

RCT Midtjylland
RehabiliteringsCenter for Traumatiserede flygtninge



Indholdsfortegnelse

side 3	Forord ved centerleder Annemarie Gottlieb
side 6	Større fokus på etniske minoriteter i psykiatrien
side 9	Ngoc's historie: Det rigtige tilbud
side 10	RCT Midtjylland i psykiatrien – en vifte af nye muligheder
side 12	Behandling af krigstraumer – hvorfor er det så svært?
side 14	RCT Midtjyllands modulbaserede behandlingsmodel
side 16	Fouzieh's historie: Hjælp til selvhjælp
side 18	"Vi skal sige alle de svære ting" – om tolkning i psykiatrien
side 22	ICF – dokumentation af et "ungt" vidensområde
side 24	HTQ-R – psykologernes vurdering af symptomniveauet
side 27	Humanitære katastrofer – indsatsen sker bedst både ude og hjemme
side 30	Fadi's historie: Født til krig
side 31	Kronisk PTSD – én lang kamp
side 34	Kroniske smertemekanismer
side 36	Historisk oversigt – RCT Midtjyllands udvikling
side 38	Starten: Jobsamtale i gulvhøjde og masser af pionerånd
side 40	Medarbejdere ved RCT Midtjylland

Udgivet november 2007 i forbindelse med RCT Midtjyllands 20 års jubilæum

Redaktion: Annemarie Gottlieb, Samuel Andersen, Christina Frost

Projektledelse: FormidlingsKonsulenterne

Skribenter: Annemarie Gottlieb, Christina Frost, Iben Baadsgaard Al-Khalil, Stine Lou,

Lilia Medvedeva, Helle Metha Jørgensen, Samuel Andersen og Jens Holdgaard

Omslag og grafisk tilrettelæggelse: Lone Halkjær, Pure Lines

Fotograf: Jonna Fuglsang Kjeldsen



Forord

af Annemarie Gottlieb, centerleder og psykolog

For 20 år siden ved etableringen af det, der dengang hed FCF (ForrevalideringsCenter for Flygtninge), var den faglige debat om PTSD og traumatiserede flygtninge relativ ny.

Centret opstod dengang ud fra nye tanker om behandling på flere niveauer af et menneskes liv; de fysiske, psykiske og sociale. Man mente, der var brug for et tværfagligt tilbud, der også kunne yde en pædagogisk indsats og rydde op i traumatiserede flygtninges ofte påtrængende sociale problemer.

Derfor mødte man hos os psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere og pædagoger, hvor man på andre behandlingssteder mødte læger og sygeplejersker. Vi satte på danskundervisning og på værkstedernes pædagogiske og sociale dimensioner.

Mennesker fra hele verden

I de 20 år er ca. 1300 personer blevet udredt, og over 1000 har været igennem et rehabiliteringsforløb hos os. Siden etableringen af pladser under Sygehusloven i 2003 er der henvist i alt 550 til behandling, hvoraf ca. halvdelen aktuelt står på venteliste. Der er tale om mennesker fra mange forskellige lande (og krige): Fra Vietnam, Chile, Iran, Irak, Tyrkiet, Afghanistan, Kosovo,

Albanien, Bosnien, Etiopien, Somalia og enkelte andre steder. Igennem alle årene har vi dog haft en overvægt af mennesker fra arabisktalende lande – herunder især mange statsløse palæstinensere fra Libanon.

Alle disse mennesker repræsenterer store forskelligheder både politisk, religiøst, kulturelt og uddannelsesmæssigt. De har haft meget forskellige forudsætninger for at integrere sig i det danske samfund og for at være i behandling. Eksempelvis var de chilenerne, som kom til Danmark midt i 80'erne, for en stor dels vedkommende veluddannede og politisk aktive – mens de, der i de senere år er kommet fra Afghanistan, er mennesker næsten (eller helt) uden skolegang – hvor deres "politiske aktivitet" var at ville gå i skole og uddanne sig.

Fokuseret rehabilitering

I de første år af centrets liv – da ventelisten ikke var så lang, som tilfældet er nu – mødte vi en stor accept af, at arbejdet med denne målgruppe tager tid. Senere er behovet – og dermed ventelisten – blevet så lang, at vi har været nødt til at prioritere indsatsen: I dag er det dem, der har størst behov og de bedste forudsætninger for at have gavn af indsatsen, vi tilbyder den til.

Den gennemsnitlige indskrivningstid har i det sidste år været på syv måneder, og der sker meget sjældent genhenvisninger.



De, der afvises, er typisk mennesker, som ikke er motiverede eller som er hjemløse eller misbrugere – samt de, der bedre kan hjælpes andre steder. For eksempel hjælpes mennesker med ubehandlede psykotiske tilstande eller meget svære depressioner bedst i andre dele af psykiatrien. Endelig sker det, at vi afviser mennesker, som allerede er udredt og forsøgt behandlet andre steder uden væsentlig effekt.

Vendt til et konstruktivt perspektiv kan vi sige, at ventelisten har skabt et øget fokus på, hvad der virker, og hvordan vi gør vores arbejde bedst muligt. Vi er blevet mere fokuserede i vores rehabilitering. Delingen af institutionen i forbindelse med strukturen har forstærket denne udvikling. Da vi blev delt i to, overgik forrevalideringsopgaven til Århus Kommune (under det tidligere navn RCF), mens behandling

under Sygehusloven overgik til psykiatrien i Region Midtjylland (RCT Midtjylland).

I denne proces har begge institutioner fået skærpet opgaven. Hver for sig er vi kommet ind i nye organisationer, som giver os muligheder for nye samarbejder blandt andet omkring metodeudvikling.

Nye i psykiatrien

RCT Midtjylland er således – selv om vi er en "gammel" institution – ny i psykiatrien. Det er netop derfor, vi her ved vores 20 års jubilæum griber chancen for at præsentere os bredt ind i psykiatrien og i Region Midtjylland.

Når I læser videre i dette skrift, vil I se, at vi har søgt at finde balancen mellem dette og en formidling af det spændende udviklingsarbejde, der sker på området.

Først sættes RCT Midtjylland ind i en institutionel sammenhæng. Dernæst formidler vi vores viden og behandlingsmetoder. Endeligt giver vi et billede af den 20-årige udvikling, vi som institution har været igennem.

Det er vort håb, at I som læsere vil få et indblik i de særlige udfordringer, der gælder for vores arbejdsfelt, samt et overblik over, hvordan vi som behandlingsinstitution passer ind i psykiatrien – og hvordan I kan bruge os.

God fornøjelse!

Større fokus på etniske minoriteter i psykiatrien

af journalist Christina Frost

Villads Villadsen, distriktschef for psykiatriens Distrikt Øst i Region Midtjylland, er den nye chef for RCT Midtjylland. For ham burde indplaceringen i psykiatrien være sket for mange år siden.

"I det amtslige RCF lå både revaliderings- og behandlingsopgaven. Der kunne man diskutere hvilken del, der burde være mest bestemmende for det organisatoriske tilhørsforhold. Jeg har dog altid ment, at RCF hørte

naturligt til i sygehusvæsenet, fordi området blev reguleret af Sygehusloven.

Desuden vidste vi, at mange af de personer, der kom igennem RCF, var eller ville blive patienter i psykiatrien, så man kunne måske have udviklet et tættere samarbejde.

Da RCF som led i kommunalreformen blev opdelt i revalidering og behandling, fik vi endelig behandlingsdelen under vores vinger, og det er vi glade for. Jeg synes, RCT Midtjylland er kommet i den rigtige båd."

Psykiatriske tilbud til etniske minoriteter opdyrkes

Psykiatriske tilbud til etniske minoriteter er et område, som Villads Villadsen vurderer, vil blive opdyrket i Region Midtjylland i de kommende år.

"Det er efterhånden bredt erkendt, at etniske minoriteter har brug for en anden tilgang end danskere. Når det kommer til selve behandlingen, er det samme type medicin og samme former for terapi, som danske klienter får. Men de, der udfører behandlingen, skal

Ventelisteprojekt på RCT Midtjylland

RCT Midtjylland er aktuelt ved at udvikle et nyt ventelisteprojekt, som skal minimere risikoen for passiv og irrelevant ventetid. Det skal sikres, at de, der står på ventelisten, også reelt er motiverede og indenfor målgruppen. Målet er i bedste fald at udvikle en model, som kan implementeres i dagligdagen og gøre det muligt at visitere løbende. Hermed sikrer man sig, at de, der bedst kan hjælpes andre steder (misbrugere, psykotiske og andre), straks henvises videre.





have en særlig indsigt i patienternes kultur og baggrund. Desuden skal man oftest bruge tolke, så det er en helt anden tilgangsvinkel."

I regionens Distrikt Øst (det gamle Århus Amt) har man i flere år haft en specialfunktion i lokalpsykiatrien, nemlig Team for tværkulturel psykiatri. Og det er der ifølge Villads Villadsen flere grunde til:

I det vestlige Århus lever en stor koncentration af borgere med en anden baggrund end dansk. I denne gruppe findes en større tilstedeværelse af psykiatrisk sygdom end i den danske befolkning generelt, så der er mange klienter.

"Hvis vi ikke laver en specialiseret indsats, kan det have vidtrækkende og ødelæggende konsekvenser i forhold til den integration, der i øvrigt skal ske. Der har vi som psykiatri et ansvar – og en særlig udfordring i at bringe disse mennesker i kontakt med behandlingssystemet.

Psykiisk sygdom er i forvejen tabuiseret herhjemme. Men for mennesker fra de fleste andre kulturer er det faktisk endnu sværere at tale om. Det er mere skamfuldt og noget, den enkelte må klare selv. Måske vil vi se et mere opsøgende arbejde fra psykiatriens side overfor etniske minoriteter i fremtiden."

Flerårige ventelister uacceptable

Der er i dag en ventetid på to år, fra en patient bliver henvist til RCT Midtjylland, til vedkommende kan starte i behandling. En ventetid, som ingen kan acceptere.

"Jeg vil dog slå fast, at etniske minoriteter ikke er udsat for længere ventelister end danske klienter i andre dele af psykiatrien. Den lange ventetid gælder kun RCT Midtjylland, som er et specielt langvarigt og intensivt tilbud.

Det forholder vi os naturligvis også til. Blandt andet er vi nødt til at drøfte, hvordan vi kan gøre det endnu bedre. På RCT Midtjylland tilbyder man en solid og udvidet behandling. Til gengæld må den enkelte vente lang tid på at få den. Herfra har vi groft sagt to veje, vi kan gå for at nedbringe ventelisten: Vi kan skrue ned for ambitionsniveauet og herved skabe rum til at tage flere klienter ind. Eller vi kan holde fanen højt og sige, at den nuværende behandlingsmodel er den rigtige, og så forsøge at forøge ressourcerne.

Det skal diskuteres af både politikere og fagfolk, hvor det "rigtige" niveau for behandling skal ligge. Det er ingen nem eller hurtig beslutning."

Behandlingsgaranti skal nedbringe ventelisterne

Forhåbentlig bliver ventelisten for tid inden så længe af en helt anden grund. Den 1. oktober 2007 ændredes den udvidede behandlingsgaranti på det somatiske område fra to til en måned. Fra 1. januar 2009 indfører man indenfor børn- og ungeområdet i psykiatrien en udredningsgaranti, som senere skal udvides til en behandlingsgaranti. I år 2010 følger voksenpsykiatrien med.

