

## **Det er til at blive skør af**

- flygtninge og indvandrere  
med psykiske lidelser  
i små kommuner

**Anita Barfod & Lotte Bøggild  
SUS 2003**

**Anita Barfod & Lotte Bøggild**

**Det er til at blive skør af**

- flygtninge og indvandrere  
med psykiske lidelser i små kommuner

**2003 Socialt Udviklingscenter SUS**

**Nr. Farimagsgade 13,**

**1364 København K.**

**Tlf: 3393 4450. Fax: 3393 5450**

[sus@sus-net.dk](mailto:sus@sus-net.dk)

[www.sus-net.dk](http://www.sus-net.dk)

## Det er til at blive skør af

- siger en kommunal sagsbehandler om problemstillingerne omkring flygtninge og indvandrere med sindslidelser og alvorlige psykiske problemer. I den sammenhæng hvor det siges, tænker hun på de mange barrierer, hun ofte oplever i forbindelse med disse klienter. Barrierer som både har at gøre med oplevelse af egen utilstrækkelighed og med en fornemmelse af, at utilstrækkelig viden og erfaring også gør sig gældende hos en række samarbejdspartnere og for den sags skyld også hos mange klienter med flygtninge og indvandrerbaggrund.

Udsagnet dækker også en række af de betragtninger, som fremføres af sagsbehandlere, læger og andre professionelle om flygtningenes situation i de små kommuner i Danmark. I den sammenhæng indgår flygtninges fortællinger om belastende og usikre forhold under asylfasen - måske efterfulgt af den psykiske belastning, der følger med en midlertidig opholdstilladelse. Men også en uønsket placering i en lille kommune i den tre-årige integrationsperiode uden beskæftigelsesmuligheder, hvor det kan være særdeles vanskeligt at få sociale kontakter med såvel danskere som andre flygtninge, sætter nogle i en meget udsat og sårbar position. Særligt for fysisk og psykisk skrøbelige flygtninge vil disse forhold udgøre en særlig belastning.

Samlet viser rapporten, at der er behov for bred opkvalificering og udbygget fagligt samspil mellem de involverede professionelle aktører. Rapporten viser også, at de eksisterende behandlingsmuligheder for flygtninge og indvandrere med sindslidelser og alvorlige psykiske problemer ikke er tilstrækkelige - hverken kvantitativt eller kvalitativt. Der synes endvidere at være behov for nytænkning, således at der bliver mulighed for samspil med flere og andre godkendte behandlingsformer. Her tænkes på udvikling af forskellige kulturfølsomme tilbud og specifikke tilbud rettet mod særlige målgrupper.

Socialt Udviklingscenter SUS har udført opgaven for Videnscenter for Socialpsykiatri (VISP) som en del af Videnscentrets særlige etniske program.

Vi vil gerne sige tak til de mange personer, som har afset tid og kræfter til at medvirke i form af rundbordssamtaler, interview og andet materiale. SUS har sendt rapporten til samtlige medvirkende informanter.

Rapporten kan læses på SUS' hjemmeside [www.sus-net.dk](http://www.sus-net.dk) og på Videnscentrets hjemmeside [www.socialpsykiatri.dk](http://www.socialpsykiatri.dk). Den trykte rapport kan købes ved henvendelse til Socialt Udviklingscenter SUS.

Januar 2003  
Anita Barfod & Lotte Bøggild  
Seniorkonsulenter i SUS

# Indholdsfortegnelse

<b>DET ER TIL AT BLIVE SKØR AF.....</b>	<b>3</b>
<b>1. OPSAMLING .....</b>	<b>7</b>
PROBLEMSTILLINGERNE ER KOMPLICEREDE .....	7
ORGANISERING AF INDSATSEN .....	7
FAGLIGE USIKKERHEDER .....	8
DER FOKUSERES PÅ TRAUMER.....	9
SAMSPIL MED ANDRE PROFESSIONELLE .....	11
BEHOV FOR VIDEN, ERFARINGSUDVEKSLING OG FAGLIG SPARRING.....	13
TOLKEBISTAND.....	14
OMSORGSFORPLIGTELSE .....	14
<b>2. HVORDAN ER OPGAVEN GREBET AN OG HVEM HAR DELTAGET?.....</b>	<b>17</b>
KOMMUNERNE.....	17
KOMMUNERNES SAMARBEJDSPARTNERE .....	19
BRUGERE .....	20
REGIONALE KONFERENCER .....	20
<b>3. KOMMUNERNE .....</b>	<b>21</b>
GENERELT OM SMÅ KOMMUNERS INTEGRATIONSINDSATS .....	21
ANTAL FLYGTNINGE/INDVANDRERE I KOMMUNERNE.....	22
SMÅ KOMMUNER – STORE PROBLEMER.....	23
SMÅ KOMMUNER – SMÅ SAMFUND.....	25
ORGANISERING AF INDSATSEN .....	25
DE HAR ONDT – HVAD FEJLER DE? .....	27
PSYKISKE PROBLEMER – SKAM ELLER FORSVAR.....	29
TRAUMER – DEN FØRSTE TANKE .....	30
TRUSLEN OM HJEMSENDELSE .....	31
HVAD SKAL VI GRIBE OG GØRE I? .....	31
ARBEJDE HJÆLPER NOGLE .....	32
NETVÆRKETS ROLLE .....	32
BØRNENE .....	34
SAGSBEHANDLER I INTEGRATION – KOMPLICEREDE SAGER .....	34
OPKVALIFICERING AF DEN KOMMUNALE SAGSBEHANDLING.....	35
KOLLEGERNE I DET ØVRIGE KOMMUNALE SYSTEM.....	36
HVOR ER SOCIALPSYKIATRIEN?.....	37
LÆGEN I SAMARBEJDET .....	38
PSYKOLOGEN I SAMARBEJDET.....	40
PSYKIATRIEN I SAMARBEJDET .....	42
REHABILITERINGSCENTER I SAMARBEJDET.....	43
SPROGCENTERET I SAMARBEJDET .....	43
<b>4. ET FLYGTNINGEPERSPEKTIV .....</b>	<b>45</b>

<b>5. KOMMUNENS SAMARBEJDSPARTNERE.....</b>	<b>49</b>
PRAKTISERENDE LÆGER.....	50
<i>Samarbejdet med kommunen</i> .....	50
<i>Føler de praktiserende læger sig "klædt på" til opgaverne?</i> .....	51
<i>Mødet med patienter med etnisk minoritetsbaggrund</i> .....	51
<i>Tolkebistand</i> .....	53
<i>Psykologbistand</i> .....	54
<i>Psykatrien</i> .....	55
<i>Centre for krigs- og traumebehandling</i> .....	55
<i>Børnene</i> .....	56
PRAKTISERENDE PSYKOLOGER.....	56
<i>Samarbejde med kommunen</i> .....	57
<i>Trauma eller sindslidelse</i> .....	60
<i>Rammer for indsatser</i> .....	61
<i>Barrierer i arbejdet</i> .....	64
<i>At arbejde med tolk</i> .....	65
PSYKIATRIEN .....	66
SOCIALPSYKIATRIEN .....	67
CENTER FOR BEHANDLING AF TRAUMER.....	68
SPROGCENTER .....	72
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>75</b>
<b>BILAG 1.....</b>	<b>76</b>
<b>BILAG 2.....</b>	<b>78</b>
<b>BILAG 3.....</b>	<b>80</b>
<b>BILAG 4.....</b>	<b>82</b>
<b>BILAG 5.....</b>	<b>83</b>
CASE 1 - ISOLERET ENLIG MAND UDEN NETVÆRK.....	83
CASE 2 - IKKE TILGÆNGELIG FOR SAMTALETHERAPI .....	84
CASE 3 - TRAUMER HENTES IKKE ALTID I HJEMLANDET .....	85
CASE 4 - BLIVER DER RIBBET OP I FOR MEGET?.....	86
CASE 5 - "DER ER NOGET PSYKISK" .....	87
CASE 6 - EKSEMPEL FRA SOCIALPSYKIATRIEN (SKP) .....	88
CASE 7 - VI TURDE IKKE INDLÆGGE HAM PÅ PSYKIATRISK AFDELING.....	88
CASE 8 – EKSEMPEL FRA SOCIALPSYKIATRIEN (SKP).....	89
CASE 9 - VANSKELIGE PROBLEMER FORDELT PÅ FLERE KOMMUNALE HÆNDER .....	90
<b>BILAG 6.....</b>	<b>93</b>
<b>BILAG 7.....</b>	<b>94</b>

## **1. Opsamling**

Formålet med projektet er at samle informationer og erfaringer fra små og mindre kommuners arbejde i forhold til voksne flygtninge og indvandrere med sindslidelser og svære psykiske problemer. Fokus er kommunale medarbejdere og deres samspil med de nævnte klientgrupper, med hinanden indbyrdes og med de eksterne partnere, som inddrages i arbejdet.

Et andet formål er at afdække behov for viden, faglig sparring, erfaringsudveksling gennem netværk, barrierer i det regionale samarbejde, udvikling af tilbud, muligheder for brug af tolkebistand ol. Afdækningen skal i anden omgang danne grundlag for udarbejdelse af en strategi for udvikling af arbejdsfeltet.

### ***Problemstillingerne er komplicerede***

De fleste af de kommuner, som er inddraget i projektet, har kun få erfaringer med borgere med etnisk minoritetsbaggrund før integrationslovens ikrafttræden 1.1.1999.

De kommunale sagsbehandlere beskriver en række problemstillinger i forhold til arbejdet med flygtninge og enkelte indvandrere, som på grund af psykiske problemer har behov for en særlig individuel indsats og støtte eller behandling.

Problemstillingerne kan hænge sammen med organiseringen af den kommunale indsats, med faglige usikkerheder i forhold til psykisk skrøbelige mennesker fra etniske minoriteter, med samarbejdet og samspillet med kollegaer i andre dele af kommunen - både i forvaltningen og udenfor - og med de forskellige eksterne samarbejdspartnere. Og med en kombination af flere af disse faktorer.

### ***Organisering af indsatsen***

Der er som nævnt i rapporten en del forskellige modeller for organisering af integrationsindsatsen i kommunerne. Der knytter sig såvel fordele og ulemper til de forskellige modeller. De fælleskommunale

integrationskontorer ser ud til at kunne rekruttere medarbejdere med tidligere erfaringer i arbejde med flygtninge, hvilket kan være en fordel. På den anden side opbygges der ikke viden og erfaring hos sagsbehandlerne i de enkelte kommuner. I forhold til flygtninge med svære psykiske problematikker må man forvente, at den manglende viden hos den kommunale medarbejder udgør et problem for såvel flygtning som medarbejder.

Nogle sagsbehandlere mener, at det også kan give visse problemer med et fælleskommunalt integrationskontor i de tilfælde, hvor bevillingskompetencen fortsat ligger i den enkelte kommune, og hvor sagsbehandleren ikke har personligt kendskab til de flygtninge, som integrationskontoret indstiller til særlige ydelser.

Sagsbehandlerne i de kommuner, der har overtaget integrationsforpligtelsen fra flygtningens ankomst til kommunen, synes generelt at være tilfredse med dette, men føler sig fagligt isolerede, fordi der i de små og mindre kommuner ikke er kolleger med tilsvarende funktioner at udveksle erfaringer med. Dette problem forstærkes, når der skal tages stilling til en særlig indsats i forhold til flygtninge med psykiske problemer.

### ***Faglige usikkerheder***

Rundbordssamtalerne med de kommunale sagsbehandlere viser, at det er et broget billede, som tegner sig i opgørelsen af, hvor mange flygtninge og indvandrere, der har sindslidelser og alvorlige psykiske problemer, og som kommunen har kendskab til. Dette brogede billede afspejler nogle af de vanskeligheder, der i det praktiske arbejde er forbundet med at få kendskab til og vurdere en eventuel særlig indsats i forhold til flygtninges og indvandreres vanskeligheder og klager.

Der synes at være relativt få personer, som på grundlag af en psykiatrisk diagnose er i behandling i psykiatrien. Andre er i psykiatrisk behandling uden at der ifølge sagsbehandlerne foreligger en diagnose, eller de er henvist til psykiatrien på baggrund af formodning om traumer. Flere flygtninge er bevilget traumebehandling enten hos

psykolog eller på rehabiliteringscenter. En større gruppe siges mere diffust at *"have det ad helvede til"* eller at have *"ondt i livet"*. Til nogle få af disse kan der være tildelt støtte fx i form af hjemme-  
hos, støtte- og kontaktperson eller værested.

Der ses en vis usikkerhed i bedømmelsen af, hvad der er "i vejen" med den enkelte flygtning - og dermed i visitationen. Som nævnt er dette område for mange sagsbehandlere og praktiserende læger i de mindre kommuner et relativt nyt arbejdsfelt.

### ***Der fokuseres på traumer***

Interviewene afspejler en tendens til, at der primært fokuseres på posttraumatiske tilstande som følge af krigsoplevelser, tortur og flugt og dermed i traumebehandling, når det drejer sig om psykiske klager hos flygtninge.

Dette gælder i hovedtræk både de interviewede sagsbehandlere og de praktiserende læger, som henviser enten til afklaringsamtaler eller til behandling hos psykolog, på rehabiliteringscenter eller i psykiatrien.

Traumetænkningen baserer formentlig sig på flere forhold. Dels er der tale om nogle almenmenneskelige betragtninger om, at "vi ved jo, at de har været så meget igennem", og dels har Dansk Flygtningehjælp igennem årene og senest gennem deres psykosociale projekt været med til at skærpe opmærksomheden på traumatiserede flygtninge. En del af projektet har været et godt og påkrævet tilbud til kommunale sagsbehandlere om gratis undervisning i arbejdet med traumatiserede flygtninge fulgt op med et lærehefte om dette emne til landets kommuner i den hensigt at øge sagsbehandlernes kompetence og handlemuligheder i forhold til særligt sårbare flygtninge.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Der kan henvises til projektets slutrapport (DF 2001), som oplyser, at man regner med, *"at mellem 20 og 30% af de flygtninge, der kommer til Danmark lever med eftervirkninger af traumatiske oplevelser"*.

Imidlertid har dette undervisningstilbud stort set været "en enlig svale", hvad angår flygtnings psykiske problemer, hvorfor det nok har medvirket til en vis "overfokusering" på flygtnings fortidige traumatiserende oplevelser i det oprindelige hjemland og en tilsvarende "underfokusering" på flygtnings forhold i Danmark.

Det er relevant også at inddrage asylfasens usikkerhed, tvangsplaceringen til en relativt isoleret tilværelse i små og mindre kommuner uden mange muligheder for beskæftigelse og netværk, og - for nogle flygtnings vedkommende - den usikkerhed, som er forbundet med opholdstilladelsens midlertidighed og gentagne ansøgninger om forlængelse.

Det er ikke hensigten med disse overvejelser at betvivle, at mange flygtninge har brug for behandling af psykisk invaliderende eftervirkninger af traumatiske oplevelser, hvis de skal kunne skabe en rimelig dagligdag og deltage i en integrationsproces i Danmark. Ej heller at kommunale sagsbehandlere skal have relevante redskaber til at arbejde med disse flygtninge og deres familier.

Men der er grund til at påpege, at den umiddelbare fokusering på tidligere traumatiserende oplevelser kan komme til at stå i vejen for inddragelse af flygtnings aktuelle livsbetingelser. Endvidere kan der være risiko for, at der for nogle flygtninge ufrivilligt åbnes op for en fortid, som der ikke er tilstrækkelige ressourcer eller kunnen til at få behandlet eller healet.

