

Rigshospitalets HOC introkursus for nye personaler

Rigshospitalets pædiatriske klinik

Rigshospitalets børnekræft afdelinger

Rigshospitalets epidemi klinik, 5021 (supervision til afdelingen over 6 måneder)

St. Lukas Hospice, København

Region Hovedstadens kulturelle kompetence kursus for medarbejdere

SOSUC Herlev

SOSUC Gladsaxe

Hillerød Sygeplejeskole

Metropol, København

Den Sociale Højskole, København

Panum, Københavns Universitet
Teologisk fakultet, Københavns Universitet
Teologisk fakultet, Oslo Universitet, Norge
Islamisk-Kristent Studiecenter, København

Patient-relaterede henvendelser fra de øvrige hospitaler siden 2008:

Bispebjerg hospital, Glostrup Hospital, Frederiksberg Hospital
Holbæk Sygehus, Roskilde Sygehus, Amager Hospital
Gentofte Hospital, Hvidovre Hospital, Hillerød Hospital

Afslutning

Det har været en lang vej for ERT at komme dertil, hvor vi er i dag. Det har krævet tålmodighed og hårdt arbejde, men har også være en stor glæde for os, der har været involveret i arbejdet at se det vokse. Det er en stor succes for os ikke blot at være kommet videre efter projektperioden, men også være blevet anerkendt som en permanent og økonomisk sikret ordning på fire hospitaler. Der vil stadig være brug for ERT og andre lignende ordninger, og måske i højere grad end tidligere.

Danmark står nemlig over for en stor udfordring i de kommende år. Personalet i sundhedsvæsenet skal forholde sig til en stadig mere forskelligartet brugergruppe, samtidig med at det i stigende grad vil blive konfronteret med akkrediteringskrav om at leve op til internationale standarder, hvad angår det at tilgodese og respektere de behov, som disse brugere giver udtryk for. For at kunne håndtere dette får personalet i de forskellige institutioner brug for mere personlig støtte og vejledning samt for interne samtaler om de spørgsmål og den usikkerhed, der opstår.

Personalet på de forskellige hospitaler bør således have mulighed for at få flere interkulturelle kompetencer og for supervision i forhold til håndtering af denne målgruppe. Samtidig er det vigtigt, at patienter med minoritetsbaggrund får samme mulighed for omsorg, herunder også den åndelige, som andre danske patienter.

De mange gode erfaringer og oplevelser af det tværkulturelle møde må ikke glemmes, men fortælles og fremhæves på afdelingerne. Det kan bl.a. sikre, at patienten forbliver i centrum og at sundhedsvæsenet kan møde det enkelte menneske der, hvor han eller hun er. Respektfuld nysgerrighed over for det anderledes er et godt udgangspunkt, hvis dette mål skal nås.