"Der er et stærkt politisk ønske om at indføre behandlingsgarantier i hele sundhedsvæsenet – og jeg kan ikke forestille mig, at vi kan have behandlingsansvar for en gruppe, som ikke har ret til samme behandlingsgaranti på psykiatriske tilbud som alle andre. Heldigvis har regeringen meldt ud, at man er villige til at afsætte ressourcer til psykiatrien, så vi bliver i stand til at løfte opgaven.

Men lovarbejdet er endnu ikke lavet, så vi ved ikke indenfor hvilken periode, behandlingsgarantien skal ligge. Og vi ved endnu heller ikke hvor mange ressourcer, der vil følge med."

Aktivitetstilbuddet Biffen, Brabrand

I Biffen møder man ofte flygtninge, som har været på RCT Midtjylland for kortere eller længere tid siden. I Biffen mener man da heller ikke, at RCT's indsats kan stå alene.

"Som de psykiatriske patienter, der bruger Biffens tilbud, har de traumatiserede flygtninge ofte mistet deres eget drive til at handle," fortæller Kai Myrthue, socialpsykiatrisk medarbejder i Biffen. Han mener, klienterne skal

have støtte til at komme i gang med aktiviteter i deres nærområde.

"De skal kaldes på, holdes til, snakkes med og tages hensyn til. Og de steder, flygtningene skal komme, skal vide noget om de problemer, traumerne giver. Der skal være en rummelighed for, at de overhovedet kan indgå i et tilbud," forklarer Kai Myrthue.

"Den rummelighed er der her."



Ngoc's historie: Det rigtige tilbud

Ngoc Diep Nguyen, 59 år, kom til Danmark som politisk flygtning fra Vietnam i 1993 efter at have været udsat for fængsling og tortur. Et år efter fulgte hans kone og børn.

Ngoc fik diagnosen PTSD i år 2000, da han første gang var henvist til psykologbehandling ved en privatpraktiserende psykolog. Efter behandlingen havde han det godt, men da han startede på en uddannelse til laborant, kom symptomerne tilbage.

"Jeg fik det endnu dårligere end før. Måske fordi uddannelsen tog hårdt på mig, og jeg kæmpede med både sproget og det faglige indhold.

Alle de dårlige oplevelser fra Vietnam vendte tilbage. Jeg fik mareridt om natten, kunne ikke sove i tre-fire døgn ad gangen og begyndte at høre stemmer. Jeg

smadrede ting i vildt raseri og skændtes med min kone. Jeg var desperat, træt og bange og begyndte at tænke på selvmord. Min kone og mine drenge led naturligvis også."

Fire år efter den første psykologbehandling fik Ngoc et tilbud fra lokalpsykiatrien. Han blev snart indlagt på psykiatrisk hospital.

"Jeg var der en uge, og det var forfærdeligt. De låste døre og kropsvisiteringen mindede mig om fængslet i Vietnam, og jeg fik det endnu dårligere."

Efter indlæggelsen blev Ngoc sendt tilbage til lokalpsykiatrien. Han blev kraftigt medicineret med blandt andet beroligende piller og sovemedicin. Men han fik også et tilbud om at komme i Biffen i Brabrand, et socialpsykiatrisk tilbud. Og her oplevede han for første gang noget konstruktivt.

"Jeg var og er glad for at komme i Biffen og være sammen med andre i samme situation. I Biffen har jeg desuden en personlig mentor. Hun fortalte mig om det daværende RCF, og jeg vidste med det samme, at det var noget for mig. Jeg havde gået med følelsen af at være en ballon, der var fyldt til bristepunktet af dårligdomme. Jeg havde brug for at snakke med nogen om det, så jeg kunne tømme ballonen igen.

Psykologen på RCF forstod, hvad det er, jeg kommer fra, og hun har været god for mig at tale med."

I tilgift opdagede Ngoc glæden ved den tværfaglige behandling, som han ikke havde efterspurgt, men som hjalp ham yderligere.

Ngoc afsluttede sin behandling på RCF for et år siden og har det i dag så godt, at han planlægger at finde sig et skånejob. For en måned siden holdt han med at tage den beroligende medicin. – CF

RCT Midtjylland i psykiatrien — en vifte af nye muligheder

Et samspil mellem de psykiatriske tilbud og en vifte af helt nye muligheder. Centerleder Annemarie Gottlieb har mange forventninger til det nye tilhørsforhold under psykiatrien i Region Midtjylland

af journalist Christina Frost

"Vi er et godt supplement til psykiatrien, som den ser ud i dag," mener Annemarie Gottlieb.

"Mange af de mennesker, vi får i behandling, er så dårligt fungerende og har så svære traumer, at deres funktionsniveau ligner alvorligt psykisk syge danskeres. Men de kan ikke nødvendigvis henvises til de samme tilbud."

Annemarie Gottlieb oplever ikke, at der er overlap mellem behandlingen på RCT Midtjylland, lokalpsykiatrien og de psykiatriske hospitaler.

"Når folk er så syge, at de har brug for indlæggelse, hører de ikke til her. Har vi en patient i behandling, som bliver så syg, får vi vedkommende indlagt. Når han eller hun bliver udskrevet, følger vi op på vedkommende igen.

Overfor lokalpsykiatrierne har vi det samspil, at vi dels modtager klienter fra dem, og dels ved udskrivning kan visitere patienten videre til dem. Det er ofte vigtigt at skabe en naturlig forlængelse med et tilbud, der varer betydeligt længere end vores."

Mere fokus på faglighed og forskning

Et område, som Annemarie Gottlieb ser frem til at udvikle, er den faglige og forskningsmæssige side af RCT Midtjylland.

"Tidligere havde vi i kraft af vores revalideringsopgave et bredere fokus, da vi med ansvaret for forrevalidering også havde fokus på arbejdsmarkedet og på at få folk til at fungere der.

Nu kan vi stille skarpere på de faglige pointer omkring diagnostik, behandling og andet. Via vores tilhørsforhold i psykiatrien er vi nu i familie med flere forskningsenheder og faglige netværk, hvorfra vi har adgang til ny viden.

Behandling af traumatiserede flygtninge er selvfølgelig ikke et ubetrådt område mere. Men mens der er foretaget mange undersøgelser af andre typer af traumer, findes der knap så mange undersøgelser af langvarige skader efter krigstraumer. Jeg glæder mig

til, at vi både skal bidrage med og udveksle viden," siger Annemarie Gottlieb.

Videndeling mellem behandlingsinstitutioner

Gennem de senere år har flere behandlingscentre i Danmark og udlandet ladet sig inspirere af centrets tværfaglige behandlingsmodel, blandt andet i Aalborg og på Fyn. Men Annemarie Gottlieb mener ikke, at RCT Midtjylland fungerer som en decideret rollemodel for andre.

"Nej, vi er sparringspartnere. Vi samarbejder og videndeler på kryds og tværs af institutionerne, og vi mødes jævnligt i fælles faglige fora. Vi er inde under huden på hinanden og ved, hvad de andre arbejder med. I foråret 2007 var RCT Midtjylland selv vært for et landsmøde med næsten 100 deltagere, hvor vi udvekslede erfaringer omkring dokumentation af behandlingsindsatsen.

Internationalt forsøger vi også både at formidle og orientere os ved at deltage på faglige konferencer i udlandet. Viden er vores vigtigste ressource, når vi vil udvikle den bedste og mest effektive behandling."

RCT Midtjylland skal synliggøres

Med det nye tilhørsforhold har Annemarie Gottlieb også fået en ny opgave – nemlig at synliggøre RCT Midtjylland i psykiatrien.

"Lægerne kender os allerede. Det er oftest praktiserende læger og psykologer eller hospitalslæger, der henviser til os – ofte på initiativ af en kommunal sagsbehandler. Til gengæld har vi en ny opgave med at præsentere os mere målrettet ind i psykiatrien. Psykiatrien er et stort system, og vi har ikke brug for at være kendt i alle hjørnerne. Vi har brug for at være kendt af dem, der har brug for os – de, der sidder med en flygtning, hvor de fornemmer, at personen ikke lider af en velkendt, psykiatrisk lidelse."

Behovet for synliggørelse begrænser sig dog ikke kun til sundhedsvæsenet.

"Principielt skal alle, der kommer i berøring med traumatiserede flygtninge, vide, at vi eksisterer.

Det kan være ansatte på sprogskolerne, praktiksteder og på arbejdspladser. Jeg blev for nylig ringet op af en almindelig arbejdsplads, hvor man var blevet opmærksom på, at en bosnier med flygtningebaggrund havde det dårligt. Lederen ringede til mig og spurgte, hvad de skulle stille op. På den baggrund kunne jeg hjælpe dem videre i systemet."

Et kvalitetstilbud også i Distrikt Syd

1. februar 2007 etablerede RCT Midtjylland en behandlingsafdeling i Horsens. Det var psykiatridelen i Distrikt Syd, der bad RCT Midtjylland om at etablere denne satellit, fortæller distriktschef Charlotte Rosenkrantz Josefsen.

"Vi kunne have valgt at købe os til ydelser i andre regioner eller hos private tilbud. Men køber man sig til ydelser udefra, må man som bekendt tage den vare, der bliver udbudt.

Vi har en klar interesse i at være med til at definere kvaliteten og indholdet i vores egen behandling. På den måde kan vi hele tiden følge op på indsatser og effekt. Det var derfor naturligt for os at bede RCT Midtjylland om at etablere sig i Distrikt Syd. Der er jo ingen grund til at starte helt fra bunden, når vi internt i regionen har de kompetencer og den erfaring, der er brug for."

Distrikt Vest bygger videre på RCT Midtjyllands erfaringer

Team for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro blev etableret i august 2005 under Ringkjøbing Amt. Med regionsdannelsen blev optageområdet udvidet med den del af Viborg Amt, som blev lagt ind under Region Midtjylland. Her har man bygget videre på erfaringerne fra andre behandlingsinstitutioner, blandt andet fra Århus.

"Vores behandlingstilbud her i Distrikt Vest har været igennem en lang tilblivelsesproces", fortæller chefpsykolog i Regionspsykiatrien Holstebro, Carsten Lund.

"Vi startede med at nedsætte en styregruppe, der skulle indhente erfaringer fra andre behandlingssteder i Danmark og kommunernes integrationsafdelinger.

Vi endte med at etablere en model, som kan minde om RCT Midtjyllands, men som er skabt på andre forudsætninger og derfor også er forskellig. Blandt andet blev vi etableret kort før strukturreformen, hvor man havde fokus på at adskille behandlingsydelser i sundhedssektoren og sociale ydelser i kommunalt regi. Desuden startede vi på en økonomisk ramme, der muliggjorde ansættelse af en leder og to behandlere – i dag er vi oppe på fire.

Vore behandlere er psykologer og fysioterapeuter som hos RCT Midtjylland. Men vi har ikke et dagtilbud, og i stedet for egne socialrådgivere kører vi et tæt samarbejde med de kommunale sagsbehandlere under hele forløbet.

Vi forsøger at bygge videre på andres erfaringer, både de positive og negative. Den lange ventetid på RCT Midtjylland har vi forholdt os til ved at tilbyde et meget struktureret behandlingsforløb med et mere begrænset antal behandlingssessioner."