Om denne problematik kan henvises til kapitlet "Flygtnings psykiske lidelser"<sup>2</sup>, hvori der omtales forskellige tilgange til behandling af traumer, og hvori der konkluderes bl.a.: *"Hvad angår behandling, er der behov for at udvikle og evaluere kulturfølsomme programmer, men også for at udarbejde specifikke programmer rettet mod særlige målgrupper såsom børn eller kvinder, der er udsat for seksuelt misbrug....Der bør sættes på udvikling af behandlingsmetoder, der er lidet ressourcekrævende. Eksisterende behandlingsprogrammer af flygtnings psykiske lidelser har i alt for*

---

<sup>2</sup> Alberdi, Nørregaard, Kastrup & Kristensen, 2002.

*ringe grad været genstand for metodologisk gennembearbejdede undersøgelser, og vores viden er derfor fortsat utilstrækkelig, hvad angår effekten af forskellige behandlingstiltag....Men sammenholdes behovet for hjælp med tilstedeværelsen af behandlingsressourcer, er der så slående en diskrepans, at man bør udvikle effektive metoder til at selekttere personer med særligt behandlingsbehov" (p.311).*

### ***Samspil med andre professionelle***

De kommunale sagsbehandlere har en række kontaktflader både i og uden for forvaltningen. I det kommunale samspil er der kontaktflader til kommunens børne- og familieafdeling, socialpsykiatri, hjemmepleje, lægekonsulent mv. og eksternt gælder det praktiserende læger, praktiserende psykologer og i mindre grad rehabiliteringscenter, Sprogcenter og de psykiatriske behandlingstilbud.

Med hensyn til det interne kommunale samspil fungerer dette selvfølgelig forskelligt i de forskellige kommuner. Der optræder de traditionelle kommunikationsproblemer mellem de sagsbehandlere, som har voksenkontakten og dem, som har udgangspunkt i børnenes problemer. Disse kommunikationsproblemer findes også for så vidt angår klienter med etnisk minoritetsbaggrund. Generelt kan det fremhæves, at de socialpsykiatriske tilbud i nogen grad synes overset i sager vedrørende flygtninge og indvandrere med psykiske problemer.

Det kan særligt fremhæves, at integrationsmedarbejdere giver udtryk for, at andre kommunalt ansatte har svært ved at forstå, at klienter med etnisk minoritetsbaggrund også er deres klienter på lige fod med andre danskere.

Særligt fremhæves den manglende imødekommenhed fra PPR, som generelt siges at afvise behandling af klienter med etnisk minoritetsbaggrund efter sigende med begrundelser om manglende transkulturel kompetence.

I forhold til samspillet med de praktiserende læger falder der en del hårde ord fra sagsbehandlerne, som - med enkelte undtagelser - giver udtryk for frustrationer over lægernes generelle mangel på viden el-

ler interesse for flygtninge og indvandrere og deres helbredsproblemer. Disse frustrationer kan naturligvis også have en vis sammenhæng med sagsbehandleres afhængighed af lægers tillagte autoritet i bedømmelser og erklæringer i forbindelse med kommunens afgørelser vedrørende de enkelte klienter og ikke mindst oplevelsen af egen afmagt i komplicerede sager. Det skal tilføjes, at der også i interviewene med praktiserende læger efterlyses mere viden og efteruddannelsertilbud på dette felt.

Samspillet mellem de kommunale sagsbehandlere og praktiserende psykologer vurderes generelt mere positivt, selv om det fremhæves, at der også er mangel på psykologer, som har viden og interesse på feltet. Ligeledes har sagsbehandlerne øje for de privatpraktiserende psykologers økonomiske interesser i at få henvist klienter til undersøgelse og behandling, hvilket kan forstås som et element i nogle psykologers villighed til at påtage sig arbejdsopgaver på området. Primært har rundbordssamtalerne givet anledning til refleksioner over egen praksis, hvor en del psykologhenvisninger sker på baggrund af egen faglige usikkerhed, mangel på tid til samtaler med klienterne og politikernes krav om "ekspertvurderinger". Der efterlyses større viden om effekten af psykologers forskellige behandlingsformer.

Der synes blandt sagsbehandlerne at være relativt udbredt tilfredshed med rehabiliteringscentrenes arbejde, men der er stor utilfredshed med ventelisterne og de lange ventetider på behandling. Der nævnes også eksempler på, at behandlingen har haft ringe eller dårlig effekt.

Med hensyn til psykiatrien synes der at være en vis tilbageholdenhed med henvisninger af klienter med etnisk minoritetsbaggrund. Dette kan hænge sammen med den beskrevne tendens til at forstå problemerne ud fra en traumetankegang, men det kan ud fra det sagte også hænge sammen med angst både hos sagsbehandler og klient for at "psykiatrisere" problemerne, ligesom det nævnes, at der ofte opleves afvisninger af at modtage klienter med etnisk minoritetsbaggrund fra psykiatriens side. Det fremhæves også, at psykiatrien ikke har udviklet faglige kompetencer i forbindelse med transkulturel psykiatri.

Der ses dog flere eksempler på, at også flygtninge med en PTSD-diagnose henvises til og behandles i psykiatrisk regi.

Samspelet med sprogcentrene synes ikke at fylde meget i sagsbehandlernes hverdag, dette kan bl.a. hænge sammen med, at eventuelle indberetninger omkring flygtninges forsømmelser i nogle tilfælde går til sprogcenterkommunen. Men der synes at være mulighed for, at en øget gensidig opmærksomhed mellem lærere på sprogcenter og den relevante kommunale sagsbehandler ville kunne være med til at søge samarbejde med den enkelte flygtning, som har problemer i undervisningen, om en individuelt justeret handlingsplan.

### ***Behov for viden, erfaringsudveksling og faglig sparring***

For en del af de deltagende kommunale sagsbehandlere er klienter med etnisk minoritetsbaggrund et ret nyt arbejdsområde. Enkelte af deltagerne har tidligere arbejdet i Dansk Flygtningehjælp og har erfaringer fra dette arbejde.

Materialet giver grundlag for at pege på, at der er brug for en opkvalificeringsindsats i forhold til at arbejde med flygtninge og indvandrere med psykiske lidelser. De kommunale sagsbehandlere og socialpsykiatriske medarbejdere efterlyser viden gennem undervisning, muligheder for netværksdannelse med henblik på erfaringsudveksling, supervision, hvor der fokuseres på sagsbehandlerens egne kulturelle fordomme, holdninger og blinde pletter, koordineret samarbejde med de relevante samarbejdspartnere og bedre tid til de komplicerede sager. Der efterlyses viden om eksilpsykologi, transkulturel psykiatri, alternative behandlingsformer, bedre muligheder for at koordinere opgaverne, opkvalificering af sagsbehandleren i hendes visitationsrolle.

Også i arbejdet med traumatiserede flygtninge vil en fortsat opkvalificering måske skærpe opmærksomheden i visitationsrollen og medføre mere målrettede henvisninger til undersøgelse/behandling hos psykolog eller i psykiatrien.

Der ses et generelt behov for opkvalificering af samtlige kommunale medarbejdere - både i kommunen og udenfor (daginstitution, skole osv.) og andre (AF, skole, osv.) til at tage imod flygtninge og indvandrere som borgere i DK.

Der er også i materialet baggrund for at pege på, at der hos praktiserende læger og blandt de forskellige medarbejdergrupper i behandlingspsykiatrien synes at være et udækket behov for mere viden inden for nogle af de samme områder.

Generelt synes bedre tid og flere ressourcer til den kommunale sagsbehandling at kunne mindske behovet for de henvisninger til psykologsamtaler, som hovedsagelig begrundes i manglende muligheder for at afsætte tid og kræfter til en mere grundig dialog med den enkelte flygtning(efamilie).

### ***Tolkebistand***

Der synes at være generel tilfredshed med mulighederne for tolkebistand - med enkelte undtagelser - men det er svært at vurdere, i hvilket omfang tolkebistand bruges i kommunerne og hos samarbejdspartnerne. Det er ikke undersøgt nærmere, i hvilket omfang de professionelle er blevet vejledt/uddannet i de almindelige regler for brug af tolkebistand. Ej heller, om i hvilket omfang de anvendte tolke er uddannede til at påtage sig tolkeopgaver på det psyko-sociale og behandlingsmæssige område.

### ***Omsorgsforpligtelse***

Den sociale servicelov indeholder bestemmelser omkring kommunernes aktive omsorgspligt til at iværksætte serviceydelser for persongrupper, der formodes ikke at være i stand til at tage vare på egen tilværelse. De sociale myndigheder har en pligt til at tilbyde disse mennesker pleje, omsorg og socialpædagogisk hjælp<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Se fx Andersen & Barfod, s.59 (2002)

Der synes at være behov for, at samme forpligtelse gøres gældende i forhold til flygtninge med sindslidelser og store psykiske problemer og deres familier. Dette gælder også i de tilfælde, hvor der tilkendes pension til flygtningen.

Det kan desuden konstateres, at dele af det offentlige serviceapparat - med PPR som et af de eksempler, der er nævnt i rapporten - synes at kunne undslå sig for at yde den service, der falder inden for deres arbejdsfelt, når det kommer til mennesker fra etniske minoriteter. Dette forekommer kritisabelt.

Det må endvidere overvejes, om der er behov for etablering af nye tiltag, koordinering af tiltag og inddragelse af nye professionsgrupper, som kan bidrage med andre faglige perspektiver. Det vil herunder være hensigtsmæssigt at lægge vægt på at udvikle forskellige behandlingsformer, der falder inden for de pågældende klienters verdensbillede.

Herudover er der i høj grad behov for, at de kommunale medarbejdere og deres samarbejdspartnere udvikler strategier til at opkvalificere samspillet med klienternes familie og netværk.



## 2. Hvordan er opgaven grebet an og hvem har deltaget?

I indsamlingen af data har en række kommunale medarbejdere været inddraget gennem to rundbordssamtaler fordelt på fire grupper samt et enkelt individuelt interview. Endvidere har en række samarbejdspartnere været inddraget gennem individuelle interview og to gruppeinterview. Det gælder læger, psykologer, psykiatri, socialpsykiatri, rehabiliteringscenter og sprogcenter.

Oversigt over de personer, som har deltaget i en eller to rundbordssamtaler og interview fremgår af bilag 1. Seniorkonsulenterne Anita Barfod og Lotte Bøggild har deltaget i samtlige rundbordssamtaler og hovedparten af interviewene med samarbejdspartnerne. Enkelte individuelle interview er gennemført alene af en af de nævnte konsulenter.

### *Kommunerne*

I foråret 2002 blev socialcheferne i en række små og mindre kommuner i Himmerland og Sønderjylland kontaktet pr. brev med indbydelse til kommunale medarbejders deltagelse i to rundbordssamtaler vedrørende indvandrere og flygtninge med sindslidelser (eksempel på brev til Arden Kommune kan ses i bilag 2). Sammen med brevet fulgte beskrivelse af projektets formål og forløb (bilag 3).

Efterfølgende blev henvendelsen fulgt op telefonisk af de to seniorkonsulenter fra SUS med henblik på at få oplysning om den enkelte kommunes indstilling til deltagelse samt hvilken medarbejder i kommunen, der kunne være kontaktperson i forbindelse med rundbordssamtalerne.

I **Himmerland** har følgende kommuner deltaget i rundbordssamtalerne delt op i to grupper:

- Medarbejdere fra Nibe, Farsø, Støvring, Aars samt en medarbejder fra Dansk Flygtningehjælp, idet Dansk Flygtningehjælp indtil

31.12.2002 varetog integrationsindsatsen for nogle kommuner i området.

- Medarbejdere fra Arden, Nørager, Sejlflod og det fælleskommunale Integrationskontor beliggende i Skørping.

Skørping Kommune ønskede ikke at deltage, men henviste til det fælleskommunale Integrationskontor. Medarbejdere fra Farsø og Aars kommuner har alene deltaget i det første møde.

En medarbejder fra Løgstør Kommune er efterfølgende inddraget gennem individuelt interview.

I **Sønderjylland** har følgende kommuner deltaget i rundbordssamtalerne delt op i to grupper:

- Medarbejdere fra Løgumkloster, Bredebro, Skærbæk, Christiansfeld, Gram, Nørre-Rangstrup, det fælleskommunale integrationskontor i Tønder samt medarbejdere fra det socialpsykiatriske samarbejde mellem Skærbæk, Bredebro og Løgumkloster
- Medarbejdere fra Augustenborg, Bov, Sundeved, Sydals og det fælleskommunale integrationskontor i Gråsten.

Også Broager, Gråsten og Tinglev kommuner havde ytret interesse i at deltage, men sendte afbud til møderne.

Medarbejderne fra Augustenborg, Bov, Christiansfeld og Løgumkloster, har alene deltaget i det første møde - dog således at Augustenborg Kommune på det andet møde var repræsenteret gennem Sydals Kommune, idet der er et formaliseret samarbejde mellem de to kommuner omkring integrationsindsatsen. Det fælleskommunale integrationskontor i Tønder måtte af akutte årsager sende afbud til det andet møde.

Informationer og diskussioner fra rundbordssamtalerne er nedskrevet på stedet på pc. Sammenskrevne og let bearbejdede noter fra den første rundbordssamtale er udsendt til alle deltagere som led i

forberedelsen af det andet møde. Samtidig udsendtes indbydelse og dagsorden for andet møde (bilag 4).

Deltagerne har udover den mundtlige dialog bidraget med oplysninger om antallet af borgere med indvandrer-/flygtningebaggrund. Endvidere har nogle af deltagerne bidraget med konkrete, anonymiserede sager som udgangspunkt for rundbordssamtalen. Nogle af disse sager er medtaget som bilag 5.

### ***Kommunernes samarbejdspartnere***

Udvælgelsen af interviewpersoner blandt samarbejdspartnere er hovedsagelig sket på baggrund af oplysninger fra de kommunale medarbejdere i den første rundbordssamtale. Interviewene har haft form af relativt ustrukturerede samtaler med udgangspunkt i interviewpersonens refleksioner over egne oplevelser og erfaringer i forbindelse med indvandrere og flygtninge med sindslidelser og store psykiske problemer.

Der er taget håndskrevne noter af begge konsulenter fra de fleste interview, og noterne er umiddelbart efter sammenskrevet og gennemset af begge konsulenter, således at udsagn fra interviewpersonen er medtaget så autentisk som muligt. Enkelte interview (fem) er af tidsmæssige årsager gennemført af kun den ene konsulent, hvorfor denne er eneansvarlig for noter og sammenskrivning af disse.

Et aftalt interview med en psykiater fra Augustenborg sygehus (distriktpsykiatrien) kunne desværre ikke gennemføres på grund af interviewpersonens sygdom den pågældende dag. Det har af ressourcemæssige årsager (rejsetid og -omkostninger) ikke været muligt at gennemføre dette interview på et senere tidspunkt, men der har været gennemført telefonsamtale med en anden psykiater fra samme afdeling.

Kursiverede sætninger og afsnit er citater. Hvor citerede udsagn i rapporten kan føres tilbage til en bestemt interviewperson, har disse været forelagt pågældende til godkendelse.

Der er i alt gennemført 11 individuelle interview og gruppeinterview med samarbejdspartnere.

### ***Brugere***

Det var intentionen at inddrage brugere i form af interview af en eller flere indvandrere/flygtninge med sindslidelse eller store psykiske problemer samt deres pårørende/netværk. Dette skulle have til formål at belyse eksempler på, hvordan indsatsen har været oplevet set med brugerøjne. Det kunne desværre ikke lade sig gøre gennem de kommunale deltagere i rundbordssamtalerne at få mulighed for at komme i kontakt med brugere, idet ingen fandt at have brugere, som kunne være velegnede til dette formål.

Konsulenterne har i forbindelse med et andet projekt i efteråret 2002 interviewet en afghansk familie, hvor manden i flere sammenhænge har bistået sin kommune i arbejdet med flygtninge med store psykiske problemer. Endvidere er to bosniske flygtninge, som kom til Himmerland før 1999 blevet bedt om at komme med kommentarer og give udtryk for deres holdninger til temaet.

### ***Regionale konferencer***

De planlagte to konferencer i Sønderjyllands og Nordjyllands amter måtte aflyses på grund af for få tilmeldinger. Formålet med disse konferencer var at styrke det regionale samarbejde gennem at formidle en foreløbig opsamling på de gennemførte interview og input fra forskellige informanter til deltagere fra det pågældende geografiske område. Endvidere indeholdt programmet mere generelle oplæg om perspektiver i indsatsen omkring indvandrere og flygtninge med sindslidelser og store psykiske problemer samt informationer om de to relevante videnscentre på området: Videnscenter for Socialpsykiatri og Center for Transkulturel Psykiatri. Indbydelse og program for konferencen i Aabenraa er medtaget som bilag 7.

Det er under overvejelse mellem Socialt Udviklingscenter SUS og Videnscenter for Socialpsykiatri at gennemføre en eller to opsamlende konferencer på et senere tidspunkt med denne rapport som udgangspunkt for debatten.

### 3. Kommunerne

I dette afsnit er sammenskrevet informationer og refleksioner fra de i alt otte rundbordssamtaler mellem kommunale medarbejdere fra små og mindre kommuner i Sønderjylland og Himmerland i Nordjylland.

Sammenskrivningen er inddelt i en række undertemaer, som har været centrale på møderne.

#### *Generelt om små kommuners integrationsindsats*

Med integrationsloven fik kommunerne fra 1.1.1999 pålagt at varetage integrationsindsatsen for flygtninge fra og med tidspunktet fra godkendelse af asyl og den efterfølgende tre-årige bopælsforpligtelse samt familiesammenførte til de flygtninge, som er bosat i kommunen. Med integrationsloven gennemførtes også en fordeling af flygtningene, således at alle kommuner blev forpligtet til at aftage en større eller mindre kvote.

For hovedparten af de små og mindre kommuner i de to geografiske områder gælder, at borgere med flygtningebaggrund ikke tidligere har været kendt i disse kommuner, mens der for nogle kommuners vedkommende er borgere med indvandrerbaggrund - både i landbruget og i visse industrier.

For en række kommuner har integrationsloven derfor betydet helt nye udfordringer og opgaver i forhold til disse "tildelte" borgere. Det har tvunget disse kommuner til at tage fat i disse opgaver både politisk, organisatorisk/administrativt og personalemæssigt<sup>4</sup>.

Med hensyn til det organisatorisk/administrative har nogle kommuner oprettet egne integrationsafsnit, andre har købt ekspertise udefra, fx gennem Dansk Flygtningehjælp. Nogle er gået sammen om indsatsen med en eller flere nabokommuner og andre har etableret fælles-

---

<sup>4</sup> Der henvises til tre rapporter fra SUS om integrationsindsatsen i Himmerland (Bøggild & Persson, 2001, Bøggild & Persson, 2002 samt Barfod & Bøggild, 2002) samt Barfod & Bøggild: *At håndtere integration*, 2002)

kommunale integrationskontorer efter forskellige organisatoriske modeller til varetagelse af de nye opgaver.

Alle disse forskellige modeller er repræsenteret blandt de kommuner, som er inddraget i informationsindsamlingen.

Personalemæssigt har det for nogle små og mindre kommuner været vanskeligt at rekruttere medarbejdere med viden og erfaring på området, mens de fælleskommunale integrationskontorer i højere grad synes at kunne tiltrække erfarne medarbejdere inden for feltet.

De praktiske opgaver i forbindelse med orientering af de nye borgere, deres boligplacering og indflytning, placering af børn i dagpleje, børnehave eller skole, udbetaling af ydelser, aftaler omkring sprogundervisning og aktivering, udarbejdelse af handleplan osv. har af naturlige årsager fyldt meget.

Fokus i dette projekt er imidlertid kommunernes erfaringer med de flygtninge og indvandrere, som på grund af psykiske problemer og symptomer har brug for en særlig opmærksomhed og bistand fra det offentlige social- og sundhedssystem. I forbindelse med informationsindsamlingen har deltagerne kun fremdraget konkrete eksempler og cases på mennesker med *flygtningebaggrund* med sindslidelser eller psykiske problemer. Det gælder både de deltagende kommunale medarbejdere og de interviewede samarbejdspartnere. Det er blevet nævnt, at der også blandt indvandrere og familiesammenførte - både til flygtninge og til etniske danskere - findes personer med sindslidelser og svære psykiske problemer.

På tidspunktet for informationsindsamlingen har flertallet af de berørte kommuner haft borgere med flygtningebaggrund i maksimalt tre år. Nogle af kommunerne har også før 1.1.99 haft flygtninge fra det tidligere Jugoslavien.

### ***Antal flygtninge/indvandrere i kommunerne***

Ikke alle deltagende kommuner har indgivet opgørelse over antal flygtninge og indvandrere i forbindelse med informationsindsamlingen.

Tallene nedenfor omfatter alene de kommuner/fælleskommunale integrationskontorer, som har afleveret disse oplysninger.

Antal flygtninge/ familiesammenførte under integrationsloven optalt i de anførte kommuner.

Kommune	Antal i alt voksne/børn
Augustenborg	28/21
Bredebro	17/21
Bov	75/90
Broager	56/65
Gram	16/15
Gråsten	48/49
Højer	14/21
Lundtoft	72/48
Løgumkloster	20/26
Nibe	35/34
Nr. Rangstrup	39/43
Sejflod	45/36
Skærbæk	33/20
Støvring	40/28
Sundeved	65/71
Sydals	33/30
Tinglev	51/76
Tønder	35/27

Tallene giver indtryk af størrelsesordenen. Enkelte personer er medtalt, selv om de er kommet før 1.1.99, hvis kommunen fortsat arbejder med dem. Andre kan være selvforsørgende og ude af kommunens sagsbehandling, men deltager i sprogundervisning. Kommunernes indbyggerantal ligger mellem 3800 og 12400.

### ***Små kommuner - store problemer***

Med integrationsloven fordeles flygtningene over alle landets kommuner og har bopælspligt i den tildelte kommune i tre år, ligesom kom-

munen i tre år i henhold til gældende regler<sup>5</sup> har pligt til at sørge for modtagelse, anvisning af egnet bolig, sprogundervisning, aktivering, udbetaling af integrationsydelse og andre praktiske ting.

I forbindelse med rundbordssamtalerne blev det diskuteret, om den overordnede fordeling rammer de små kommuner skævt, således at randområderne tildeles de flygtninge, der har de færreste ressourcer - de traumatiserede, de behandlingskrævende, de dårligst uddannede osv. Det blev fremhævet, at de flygtninge, som skal have uddannelse, placeres i nærheden af en uddannelsesinstitution, hvilket har en selvforstærkende effekt. Der tales om en frasorteringseffekt, således at dem, der *"ikke har noget som helst, de kommer ud til de mindre kommuner - og hermed skabes en ond cirkel"*.

Eller som en anden siger: *"Der er ingen, der ønsker sig til Sønderjylland frivilligt, så vi får dem, der ikke ønsker sig andre steder. I Danmark har vi desuden valgt at tage dem "de andre ikke vil lege med" - uden nogen rød tråd - men i hvert fald ressourcekrævende. I den seneste gruppe er 40% traumatiserede. De skal til psykolog, og det skal være psykologer, der har forstand på det. Vi ser mange ressource svage personer. Der er ikke mange brikker at flytte med. De kan ikke begå sig, og de får sygerolle af bare utilpassethed og blokeringer"*.

Der er udbredt enighed blandt deltagerne om, at denne skæve fordeling eksisterer og påfører de små kommuner med små økonomiske og videnskæssige ressourcer store problemer.

Hvis denne påstand er helt eller delvis rigtig, vil konsekvensen være, at der i de små kommuner er relativt flere flygtninge, som har brug for en særlig opmærksomhed og indsats i såvel sprogundervisning og aktivering, med hensyn til børnenes trivsel og med hensyn til behandling af somatiske og psykiske lidelser.

---

<sup>5</sup> Der er vedtaget nye regler fra 1.7.02, som bl.a. nedsætter integrationsydelsen til nyankomne flygtninge og fritager kommunerne for anvisning af permanent bolig. Disse nye bestemmelser indgår ikke i rapportens materiale.

### ***Små kommuner - små samfund***

Små kommuner er typisk også små samfund. Det kan give ekstra for- midlingsopgaver for en sagsbehandler. Den sociale forståelse for flygtninge har ikke megen plads i dagens Danmark. Og psykiske lidel- ser kan være svære at forstå eller få øje på, når man som borger el- ler byrådspolitiker møder flygtningen (og danskeren) midt på dagen på vej til supermarkedet. *"Det kan være svært at forklare politikere, som spørger: Hvorfor går han hjemme, han ser da meget normal ud?"*

Den megen fokusering på den arbejdsmarkedsrettede indsats og de politiske ønsker om, at flygtninge kommer i arbejde fra første dag er med til at tage plads og rum fra de flygtninge, som har brug for eks- tra støtte og tid til at finde ud af det hele. *"Vi som er offentligt ansat- te og som synes, at der skal være en rimelig social politik - vi har det svært, når de politikere, som man er tæt på, har en helt anden politik. Vi bliver kaldt lempelige i vores vurderinger, selv om de bygger på faglige og sociale overvejelser. Vores indstillinger koster kommunen penge, og det er ikke politisk populært".*

Det kan være væsentligt her at tilføje, at den tvungne tilværelse i de små kommuner for mange flygtninge i sig selv udgør en psykisk risiko- faktor. Danskerne i de små by- og landsbysamfund kan være mere end vanskelige at få kontakt med, og spredningen af flygtningene kan in- debære, at der ikke bor andre fra samme land /sprog /kultur eller religion i overkommelig nærhed. Den deraf følgende sociale isolation og kontaktløshed vil i sig selv udgøre en risikofaktor for udvikling el- ler forstærkning af psykiske problemer.

Særligt er de unge, enlige mænd udsatte i de små samfund. *"To af de unge med psykiske problemer er enlige. De enlige unge mænd bliver overvå- get i alle ender og kanter. Det må være svært - både psykisk og seksuelt. De bliver udstillet, hvis de bare går en lille smule uden for rammerne".*

### ***Organisering af indsatsen***

Syv kommuner i Himmerland er gået sammen om et fælleskommunalt integrationskontor. Integrationskontoret skal tage sig af en række sagsbehandlingsopgaver i forbindelse med modtagelse, bopælsplace-

ring og andre praktiske opgaver i forhold til flygtningen, herunder personlig kontakt, hvis der opstår særlige problemer. Derimod har integrationskontoret ikke nogen bevilgende myndighed, men skal indstille til den respektive bopælskommune, hvis der skal ydes bevilling til psykologbistand, fysioterapi, traumebehandling ol.

Organiseringen er valgt ud fra det synspunkt, at et fælles integrationskontor i højere grad ville kunne råde over en ekspertise i integrationsspørgsmål, som den enkelte kommune ikke selv kunne opbygge.

Tre andre af de medvirkende himmerlandske kommuner har eller har haft Dansk Flygtningehjælp til at varetage integrationsindsatsen.

Også i Sønderjylland har man valgt forskellige former for fælleskommunalt samarbejde mellem de små og mindre kommuner. Integrationskontoret i Gråsten betjener fire kommuner, men her er organiseringen således, at integrationskontoret har den fulde kontakt og kompetence - også bevillingskompetence - i den tre-årige integrationsperiode. Indsatsen og bevillingskompetencen omfatter fra 2002 også børne- og familiesager i flygtningefamilierne. Der holdes samarbejds møder med kommunerne hvert kvartal og således, at alle områder (børne- og familie, beskæftigelse m.v.) er dækket ind. De kommunale medarbejdere vil således først se flygtningene efter tre år. Det er dog den enkelte kommunes opgave at finde egnede boliger.

Integrationskontoret i Tønder dækker seks kommuner og varetager alt omkring integrationsspørgsmål, men har - som i Himmerland - kun indstillingsret, hvad angår økonomien. Andre kommuner har valgt at gå sammen med en eller to nabokommuner i et integrationsssamarbejde.

Når det drejer sig om flygtninge med særlige problemer, kan et fælleskommunalt integrationskontor uden bevillingskompetence være vanskeligt at håndtere for kommunen og for sagsbehandleren: *"Med integrationskontoret bliver flygtningene til papirarbejde for os i kommunen; vi skal bevilge, men vi har ikke noget kendskab til personerne."*

De syv kommuner i Himmerland har fra 1.1.03 besluttet at hjemtage integrationsindsatsen hver for sig og er gået i gang med at søge og ansætte medarbejdere og aftale overdragelsesperiode med integrationskontoret.

### ***De har ondt - hvad fejler de?***

Adspurgt om, hvor mange flygtninge og indvandrere med sindslidelse deltagerne har kendskab til i de forskellige kommuner, kommer der forskellige typer svar. Her er nogle typiske eksempler:

- *"Ingen - i hvert fald ikke nogen med diagnose."*
- *"Hvad mener I med sindslidende - er det også de traumatiserede?"*
- *"Vi har ingen sindslidende, vi har kun de traumatiserede"*
- *"Der er forskellige opfattelser af, hvad traumatiseret er for noget. Der er intet fælles sprog på området"*
- *"Vi har flere "psykiske" end "psykiatriske"*
- *"Vi har mange, der har ondt i livet og i sjælen, men vi har ikke tal for det".*
- *"Vi mangler en afgrænsning af, hvad sindslidelse er. En stor gruppe flygtninge i de små kommuner har det ad helvede til".*

Der tegner sig således et uklart billede af, hvor mange personer med flygtninge og indvandrerbaggrund, og som kan rubriceres som sindslidende, der bor i deltagende kommuner. Ud fra rundbordssamtalerne vil et forsigtigt skøn være, at der kendes mellem 0-6 personer, som er under observation for psykisk sygdom eller i psykiatrisk behandling i hver kommune. Hertil kommer et lidt større antal, som undersøges eller er i behandling/på venteliste for traumer/PTSD. Endvidere er der et endnu større antal, om hvem deltagerne siger, at de har ondt i livet, ondt i sjælen, har det ad helvede til ol.

De valgte citater viser en forklarlig tøven. En tøven som hænger sammen med mange ting. Deltagerne påpeger, at flygtningens problemer ofte forekommer mudrede med fysiske klager over smerter og psykiske ting samtidigt, hvilket kan gøre det vanskeligt at se, hvad der er hvad. Det fremhæves, at problemerne hos en del flygtninge befinder sig i et grænseområde; de er svært traumatiserede og har måske også hjerneskader efter tortur. De sværeste sager siges at

være dem, *"hvor man ikke kan afgøre, om det er sindslidelse, psykopati, eksil, aggressivitet eller...., hvor alle står famlende og ingen vil påtage sig opgaven"*.