Rehabiliteringstilbud i Region Midtjylland for voksne traumatiserede flygtninge:

- Team for Traumatiserede Flygtninge, Distrikt Vest
- RCT Midtjylland, Distrikt Øst
- RCT Midtjylland, Horsens afd., Distrikt Syd

Desuden er der i regionen:

- RCF, Århus Kommune (forrevalidering)
- RIC-Horsens, AOF



Behandling af krigstraumer – hvorfor er det så svært?

af centerleder Annemarie Gottlieb

"Kun for de døde er krigen glemt", sagde Platon. Og han havde ret. Hvis man har levet i en krigszone i Bagdad, Mostar, Beirut eller i de kurdiske bjergegne, glemmer man aldrig nogensinde krigen igen. Den trænger sig konstant på, når man mindst venter det; når man hører lyden af et fly med turister på vej på ferie, når der lyder skrig fra børns leg, når man ser TV eller der fyres fyrværkeri af nytårsaften – eller når man indsnuser en særlig lugt, som minder en om krigens lugte. Mest af alt trænger erindringen sig på i form af angst og mareridt, når man forsøger at sove, og man har brug for hvile for at kunne være forælder, gå i skole eller på arbejde dagen efter.

Massive krigs-, flugt- og torturoplevelser 'sætter sig' på stort set alle områder af et menneskes liv og påvirker funktionsniveauet. Diagnostisk taler vi om, at personen lider af PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) eller om 'personlighedsændring efter katastrofeoplevelser' (WHO; ICD 10: F43.1 og F62.0). Klinikere indenfor området taler om 'kompleks posttraumatisk stressforstyrrelse' eller 'ekstrem psykotraumatisering'.

I psykiatrien i Danmark anvendes WHO's ICD-10 som den diagnostiske referenceramme. Dette giver god

mening i udredningen og i samarbejdet. I de senere år har det dog også i WHO sammenhænge været diskuteret, hvordan man kan udvikle diagnose-systemet, så det blandt andet i højere grad tager højde for symptomdannelsen hos langvarigt traumatiserede mennesker – herunder ofre for krig og tortur. DESNOS diagnosen (Disorders of Extreme Stress not otherwise specified) er det amerikanske diagnose-system DSM IV's forsøg på at indramme målgruppen – ligesom de i den seneste udgave også har forsøgt at tage højde for en del kulturelle aspekter.

Kompleks problematik

Kompleksiteten i behandlingen af symptomer i forbindelse med tilstanden gør det nødvendigt med et samarbejde mellem den tværfaglige behandling, der foregår på centrene, og den farmakologiske behandling. Kompleksiteten betyder, at det er vanskeligt (og kunstigt) at adskille de fysiske, psykiske og sociale aspekter af skaderne efter krig og tortur.

Erfaringsmæssigt er det desuden vanskeligt at anvende den medicinske behandling, der for nuværende er tilgængelig, i tilstrækkelig grad – og selv erfarne psykiatere må prøve sig frem for at finde den nødvendige medicinske behandling til disse klienter. Der

findes kun få kontrollerede studier, og resultaterne af disse er tvetydige – der er kort sagt et påtrængende behov for forskning.

Anerkendte forskere indenfor området betragter PTSD som en sygdomsenhed på det neurobiologiske plan og som en empirisk set relativt velafgrænset kategori. De ser for eksempel forandringerne i de hormonale stresssystemer og de karakteristiske skift mellem intrusive symptomer (flash backs, mareridt og andet) og undgåelsessymptomer som specifikke for PTSD. Patienter med disse reaktioner adskiller sig efter forskernes vurdering fra andre psykiatriske patienter og fra raske kontrolpersoner.

Langvarige belastninger

Kompleksiteten forstærkes af, at der er tale om mennesker med en anden sproglig og kulturel baggrund, som på grund af etnisk udrensning, forfølgelse eller krig i perioder (op til mange år) har levet i stor fattigdom og med ringe muligheder for skolegang og uddannelse. Belastningerne fortsætter for manges vedkommende i Danmark i form af lange ophold i asylcentre med stor usikkerhed og angst for fremtiden, og med relativ fattigdom. Mange er kommet til Danmark med en drøm om uddannelse og om at skulle



forsørge sig selv og sin familie. Denne drøm brister dog ofte på grund af problemer med at lære dansk og – hvis man har en uddannelse – med at finde fodfæste på det danske arbejdsmarked.

Behov for dynamisk kulturopfattelse

Kulturen spiller også en rolle – men i hvilken udstrækning er blandt andet afhængig af, hvilket miljø klienten er vokset op i, og hvilken skolegang han eller hun har modtaget. Det er også afhængigt af i hvilken

udstrækning, der er adgang til professionel tolkning, samt hvorvidt behandleren er i stand til at respektere og forstå det menneske, som har brug for hjælp på tværs af kultur og sprog. Indenfor området taler vi om en "dynamisk kulturopfattelse", hvor man i kontakten forsøger at have opmærksomhed på de elementer i både egen og klientens kultur, som kan skygge for god praksis og derigennem at gøre op med etnocentrien – med det, at vi betragter afvigelser fra vores egen gruppe som afvigelser fra "det normale".

Ingen enkle svar

Der findes ingen enkle svar på, hvorfor behandlingen af denne gruppe er så vanskelig – og vi håber, at artiklerne i dette skrift kan give nogle af svarene. Den store interesse, der aktuelt er for området – og for at diskutere hvad der virker – tyder på, at fremtiden vil byde på langt mere forskning og formidling end hidtil.



Det at være uden beskæftigelse og leve i social isolation er også i høj grad medbestemmende for sygdomsbilledet.

En bredere indsats i behandlingen af traumatiserede flygtninge anbefales af læge Jessica Carlsson på baggrund af de resultater, som hun kommer frem til i sin PhD ved Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre, RCT København, 2005.

Jessica Carlsson gennemgår to forskningsstudier gennemført på RCT København i årene 2000–2004. Heraf fremgår det, at faktorer, som viser sig at være tæt associeret med et dårligere psykisk helbred og en lavere livskvalitet, ikke bare relaterer sig til en fortid med tortur og traumer. Det at være uden beskæftigelse og leve i social isolation er også i høj grad medbestemmende for sygdomsbilledet.

Resultaterne viser, at torturens direkte påvirkning af det psykiske helbred med årene bliver medieret af problemer relateret til livet i eksil.

Et forhold, der får Jessica Carlsson til at pege på, at der blandt andet er behov for langvarig støtte, psykoedukation og for at inddrage relationer og nutidige sociale problemer.

RCT Midtjyllands modulbaserede behandlingsmodel

Behandlingen på RCT er modulbaseret og starter med et forundersøgelsesmodul af maksimum en måneds varighed. Forundersøgelsen varetages af psykologer og socialrådgivere i samarbejde med en psykiater. Efter forundersøgelsen afholdes et visitationsmøde, hvor der tages stilling til, hvorvidt vedkommende er motiveret og er indenfor målgruppen. Når en klient afsluttes efter en forundersøgelse (uden egentlig behandling) tilstræbes det, at vedkommende hjælpes videre. Der udfærdiges en epikrise med anbefalinger af evt. andre tiltag.

Når det vurderes, at vedkommende er motiveret for behandling og er indenfor målgruppen, iværksættes det egentlige behandlingsforløb - ofte også en yderligere udredning. Behandlingsforløbet kan bestå af både individuel behandling og behandling i grupper. Gruppebehandlingen kan være i form af aktiviteter på det socialpædagogiske værksted, i fysioterapien eller som psykoedukative forløb forestået af en psykolog og med deltagelse af andre faggrupper.

Behandlingsplanen justeres løbende. Dette sker første gang på visitationsmødet og efterfølgende minimum hver tredje måned på en behandlingskonference. Konferencerne "rammer behandlingsmodulerne ind", og et modul har således en varighed af cirka tre måneder. Ved konferencerne tages stilling til justeringer af behandlingsplanen og til, hvorvidt en fortsat behandling giver mening.

En klient på RCT Midtjylland kan således være indskrevet fra én måned (forundersøgelsen) og op til ti måneder (forundersøgelse + tre behandlingsmoduler). I enkelte tilfælde forlænges behandlingen med en til to måneder, hvor der foregår en opfølgning med enkelte samtaler eller møder med de samarbejdspartnere, som tager over. Den gennemsnitlige indskrivningstid har i det sidste år været på syv måneder, og der sker meget sjældent genhenvisninger.

Eksterne samarbejdspartnere

RCT Midtjylland samarbejder med praktiserende læge, specialafdelinger/speciallæger, herunder psykiatrisk lægekonsulent samt sagsbehandler, familieafdelingen og socialpsykiatrien i kommunen. Hvilke samarbejdspartnere, der inddrages, afhænger helt af problematikken og behovene hos den enkelte klient. - AG

Fouzieh's historie: Hjælp til selvhjælp

Fouzieh Naseri er ved at afslutte sit ophold på RCT Midtjylland. Siden hun kom til Danmark fra Afghanistan som politisk flygtning i år 2000 med to små børn, har hun arbejdet hårdt for at få sit og børnenes liv til at fungere efter en traumatisk flugt og tabet af hendes mand.

Den tidligere journalist begyndte efter tre måneder i Danmark på sprogskole. Siden fulgte en strøm af praktikophold.

"Jeg har været i praktik mange forskellige steder; i butik, i børnehave, i et kommunalt køkken, og i min sidste praktik indenfor rengøring. Men det var for

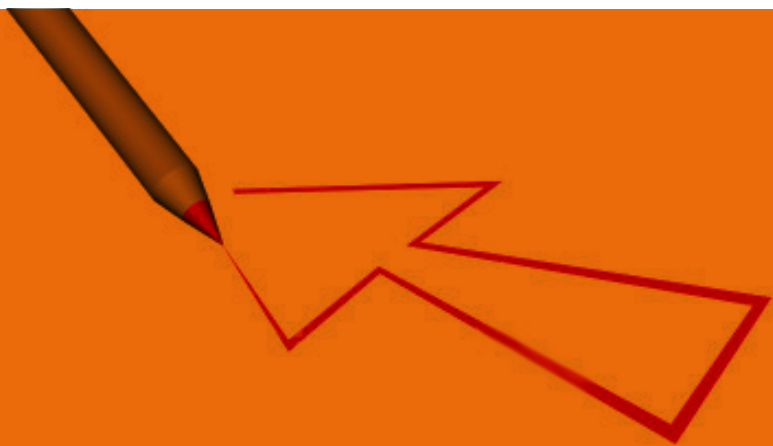
hårdt, og det sidste sted knækkede jeg sammen. Vi havde travlt, og jeg arbejdede mange timer om dagen. Jeg skulle nå mere, end jeg kunne magte, og tit gik jeg helt alene. Når jeg blev stresset, fik jeg hovedpine, og mine oplevelser fra Afghanistan og Iran vendte tilbage. Jeg tænkte på min mand, som blev dræbt i Afghanistan, græd hele tiden derhjemme og ønskede bare at dø. Når jeg græd, sad mine børn og græd sammen med mig.

Gennem to år fik jeg det stadig dårligere, men udviklingen vendte, da jeg kom her til RCT. Her føler jeg mig ikke presset. Alle er venlige og ønsker at hjælpe mig.

Min socialrådgiver siger dog, at jeg ikke har fået hjælp på RCT – jeg har hjulpet mig selv!"

Fouzieh Naseri er meget aktiv i værkstederne, hvor hun hver dag fordyber sig i håndarbejde og kreative aktiviteter. Efter syv år i Danmark er hun begyndt at lægge planer for fremtiden.

"Når jeg er færdig på RCT, tager jeg på daghøjskole, fordi jeg gerne vil være bedre til dansk. Forhåbentlig bliver jeg så god, at jeg kan læse til pædagog." - CF



"Når jeg er færdig på RCT, tager jeg på daghøjskole, fordi jeg gerne vil være bedre til dansk. Forhåbentlig bliver jeg så god, at jeg kan læse til pædagog."