Det siges også, at de kulturelle faktorer kan betyde, at *"der går en klap ned hos medarbejderne"*, og herved forstås bl.a., at sædvanlig faglig kompetence blandes op med kulturel forvirring eller fortolkning, hvilket kan resultere i både berøringsangst i forhold til klienten (angst for at spørge ind til), mangel på lydhørhed og respekt for dem og mangel på indsigt i/ inddragelse af egen kulturbaggrund. Det er ikke opgaven i denne rapport at analysere dette nærmere, men der kan henvises til eksempler på relevant litteratur om disse fænomener.<sup>6</sup>

På de fælleskommunale integrationskontorer har medarbejderne typisk et større erfaringsgrundlag i arbejdet, hvorved risikoen for ovennævnte kulturelle "begynderfælde" formentlig er reduceret.

Det fremhæves endvidere, at det for mange flygtninge er en skam at have psykiske problemer, og at det derfor kan være vanskeligt at få dem til at tale om disse problemer og efterfølgende få dem til at acceptere en henvisning til psykolog eller psykiater. En af de svære ting er derfor også at finde frem til disse personer. De psykisk syge henvender sig normalt ikke af sig selv. *"Mange sidder bag gardinerne, kommer ikke ud og har ikke kontakt med nogen"*.

Der nævnes også mere usædvanlige tilfælde. Blandt kvinderne har der været anorexilignende symptomer. Det er svært at forholde sig til i forhold til den etniske baggrund, siges det.

Det siges tillige, at mange problemer hos udenlandske kvinder, som er gift og familiesammenført med danske mænd, overses. Nogle af dem har det svært. *"Dem ser vi ikke og opsøger ikke, for de er jo gift med en dansker"*.

---

<sup>6</sup> Fx Marianne Skytte (1999), Jens Hjort Andersen & Anne Dorthe Roland Jensen (2000), Peter Berliner (1994)

Der gør sig også en usikkerhed gældende omkring forskelligheder i sygdomsopfattelse og dermed for, hvad der kan siges at være sygt, og hvad der kan siges at ligge inden for den kulturelle normalitet.

*"Sidste år havde vi en fra Brasilien. Ham havde vi det svært med. Der var en del ånder inde i det, og vi var usikre på, hvornår vi eventuelt var krænkende. Er det dér mere sædvanligt at have ånder med i spil, når man er brasilianer".*

En deltager nævner et eksempel på tværkulturelt samarbejde med klienten: *"Vi har en person med skizofreni - med diagnose, indlæggelse og det hele. Jeg var med til de første to samtaler, og klienten og jeg fremlagde hver vores opfattelse af, hvad problemet bestod i. Vi lavede en slags kontrakt, og det gav også både mig og klienten meget at høre vores forskellige opfattelser".*

### ***Psyriske problemer - skam eller forsvar***

Det er en udbredt opfattelse, at der i de kulturer, hvorfra flygtningene kommer, er knyttet megen skam eller benægtelse af psykiske lidelser. Således siger et par af deltagerne: *"Der er meget tys-tys omkring sindslidelser og psykiske problemer. Nogle er indlagte, men ingen ved hvorfor. Det betyder også, at familien ikke kan tale om det".*

*"For mange flygtninge er det en skam at have psykiske problemer, så derfor går der alt for lang tid, før vi ser problemerne, og så er de blevet akutte".*

En sådan iagttagelse kan have en vis gyldighed, men den må formentlig suppleres med nogle overvejelser over, hvorledes de danske behandlingstilbud opleves af personer med opvækst og erfaringer fra andre lande og kulturer. En deltager formulerer det således: *"Hvad tænker flygtningene om os og vores samfund og de ting, som de bliver udsat for? Når vi sender dem til psykolog eller på psykiatrisk afdeling - hvordan oplever de det?"*

Samtidig kan barrierer, som sagsbehandleren oplever i forhold til at få en klient til psykolog måske for nogles vedkommende være udtryk for bevidst eller ubevidst beskyttelse eller forsvar: *"Det skulle ikke*

*komme bag på mig, hvis der er en del flygtninge, som ikke vil lukke op, og som ikke vil genopleve det rædselsfulde, fordi de ikke vil bryde sammen”.*

### **Traumer - den første tanke**

Det forekommer, siges det, nærliggende at tænke i traumebaner, fordi man tænker: *”de har været så meget igennem. Vi må passe på, at vores fokusering på traumer ikke er med til at fremme den PTSD-ramte flygtning”.*

Gennem rundbordssamtalerne kommer det klart frem, at der i sagsbehandlingen i kommunen - og hos de praktiserende læger - i forbindelse med en flygtnings klager og lidelser ofte søges tilbage til de traumatiserende oplevelser i hjemlandet, som er baggrund for flugten. Der spørges tilsyneladende i langt mindre grad ind til mulige traumatiserende forhold i forbindelse med opholdet i Danmark - det være sig i asylfasen eller i den efterfølgende periode, hvor flygtningen skal etablere et hverdagsliv i lokalsamfundet.

Deltagerne fremhæver selv gentagne gange, hvor vanskeligt det er for flygtningene at affinde sig med livet i det lille samfund uden mange muligheder for at blive en integreret - eller bare accepteret - del af dette. I flere tilfælde, hvor debatten drejede sig om enlige og isolerede unge mænd, har dette været bemærkelsesværdigt, og flere sagsbehandlere har givet udtryk for, at de i højere grad også vil spørge til den enkeltes aktuelle hverdagsliv og ikke mindst netværk.

Dette skrives ikke for at minimalisere de lidelser, som mange flygtninge bærer i sig, og som piner flygtningen dagligt gennem de symptomer, som er knyttet til traumatisering. De har brug for hurtig og kompetent behandling. Det er snarere ærindet at gøre opmærksom på, at ikke alle traumer nødvendigvis hører fortiden til, og at den måde, integrationsbestræbelserne håndteres på også i sig selv kan udgøre traumatiserende faktorer for nogle flygtninge. Flere af de deltagende sagsbehandlere er blevet opmærksom på dette, og en formulerede følgende: *”Mange har levet fysisk og psykisk presset i årevis både derhjemme og i asylcentre - og det bliver bare ved. De mødes med krav og trusler, og mistilliden og mistrivslen vokser”.*

Også de mange henvisninger til psykologbehandling er under lup: *"Vi er i stigende grad kommet i tvivl om, hvorvidt psykologerne kan det dér med traumebehandling. Hvor meget får vi ud af de penge, vi giver ud på det?"* Det diskuteres i denne sammenhæng, at den megen fokusering på det syge, det dårlige, tager meget plads eller er dårligt afbalanceret i forhold til det sunde og de ressourcer, der skal i sving. *"Jeg tror også, at det vil være godt for dem at komme uden for hjemmet og møde andre mennesker - beskæftige sig og bruge sig selv i stedet for at sidde derhjemme",* siger en.

### ***Truslen om hjemsendelse***

De flygtninge, som har midlertidig opholdstilladelse skal have taget deres sag op igen og igen. Betingelsen for at blive er, at man er syg eller skal have nødvendig medicin, som ikke er tilgængeligt i hjemlandet. *"Disse flygtninge er næsten nødt til at blive psykisk syge. Og psykiatere og psykologer kan ikke finde ud af, om det er det ene eller det andet, der er på færde. Det er psykisk tortur. Og det er mere end umuligt at få dem ud på arbejdsmarkedet, så længe man ikke ved, om de må blive her",* siger en medarbejder.

En anden siger, at det er vigtigt at holde fast i, at det handler om at finde de rigtige behandlings- og andre tilbud til dem, mens de er under den danske stats beskyttelse, og at vilkårene nogle gange er midlertidigheden - også selv om nogle får det psykisk dårligt. Også flygtninge, som har været i landet i mindre end tre år, er blevet berørt af de politiske meldinger om eventuel hjemsendelse. *"Vi føler det, som om vi stadig lever i en asyллеjr",* udtaler en flygtning.

### ***Hvad skal vi gribe og gøre i?***

En sagsbehandler fremhæver, at der i hendes kommune er mange flygtninge med store psykiske problemer. *"Der er adfærdsproblemer, de kan ikke falde til ro, kommer ikke på Sprogcenteret, melder afbud. Vi hører hele tiden om dem. De kan ikke holde ud at være der. Hvad er der på færde? Hvad skal vi gøre?"*

Fra en anden kommune pointeres det, at problemerne ikke så meget er flygtninge og indvandrere med deciderede diagnoser, men mere dem der har psykiske problemer med at være i Danmark og føle sig til rette her.

Der nævnes behov for at kunne sende klienter videre til behandling - ikke som et isoleret tilfælde, hvor personen rent fysisk sendes videre - men således at problemerne analyseres i sammenhæng. Der savnes hjælp i de små kommuner til at få indkredset problematikkerne i deres helhed.

### ***Arbejde hjælper nogle***

Det siges, at nogle flygtninge med traumer kan profitere af at komme i arbejde. Arbejde siges at være med til at tage opmærksomheden fra de gentagne flash-backs mv., det samme gør muligvis trætheden (ligesom en del traumatiserede bruger overdreven sport og motion som mestringsstrategi) og hertil kommer, at arbejde typisk giver selvværd og for mange mænd betyder en hel eller delvis generobring af forsørgerrollen.

En siger: *"Jeg havde en, der kom på en minkfarm. Han blev mand i huset igen, og han har aldrig haft det så godt i Danmark".* Et andet eksempel: *"Der er en kvinde, som har været meget igennem med voldtægt og mishandling. Da der er 1½ års ventetid på RCT, blev hun henvist til psykolog. Men lige nu er hun blomstret op, fordi hun har fået arbejde i en børnehave".*

Arbejds mulighederne for flygtninge i små og mindre kommuner er få. De kommunale deltagere gør opmærksom på, at de fleste arbejdspladser er små, og der ses ikke stor interesse blandt arbejdsgiverne. *"Jeg sendte 50 breve ud med tilbud om mentorordninger, men ingen har reageret. Man skulle tro, at de med den øgede mangel på arbejdskraft kunne se en interesse",* siger en anden.

### ***Netværkets rolle***

Muligheden af at inddrage familiemedlemmer og andet netværk i bedømmelsen af en given persons adfærd er diskuteret ved flere mø-

der, idet inddragelse af personens eget etniske netværk - evt. gennem familierådslagning - også kunne bidrage til sagsbehandlerens større indsigt i kulturelle og individuelle forskelligheder omkring sygdomsopfattelse mv. og muligvis en mere nuanceret bedømmelse af, om og i givet fald hvilken foranstaltning eller behandling, der med fordel kunne iværksættes.

Det er indtrykket, at de kommunale sagsbehandlere typisk ikke søger at inddrage klientens netværk, enten fordi man ikke har tænkt på det, eller det muligvis forekommer for uoverskueligt. Også hensynet til tavshedspligten fremhæves. En bemærker: *"Man kan jo ikke bare inddrage familien, man må i hvert fald spørge først"*.

En kommune fortæller, at de arbejder med at inddrage pårørende, hvis der er tilladelse til det. *"Vi har også pårørende, der ringer og siger, at den er gruelig gal. Så siger vi til vedkommende: sig at du har ringet og bekymret dig, så tager vi kontakt og medbekymrer os"*.

Det er erfaringen, at der i de familier, hvor manden har store psykiske problemer, sker store og vanskelige rolleskift i familien. Hustruen må overtage beslutningerne og sørge for de udadvendte kontakter. Ikke mindst de familiesammenførte kvinder må påtage sig en ny rolle, samtidig med at manden typisk ønsker at reetablere det gamle mønster som forsørger og familieoverhoved og derfor føler et stort rolle- og magttab.

Også ældste barn må i mange familier, hvor begge forældre er psykisk svært belastede, påtage sig et stort ansvar for både forældre og mindre søskende.

At det nære netværk bør inddrages i et tæt samarbejde med kommunen er for interviewede afghanske og bosniske flygtninge en selvfølge. De afghanske flygtning mener tillige, at familien og det nære netværk har en afgørende betydning for den enkelte flygtnings velbefindende. Den ene af de bosniske flygtninge har et lidt mere nuanceret syn på spørgsmålet om familiens helbredende effekt. *"Der er sorger, som end ikke familien kan hjælpe en med"*, siger hun.

## **Børnene**

Rundbordssamtalerne har haft fokus på de voksne flygtninge og indvandrere, men det har været naturligt også at inddrage børnene som indfaldsvinkel til familier, hvor en eller begge forældre har psykiske lidelser. Således fortæller en sundhedsplejerske, at hun har brugt mange ressourcer på en ung mor, som har været inde i en depressiv periode, og hvor nogle af børnene efter sundhedsplejerskens opfattelse burde have været indlagt på grund af underernæring. Men sundhedsplejersken fortæller, at hun følte det mere end vanskeligt at råbe kommunen og familiens læge op, så det tog alt for lang tid, før der *"gik hul på sagen"* med tildeling af hjemme-hos og indlæggelse af et af børnene.

Der er enighed om, at den skærpede oplysningspligt, som offentligt ansatte har, er den samme for flygtningefamilier som for alle andre borgere. Herunder at kommunen har en forpligtelse i forhold til børnene i de familier, hvor der er sindslidelse, traumer, andre psykiske problemer ol. *"Det er vigtigt at bekæmpe en eventuel berøringsangst. Børnene har det svært, når forældrene er underlige"*, siger en. Men det er ikke lige enkelt, siger en anden og tilføjer: *"I kommunen ser vi ikke børnene så ofte, og hvis ikke skolelærerne og pædagogerne henvender sig til mig, så får jeg jo ikke øje på noget. Og de henvender sig ikke. Jeg oplever også, at de fleste forældre ikke er interesseret i, at vi har opmærksomhed på børnene"*.

Der peges på en fare i, at børnene "smittes" af forældrenes sygdomme, fordi de bliver brugt som tolke af de praktiserende læger og derfor får indsigt i ting, som de ikke skulle vide noget om. *"Vi ringer til dem og siger, at de skal bestille tolk gennem sygesikringen og holde op med at bruge børnene"*. Der er dog også eksempler på, at kommunale sagsbehandlere bruger ældste barn som tolk.

## **Sagsbehandler i integration - komplicerede sager**

Det fremgår af ovenstående, at i familier fra etniske minoriteter, hvor der er psykiske lidelser involveret, synes disse overordentlig

komplicerede at have med at gøre for den kommunale sagsbehandler. Stort arbejdspress og udskiftning af sagsbehandlere komplicerer billedet yderligere både på klientsiden og i forhold til samarbejdspartnerne.

Sagsbehandlere i små kommuner skal generelt kunne og vide inden for et meget bredt område. Der er måske ikke en kollega at spørge til råds, og der er kun få klienter "af hver slags".

Med i det brogede billede hører også, at især flygtninge i en lang periode efter ankomsten til kommunen kan have meget vanskeligt ved at skelne, hvem der tager sig af hvad. Hvad kan og skal sagsbehandleren i kommunen (evt. i forhold til den sagsbehandler, som arbejder på et fælleskommunalt integrationskontor). Hvad er forskellen - og er der nogen - på en psykolog og en psykiater? Hvad er en hjemme-hos'er? En støttepædagog? En sundhedsplejerske? En støtte- og kontaktperson? osv. osv. Hvem kan og vil hvad?

Særligt for personer med alvorlige psykiske problemer i kontakt med et antal medarbejdere fra forskellige faggrupper om sig, kan det være uoverskueligt at forstå, hvem der vil og kan hvad. Et koordinerende led - måske i form af en støtte- og kontaktperson - kunne i mange tilfælde formentlig være en gennemgående støtte, foreslår en støtte- og kontaktperson.

### ***Opkvalificering af den kommunale sagsbehandling***

*"Jeg spørger en kollega eller mine nabokommuner, hvis jeg ikke kan finde ud af det",* siger en medarbejder.

Deltagerne giver udtryk for, at der er hårdt brug for en opkvalificeringsindsats i forhold til at arbejde med flygtninge og indvandrere med psykiske lidelser. *"Hvis medarbejderne var bedre kvalificerede, ville det ikke være nødvendigt at sende folk rundt til så mange specialister",* siges det. Der efterlyses viden gennem undervisning, muligheder for netværksdannelse med henblik på erfaringsudveksling, supervision, hvor der fokuseres på sagsbehandlerens egne kulturelle fordomme,

holdninger og blinde pletter, koordineret samarbejde med de relevante samarbejdspartnere og bedre tid til de komplicerede sager. Der efterlyses viden om eksilpsykologi, transkulturel psykiatri, alternative behandlingsformer, bedre muligheder for at koordinere opgaverne, opkvalificering af sagsbehandleren i hendes visitationsrolle.

Et redskab kunne også være, siges det, at *"vi kunne tale mere sammen på kryds og tværs og holde konferencer for at få et helhedsbillede. Men hvor bliver så brugeren af i sådan et sammenrend?"*

Også de socialpsykiatriske medarbejdere efterlyser mere viden og kurser, fordi *"vi vil gerne gøre det ordentligt fra starten af"*.

### ***Kollegerne i det øvrige kommunale system***

Det berettes, at der også er en stor opgave i at fortælle kommunens egne medarbejdere, at flygtningene er borgere i kommunen og skal betjenes som andre borgere. Det er en opgave i sig selv, siges det. *"I går kom der en og sagde: 'vi har hørt, at vi selv skal tage os af sagerne - er der rigtigt? Der har været forventninger om, at det var integrationsafdelingen, der fx skaffede tolke, når en flygtning var indkaldt til møde på skolen eller andre steder"*.

På skolen kan sagsbehandleren blive mødt med forventninger om, at det er hende, der skal fremlægge problemet og styre mødet. *"De forventede, at det var mig, men så sagde jeg, at jeg syntes, at drengen selv skulle fortælle sin fremstilling. Sådan blev det, og det tog vi udgangspunkt i. De trækker på os, som om vi var noget andet end en, der sidder bag et skrivebord. Vi skal være bevidste om ikke at påtage os rollen som problemformidlere"*.

Også medarbejdere i AF kan være af den opfattelse, at integrationsafdelingen må tage over i samtaler, hvor det er flygtninge, det drejer sig om.

Der gives også eksempler på diskussioner om, hvilken afdeling i kommunen, der skal have ansvaret: *"Med integrationskontoret skal vi finde ud af, hvem der gør hvad. Er det integrationskontoret eller er det børne-*

*og familieafdelingen? Man slås lidt om sagerne - hyppigst for at blive fri. Det er også en ny opgave for familiehuset. Ingen havde på forhånd tænkt over, at flygtningene også har børn”.*

Det er en generel erfaring, at PPR siger fra i sager, hvor det drejer sig om behandling af børn fra etniske minoritetsgrupper: *”PPR psykologerne sagde, at de ikke kunne gå ind i behandling af disse børn - de ville kunne tage almindelige samtaler, men ikke behandling”,* siger en, og en anden bekræfter: *”Det normale system, fx PPR, afviser at tage flygtningefamilier. PPR siger, at det tager tid fra de andre børn, fordi problemerne er så komplekse”.*

Det er vigtigt, konkluderes det, at normalsystemet opbygger kompetencer i forhold til borgere med etnisk minoritetsbaggrund.

### ***Hvor er socialpsykiatrien?***

Socialpsykiatriens tilbud synes generelt at være et overset tilbud i forbindelse med flygtninge og indvandrere. *”Vi har aldrig tænkt på, at vi i langt højere grad kunne bruge værestedet i forbindelse med de flygtningefamilier, der er problemer med, og som vi nu i dyre domme sender til psykolog”.*

*”Kommunerne glemmer at visitere videre til de socialpsykiatriske tilbud”,* er en generel konstatering.

Fra en medarbejder i socialpsykiatrien hedder det: *”I socialpsykiatrien bliver vi advaret om, at vi skal forberede os på klienter fra etniske minoritetsgrupper. Vi har oprustet, men der kom ikke nogen. Nu kommer den første i næste uge”. Og ved næste rundbordssamtale: ”Siden sidst er det væltet ind, nu har dette område omsider fået en plads i socialpsykiatrien hos os. Nu skal vi snarere bestræbe os på ikke at lukke for mange ind ad gangen. Det er de ansatte, der har ansvaret for, at de kan blive integreret. Det er ikke så nemt for alle de sindslidende danske brugere. Men hvis vi insisterer på en forsigtig måde, så vil de også være med”.*

To støtte- og kontaktpersoner deltager i rundbordssamtalerne og bliver på den måde opmærksomme på, at der er opgaver i forbindelse

med personer fra etniske minoritetsgrupper, som henhører under deres indsatsområde, men som ingen har tænkt på at henvise.

Der luftes også muligheden af, at socialpsykiatrien ansætter støtte- og kontaktpersoner med etnisk minoritetsbaggrund.

En integrationsmedarbejder giver udtryk for, at hun savner møder med socialpsykiatrien, således at der kan blive en klarere fordeling af ansvaret. En anden siger: *"Jeg tror, at vi har et hængeparti i forhold til kommunernes socialpsykiatriske tilbud og til psykiatrien"*.

En enkelt kommune har som en klar strategi, at flygtninge med sindslidelser skal integreres i det kommunale værested. På tidspunktet for rundbordssamtalerne var dette dog endnu ikke lykkedes.

### ***Lægen i samarbejdet***

Flere kommuner holder regelmæssige møder med de praktiserende læger for at styrke gensidig orientering og samarbejde. Et par af kommunerne har aftaler med de praktiserende læger om en generel (somatisk) helbredsundersøgelse af flygtningefamilier, som kommer.

Ifølge flere deltagere er de praktiserende læger meget forskellige at samarbejde med, men generelt siges det, at *"lægerne er dem, der har forpuppet sig mest i samarbejdet"*. Der falder mange kritiske bemærkninger om lægerne, og der gives udtryk for frustration over mange lægers manglende interesse for patienter med flygtningsbaggrund. Frustrationerne afspejler også den afhængighed af lægelige vurderinger, som er en del af forudsætningen for at træffe beslutning omkring forskellige spørgsmål.

Der stilles spørgsmålstejn ved, om lægerne er "klædt på" til at foretage de vurderinger, som de bliver bedt om i spørgsmål vedr. flygtninge og indvandrere med psykiske lidelser. Det siges, at enkelte læger er interesseret i området, mens andre slet ikke er det. En siger: *"ind imellem kommer jeg i klemme, for jeg kan få to forskellige vurderinger på den samme klient fra to læger - det er holdninger, det drejer sig om"*. En anden bemærker: *"Er de mon trætte af vores klienter i lægehuset?"*

*Jeg var til læge med en kvinde med mange klager - igen og igen. Da jeg endelig bad om en generel helbredsattest, så tog det tre måneder at få den, men så var det både PTSD og henvisning til behandling, psykiatri og mere til".*

Nogle læger kritiseres for at udskrive meget medicin, mens andre er (for?) hurtige til at udstede sygemeldinger.

*"I kommunen ved vi ikke, hvor meget medicin, vedkommendes læge pumper i dem, og det gør det svært at finde ud af, hvad der er på færde. Vi har store udgifter til medicin, men det er jo en lægelig vurdering".*

*"Hos os har vi en læge, der er "over-flink" til at udstede sygemeldinger. Ham flytter de til, når de finder ud af det."*

*"Lægerne skriver erklæringer, der rækker langt ud i fremtiden, hvorved folk støttes og fastholdes i sygerollen. Og de ved ikke en skid på området", siger en anden. Og en tredje bidrager med følgende: "Vores lægehus skriver alt for mangelfulde erklæringer, som ikke kan bruges til noget. Det har taget mange år at få et samarbejde omkring danske sindslidende, så det kan vel også lade sig gøre på dette område".*

Flere nævner, at mange læger tror, at det er den kommunale sagsbehandler, der skal arrangere det hele med tolk osv. *"Så må vi fortælle, at klienten selv skal lære at gå til læge, og at det er lægen selv, der skal bestille tolk".*

De praktiserende læger i udkantområderne kritiseres endvidere for ikke at være helt "up-to-date" med medicin og medicinkombinationer, men *"der er et skred på vej - i hvert fald er nogle begyndt at henvise til mig i kommunen, men de skal holdes til ilden og bruges. Vi kan ikke undvære de praktiserende læger".*

En sundhedsplejerske har følt sig meget alene med svære problemer omkring en depressiv mor, som ikke kunne tage vare på sine børn. *"Jeg har henvendt mig og skrevet til egen læge, men der kom ikke nogen hjælp".*

### *Psykologen i samarbejdet*

De deltagende sagsbehandlere har mange erfaringer med at søge bistand hos praktiserende psykologer. Det kan dels være i en afklaringsfase i forhold til en klient eller i form af en egentlig behandlingsaftale. Henvisning til psykolog kan også handle om, at der er en klient, der skal have særskilt opmærksomhed og tid til at tale om sig selv. Det kan kommunen have svært ved at stille ressourcer til. Det er der ikke tid til, siges det. Det kan også nogle gange handle om, hvorvidt der er betingelser for at tilkende pension.

Enkelte gange er det flygtningen, der beder om at blive undersøgt, men hyppigere er det sagsbehandlerens forslag, og flygtningen yder modstand. Der høres sjældent udsagnet fra flygtningen: *"Det var søreme godt, du sendte mig til psykolog"*, siger en deltager.

Erfaringen er, at det er vigtigt at spørge præcist, fordi det også medfører, at tilbagemeldingerne fra psykologen bliver mere præcise og dermed mere brugbare. Eller man kunne, som denne deltager siger, i højere grad søge at få psykologen til fokusere på klientens ressourcer frem for på det svage: *"Vi kunne specificere vores forventninger til psykologen, fx bede om at få vendt det negative i positiv retning"*. Det kan dog være svært i tilfælde, hvor sagsbehandleren føler sig usikker eller ikke kan finde ud af, hvad sagen handler om. I de tilfælde anmodes hyppigere blot om en generel afklaring.

I visse kommuner er det mere sædvanligt, at det er den praktiserende læge, der henviser til psykolog, hvis der er mange lægebesøg, uden at der kan påvises fysiske ting. Det fremhæves af nogle, at det er en forudsætning for kommunens betaling af psykologbehandling, at det er *lægeligt* dokumenteret, at en sådan behandling er påkrævet.

Nogle kommunale sagsbehandlere klager over, at det kan være svært at finde interesserede og erfarne psykologer alle steder i de to geografiske områder. Henvisningerne koncentrerer derfor om en mindre gruppe psykologer, som tilsyneladende har specialiseret sig på området. *"Vi har sendt nogle flygtninge til de psykologer, der har arbejdet med*

*traumer i mange år. Men det er svært at finde nogen, som både kan afdække problemerne og ressourcerne".*

Et fælleskommunalt integrationskontor har organiseret psykologbistanden således, at en bestemt psykolog, som man har tillid til, kommer en dag om ugen og er til rådighed for samtaler med de henviste flygtninge. Denne psykolog har for tiden otte i psykologisk behandling og to på venteliste. Integrationskontoret har henvist i alt 25% af de voksne flygtninge til psykolog eller til rehabiliteringscenter.

En sagsbehandler fra en kommune, der tilhører et andet fælleskommunalt integrationskontor siger, at *"vi følger indstillingerne fra integrationskontoret, men en gang imellem siger vi nej. De mange psykologhenvisninger koster det hvide ud af øjnene, og hvis vi synes, at nu er der for mange samtaler.... - og flytter det noget? Er der behov for det, eller er det bare psykologen, der vil tjene penge? Det er svært".*

Det diskuteres, om alle psykologer er lige kompetente til den del af traumebehandlingen, der består i at lukke "traumesåret" til igen og få det arkiveret. *"Måske udforsker de oplevelserne, men får ikke lukket og arkiveret såret igen, men holder det åbent",* siger en.

Når der henvises til psykolog, så er baggrunden ofte fortælling om, at flygtningen i hjemlandet har været udsat for særligt traumatiske oplevelser. *"Jeg forklarer dem, at der ikke er tale om noget med medicin, men om hjælp til at tackle de reaktioner, de har på baggrund af de oplevelser, de har haft",* siger en af deltagerne.

En anden giver udtryk for, at psykologen må opfattes som et af de redskaber, man har. *"Så har man gjort noget - uden at man måske er helt klar over, hvad det er, man vil. Vi beder om et forforløb på fire samtaler, hvorefter det videre forløb skal vurderes - er der behov for behandling - er det psykolog eller psykiater eller andet?"*

I nogle kommuner er man flittige brugere af psykologbistand: *"Vi pumper penge ud til mange samtaler. Vi kan næsten ansætte egen psykolog i kommunen".*

Andre sørger på forhånd, at det ikke løber helt løbsk: *"Man kan godt bede om en indledende vurdering og et skøn over antal samtaler"*.

### ***Psykiatrien i samarbejdet***

Mens der er mange erfaringer med læger og psykologer, så har de deltagende kommunale medarbejdere færre erfaringer med psykiatrien og klienter fra etniske minoriteter.

Det siges, at mens der har været stor udvikling på flygtningeområdet, så spores der ingen større udvikling på behandlingsområdet. *"Op igennem 1980'erne sagde behandlingssystemerne fra med den begrundelse, at de ikke havde kendskab til området - og denne tendens fortsætter. Der bliver ikke givet diagnoser på området - kun piller"*, siges det. Mange har næsten et blandingsmisbrug af medicin.

*"Jeg talte med en i en halv time, og jeg kunne se, at der var noget galt. Han fik en kombination af noget antidepressivt og noget andet moderne. Han besvimede under samtalen og bed i sin tunge. Psykiatrisk afdeling ville ikke tage ham. Han fik seks forskellige præparater og var helt forvirret. Risikoen er jo, at manden tager medicinen, som det passer ham"*.

*"Særligt på psykiatriområdet er afmagten fremherskende. De må kunne noget mere end piller. Det står sølle til på Augustenborg"*.

Der er dog også eksempler på rimelig tilfredshed med psykiatriens indsats. En har således en afghansk klient, som efter gentagne trusler om at slå sig selv og andre ihjel blev tvangsindlagt på psykiatrisk afdeling. Han har haft det godt i rolige og skærmede rammer på afdelingen, og psykiatrien har været meget langmodige med ham. Dette forløb beskrives som fint, men sagsbehandleren tilføjer: *"Jeg var med på psykiatrisk afdeling til møde. Der var otte deltagere, herunder tolken og så min klient. Han fik ikke et ben til jorden. Det vil jeg beskrive som overgreb"*.