“Vi skal sige alle de svære ting” — om tolkning i psykiatrien

af antropolog Stine Lou, Center for Folkesundhed

“Tolken kunne næsten ikke få det ud over sine læber, for det var så ydmygende, det, hun havde oplevet. Meget af det hun fortalte ham... det kunne han næsten ikke formidle videre”
(praktiserende læge, kvinde)

Sådan fortæller en læge om sin oplevelse med at bruge tolk i psykiatrien. Udsagnet stammer fra et interview, der er en del af en større undersøgelse af tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet, som Center for Folkesundhed udarbejder i samarbejde med Aarhus Universitet. RCT Midtjylland har – ligesom andre institutioner – deltaget i undersøgelsen ved at besvare spørgeskemaer, og både personale og patienter har ladet sig interviewe.

Som tolkebistanden er prioriteret og organiseret i dag, er det kun i meget få behandlingssammenhænge, at man har mulighed for at fastansætte tosprogede

kulturmedarbejdere. I langt de fleste psykiatriske tilbud er man dog nødt til efter behov at bestille tolke udefra, hvilket har nogle konsekvenser både for personalet, som skal bruge tolken, og for tolken, som skal oversætte den psykiatriske samtale. Tolkede samtaler kan være meget komplekse, og personalet kan opleve samtalen som vanskelig at styre. Ovennævnte undersøgelse peger på, at det er afgørende for tolkningens kvalitet, at personalet gør sig bekendt med tolkeanvendelsens veje og vildveje. I denne artikel vil jeg kort opridse nogle af de redskaber, som personalet kan trække på, når samtaler skal tolkes.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at man, når man bestiller en tolk via et bureau, ikke har nogen garanti for, at tolken har en decideret tolkeuddannelse. Det er der nemlig ikke krav om. Det betyder ikke, at tolken nødvendigvis er uuddannet. Men det betyder, at man ikke kan gå ud fra, at tolken har særlige forudsætninger for at tolke i psykiatrien eller viden om de særlige problemstillinger, som man arbejder med her.

Ovennævnte undersøgelse viser, at et helt centralt problem handler om at definere tolkens organisatoriske placering og rolle som personalets assistent. Fordi tolken kommer udefra og ikke er en del af det fastansatte personale, kan der opstå forvirring omkring tolkens placering i og ansvar for den tolkede samtale. Hvis behandlingspersonalet vil bidrage til at understøtte kvaliteten af den tolkede samtale, må de aktivt ind og give tolken nogle gode rammer og retningslinier for samarbejdet og opgaven. Dette er nødvendigt for at understøtte tolkens professionelle rolle og tydeliggøre overfor klienten, at tolken ikke er klientens personlige ressourceperson.

Samtalen skal ikke starte i venteværelset

En del af en sådan ramme kunne eksempelvis være at undlade at lade tolken vente i venteværelset – hvilket er en meget almindelig men u hensigtsmæssig praksis, fordi den underminerer tolkens autoritet som professionel og som behandlerens værktøj i arbejdet med klienten. Det er der flere grunde til. For eksempel er

der en god sandsynlighed for, at samtalen starter allerede i venteværelset:

"Vi venter sammen med vores klienter. Og de spørger om, hvem jeg er, og hvor jeg kommer fra, hvor gammel jeg er. (...) Det er pinligt, rigtig pinligt. Plus at jeg pludselig føler, at jeg er i familie med klienten eller psykolog, fordi de hælder det hele over på mig. (...) De siger: "Husk at sige sådan og sådan". Jeg siger bare, at alt, hvad du har sagt herinde, det skal du også fortælle derinde." (tyrkisk tolk, kvinde)

I dette eksempel oplever tolken at blive frarøvet sin professionalisme. Klienten tillægger tolken en værdi og nogle kompetencer, som ikke er en del af tolkens arbejdsopgaver. Tolken oplever det som en belastning. Hertil kommer, at tolken befinder sig i et venteværelse. Som en tolk siger:

"Jeg er ikke klient! Tænk hvis jeg møder nogen, jeg kender!!"

Tolken ønsker ikke at blive kategoriseret som patient / klient, men som en professionel. Sidst men ikke mindst

giver ventetiden i venteværelset ikke tolken mulighed for at 'hvile hovedet'. Tolke kommer vidt omkring i løbet af en dag. Arbejdsdagen starter måske hos den praktiserende læge efterfulgt af en samtale på social-kontoret, inden tolken kører videre til en psykiatrisk samtale i lokalpsykiatrien. I et sådant program kan det være nødvendigt at få lidt fred til mentalt at forberede sig på den næste opgave. Den fred får tolken ikke i venteværelset.

Ved at henvise tolken et andet ventelokale end venteværelset får behandleren en god mulighed for kort at briefe tolken om den kommende samtale. Hvad skal samtalen handle om, og er der eventuelt noget, som tolken skal være særligt opmærksom på? Dette er hensigtsmæssigt, fordi tolken netop ikke er en maskine men et menneske, som også kan blive rystet, ked af det eller pinligt berørt over det, der sker i en psykiatrisk samtale. Derfor kan det være nødvendigt at forberede en tolk, som ikke har solid erfaring fra psykiatrien, så vedkommende eksempelvis ikke – af ren og skær høflighed eller blufærdighed – undlader

at oversætte ubehagelige eller grænseoverskridende udsagn.

Direkte oversættelse eller kulturel formidling

Under selve samtalen bør behandleren være opmærksom på, at der findes flere forskellige typer af oversættelser, som hver især har deres styrker og svagheder. Der er den direkte eller stringente oversættelse, hvor tolken oversætter klient og behandlers udsagn så identisk som muligt. Styrken her er selvfølgelig, at behandleren hører det, klienten siger, så 'uforstyret' som muligt. Udfordringen består imidlertid i, at sprog og kultur hænger uløseligt sammen. Vore ord, vendinger og fortolkninger er på forskellig vis knyttet til vores individuelle, kulturelle bagage. Derfor kan det ind imellem være svært for tolken at oversætte direkte, så det giver mening på dansk. Det kan også være svært for behandleren at tolke klientens udsagn, fordi den sociale og kulturelle sammenhæng, som former udsagnet, er fremmed for behandleren. Her kan der være et behov for, at tolken træder ind med

At bruge tolk er ingen luksus



kulturel formidling, hvilket kan være meget nyttigt for behandleren. Det er dog afgørende, at tolken altid gør behandleren opmærksom på, når han/hun træder ud af den stringente oversættelse og tilbyder en kulturel formidling. Og det er vigtigt, at behandleren er opmærksom på, at tosproglighed ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at tolken har to-kulturelle kompetencer.

Ud over en indledende samtale med tolken bør den tolkede samtale også efterfølges af en kort evaluering. Tolk har en bred kontaktflade i løbet af en dag men ingen faste kolleger at sparre med, læsse af på eller få opmuntring fra:

"Vi skal sige alle de svære ting. Det kan være en operation eller et dødsfald, som du skal meddele til personens familie. Det er mange ting. Det er også tit os, der skal sige, hvis der er en kvinde, som mishandles rigtig slemt af sin mand. Det er også os, der siger, at børnene skal tvangsfjernes fra familien." (arabisk tolk, mand)

"Altså nogen gange så det er meget svært, jeg gik ud derfra, jeg blev helt dybt ked af det på klientens vegne, og jeg blev dybt forvirret, og jeg blev dybt æh... uforståelig, og jeg synes bare, at "det er helt vildt det her!" Men sådan er det bare. Ja." (vietnamesisk tolk, kvinde)

Især efter en psykiatrisk samtale kan tolken have behov for en kort evaluering og måske mulighed for at stille spørgsmål. Ved en sådan evaluering får man mulighed for at give tolken en viden og nogle redskaber, som han eller hun kan tage med sig. Også for at give tolken et endnu bedre grundlag for i fremtiden at levere kompetent tolkning i en psykiatrisk samtale. Man bør ideelt set arbejde hen imod et nogenlunde stabilt korps af tolke, som man rutinemæssigt forbedrer og evaluerer med. Det vil ikke blot spare tid og frustration. Det vil også sikre et godt udgangspunkt for kommunikationen og forståelsen mellem behandler og klient i et psykiatrisk behandlingsforløb.

Undersøgelsen kan rekvireres ved henvendelse til Center for Folkesundhed.

Tolkens rolle:

Som behandlere har vi ofte brug for tolk for at kunne gøre vores arbejde ordentligt. Tolken er en kollega og behandles som sådan – for eksempel bør tolken ikke vente sammen med klienten. Tolken har tavshedspligt og skal forsøge at bevare sin neutralitet.

Den tolkede samtales vigtigste guidelines er:

1. Anvend så vidt muligt professionel tolk
(ikke børn eller pårørende)
2. Bestil tolk i god tid – og få de mest erfarne
3. Samtalens forløb er behandlerens ansvar
4. Tydeliggør hensigten med samtalen
5. Samtal med klienten – ikke med tolken
6. Tal direkte og i korte sætninger for at undgå misforståelser
7. Anvend samme tolk under hele forløbet
8. Forvent ikke at tolken kan vurdere en fagspecifik problemstilling
9. Hjælp tolken med at bevare rollen i samtalen
10. Overhold tiden – tolken har typisk en ny aftale, som venter



ICF - dokumentation af et "ungt" vidensområde

RCT Midtjylland er sammen med syv andre rehabiliteringscentre for torturofre gået i gang med et ambitiøst udviklingsprojekt. Målet er at udvikle et specifikt redskab til at beskrive den samlede funktionsevne hos torturofrene og monitorere den tværfaglige behandlingsindsats

af journalist Iben Baadsgaard Al-Khalil

Udviklingsprojektet er et pionerarbejde, hvor ICF, WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelser og Helbredstilstand, skal målrettes flygtninges komplekse problemstillinger. RCT Midtjylland har længe ønsket at kunne monitorere sin behandling. Tidligere forsøg er strandet på, at redskaberne ikke var gode nok til at beskrive de komplekse og tværfaglige problemstillinger, torturoverleverne lider af. Det kan for eksempel være diffuse smerter i kroppen, som ikke kan forklares med fysiske skader af torturen, men snarere må ses som kroppens svar på psykiske og sociale problemer.

I projektet anvender RCT Midtjylland og de øvrige centre det internationalt anerkendte og tværfaglige redskab ICF. I Danmark har WHO udpeget MarselisborgCentret til nationalt ICF Center. For at reducere ICFs 1454 koder (se faktaboks) til en størrelse, som er praktisk anvendelig, har 12 eksperter i behandling af torturoverlever i sommeren 2007 over tre runder udvalgt de nødvendige koder til at beskrive traumatiserede flygtninge. Herefter bestod listen af 106 koder. Det er dog stadig for stort et antal til, at man kan anvende skemaet i praksis. Derfor skulle de 24 nøglemedarbejdere på centrene også gennemføre en udvælgelse, før selve afprøvningen kunne gå i gang. Under projektet følger hvert center seks klientforløb gennem otte måneders rehabiliteringsforløb hos psykolog, socialrådgiver og kropsterapeut.

Fælles sprog effektiviserer behandlingen

Hanne Melchior fra MarselisborgCentret er projektleder. Hun mener, ICF er et anvendeligt redskab til at beskrive traumatiserede flygtninges situation, fordi ICF netop giver en generel status på menneskers helbredstilstand. Beskrivelsen indeholder både fysiske, psykiske og sociale faktorer og er god til tværfaglig rehabilitering.