Der er også eksempler på, at sagsbehandleren føler, at hun slås for-gæves med psykiatrien: *"Hos os er der en flygtning med store psykiske lidelser. Psykiatrien "slår kors for sig" og vil ikke gå ind i diagnosticering,*

*indlæggelse og behandling. Han er efter vores opfattelse enten skizofren eller traumatiseret - vi satser på det sidste, for det har vi erfaring for at hjælpe med. Han har boet mange år i flygtningelejr og set mange grimme ting”.*

### ***Rehabiliteringscenter i samarbejdet***

Der klages over for lange ventetider i forbindelse med indstilling til behandling på rehabiliteringscenter. Det gælder både i Nordjylland og i Sønderjylland, men det er tilsyneladende værst i Sønderjylland, hvor der tales om ventetider på op til 1½ -2 år

Det er vanskeligt at få indtryk af, hvordan sagsbehandlerne bedømmer rehabiliteringscentrenes behandlingsindsats. Det store antal henvisninger kan begrundes både med tilfredshed og ud fra manglen på alternativer. I hvert fald nævnes forløb, hvor tilfredsheden har været mindre udtalt: *”Vi havde en mand, som formentlig både er sindssyg og tortureret. Han har ung kone og fem børn. Han lukkede sig om sin familie, børnene kom ikke i børnehave eller skole osv. Han blev henvist til rehabiliteringscenter, som efter at have vurderet sagen kun ville tilbyde en time fysioterapi og en time psykolog om ugen - men til fuld pris. Og de ville ikke hjælpe med at forklare ham om adfærdsregler i Danmark”.*

### ***Sprogcenteret i samarbejdet***

*”De ringer til mig og siger, at den og den er besværlig, og så forventer de, at jeg skal gøre noget ved det. Men det er da ikke mig, der har ansvaret - det er da læreren”.*

Der efterlyses større fleksibilitet hos sprogcenteret, således at de kan nuancere undervisningen i forhold til forskellige niveauer, og der er kritik af, at sprogcenteret sætter holdene sammen på en alt for tilfældig måde. *”De har svært ved at individualisere og målrette undervisningen. Men nu får de konkurrence, og så kan det være, at de opper sig. Måske køber vi os til noget lokalundervisning på arbejdspladser eller i lokal-samfundet geografisk”.*

Flygtninge med sindslidelser, traumer eller andre store psykiske problemer kan have svært ved at følge sprogundervisningen. Typisk ind-

beretter sprogcenteret til kommunens integrationsmedarbejder, hvis der er mange forsømmelser, hvorved kommunen kan søge kontakt med vedkommende. Nogle sagsbehandlere fortæller, at de opsøger flygtningen for en samtale, hvis denne er indberettet for for mange forsømmelser. Fra en anden kommune fortælles, at kvinder med depression ikke møder på sprogcenteret, *"men at Sprogcenteret ikke reagerer, for de er ligeglade"*.

En fortæller om en smidig og god løsning: *"Hun havde så meget sygefravær, hun var der kun halvdelen af tiden. Så blev det aftalt, at hun skulle holde pause i  $\frac{1}{2}$  år. Og efter sommerferien kom hun og sagde, at nu var hun klar igen og havde lyst til at gå i skole. Jeg tror, hun følte sig taget alvorligt af Sprogcenteret"*.

#### 4. Et flygtningeperspektiv

Som nævnt i afsnit 2 har det ikke været muligt i forbindelse med dette projekt at få kontakt med sindslidende flygtninge til interview. Temaet sindslidelse og den kommunale indsats er til gengæld blevet tematiseret i samtaler i Himmerland med en afghansk familie, som er omfattet af det kommunale integrationstiltag og to flygtninge fra Bosnien, som kom til regionen midt i 1990'erne.

Den afghanske familiefar understreger, at alle mennesker fra Afghanistan på én eller anden måde er skadet på grund af krigen, der under forskellige regimer har hærget landet de seneste 15-20 år. De forskellige fraktioner og politiske regimer har skabt utryghed for forskellige befolkningsgrupper i landet.

Det er ikke mindst gået ud over børnene supplerer hans kone. *"Børnene har levet i utryghed i det meste af deres liv"*. Børnene har voldsomme reaktioner efter krigen(e). Ikke alle børn, men mange. Herunder et enkelt af parrets egne børn.

I den kommune hvor familien bor, er der efter parrets mening to til tre personer, man med rette kan kalde sindslidende. Samtlige af disse er under behandling på RRCF i Aalborg.

Ud over disse personer "med certifikat" er der tale om mange flere, der lever en tilværelse præget af voldsomme efterveer af de oplevelser, de har været udsat for i hjemlandet.

De taler om disse personer i gruppen af flygtninge. Og er enige om, at man ikke kan skære alle over én kam. *"Der er forskel på oplevelser og på mennesker"*, hedder det sig. Nogle kommer over deres oplevelser ved hjælp af familien, mens andre har vanskeligt ved at komme over det selv med familien.

Dette bekræftes af den bosniske kvinde i den anden samtale. Hun fortæller om *"en kerne af sorg"*, som hun selv bærer rundt på, og som ingen i hendes familie kan hjælpe hende med, selv om de forsøger.

Det afghanske par har den opfattelse, at det er en god idé under alle omstændigheder at sige til familie og venner, at de skal hjælpe til. Det er under alle omstændigheder vigtigt, at de pågældende personer får lejlighed til at snakke med en person, der selv har oplevet noget lignende. Almindelige mennesker kan ikke sætte sig ind i, hvad flygtninge har været udsat for, mener manden.

Tilsammen giver parret en række eksempler på, hvordan familien har kunnet hjælpe i nogle sammenhænge, men ikke har været tilstrækkelige i andre sammenhænge.

De taler fx om en selvmordstruet mand. Han fik det bedre, da hans familie kom til Danmark, men han havde også brug for en anden form for hjælp, som kun psykiatrien kunne bidrage med. Parret vurderer, at den hjælp, som manden har modtaget fra psykiatrien i Aalborg, har været upåklagelig.

På den anden side nævner de en kvinde, som ikke har hørt eller set fra sin familie. Medicin hjælper ikke på hende.

Hvad angår deres kendskab til de lokale praktiserende læger, mener de, at de praktiserende læger ikke er gode nok. *"De giver bare medicin"*. En læge skal kunne skifte perspektiv og inddrage mange forskellige forhold, før de stiller en diagnose. Men netop lægen er den person, de sætter deres lid til i sidste ende. Årsagen til uroen/smerten skal findes, - også hvis /når det handler om, at man har det dårligt med naboen, eller ikke kan få børn. Der kan være mange årsager til, at psykosen bryder ud hos det enkelte menneske. Fx kan det være traumatisk i sig selv for en kvinde ikke at blive gift efter en vis alder.

Mens det iflg. de afghanske flygtninge *"er lægens opgave at finde årsagen til sindets lidelser, er det op til de lokale myndigheder at sørge for, at*

*flygtningene glemmer, hvad de har været igennem. Myndighederne skal sikre, at de voksne er beskæftigelse, helst i arbejde", siges det.*

Også for børnenes ve og vel betyder det meget, at de er beskæftigede i deres hverdag. *"Hvis børn har travlt med deres liv og får nye oplevelser, får de det bedre"* siger ægteparret med overbevisning i stemmen. Selv har de sørget for at deres børn er optaget af skole, arbejde efter skoletid og forskellige former for sport.



## 5. Kommunens samarbejdspartnere

For en række af de små og mindre kommuners samarbejdspartnere udgør flygtninge og indvandrere også en ny klient- eller patientgruppe - og i særlig grad når fokus lægges på de mennesker, der har sindslidelse og store psykiske problemer.

Det er ikke altid den kommunale sagsbehandler, der har den hyppigste eller bedste kontakt med flygtingen/indvandrerens, selv om det er hos hende/ham, det primære ansvar ligger for samarbejdet med klienten om en meningsfuld handlingsplan og en koordineret integrationsindsats.

Lærerne på sprogcenteret har stort set daglig kontakt med de voksne og vil være det led, som vil kunne observere tegn på psykisk lidelse. Og - med den pågældendes accept - henvende sig til den kommunale sagsbehandler herom.

Også pædagogerne i børnehaven og sundhedsplejerskerne vil være en gruppe, som kommer tæt på familien, og som - med børnene som udgangspunkt - vil kunne rejse spørgsmål om nærmere undersøgelse af behovet for støtte eller behandling af forældrene.

De praktiserende læger er typisk de nøglepersoner, som i første omgang vil blive spurgt om en given tilstand kan begrundes i en eller anden form for sygdom eller lidelse.

I andet led kommer praktiserende psykologer, behandlingspsykiatri, socialpsykiatri og centre for behandling af mennesker med traumer efter krigsoplevelser og tortur (PTSD). Det kan være i en konsulentfunktion i afklaring af forskellige klager og symptomer, eller det kan være i et længerevarende behandlings- eller støtteforløb. Inddragelse af disse led forudsætter som hovedregel visitation gennem den kommunale sagsbehandler eller den praktiserende læge.

For at indkredse nogle bud på og holdninger til egen og andres indsats, er gennemført interview af nogle praktiserende læger og psy-

kologer samt enkelte repræsentanter for sprogcenter, psykiatri, socialpsykiatri og behandlingscenter for personer med traumer.

### *Praktiserende læger*

Der er gennemført fire interview med praktiserende læger - to i Nordjylland og to i Sønderjylland. Det er indtrykket, at de læger, som det er lykkedes at aftale interview med alle er karakteriseret ved en relativt stor og positiv interesse i behandling af patienter med etnisk minoritetsbaggrund, mens de læger, som ikke ønskede at medvirke i interview, var mindre engageret i dette område.

### *Samarbejdet med kommunen*

I nogle kommuner indkalder social- og sundhedsforvaltningen de praktiserende læger en gang om året eller en gang hvert halve år til generel orientering om fx nye love for at styrke det gensidige samspil. Denne orientering gælder hele social- og sundhedsforvaltningens område og handler derfor om mange spørgsmål, men kan også handle om samarbejdet vedrørende flygtninge og indvandrere.

I en kommune betaler denne for en indslusningsundersøgelse til alle flygtninge, hvorfor den praktiserende læge på denne måde kommer i kontakt med nyankomne, hvilket opleves som tilfredsstillende. Det fremhæves også som tilfredsstillende, at kommunen i løbet af 2002 har overtaget egen integrationsindsats fra Dansk Flygtningehjælp og ansat egne flygtningekoordinatorer, som lægen kan have en kontinuerlig og løbende kontakt med.

I den modsatte grøft nævner en læge, at kommunen ikke gav lægerne orientering om, at flygtninge var på vej: *"pludselig stod de her, og vi vidste intet"*. En anden fortæller, at kommunen ringede og ville bestille tid til en generel helbredsundersøgelse af fire nyankomne somaliere. *"Gerne i morgen eller i overmorgen - og de har vidst i flere måneder, at de kom. Hvad tænker de på?"*

Alle de interviewede læger har henvist patienter til psykolog eller til RCT i Haderslev eller RRCF i Aalborg. Ingen nævner, at de i den sammenhæng har haft problemer med at få kommunen til at betale. En enkelt nævner, at han har bedre erfaringer med at henvise til psykoterapeut, men at kommunen kun betaler for autoriserede behandlere.

Flere læger fremhæver, at jævnlig kontakt med den kommunale sagsbehandler er godt, men det siges også, at *"de kommunale sagsbehandlere er pressede - og jo mere pressede, jo mere stereotyp handler de"* En enkelt af lægerne fremhæver, at han opfordrer flygtninge til at tage en tillidsperson med til samtaler i kommunen.

### Føler de praktiserende læger sig "klædt på" til opgaverne?

Blandt de interviewede er der enighed om, at der ikke er mange kurser eller opkvalificeringstilbud til lægerne på dette område. Især er der mangler omkring psykiske sygdomme. En bemærker, at der har været afholdt temadage om selve praksisarbejdet og mødet med etniske minoriteter, en anden nævner, at amtet har haft en temadag om transkulturelt arbejde.

I forbindelse med godkendelse af markedsføring af et medicinalfirmas produkt til behandling af PTSD har dette firma sponsoreret kurser i PTSD-diagnosticering og -behandling.

Ingen af lægerne nævner behovet for opkvalificering i brug af tolkebistand, selv om der hos nogle opleves en usikkerhed over for pålideligheden ved brug af tolk.

### Mødet med patienter med etnisk minoritetsbaggrund

Den generelle opfattelse blandt de interviewede læger er, at somatiske lidelser er dominerende klager hos patienterne, hvorfor diagnosticeringen af psykiske lidelser kan være vanskelig og tidskrævende. *"De bliver undersøgt, og hvis vi efter flere undersøgelser ikke kan finde noget, så må vi begynde at interessere os for det psykiske"*, siger en af

lægerne og fortsætter "det er klart, at psykiske problemer giver sig somatiske udtryk i form af smerter ol."

*"Det som kan være svært er, at de kan have en helt anden sygdomsopfattelse. De har svært ved at acceptere begrebet sindslidelse, og hvis endelig patienten forstår det, så gør familien det i hvert fald overhovedet ikke", siger en anden.*

*"Jeg har en kvindelig patient, som er dybt deprimeret og døv pga to sprængte trommehinder. Hendes børn har nærmest båret hende til Danmark. Jeg ville indlægge hende på psykiatrisk afdeling, men det ville hun ikke. Hun accepterede antidepressiv medicin, men det hjalp ikke. Psykiatrien var inddraget, og dosis blev sat op, men det hjalp stadig kun lidt. Så måtte jeg overveje, om der var traumer. Hendes mand sagde nej, men han taler så dårligt dansk. Kvinden har ikke gået på sprogcenter og kan ikke et ord dansk. Så tog jeg hende alene og med tolk - og så kom det. Hun er nu henvist til RCT, og socialpsykiatrien er på vej ind".*

Det er indtrykket, at den dominerende forestilling hos lægerne - som i kommunerne - er, at flygtninge er traumatiserede. En siger: "Jeg valgte ud fra min viden om deres traumatiske fortid - men set i baglyset - hvad er rigtigt?". "Diagnosen PTSD er en dominerende italesættelse", siger en anden og fortsætter "de (flygtningene) hænger det op på traumer, Det lærer de i Danmark i asylfasen. Når vi får familiesammenføring, så får vi dem "rå og ubearbejdede fra hjemlandet uden flerårig dansk påvirkning - det bliver spændende".

Denne læge fremhæver, at han selv lægger vægt på at tale ud fra her-og-nu situationen og ser på de ressourcer, der er ud fra følgende indfaldsvinkel: "Det, du har været igennem, det har været svært, men nu er du her, og hvad så?".

En kommer ind på, at også forholdene i Danmark kan være traumatiserende, hvorfor man ikke altid behøver at gå tilbage til oplevelser i hjemlandet. "Også en kvinde, der her i landet er blevet banket i årevis af manden, kan have PTSD", siger denne.

Det fremhæves, at det er meget vigtigt at skelne mellem sindslidelser og PTSD - *"det er to meget forskellige ting", siger en læge og fortsætter: "Ved PTSD skal der megen samtale til, men ingen medicin, for medicin klarer det ikke"*.

Der er meget forskellige opfattelser hos lægerne omkring patienternes medicinforventninger. En oplever en kraftig medicinforventning og en forventning om en *"straks-effekt på fem minutter"*.

To oplever ikke flygtningene som medicinkrævende, *" jeg oplever slet ikke det medicinpres, som nogen taler om. Problemet snarere er, at de ikke tager den ordinerede medicin"*.

Måske hænger de forskellige opfattelser sammen med, fra hvilke lande, patienterne kommer. Dette mener i hvert fald den fjerde læge, som oplever medicinpres fra patienter fra Irak og Bosnien, men ikke fra patienter fra Burma. Han citerer en somalier for følgende. *"Man kan blive rask både med og uden medicin"*.

### Tolkebistand

Der udtrykkes almindelig tilfredshed med tolkebistanden, men det er indtrykket, at tolkebistand generelt kun rekvireres, når der lægges op til en såkaldt egentlig samtale. En af lægerne siger således, *"tolkebistand skal forberedes. Så længe samtalerne drejer sig om de somatiske ting, så går det med lidt dansk, lidt engelsk og nogle tegn og fagter. Men så snart det skal handle om de psykiske ting, så slår dette ikke til. Så må man forberede patienten på, at nu skal der egentlig samtale til - med tolk - og der skal aftales tid forinden, således at tolken også kan komme"*.

En anden læge klager over, at flygtningene møder op pludseligt i konsultationen, og at de må lære at bruge tidsbestillingen, så der bliver mulighed for at rekvirere tolkebistand. Også denne læge fortæller dog om eksempler på, at han har klaret sig uden tolk fx med en traumatiseret afghansk kvinde, der kunne tale engelsk.

En tredje læge pointerer, at det på grund af tolkesituationen ikke er heldigt at sprede flygtninge over hele landet. Han har en patient fra Burma, som har store problemer. Akut indlæggelse på psykiatrisk afdeling har været overvejet, men ses som "en katastrofe" i forhold til patienten, idet der hverken kan stilles tolkebistand og dermed fornøden tryghed til rådighed for patienten på lukket afdeling. Lægen fortæller, at der kun er én burmesisk tolk i Danmark til rådighed og underer sig på den baggrund over, at man spreder burmeserne over hele Jylland.

En af lægerne fremhæver, at han føler sig hæmmet af sprogbarrieren - også når der er tolk. *"Jeg føler mig aldrig helt sikker på, at de forstår, hvad jeg siger. Måske taler patienten og tolken i flere minutter, og det kommer der kun en kort sætning ud af til mig. Der går formentlig mange nuancer tabt. Og det gør det vanskeligt at diagnosticere og vanskeligt at stille op over for de mere neurotiske og dramatiserende patienter"*.

### Psykologbistand

To af de interviewede udtrykker skepsis over for effekten af psykologbistand, mens de øvrige to læger anvender henvisning til psykolog. Den ene af disse fremhæver som noget positivt, at psykologer i dag også tager personer til samtale, selv om disse får lidt medicin. Tidligere oplevede han psykologerne som meget fundamentalistiske på dette punkt.

Den ene af de to, der udtrykker større skepsis, foretrækker at henvise til psykoterapeut, som han mener at have bedre erfaringer med, mens den anden mener, at *"de (flygtningene) har ikke fået den hjælp, de skal have, fra psykologerne. Der bliver skabt et afhængighedsforhold, og psykologerne kan ikke det nødvendige med "at pakke op og pakke ned igen". Der skal hele tiden bevilges flere samtaler"*. Denne læge henviser hellere til center for krigs- og traumebehandling og til psykiatrien.

Der udtrykkes skepsis i forhold til den udbredte tro på pædagogisk indsigt og taleterapi.

Det nævnes, at den praktiserende læge ikke får tilbagemeldinger fra psykolog, som tilbagemelder til den kommune, der har betalt for behandlingen. Ingen af lægerne klager over, at det er vanskeligt at få kommunerne til at bevilge psykologbistand.

### Psykiatrien

Ligesom de praktiserende læger ikke føler sig "klædt på" i forhold til patienter med etnisk minoritetsbaggrund, mener de også, at dette kendetegner psykiatrien. En siger, at han ikke kan give eksempler på vellykkede forløb med distriktspsykiatrien. En anden siger, at psykiatrien ikke er klædt på til dette felt, men tilføjer også at han i almindelighed ikke er tilfreds med psykiatriens indsats. En tredje fremhæver som noget positivt, at psykiatrien i dette område bruger tolkebistand, men har i øvrigt kun et samarbejds eksempel at henvise til.

Endelig fremhæver den sidste, at det er svært at få psykiatrien til at tage flygtninge, og at der mangler mange speciallæger på området. Distriktspsykiatrien er placeret centralt i forbindelse med psykiatrisk sygehus, og afstandene er derfor tillige (for) store.

### Centre for krigs- og traumebehandling

Flertallet af de interviewede læger har henvist patienter til behandling på RCT-Haderslev eller RRCF i Aalborg. Der foreligger ingen udtalelser om resultaterne af behandlingen, formentlig fordi de fleste af behandlingsforløbene endnu er uafsluttede.

Det bemærkes desuden, at den praktiserende læge ikke får tilbagemelding fra centrene, men at tilbagemelding går til den kommune, som har bevilget behandlingen.

Det fremhæves ligeledes, at de lange ventetider på behandling er skidt for patienterne.

### Børnene

Flere af lægerne bekymrer sig om den forebyggende indsats - særligt omkring børnene og de unge, som kan have mange problemer, fx høre- og synsproblemer eller orm. Men børnene kommer ikke til den praktiserende læge. *"Skolelægerne har meget få timer, og der mangler samarbejde mellem hjemmesygeplejen og sundhedsplejen"*, siger lægen.

En anden læge bekymrer sig om de børn, som har traumatiserede forældre. Denne læge oplever disse børn som meget ansvarsfulde i forhold til forældrene og mener, at der må være nogle af de børn, som har det meget svært.

### **Praktiserende psykologer**

Psykologerne er blandt de vigtigste samarbejdspartnere for kommunerne i arbejdet med flygtninge med sindslidelser eller psykiske problemer - og sammen med de praktiserende læger de vigtigste.

Nogle flygtninge har allerede været i kontakt med psykologer, inden de forlod hjemlandet, andre har stiftet bekendtskab med psykologer under asylfasen, mens igen andre henvises til psykolog under integrationsperioden.

At henvise en flygtning til psykolog er et redskab, som mange sagsbehandlere tyer til. Det kan være for at tildele flygtningen mulighed for opmærksomhed, som det fremgår andetsteds i denne rapport, for at få en vurdering af sagen eller af simpel mangel på alternativer. *"Jeg sendte ham til psykolog - på trods af tidligere indstilling fra psykiatrien om, at han var utilgængelig for samtaleterapi - fordi jeg ikke vidste, hvad jeg skulle gøre"*, som en integrationsmedarbejder udtrykker det dilemma, der kendes fra mange aktører på feltet.

Der er gennemført tre interviews med privat praktiserende psykologer. To som arbejder i Himmerland og en psykolog, som virker i Sønderjylland. Alle er kvinder. To af psykologerne har erfaring i arbejde med etniske minoriteter fra tidligere arbejdsforhold på rehabiliteringscentre, inden de etablerede sig som privat praktiserende.

Den ene psykolog beskriver sig selv som en ildsjæl. Denne betegnelse anvender de to andre psykologer ikke om sig selv, men de føler begge, at arbejdet med etniske minoriteter er en stor professionel udfordring for dem. De er bevidste om, at det er lavstatus blandt psykologer at arbejde med flygtninge.

Mens den ene psykolog udelukkende arbejder med patienter fra etniske minoriteter, har de to andre såvel danske patienter som patienter fra etniske minoriteter. Hun har ikke "ydernummer" og får derfor kun meget få danske patienter henvist, men har rigeligt arbejde i patienterne med anden etnisk baggrund end dansk. Faktisk har hun svært ved at forstå, at det er gået så hurtigt med at oparbejde en selvstændig praksis. Hun blev anbefalet af en kollega og tilføjer, at hun var "hunderød" første gang, hun stod med en klient.

Hun undrer sig over, at de lokale PPR ikke går ind i flygtningesager. De magter det tilsyneladende ikke, efter hendes mening. Hun kan ikke forstå, at psykologerne tilknyttet PPR ikke finder, at der ligger en professionel udfordring omkring disse børn.

Den tredje psykolog arbejder mest med danskere, men også med patienter fra etniske minoriteter, fordi hun "er nysgerrig". Hun sætter pris på muligheden for at lære andre mennesker at kende og prøver i sit arbejde at finde den individuelle person i det menneske, hun har foran sig.

### Samarbejde med kommunen

*"Nogle af de kommunale sagsbehandlere ved, hvad de skal spørge om, andre ved det ikke".* Med disse ord opsummeres synet på de kommunale medarbejdere. Dette betyder ikke, at der er et fælles opfattelse af, hvordan man samarbejder med de kommunale sagsbehandlere. Om man bruger sine ressourcer til flygtningene udelukkende, eller om man også opfatter de kommunale medarbejdere som en målgruppe for information og oplysning for derved at inddrage socialforvaltningen på en langt mere grundlæggende måde, er der forskellige holdninger til.

To af psykologerne har en uddannelse som pædagog forud for deres psykologuddannelse. Dette ses som en fordel af den ene psykolog, som siger, at hun har kendskab til "koden", der anvendes af kommunale medarbejdere. "Som pædagog og arbejderbarn" føler hun, at hun er "god til at samarbejde med sagsbehandlere". Denne psykolog er i lighed med den anden pædagoguddannede psykolog bevidst om fordelene ved at give medarbejderne i kommunen tid og opmærksomhed. Hvilket ikke føles som en del af den tredje psykologs arbejdsområde.

Som optakt til interviewet havde en af psykologerne på forhånd udarbejdet en skitse, en overskuelig oversigt over begreber og nøgleord, der kunne være psykolog og konsulent behjælpelig i forsøget på at indkredse psykologens virkefelt i forhold til netop denne gruppe klienter. (Bilag 6). Hvad der bl.a. er bemærkelsesværdigt i denne fremstilling, er psykologens understregning af, at hendes indsats ligger i forlængelse af - eller i sammenhæng med - kommunens sociale tiltag.

Såvel denne psykolog som de to øvrige psykologer har en mere eller mindre begrundet forventning om, at kommunale sagsbehandlere tager sig af flygtningenes sociale behov. Mens den ene psykolog ikke mener, at det er hendes opgave at tage sig af opgaver, der kunne / burde varetages af andre faggrupper, påtager de to andre psykologer sig opgaver i grænsefeltet mellem sociale tiltag og psykologiske indsatsområder.

Der synes med andre ord ikke at være nogen form for tydelig grænsedragning omkring hvilke opgaver, der forventes at blive varetaget af hvem. Arbejdsdelingen mellem socialforvaltning og privatpraktiserende psykolog fortolkes således forskelligt fra psykolog til psykolog, men alle tre interviewede nærer visse forventninger til socialforvaltningens indsats. Mere eller mindre og mere eller mindre udtalt. Den ene psykolog taler ligefrem om det glimrende samarbejde, som hun har med en "rigtig god" socialrådgiver i en navngiven kommune. Det er også denne psykolog, som mener, at kommunernes socialrådgivere er rigtig gode til at henvise til psykolog - at det er de relevante, de henviser.

Kommunerne prioriterer forskelligt, hvor mange ressourcer, de vil bruge på psykologsamtaler. De tre psykologer har meget forskellige erfaringer med, hvor rundhåndede eller tilbageholdne den enkelte kommune er. .

I en kommune havde borgmesteren besluttet, at alle flygtninge skulle have tilbud om psykologsamtale. Men *"det blev for meget"*, så nu afholdes der i stedet to kursusaftener for alle flygtninge, hvor psykologen fortæller noget om det typiske forløb for flygtninge (hurrafase, problemfase osv.), og det åbner op for, at de traumatiserede flygtninge kan tale om deres problemer.

En af psykologerne overvejer at lægge sag an mod en kommune, som ikke vil bevilge penge til psykologsamtaler til en meget syg flygtningekvinde, hvis børn iflg. psykologen er meget påvirkede og udsat for grelt omsorgssvigt fra moren.

*"Alle flygtninge, der kommer fra et krigshærget land og har levet i et asylcenter, er traumatiserede. Og asylcentret er traumatiserende i sig selv"* siger en af psykologerne og lægger sig herved op af udsagnet fra den afghanske flygtning, som imidlertid ikke nævner behov for psykologbistand i denne anledning.

### Trauma eller sindslidelse

Direkte adspurgt om forskellen mellem trauma og sindslidelse forklarer en psykolog sin definition af sindslidelse som "en fastlåst proces oven på et trauma. Når "jeg" strukturen ikke længere kan klare hverdagen". Der kommer fx et psykotisk gennembrud, som den pågældende person kan lære at håndtere med hjælp fra en psykolog, hvis personen har ressourcer at kunne sætte ind.

*"Traumatiserede og / eller sindslidende?. De kan være begge dele", udtaler en anden psykolog. "Det er ikke nødvendigvis sådan, at deres sindslidelse er alvorlig. Hvis de er begge dele, er samtale ikke nok. Der skal distriktpsykiatrien ind i billedet".*

Den tredje psykolog konstaterer flere gange: *"Hvis de ikke får behandling (for deres traumer), så bliver de sindssyge"*, men adspurgt har hun ikke empirisk belæg for dette udsagn.

Det er ikke altid indlysende, hvad der er hvad - heller ikke for disse professionelle. Traume eller sindslidelse. Det set afhænger bl.a. af øjnene, der ser, og hvilken forklaringsmodel, der ligger den pågældende person nærmest.

At Dansk Flygtningehjælps kurser omkring traumatiserede flygtninge har betydet meget for kommunernes forståelse af / og forklaring på flygtningenes opførsel, er der ikke tvivl om. En af kvinderne nævner, at Dansk Flygtningehjælp har brugt "traumatiseringstanken" mere end kommunerne, og at den kommunale medarbejder står bedre klædt på i forhold til at kunne opdage symptomer på et traume end til at kunne vurdere, om der er tale om sindslidelse.

De integrationsmedarbejdere, som har en fortid i Dansk Flygtningehjælp er i særlig grad trænet i at have øje for flygtningenes traumer. En af psykologerne fremhæver ligefrem det fornuftige i at matche flygtninge med traumer med psykologer. Hun siger, at flygtninge med PTSD netop hører hjemme hos psykologerne, fordi PTSD begrebet rummer *"normale reaktioner på unormale situationer"*.

Dog er den bedste løsning et rehabiliteringscenter, mener samme psykolog. Hun anfører, at et rehabiliteringscenter har det helt rigtige tilbud, fordi der her er de nødvendige eksperter samlet (psykolog, fysioterapeut, socialrådgiver osv.), og at privat praktiserende psykologer i hendes øjne mere er en nødløsning.

Det bør i denne sammenhæng ikke glemmes, at to af psykologerne tidligere har arbejdet på rehabiliteringscenter..

Men hvornår bør psykologen generelt betragtet komme ind i billedet? Psykologen bør komme ind, siges det af den ene psykolog, *"hvor en person har en grad af coping ressourcer"*, hvilket ikke altid er tilfældet. Og i så fald må det være en psykiater, der inddrages, mener de to af psykologerne.

Samtlige psykologer har erfaring med, at en af deres klienter fik et psykotisk gennembrud, mens vedkommende var i behandling og for en tid måtte afbryde behandlingen hos psykologen og modtage psykiatrisk behandling.

### Rammer for indsatser

Psykologerne synes alle at være enige om, at det ofte er en udredning på det sociale felt, der skal til i første omgang. Suppleret med en form for støtte. Enten en støtte-kontaktperson eller et netværk, der kan støtte op omkring den flygtning, som har en sindslidelse eller psykiske problemer.

Desuden nævnes det, at *"arbejde er den bedste medicin"*. Måske skal man begynde i det små og det kræver samtidigt "stor kreativitet at finde det rigtige". Socialrådgiverne er dygtige, også til dette, lyder det.

Den ene psykolog, som selv arbejder i grænsefeltet mellem det sociale og psykologiske anbefaler forskellige tiltag, men ikke oprettelse af netværk. Denne psykolog føler sig sikker på, at kommunen har ord-

net dette af sig selv. Den anden nævner eksempler på gode netværk i nogle af de kommuner, hun har kendskab til.