Hanne Melchior har store forventninger til projektet. "Jeg forventer, at man får et overblik over, hvad flygtninges problematikker er, og hvor indsatsen skal sættes ind. Og på lidt længere sigt at projektet også viser hvilken indsats, der hjælper," siger Hanne Melchior. Hun synes, projektet er spændende, fordi ICF afprøves til en meget svær målgruppe, som ikke bare har én isoleret problemstilling. De traumatiserede flygtninge har både fysiske, psykiske og sociale problemer på samme tid.

På RCT Midtjylland er der også store forventninger til projektet.

"Vi får et fælles sprog, som kan være med til at optimere behandlingstilbuddet. Vi bliver mere fokuserede i det tværfaglige samarbejde," håber psykolog Bo Søndergaard Jensen.

Det er Hanne Melchior's erfaring, at ICF tilfører et fagområde fælles referencerammer på tværs af fagterminologi. Det fælles sprog letter samarbejdet både internt og eksternt. ICF er allerede tilpasset 12 forskellige patientkategorier på verdensplan og bruges blandt andet til patienter med kroniske rygsmærter, depression og brystkræft.



"Mange af vores klienter har problemer, som er skjulte og vanskelige at beskrive. Men ved at beskrive hvad de kan i deres hverdag, får vi et ret klart billede af, hvor skadede de er", siger fysioterapeut Samuel Andersen. Han håber, det nye redskab vil gøre overlevering af flygtninge mellem sektorer og fagfolk lettere.

Fra diagnoser til hele mennesker

ICF flytter fokus. Fra at inddеле klienter i diagnoser interesserer man sig i ICF for hele menneskets helbreds-situation og funktionsniveau. Man inddrager også de begrænsninger eller fremmende foranstaltninger, det omgivende samfund stiller op for borgerens aktive deltagelse i hverdagen. På den måde bliver det lettere at få øje på de faktorer udenfor personen, som indvirker på helbredstilstanden. Eksempelvis har det betydning for en kørestolsbrugers funktionsniveau, om han bor på 2. sal i en bygning uden elevator, eller om han så let som ingenting kan komme ud af bygningen, fordi den er handicapvenlig. "Jeg tror, ICF vil gavne den enkelte flygtning på længere sigt. Der kommer større fokus på hele perso-

nen og hans liv. Og behandlerne vil få en bredere viden om klienten," vurderer Hanne Melchiorson. Margrethe Bennike, som har været socialrådgiver siden centrets start, finder det spændende, at man med projektet tør kvantificere kvalitative input. "Det bliver dejligt at få et valideret måleredskab på det psykosociale område. Kan man finde ud at åbne sin post, kan man ordne sine regninger? Det gør, at vi kan se hvor i processen, det går i stå for den enkelte. Tankegangen om at gøre det psykosociale målbart er ikke ny her i huset, men med ICF har vi et anerkendt redskab," siger Margrethe Bennike. På længere sigt skal det nye redskab bruges til at dokumentere behandlingseffekten, når centrene senere i projektet følger og beskriver 60 behandlingsforløb fra start til slut. Projektet er indtil videre støttet med 250.000 kr. fra Helsefonden, og der er søgt om yderligere støtte fra Ministeriet for Flygtninge, Indvandrerne og Integration. Endelig bidrager hvert af de deltagende centre økonomisk til projektet.

ICF (International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand)

ICF har været undervejs i mange år. Første udgave blev godkendt i WHO allerede i 1980, og den nuværende udgave blev vedtaget af WHO's generalforsamling World Health Assembly i 2001.

Siden 2003 har der eksisteret en dansk udgave, udarbejdet og udgivet på den danske prøveenhed på MarselisborgCentret.

I stedet for at klassificere mennesker efter diagnoser klassificerer ICF funktioner og funktionsnedsættelser.

Målet er at flytte fokus fra sygdom og helbredelse til aktiv deltagelse i et hverdagsliv alene eller sammen med andre i samfundet. ICF giver et fælles standardiseret sprog og en begrebsramme til beskrivelse af helbred på tværs af faggrænser og sektorer.

ICF indeholder i sin uredigerede form 1454 koder, som beskriver menneskets helbreds-situation ved hjælp af områderne:

- Kroppens (inklusive psyken) funktion
- Kroppens anatomi
- Aktiviteter og deltagelse
- Omgivelsesfaktorer

Læs mere på www.marselisborgcentret.dk



Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire er en tværkulturel rating-scale, som er udviklet for at have et kulturfølsomt instrument til at vurdere følgevirkninger af flygtninges traumer. Der er tale om et spørgeskema baseret på klientens udsagn og oplevelser. Det er oprindeligt udviklet på baggrund af behandlingserfaringer med flygtninge fra Sydøst Asien, videreudviklet til Harvard Trauma Questionnaire-revised i 2003 (HTQ-R) og siden oversat til dansk.

Af de 40 spørgsmål i symptomdelen korresponderer spørgsmål 1 - 16 til DSM-IV kriterierne for PTSD, nemlig kernesymptomerne genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed, som anvendes til at diagnosticere PTSD (DSM-IV PTSD score). De resterende spørgsmål 17-40 afdækker lidt mere bredt symptomer som følge af flygtningens traumatiske livsbegivenheder og afspejles i en funktionsscore. Eksempelvis i depressive symptomer, følelser af skyld og skam, ensomhed, tab af tillid, sort-hvid tænkning samt offer-bøddel tankegang.

Rapporten kan rekvireres på RCT Midtjylland eller RCF - eller downloades på hjemmesiderne.

HTQ-R – psykologernes vurdering af symptomniveauet

Institutioner, der behandler de svært traumatiserede flygtninge, oplever stigende forventninger fra politisk og videnskabelig side for at dokumentere effekten af behandlingen. Samtidig ønsker vi naturligvis selv at blive klogere på dette. I 2006 iværksatte vi derfor en evaluering af redskabet HTQ-R, Harvard Trauma Questionnaire – Revised, anvendt som dokumentation af forandring over tid

af centerleder Annemarie Gottlieb samt Helle M. Jørgensen og Lilia Medvedeva, psykologer ved RCT Midtjylland. På efterspørgsel fra Århus Amt og efter eget behov iværksatte RCF i 2006 en undersøgelse i samarbejde med Center for Evaluering. Vi valgte at afprøve Harvard Trauma Questionnaire-Revised (HTQ-R) systematisk som redskab til psykoedukation og monitorering af forandring over tid. Overordnet var formålet at undersøge redskabets anvendelighed i den kliniske hverdag. Undersøgelsens

resultater er ikke signifikante, men de peger på nogle tendenser og hypoteser, som kan danne baggrund for den videre metodeudvikling.

HTQ-R har i forvejen gennem flere år været anvendt på RCT Midtjylland som led i psykologernes vurdering af symptomniveauet. Vi kendte derfor HTQ-R som et godt redskab til symptomscreening, der desuden har en psykoedukativ effekt, som starter allerede, når vi forbereder klienten på, hvad skemaet går ud på. Evalueringen bekræfter dog for os, at redskabet ikke kan stå alene som monitoreringsredskab – primært fordi det ikke i tilstrækkelig grad viser forandringer i den enkeltes funktionsniveau. Det er vores kliniske vurdering, at funktionsniveauet godt kan være forbedret, selv om symptomniveauet er uændret.

Udefra kommende påvirkninger

Selv om man opfylder kriterierne for PTSD, kan de individuelle symptombilleder variere meget. Den enkeltes scoringer kan for eksempel være påvirket af forhold, der er uafhængige af klientens oprindelige traume. Krigen i Libanon i sommeren 2006 havde en betydelig påvirkning på hele klientgruppen fra Mellemøsten, især naturligvis på klienter fra Libanon. Mange blev reelt retraumatiseret. Klienterne kan

desuden være traumatiserede ikke bare af deres fortid men også af en stressende nutid, hvor de er under pres for at integrere sig og skabe en helt ny identitet i et nyt land.

Andre forhold som trafikulykker, skilsmisser eller akutte familieproblemer kan også påvirke scoringerne. Scoren er således foranderlig – både i forbindelse med nye traumer og over tid.

Et tværkulturelt redskab

Kultur- og sprogbarrierer gør det generelt metodisk vanskeligt at standardisere behandling og sammenholde data mellem forskellige klienter. Den kulturelle baggrund og egen sygdomsforståelse afspejles i personens svar. Et symptombillede kan i nogle kulturer være betragtet som psykisk sygdom, mens det i andre kulturer er del af en udbredt religiøs selvforståelse. Grunden til, at HTQ alligevel er et godt redskab til symptomafdækning, er, at det er standardiseret og valideret til at kunne bruges og give mening indenfor forskellige kulturer. HTQ er et meget anvendt redskab til afdækning af traumatiske oplevelser og symptomer på PTSD rundt om i verden.

Tolkning og fejlfortolkning

Klienterne kommunikerer via tolk, eller de giver og modtager informationer på et sprog, som ikke er deres eget. Centrale nuancer kan gå tabt, hvis man ikke forholder sig til en standardisering af tolkeindsatsen.

Det er vigtigt, at de enkelte psykologer ikke gennemfører HTQ-R (eller andre tests og screeninger) i deres egen fortolkning, men at fremgangsmåden er forsøgt standardiseret. Vi har derfor i denne proces udarbejdet nogle retningslinier for, hvordan interviewet skal foregå. Når klienter beder os uddybe et spørgsmål ved at give et eksempel, vil alle psykologer give det samme vedtagne eksempel. Når eksemplet oversættes af en tolk, har psykologer og tolke i fællesskab udviklet retningslinier for, hvordan den uddybende forklaring skal tolkes – og ikke mindst fortolkes.

Tendenser

Center for Evaluering, psykiatrien i Århus Amt, evaluerede projektet. Ud af 55 mulige klienter gennemførte 32 skemaet både ved start og afslutning af forløbet. Desværre er materialet på de 32 som nævnt for lille til, at vi kan tale om valide resultater. Der kan ikke formuleres nagelfaste konklusioner, men der kan aflæses

nogle tendenser og dannes nogle hypoteser, som kan tænkes ind i den videre metodeudvikling.

Den systematiske registrering af symptomer synliggjorde belastningsgraden for hele klientgruppen. Således scorer 91% af klienterne PTSD af moderat til svær grad. Det er kun 9% af klienterne, der ifølge HTQ-R ikke opfylder kriterierne for PTSD.

Sammenfattende kan det bl.a. konstateres at:

- HTQ-R er – sammen med den kliniske vurdering – velegnet til screening af symptomer
- Skemaet alene opfatter ikke i tilstrækkelig grad funktionelle forbedringer
- HTQ-R er anvendeligt som psykoedukativt redskab, både ifølge klienter og psykologer
- Forandringer over tid ses tydeligst på graden af undgåelsessymptomer, hvilket har betydning i dagligdagen
- De fleste af de klienter, der har faldende scoringer, har været i behandling mere end seks måneder. Det kan være tegn på, at ændringerne i symptomniveauet sker ved længere behandlingstid

Fremtidsperspektiverne

Skemaet vil også fremover blive anvendt på RCT Midtjylland. Klienterne oplever det belastende at skulle svare på de mange spørgsmål. Men samtidig giver de udtryk for, at de føler sig forstået, og at spørgsmålene derfor er meningsfulde. Desuden er spørgsmålene med til at give samtalen struktur, når klienten har svært ved at formulere sig om symptomerne.

Anvendelsen af skemaet giver også basis for en god dialog med samarbejdspartnere. I det tidligere Århus Amt, hvor skemaet har været anvendt i mange år, betyder det, at de kommunale sagsbehandlere kender til skemaet og scoringsniveauerne.

Resultaterne af undersøgelsen har desuden givet basis for mange faglige overvejelser om, hvordan den videre dokumentation kan ske. Disse overvejelser har blandt andet gjort sig gældende i beslutningen om at etablere et metodeudviklingsarbejde, som har til formål at tilpasse ICF (International Classification og Functioning) til brug for denne specifikke målgruppe. Endvidere vil vi anvende de positive erfaringer med skemaet som redskab for psykoedukation i et nyt stort projekt, som RCT Midtjylland er en del af. Formålet med projektet er blandt andet, at både klienter og pårørende skal få relevante og anvendelige strategier til at leve med konsekvenserne af PTSD og lignende tilstande.

Humanitære katastrofer – indsatsen sker bedst både ude og hjemme

Socialrådgiver Lisbeth Brask Jensen fra RehabiliteringsCenter for Flygtninge, RCF, kender forholdene i mange af de områder, som de traumatiserede flygtninge i Danmark kommer fra. Fire gange har hun været udsendt af FN på akutte missioner, når det har brændt på i Sudan, Kosovo, Irak og Libanon

af journalist Jens Holdgaard

Hvis man spørger Lisbeth Brask Jensen, om indsatsen for at hjælpe traumatiserede flygtninge bedst sker herhjemme eller i de områder, flygtningene kommer fra, tøver hun ikke med svaret: "Begge steder, naturligvis. Indsatsen ude i området er altafgørende for at hjælpe det store flertal af flygtninge. Men der er ikke ressourcer til at hjælpe de, der er hårdest ramt – nemlig de traumatiserede flygtninge, som ofte har været igennem ufatteligt barske oplevelser og har fået dybe og i mange tilfælde uhelbredelige sår på psyken," siger hun.

Lisbeth Brask Jensen kender forholdene for flygtninge bedre end de fleste. Til daglig er hun socialrådgiver ved RehabiliteringsCenter for Flygtninge, RCF, i Århus. Men samtidig er hun tilknyttet Dansk Flygtningehjælp som en del af et beredskab, der med kort varsel rejser ud og gør en forskel, når en flygtningekatastrofe er under opsejling. Lisbeth Brask Jensen har været af sted på fire akutte flygtninge-missioner.

"Vi bliver tilkaldt af FN's Flygtningehøjkommissariat UNHCR, når en alvorlig flygtninge-situation er under opsejling. Vi rejser straks ud og hjælper med at løse de akutte opgaver – herunder at skabe overblik og få flygtningelejre oprettet, så flygtningene får tag over hovedet, en madras og et tæppe og andre fornødenheder. Sideløbende skaffer et andet beredskab fødevarer. Efter tre til seks måneder er FN klar med en mere langsigtet løsning, og vi vender hjem," forklarer hun.

Irak, Kosovo, Sudan og Libanon

Lisbeth Brask Jensen var første gang ude lige efter den første Golfkrig. Efter det militære nederlag vendte Saddam Husseins regime sig mod den kurdiske minoritet i det nordvestlige Irak og knuste en spirende

selvstændighedsbevægelse. Resultatet blev masseflugt fra området.

Siden var hun i Kosovo i 1999. Det var kort efter, at NATO havde bombet de serbiske enheder i Kosovo til at trække sig ud af Kosovo – efter at serberne havde begået massakrer og folkedrab, som havde fået befolkningen til at flygte i stort tal.

Hun var i Sudan i 2005/06. Ikke i Dafur, som er mest i fokus, men derimod i det sydlige Sudan, hvor den konstante borgerkrig gennem 25 år samt uro i nabolande har skabt et gigantisk flygtningeproblem.

Senest var hun i Libanon i 2006 – efter at Hizbollah havde kidnappet to israelske soldater, hvilket fik Israel til at bombe den sydlige del af Libanon, hvor Hizbollah holder til. Op mod en halv million libanesere flygtede og måtte overleve i flygtningelejre og på skoler.

Ser ikke overgrebene

"Jeg har aldrig selv overværet grove overgreb på flygtninge – dels er folk jo netop flygtet væk fra overgrebene, dels ønsker gerningsmændene at undgå international opmærksomhed, så vores tilstedeværelse virker forebyggende. Desuden er det en del af vores opgave



“Jeg har aldrig selv overværet grove overgreb på flygtninge
— dels er folk jo netop flygtet væk fra overgrebene,
dels ønsker gerningsmændene at undgå international opmærksomhed,
så vores tilstedeværelse virker forebyggende.”

FN løser en enorm opgave på flygtningeområdet. I alt arbejder UNHCR i øjeblikket med ca. 32,9 millioner mennesker, som er flygtninge, hjemvendte, statsløse eller på anden måde udsatte grupper, som flygtningehøjkommissariatet holder øje med og hjælper.

hurtigt at få identificeret og beskyttet svage flygtningegrupper, for eksempel børn uden voksenledsagelse, grupper af kvinder uden mænd til at beskytte sig eller grupper, som forfølges af de øvrige flygtninge. Derimod har jeg mødt ofrene – både ude i flygtningelejrene og herhjemme. Det er i sig selv en voldsom belastning at være flygtning, men nogle har været udsat for langt værre ting. Det kan være fysiske overgreb, de har set nærtstående forsvinde, blive voldtaget, dræbt eller mishandlet, har været fængslet under umenneskelige forhold, er blevet tortureret – listen er næsten endeløs. Og selve flugten kan for nogle være nok til at udløse livsvarige traumer – der er stor forskel på, hvad mennesker kan holde til. De traumatiserede flygtninge har kort sagt været udsat for mere, end deres psyke kan holde til. Deres situation ligner situationen for de danskere, som var i KZ-lejr i Tyskland under anden verdenskrig. Selv om mange vendte levende hjem, var de psykisk mærket på livstid – selv om de havde en sikker havn at vende

hjem til. Præcis det samme gælder de traumatiserede flygtninge – bortset fra at de fleste af dem ingen tryk havn kan finde. Det er dét, Danmark og en række andre lande tilbyder via den såkaldte kvoteflygtningeordning, hvor vi modtager flygtninge på basis af henvendelse fra UNHCR. Folketinget beslutter antallet – i øjeblikket er det 500 om året." FN løser en enorm opgave på flygtningeområdet. I alt arbejder UNHCR i øjeblikket med ca. 32,9 millioner mennesker, som er flygtninge, hjemvendte, statsløse eller på anden måde udsatte grupper, som flygtningehøjkommissariatet holder øje med og hjælper.

Er på vagt hele tiden

Lisbeth Brask Jensen afviser, at der er tale om et direkte farligt arbejde.

"Jeg er ikke bange, når jeg er ude, men vi skal hele tiden være på vagt og tage passende forholdsregler. Vi modtager undervisning i sikkerhed og skal blandt andet bestå en ret omfattende prøve i alt fra viden

om at undgå sygdomme til optræden ved et check-point, og hvordan man færdes, klæder og gebærder sig – også i pressede situationer hvis man for eksempel pludselig er omringet af en stor menneskemængde. FN klassificerer de enkelte områder efter risiko, og er man i et højrisiko-område, som jeg for eksempel var i Sudan, bærer man sig anderledes ad. Er det nødvendigt at bevæge sig ud, kører man altid flere biler eller sejler flere både sammen, man er i konstant radio- og satellittelefonkontakt og er hele tiden opmærksom på alt omkring en."

Fadi's historie: Født til krig

"Jeg er født som soldat. Jeg lærte alt om krig fra min far, som også var soldat. Da jeg var 12 år, startede jeg min træning til selv at blive soldat, og da jeg blev 15 år, var jeg med i kamp og på militære operationer. Det er ikke en enkelt oplevelse, som er problemet, men hele mit liv."

Sådan trækker Fadi sine problemer op. Han er tidligere klient på det daværende RCF og diagnosticeret med PTSD. Fadi er palæstinenser og blev født i 1966 i en flygtningelejr i Bakaa-dalen.

Som del af soldaterlivet blev han fængslet adskillige gange. Han orker ikke at huske nøjagtigt hvor mange gange eller hvor længe. Han har været hængt op,

slået under fødderne, spændt op i et hjul og tæsket – og det som var værre.

"Det er meget forskelligt, hvad de gør ved dig i fængslet," fortæller Fadi.

"Det er aldrig den samme person, som kommer, og de har alle deres yndlingsmetoder. Men det værste er at have bind for øjnene. Når du har bind for øjnene, kan du bare høre, hvad de gør ved de andre, og du ved aldrig, hvornår det bliver din tur."

Fængselsopholdene varede fra en måned op til et år. Fadi flygtede til Danmark som 22-årig. Han blev isolationsfængslet i Vestre Fængsel i 45 dage, fordi myndighederne ikke troede på hans flugtrute. Det var den værste fængsling i hans liv.

Allerede i Libanon var Fadi syg. Han fik angstanfald og blev behandlet af en psykiater. Han mener selv, angsten stammer fra de mange oplevelser med mennesker, der blev dræbt for øjnene af ham.

For nogle år siden var han i behandling hos en psykiater i Århus. Fadi havde store problemer med angst og blev let hidsig, så han isolerede sig fra andre. Da psykiateren ikke kunne hjælpe ham mere, henviste han ham til det daværende RCF.

"Jeg kan ikke sige, at jeg blev bedre. Men når man er syg, må man prøve alt," siger Fadi om opholdet. Fadi har efterhånden lært at leve med fortiden, og han har fundet forskellige ting, som hjælper. Han opholder sig meget i naturen, kigger på fugle og andre dyr. I naturen finder han ro, og han kan være alene, uden at nogen synes, han er underlig. Når Fadi har brug for at se mennesker, går han en tur i Bazar Vest. Desuden bruger han det social-psykiatriske tilbud Biffen jævnligt.

"Der vil jeg komme, så længe jeg behøver det. Det er dejligt at have et sted, som ikke skal gøre mig færdig." – IB

Kronisk PTSD – én lang kamp

af journalist Iben Baadsgaard Al-Khalil

Mange af RCT Midtjyllands klienter lider af kronisk PTSD og har gjort det i rigtig mange år. Forskellen mellem PTSD efter enkeltstående traumer og kronisk PTSD er, at symptomerne mere eller mindre styrer og påvirker alle livets funktioner.

Hos en tredjedel af de, som rammes af PTSD, udvikler tilstanden sig ifølge undersøgelser til en kronisk eller meget langvarig tilstand, fortæller professor Ask Elklit, der er specialist i krise- og traumepsykologi ved Aarhus Universitet.

"For nogle år siden var man mere optimistisk i forhold til behandlingen af PTSD. Kronisk betyder dog ikke, at det nødvendigvis er for livet, men at man må give en mere intensiv behandling som den, der ydes på behandlingscentrene," siger Ask Elklit.

Tortur er et ultimativt kontroltab. Derfor er det typiske billede, at torturoverlevende spænder op og er i konstant psykisk og fysisk beredskab. Det er en relevant adfærd, så længe de er fængslede eller truede der, hvor de bor. Men tilstanden bliver kronisk og ses ofte hos klienterne på RCT Midtjylland.

"Klienterne er enten overspændte og opfarende eller slappe og depressive. Det er sjældent at finde nogen

midt i mellem," fortæller Jytte Munkholm, som er fysioterapeut på RCT Midtjylland.

Hun fortæller, at det konstante beredskab giver muskelspændinger og smerter. Åndedrættet bliver tilbageholdt og låst, deres kontakt med kroppen har taget skade.

"De har siddet og ventet på bødlen om natten og vidste aldrig, hvornår der ville ske noget. De er i alarmberedskab og bruger hele deres forsvarsapparat konstant. Det bliver indlært så stærkt, at de ikke kan og tør slippe det igen, og det bliver til kronisk smerte." Jytte Munkholm understreger, at der i tillæg til de psykosomatiske problemer naturligvis også ses fysiske følger efter torturen.

Personlighedsændringer og PTSD

Generelt fører kronisk PTSD til personlighedsændringer hos rigtig mange. Ask Elklit fortæller, at man blandt andet ser kontrafobisk adfærd, hvor klienten forsøger at beherske det oprindelige traume ved at mestre lignende situationer. Nogle bliver enten angste og 'neurotisk' påpasselige, de udvikler en adfærd, som skal beskytte dem.

"Det kan være, at man skal kontrollere ting i sin lejlighed, at dørene er låste, og at tingene står på deres

rigtige plads – og det skal kontrolleres flere gange.

Man holder måske vagt ved vinduerne, fordi serberne engang kom midt om natten," fortæller Ask Elklit.

Adfærden kan også ændres i en retning, hvor man slipper tøjlerner og ikke længere har normale hæmninger.

"Ens jeg-grænser opløses, og man tror, man kan tillade sig hvad som helst. Man ser for eksempel nogle af vores hjemvendte soldater, som laver vilde ting: Begår bankrøverier, kører som død og djævel eller udfordrer sig selv på andre måder. Måske på grund af en slags overlevelsesskyld," siger Ask Elklit.

Hvis traumatiseringen sker, mens man er barn eller ung, har det konsekvenser for personligheden, som endnu ikke er færdigdannet. Traumerne bliver indlejret i personligheden.

Langvarig stress giver hjerneskader

Nyere forskning viser, at langvarig stress giver hjerneskader. I modsætning til kort tids stress, som skærper hukommelsen, betyder langvarig, kronisk stress, at man mister hjerneceller og evnen til at gendanne dem, fortæller Bo Søndergaard Jensen, psykolog på RCT Midtjylland. Det betyder, at man får problemer med hukommelsen i forbindelse med indlæring af ny viden, ligesom man kan miste evnen til at orientere sig.

I tillæg til PTSD udvikler 70-80 % ifølge Ask Elklit sekundære lidelser som angst, depression og fobier. Nogle selvmedicinerer sig selv gennem misbrug. En mindre del udvikler psykoser.

"De kan ikke holde deres fantasier og flashbacks ude. De indre billeder får så dominerende en kraft, at klienterne kan begynde at bygge en forestilling op omkring dem og gå ind i en mere permanent psykose. Man skal være opmærksom på, at hallucinationerne giver mening ud fra traumet, og at man ikke finder egentlige realitetsforstyrrelser," siger han.

Brugen af medicinsk behandling er et komplekst område. RCT Midtjyllands psykiatriske lægekonsulent Niels Chr. Helm understreger, at antipsykotisk medicin kun har en meget lille plads i behandlingen af kronisk PTSD – men gør alligevel opmærksom på, at det kan være relevant at gøre forsøget.

"I de tilfælde, hvor PTSD-symptomerne har udviklet sig til vedvarende vrangforestillinger, kan jeg godt finde på at forsøge medicinsk behandling," siger Niels Chr. Helm.

"Jeg har haft enkelte patienter, som havde gavnlig effekt af medicinen. Nogle få profiterer desuden af den søvnforbedrende og beroligende effekt, medicinen har."



**Kriterier for PTSD – posttraumatisk belastningsreaktion
Ifølge WHO ICD-10 (F43.1)**

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)
- B. Tilbagevendende genoplevelser af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer eller mareridt – eller stærkt ubehag ved hændelser, der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt der minder om traumet
- D. Delvis eller fuld amnesi (hukommelsestab) for den traumatiske oplevelse eller vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab (for eksempel søvnproblemer, koncentrationsbesvær, irritabilitet/vrede, vagtsomhed)
- E. Optræder indenfor 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

**Kriterier for personlighedsændring efter katastrofeoplevelse
Ifølge WHO ICD-10 (F62.0)**

- A. Vedvarende personlighedsændring efter udsættelse for exceptionel belastning (KZ-lejr, tortur, krigshandling, naturkatastrofe)
- B. Mindst 2 af flg. symptomer: fjendtlig eller mistroisk holdning, social isolationstendens, tomheds- eller håbløshedsfølelse, kronisk anspændthed eller vagtsomhed, følelse af fremmedgjorthed
- C. Påvirkning af dagliglivsfunktioner, befindende eller af omgivelserne
- D. Varighed mere end 2 år
- E. Ingen tidligere påfaldende personlighedstræk
- F. Ikke forbundet med anden psykisk lidelse, undtagen PTSD
- G. Organisk ætiologi (årsagssammenhæng) udelukkes



“Patienter, der har været udsat for tortur, kan have svært ved at lære nyt og forstå sammenhænge på grund af stress og PTSD. Der kan desuden være store forskelle i den kulturelle forståelse af årsagen og behandlingen af smerter – hvilket vanskeliggør behandling endnu mere.”

Kroniske smertemekanismer

RCT Midtjylland har som specialinstitution et særligt kendskab til behandling af skader efter tortur som for eksempel falanga (slag under fodsålerne), ophængning samt andre traume- og torturrelaterede smerteproblematikker.

Interne undersøgelser på RCT København viser, at 92% af torturofre har symptomer og klager relateret til bevægeapparatet, hvilket også bekræftes i nyere svenske undersøgelser.

Fysioterapeut Samuel Andersen, RCT Midtjylland, fortæller, hvorfor tortur, der ligger år tilbage, kan være skyld i kroniske smerter i dag:

"Mange former for tortur er designet til – udover at skræmme og nedbryde personen på det psykologiske plan – at påføre offeret størst mulig smerte. Ofte er teknikkerne udført, så der ikke opstår synlige mén eller tydelige fysiske skader. Undersøges patienten mere grundigt, findes der dog ofte læsioner i muskel, sene og nervevæv, og der kan være varierende tegn på en aktiv kronisk smerteproblematik.

Den nyeste forskning tyder på, at hjernen har en stor plasticitet og kan ændres i forhold til den måde, smer-

teimpulser fortolkes. I de fleste tilfælde er det godt, da kroppen kan tilpasse sig meget forskelligartede indtryk. Men ved et 'vedvarende traume', vil de samme mekanismer desværre betyde, at der sker en 'ophobning af smertestimuli', som gør det kompliceret at hjælpe den kroniske smertepatient. Smerten er blevet kronisk og har lejet sig i kroppen og i hjernen."

Tortur kan bestå af slag og spark, ophængning, indespærring i små rum og lignende. Torturen kan stå på i en periode (en-to måneder), hvor offeret nægtes hvile, og hvor de skader, der opstår, ikke får mulighed for at hele. Efterfølgende kan der følge en periode med flugt og stress, som igen er med til at skabe bund for en kronisk smerteproblematik.

"Patienter, der har været udsat for tortur, kan derudover have svært ved at lære nyt og forstå sammenhænge på grund af stress og PTSD. Der kan desuden være store forskelle i den kulturelle forståelse af årsagen og behandlingen af smerter – hvilket vanskeliggør behandling endnu mere.

I alle tilfælde er kronisk smerte svær at behandle og kræver en langvarig indsats. Fokus ligger på at lære patienten strategier til at leve med smerten og at skabe en hverdag, der ikke genererer mere smerte.

På RCT Midtjylland underviser vi patienter i smertemekanismer, og ansvaret for at tackle smerterne lægges gradvist over til patienten selv." – CF / SA

Læs mere om kronisk smerte på www.fysio.dk

FN's Torturkonventions definition af tortur (artikel 1.1):

"I denne konvention betyder udtrykket "tortur" enhver handling, ved hvilken stærk smerte eller lidelse, enten fysisk eller mental, bevidst påføres en person med det formål at fremskaffe oplysninger eller en tilståelse fra denne eller en tredjemand, at straffe ham for en handling, som han selv eller en tredjemand har begået eller mistænkes for at have begået, eller at skræmme eller lægge tvang på ham, eller en tredjemand, eller af nogen grund baseret på nogen form for forskelsbehandling, når en sådan smerte eller lidelse påføres af eller på opfordring af en offentlig ansat eller en anden person, der virker i embeds medfør eller med en sådan persons samtykke eller indvilligelse.

Smerte eller lidelse, der alene er en naturlig eller tilfældig følge eller del af lovlige sanktioner, er ikke omfattet."

Historisk oversigt – RCT Midtjyllands udvikling

1983

Medarbejdere i Dansk Flygtningehjælp og Århus Amt bliver opmærksomme på, at den sværest traumatiserede del af flygtningene ikke har tilstrækkeligt gavn af de sædvanlige revaliderings- og sprogskoletilbud.

1984

Et forsøgsprojekt iværksættes. Resultaterne af dette danner grundlag for den politiske beslutning om at etablere FCF (ForrevalideringsCenter for Flygtninge).

1987

FCF (senere RCF/RCT) etableres under Uddannelses- og Arbejdsmarkeds Afdelingen, Århus Amt. Der ansættes 2 tværfaglige behandlingsteams, pædagoger, kulturmedarbejdere og administrativt personale. Senere på året udvides med endnu et behandlingsteam.

1988

Psykolog Berit Rostbøll modtager Århus Amts initiativpris for etableringen af FCF.

1995

Omstrukturering og udvidelse med endnu et nyt behandlingsteam. Ledelsen udvides med en behandlingsleder.

1995

FCF flytter fra Toldbodgade til Rosenkrantzgade.

1997

Amtet skærper kravene, så kun de, der skønnes at have et revalideringspotentiale, kan indskrives.

1998

Etablering af et behandlingstilbud ved siden af kerneopgaven betalt 100 % af kommunerne.

1999

Etablering af decentrale afklaringsforløb på 12 uger, først i Grenå, siden flere gange i Randers.

1999

FCF skifter navn til RCF (RevaCenter for Flygtninge).

2002

Centret flytter til Skejbygårdsvej sammen med Jobcenter Nord.

2002

I økonomiaftalen mellem regeringen og amterne aftales det at iværksætte en gradvis opbygning af et behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge i henhold til Sygehusloven. Amterne modtager i den forbindelse et bloktilskud. Beslutningen sikrer traumatiserede flygtninge vederlagsfri behandling.

2002

Århus Amt vedtager, at opgaven skal varetages af RCF.

2003

Etablering af behandlingspladser under Sygehusloven på RCF. Dette medfører, at navnet ændres igen fra RevaCenter til RehabiliteringsCenter for Flygtninge.

2006

En ekstra bevilling giver mulighed for at iværksætte behandling lokalt i Gellerup i 1 år. Bevillingen er et resultat af den lange venteliste på behandlingsdelen.

1. januar 2007

Som et resultat af kommunalreformen deles RCF i to institutioner: Et behandlingstilbud under regionspsykiatrien, som får navnet RCT Midtjylland (RehabiliteringsCenter for Traumatiserede flygtninge) og et rehabiliteringstilbud under Århus Kommune, som beholder navnet RCF.

1. februar 2007

RCT Midtjylland etablerer en satellitafdeling i Horsens som et tilbud under Regionspsykiatriens Distrikt Syd.



Starten: Jobsamtale i gulvhøjde og masser af pionerånd

RCT Midtjylland – der fra starten hed FCF og senere RCF – fik en hurtig fødsel i 1987. Men selv om det gik kvikt og iværksætteragtigt for sig, var alle de nyskabende ideer på plads fra starten

af journalist Jens Holdgaard

Startskuddet til FCF gik midt i juleferien 1986/87.

Eller rettere: Telefonen kimede hjemme hos psykolog Berit Rostbøll. I røret fik hun sin chef, områdechef Kaj Vestergaard Nielsen fra Århus Amt. Beskeden var ikke til at tage fejl af: "Nu får du travlt. Vi kan få et center for flygtninge med behov for forrevalidering, og du skal stå for det indledende arbejde. Som går i gang NU."

Kaj Vestergaard Nielsen havde fundet guld, da han brugte ferien på at grave i nogle nye love: Staten ville fremover refundere alle udgifter til revalidering af flygtninge.

Det opfyldte et stort ønske hos amtets social- og sundhedsafdeling. Amtet havde med Berit Rostbøll som projektleder gennemført et tre-årigt udviklingsprojekt med støtte fra EF, "EF-projektet for handicap-

pede flygtninge og gæstearbejdere", som det hed i datidens sprogbrug. Projektet havde afsløret, at der manglede tilbud til en væsentlig gruppe flygtninge, der havde behov for en langt mere omfattende indsats, end det eksisterende revalideringssystem var gearret til.

Ikke mindst lederen af amtets revalideringsafdeling, Birte Bernt Henriksen, var en stærk fortaler for at iværksætte denne indsats – længe før begreberne "traumatiserede flygtninge" og Post-Traumatisk Stress Syndrom for alvor blev kendt. Men der var ikke penge på amtets budget.

Med den nye lov var finansieringen på plads. Og Kaj Vestergaard Nielsen havde ret: Berit Rostbøll fik travlt. Men vel at mærke travlt på den gode måde.

Nye og uprøvede tanker

"Vi fik nogle udviklings- og arbejdsbetingelser, som de fleste kun kan drømme om i dag. Samtidig var det hele båret af en enorm pionerånd," fortæller Berit Rostbøll. "Centret skulle planlægges og udvikles i samarbejde mellem amtet, Århus Kommune og Dansk Flygtningehjælp; en fantastisk proces at være med i, for deltagerne var fagligt dygtige, kendte systemerne og tænkte nyt og kreativt."

Der blev virkelig tænkt helt nyt. Herhjemme fandtes i forvejen Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre under Rigshospitalet – verdens første center af sin art. Her var den medicinske behandling af torturofres fysiske og psykiske skader i højsædet.

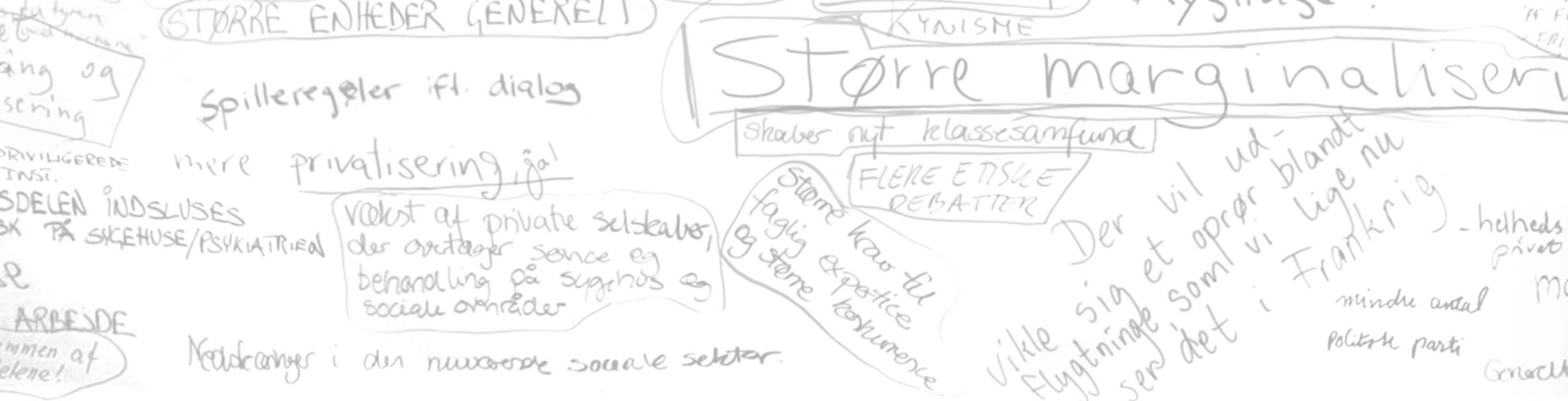
"Vi sigtede bredere og mere helhedsorienteret, og vi nåede frem til, at den bedste løsning var et dagtilbud, som foruden behandling tog højde for både sociale, fysiske, psykiske og aktivitetsmæssige behov. Samtidig skulle forløbene tilrettelægges individuelt og fleksibelt på baggrund af den enkeltes problemkompleks og individuelle ressourcer," fortæller Berit Rostbøll.

"Desuden nåede gruppen frem til, at der skulle arbejdes tværfagligt, og at der med fordel kunne bemandes helt anderledes end på Rigshospitalet, hvor det lægefaglige var i centrum. Blandt andet opstod ideen om at ansætte to-kulturelle medarbejdere, som skulle være kulturformidlere og samtidig fungere som tolke."

IKEA-møbler og samtaler på gulvet

Helt fra starten holdt Berit Rostbøll og to langtidslidende til i en lejlighed på Langenæs i Århus. Og den helhedsorienterede tankegang og det tværfaglige var i højsædet fra dag ét:

"Opgaverne var utroligt blandede. Foruden arbejdet med at fastlægge rammerne for centrets virke var der



stakkevis af praktiske opgaver. Der skulle findes lokaler – det blev i Havnegade i centrum af Århus – bygges om og indrettes, og der skulle rekrutteres medarbejdere. Så opgaverne gik lige fra kreative udviklingsmøder til kontakt med håndværkere, jobsamtaler, indkøb af køkkengrej og samling af IKEA-møbler. Det mindede vist mere om en iværksætter-virksomhed under opbygning end om start af en amtslig institution, men det var en virkelig sjov periode,” fortæller Berit Rostbøll.

Da den kommende rengøringsassistent kom til jobsamtale, fandt hun de dengang kun tre medarbejdere med rundstykker og kaffe på et tæppe på gulvet. Møbler var der nemlig ingen af – bortset fra et par klapstole, som medarbejderne havde medbragt hjemmefra. Samt kaffemaskinen, der også stod på gulvet, så det var nemmere at drikke formiddagskaffe og holde jobsamtaler i gulvhøjde.

Undren, begejstring og afstandtagen

Da RCT Midtjylland åbnede i 1987 – dengang under navnet ForrevalideringsCenter for Flygtninge – vakte det debat i behandlerkredse.

”Vi blev mødt med en blanding af undren, begejstring og stærk afstandtagen,” fortæller Berit Rostbøll.

”Især psykologer med stærke traditioner inden for den klassiske psykoanalyse mente ikke, at det kunne fungere. Vi brød jo med den traditionelle rolle som neutral behandler, som kun ser sin klient i terapi-situationen, og de mente, at det ødelagde muligheden for at skabe terapeutiske resultater, at vi deltog i dagligdagen i centret og opbyggede alle former for relationer til brugerne.”

”Vi var unge og begejstrede, mens de var ældre og meget dygtige. Hvilket jeg siger uden skyggen af ironi – de var dygtige. Og selv om vi bevidst valgte at bryde med den traditionelle psykolog-rolle, rummede deres kritik også vigtige pointer, som vi lærte af.”

”Selve grundidéen og strukturen bag centret var dog holdbar – hvilket også fremgår af, at vi 20 år efter på internationale konferencer hører mennesker tale med begejstring om disse metoder, som de først lige er begyndt at bruge. Og vi kan se, at mange centre over årene er kommet til at ligne RCT Midtjylland – både i Skandinavien og længere ude i Europa,” fortæller Berit Rostbøll.

”Det er temmelig enestående, at noget så nyskabende var så færdigt fra starten. For eksempel var den tværfaglige personalesammensætning aldrig prøvet før, og den viste sig at holde 100% i praksis – i lighed med de øvrige grundlæggende idéer.

Det viste sig også, at det var rigtigt at sætte fokus på det hele menneske. På at hjælpe de traumatiserede flygtninge med at få hverdagen og familien til at fungere frem for kun at behandle de psykiske og fysiske traumer hos den enkelte.

En enkelt illusion fra den begejstrede start har vi dog måttet gøre op med; at vi kunne gøre folk helt raske. ”Jeg vil gerne have min mand, som han var før”, er en helt typisk bøn fra brugerens familie. Men i takt med, at vi øgede vores viden, måtte vi erkende, at når mennesker har været udsat for så traumatiserende oplevelser, kan man realistisk set kun håbe på at lindre.”

Socialrådgiver Dorte Nielsen, RCT Midtjylland, siden februar 2007 i afdelingen i Horsens

Medarbejderstaben ved RCT Midtjylland, november 2007

Ledelse:

Annemarie Gottlieb, centerchef
Samuel Andersen, souschef

Sekretærer:

Solveig Ryberg
Charlotte Pilgaard Hansen

Lægekonsulent:

Niels Chr. Helm, speciallæge i psykiatri

Socialrådgivere:

Mette Jensby Mortensen
Marianne Narvestad
Margrethe Bennike
Mette Munksgaard
Dorte Nielsen (Horsens)

Pædagoger og værkstedsmedarbejdere:

Lisbeth Olesen
Marwan Seif
Tina Kulnik (Horsens)

Psykologer:

Helle M. Jørgensen
Marie-Louise Friis
Lilia Medvedeva
Bo Søndergaard Jensen
Poul Christiansen (Horsens)
Nathan Veeravagu (Horsens)

Fysioterapeuter:

Samuel Andersen
Jytte Munkholm
Lissi T. Rimmen
Birgitte Woge Nielsen (Horsens)

Kulturmedarbejdere:

Ahmed Sayed Ahmed arabisk
Kadhem Hassan arabisk

Eksterne tolke

Bahman Sarfina	farsi
Kaies Abedallah	arabisk, kurdisk, turkmensk
Abdirahman Shaafici	somalisk
Aferdita Pervizaj	bosnisk, albansk
Gafur Pervizaj	bosnisk, albansk
Zahra Selaiman	kurdisk
Maysaa Hassanein	arabisk
Therese Isho	arabisk, assyrisk
Sakhri Marjan	pastho
Musa Yasin Barakeh	arabisk
Talat Lushaj	albansk
Dilman Abdalrahim	arabisk, kurdisk

Et udsnit af RCTs medarbejdere



”Jeg vurderer, at psykiatriske tilbud til etniske minoriteter vil blive opdyrket i Region Midtjylland i de kommende år. Det er efterhånden bredt erkendt, at etniske minoriteter har brug for en anden tilgang end danskere.”

Villads Villadsen, distriktschef for psykiatriens Distrikt Øst, Region Midtjylland

RCT Midtjylland
Skejbygårdsvej 13-17
8240 Risskov
Tlf. 89 30 82 50

RCT Midtjylland, Horsens afd.
Sundvej 30
8700 Horsens
Tlf. 79 27 39 40

www.rct-midtjylland.dk

midt
regionmidtjylland