Men derudover er der som nævnt store forskelle på de indsatsområder, der forekommer den enkelte psykolog relevant. En psykolog rådgiver, som hun udtrykker sig *"omkring alt"*: Børn, samliv, at give plads til hinanden i et forhold osv.

Hendes interesse - *"mine hjertesager"* - ligger hos kvinder og børn. Hun vil helst yde støtte til børn. Flygtningekvinden, mener hun, *"er bærer af mandens traumer. Således bliver også kvinden traumatiseret, men på en anden måde end manden. De bliver sekundært traumatiseret. Det er ligegyldigt, hvad man kalder det. Kvinden har ofte levet i det uvisse og taget vare på børnene. Når mand og kone genforenes, bliver der ofte tale om vold i ægteskabet"*.

Samtale omkring seksuelle forhold kan udgøre en del af forløbet, men ikke nødvendigvis for alle psykologer. En har den holdning, at det ikke er sværere for en "Ahmet" end for en fru Jensen at få en sexpartner. En anden taler sex med en fraskilt kvinde, som har fortalt, at *"hun har lagt sex på hylden"*.

Generelt, når kommunen har bestilt en afklarende rapport vedrørende en bestemt person, skal psykologen *"hele vejen rundt"* inden for de tildelte tre- fire samtaler. *"Vi starter altid med et "her og nu". Derefter nogle gange fortid"*.

En kode, som en af psykologerne anvender, er en *"fælleskode for dem og mig selv"*. Et eksempel kan være: dårlig ryg. Psykologen siger, at den pågældende person skal tage ansvar for denne ryg, og bl.a. selv yde en indsats ved at gøre nogle øvelser for ryggen. Psykologen snakker fysioterapi med patienten og går videre herfra til at overføre begrebet *"at have ondt"* til andre former for at have ondt. *"Ondt fører til (at have) ondt af sig selv. Den psykologiske overbygning"*.

I de første samtaler udstiller flygtningen desuden typisk sin vrede over kommunen. Denne vrede kan være udtryk for en krisereaktion.

Men at flygtningene nærer en massiv utilfredshed mod de kommunale myndigheder, er en kendsgerning, som to af psykologerne dvæler ved.

Et emne i denne sammenhæng er boligplacering. En af psykologerne understreger, at *"processen omkring boligplacering er traumatiserende i sig selv"*. Hun mener, at kommunen bør bruge langt mere tid og mange flere ressourcer på at finde en passende bolig til flygtningen. Det bliver i flygtningens øjne symptomatisk, at vedkommende får tildelt en utilfredsstillende bolig, er hendes kommentar. *"Det tyder på, at man netop ikke respekterer flygtningen, og at der ikke er respekt i selve processen"*. Boligplaceringen er udslagsgivende for flygtningens velbefindende.

En af de mest brugte metoder i arbejdet med personer med psykiske lidelser er samtalen og samtaleterapi.

Som nævnt anvender en psykolog orienteringsmøder for at fortælle flygtningene, at deres reaktioner er *"normale reaktioner på unormale tilstande"*. Disse møder bliver afholdt for at motivere flygtningene til at fortælle om deres traumer, verbalisere dem med andre ord.

Ideen med samtaleterapi meget forskellig fra rum til rum, selv om målet - en ændring i "jeg'et" er det samme, siger en af psykologerne. Hun fortæller, at nogle af patienterne kan *"tage fra"* rent terapeutisk. At man ligefrem kan se ændringerne. Nogle flygtninge siges at være selvstændige og dermed være i stand til at lægge tingene bag sig. Det er i psykologens øjne vigtigt at fastholde over for en flygtning, der siger, at vedkommende *"vil glemme"*, at det kan man ikke. Man skal tværtimod lære at kunne leve med sine oplevelser. Og det kan man kun, hvis man er i stand til at se tingene i øjnene for at kunne lægge dem bag sig.

For at terapien skal lykkes, *"bliver de nødt til at finde (frem til) et "jeg"*, mener en af de interviewede personer. Hun understreger i denne sammenhæng, at hendes tilgang er det universelle i mennesket, men siger også, at hun har haft eksempler på, at hun *"ikke kan komme til"* i

forhold til flygtningen. Herudover nævnes flg. reaktionsmønstre, der er genkendelige for samtlige patienter:

- kampreaktion. En positiv *"tagen kampen op"*
- flugtreaktion: Fortidsmekanismer. Aggression mod systemet. Går selv i *"skyttegrav"* eller *"skyder med kanoner"*
- går død. Er handlingslammet. Denne *"gåen død"* fører ofte til depressioner

Man kan i denne forbindelse tale om *"at rykke"*. Det gælder om at bevare håbet. Hvilket er grundelementet i al terapi.

### Barrierer i arbejdet

Som det er blevet nævnt i flere andre sammenhænge, nævner også psykologerne nogle barrierer, som flygtningene udviser i samarbejdet med psykologen.

Herunder tænker psykologerne først og fremmest på flygtningens modstand mod at blive erklæret for mentalt syg. *"De vil ikke erklæres mentalt syge. Kommunerne nævner ofte i henvisningen, at nu har den og den endelig indvilliget i at modtage psykologbistand"*.

Henvendelse til psykolog forekommer ofte ikke flygtningen at være nødvendig, da mange er bange for at blive klassificeret som "skør". Den ene psykolog fortæller, hvordan hun forsøger at tage brodden af denne opfattelse. Hun orienterer flygtningen om, at man ikke nødvendigvis er skør, fordi man har brug for en psykolog. Hun siger, at der snarere er tale om, *"at vi mennesker reagerer nogenlunde ens på oplevelser. Og at det skal være muligt at placere "dette" i psyken, så man kan "leve med det" og "leve videre"*. Hun fortæller desuden klienten, at hun selv i en periode i sit liv har gået til psykolog.

Mere subtile er de overvejelser, som to af de adspurgte psykologer gør sig over den behandlingstilgang, de anvender over for nogle klienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Herunder forståelse for patientens kultur og spørgsmålet om, hvorvidt samtaleterapien, som den anvendes over for de fleste danske patienter - også er anvendelig i flygtningesammenhæng, når klienten er en del af en *"familieophængt kultur"*, hvor *"jeg'et"* måske spiller en mindre rolle eller en anden rolle end den rolle *"jeg'et"* spiller i en dansk mainstream kultur.

Et eksempel på, hvad der er *"anderledes og svært"* kan være problemet med *"at forstå deres traditioner. Herunder fx tvangsægteskab. Jeg udtrykker spontan forbavselse. Jeg kan ikke forstå, at de kan leve på den måde"*.

Det falder måske ikke inden for den professionelle rolle at skulle *"forstå"* klienten, men den pågældende psykolog indrømmer, at hun har det vanskeligt, når der kommer en ung pige, der er vokset op i Danmark og stadig har disse traditioner. Ikke mindst med henblik på situationer, hvor en klient handler uventet, er det af største vigtighed at have kendskab til klientens kultur, understreges det.

Med hensyn til om samtaleterapi kun kan være effektiv i forhold til en kulturel ramme, hvor *"jeg'et"* sættes i højsædet, er dette et yderst interessant tema, der blev drøftet under to af de tre interview. Ikke tilbunds gående, men mere som et eksempel på en barriere eller udfordring for psykologens samarbejde med klienten med anden etnisk baggrund end dansk, klienter der er en del af en familieophængt kultur med det udtryk, som en af psykologerne anvendte.

#### At arbejde med tolk

Den ene psykolog anfører, at hun har et godt samarbejde med tolkene. Hun samler flygtningene i nationalitetsbloke på samme dag og bruger samme tolk. *"Det sparer på kommunernes økonomi og på alles besvær"*, er argumentet. Hun siger desuden, at man vænner sig til at arbejde med tolk: *"Det giver gode tænkepauser, mens tolken taler"*, lyder hendes argumentation bl.a.

En anden psykolog nævner, at hun snakker anderledes med flygtninge, end hun gør med danskere, hvis baggrund hun kender. Da hendes viden om klienterne efter egen mening ikke er tilstrækkelig, beder hun tolken om hjælp. *"Inden for visse rammer"*, tilføjer hun. Tolken får ikke mulighed for at være psykolog, understreger hun.

### ***Psykiatrien***

Der er gennemført et interview med en psykiater og en kortere telefonsamtale med en anden. Et aftalt interview kunne ikke gennemføres, idet interviewpersonen var sygemeldt på dagen for interview.

Psykiateren oplyser, at psykiatrien får henvist flygtninge fra asyллеjr eller fra praktiserende læge. Ikke alle de henviste er sindslidende, nogle har PTSD, nogle har depression og angst, andre har indre fjender og hører stemmer. Alle har været udsat for krænkelser, og mange af krænkelserne er af grov seksuel karakter.

*"Dem, der flygter, har som regel både ydre og indre fjender. Der er en større andel, der har sindslidelse. De personer, der hænger fast i symptomerne, har ofte sindslidelse, og tilstanden fremprovokeres eller forværres på grund mangel på netværk eller stress i netværket"*, siger psykiateren, som ligeledes fremhæver, at misbrug af alkohol eller piller forværrer/ fastholder en traumatisk tilstand.

Ubehandlede, forbigående psykotiske oplevelser øger risikoen for flere psykotiske gennembrud, siges det, hvorfor behandling er indiceret. Men behandling er et vidt begreb, som dækker over mangt og meget.

På pågældende distriktspsykiatriske center anvendes en metode omkring dagbogsskrivning på eget sprog. Traumatet eller mareridtet genfortælles over tre-fire omgange, således at historien kvalificeres. Herefter gives historien tilbage til patienten som dennes ejendom med det formål, at den arkiveres. Arkivering er vigtig - en genoplivning er farlig, fordi den knyttes til nutiden.

Arkiveringen har en afgørende vigtig funktion, fordi den muliggør frisættelse af nye ressourcer. Ledsagesymptomer kan dæmpes gennem ikke-sløvende medicin. Det er vigtigt, at det kognitive ikke påvirkes. Medicinen skal alene fremme søvn og virke angstdæpende.

Der samtales om årsager til den opståede forværring af tilstanden, som har ført til henvendelsen/henvisningen. Der kan ifølge psykiateren være udløsende faktorer, som udefra kan synes banale, fx at være smidt ud af sprogcenteret, at være blevet fyret el.lign.

Det fremhæves, at mennesker med sindslidelse har kognitive forstyrrelser, og at det derfor for dem med anden etnisk oprindelse er umuligt/ svært at orientere sig i et system som det danske uden støtte.

Det er efter psykiaterens opfattelse vigtigt, at behandlingen ikke river pågældende ud af sin dagligdags sammenhæng.

Psykiateren fremhæver, at behandleren skal handle inden for patientens referenceramme. Det er vigtigt at gøre sig nogle overordnede overvejelser over, hvordan der skabes vilkår, som modvirker udvikling af PTSD. I den sammenhæng nævnes det, at integration i Danmark er uhyre vanskelig, og at vilkårene fremmer lidelser og dårligdom.

Efter psykiaterens opfattelse bør strategier for integration tage udgangspunkt i hurtigst mulig tilknytning til arbejdsplads og bolig.

Psykiateren ved et andet distriktspsykiatrisk tilbud beskriver patienterne med etnisk minoritetsbaggrund som *"ressourcekrævende og lige så bøvlede som borderline-patienter"*, og tilføjer: *"Alle flygtninge har traumer"*. I pågældende distriktspsykiatri tilbyder man en "10-gangspakke", som letter patienten uden nødvendigvis at helbrede pågældende, men som gør, at vedkommende *"kan leve med det"*.

### ***Socialpsykiatrien***

Fra rundbordssamtalerne med de kommunale sagsbehandlere er der som nævnt informationer om, at flygtninge og indvandrere med sinds-

lidelser sjældent synes at blive henvist til socialpsykiatriske tilbud. Besøg på et socialpsykiatrisk værested illustrerer, at det også har sine vanskeligheder for socialpsykiatrien at fastholde dem som brugere.

En medarbejder oplyser, at værestedet besøges af ca. 20 personer om dagen. Der er også et tilknyttet udegående team. Der laves morgenmad og frokost hver dag samt aftensmad to gange om ugen.

Der har været henvist fire flygtninge fra psykiatrisk daghospital. Det var anført i deres handlingsplan, at de skulle deltage i aktiviteter i værestedet. Men af de fire er der nu kun én tilbage. *"Der er vores indtryk, at de kom her mest for at drikke kaffe, og nok fordi, de havde fået besked på det"*, siger medarbejderen og fortsætter: *"De havde ikke specielle forventninger - ikke det, vi ved af. De har mest brugt det som varmestue"*. På den anden side har medarbejderne ikke forsøgt at finde ud af, hvorvidt flygtningene selv har nogle forventninger til værestedet.

Det er opfattelsen, at flygtninge med psykiske lidelser hellere søger hjem i familien, end de vil bruge et værested. Det er medarbejdernes indtryk, at den familiemæssige tilknytning afholder dem fra at komme. *"Og vi kan jo ikke have hele familien på besøg"*, tilføjer medarbejderen, som også fremhæver, at der bl.a. er en sprogmæssig barriere også i forhold til de danske brugere. Der er ikke ressourcer til at sætte særlige initiativer i gang eller fx at hyre tolkebistand.

Ifølge medarbejderen har det flere gange været drøftet i socialpsykiatrien, hvor svært det må være for flygtninge med sindslidelse i Danmark.

### ***Center for behandling af traumer***

I samtalen på RRCF deltog lederen af centret og en medarbejder der arbejder på centret som psykolog. Herefter har der været samtale med en lærer, som også er ansat på centret. Denne lærer kunne tilføje en række relevante kommentarer til temaet.

I informationsmaterialet om RRCF kan man læse, at *"RRCF er et rehabiliterings-, revaliderings- og behandlingscenter for flygtninge med psykosociale integrationsvanskeligheder, herunder psykiske og somatiske eftervirkninger og skader efter krig, tortur, organiseret vold, ophold i fængsel og fangelejr, flugt samt mere eksilrelaterede vanskeligheder. Det drejer sig væsentligst om flygtninge, som har brug for en behandlingsmæssig indsats som led i en revalideringsafklaring eller flygtninge, der ikke aktuelt har et revalideringsperspektiv, men et klart behandlingsbehov"*.

Målgruppen er den samme som for RCT-Haderslev. Den er ikke udelukkende begrænset til at omfatte traumatiserede mennesker, men skal ses bredere, fx omfatter tilbuddet også mennesker med psykosociale belastninger.

Der er tale om en række tilbud til en meget bred vifte af problemfelter, herunder:

- traumer efter tortur, organiseret vold, ophold i fangelejr og flugt
- koncentrations- og indlæringsvanskeligheder
- anspændthed, rastløshed, irritabilitet, opfarethed
- klager over søvnløshed, mareridt
- følelser af isolation og ensomhed
- klager over fysiske gener, evt. kroniske smerter
- somatisering af psykosocial problematik
- tilpasningsvanskeligheder og vanskeligheder i social omgang
- pludselig stagnation i integrationsforløb
- problemer med aggressionsforvaltning
- problemer i familien
- stemningssvingninger
- flashbacks
- manglende livskvalitet
- uklart forsørgelsesgrundlag

Der er i alt 50 pladser fordelt på fem behandlingskonsultationspladser, 20 helhedsorienterede rehabiliteringspladser, 20 kombinerede revaliderings- og behandlingspladser, samt fem rene revalideringspladser.

De klienter, som kommer til RRCF i Aalborg tilbydes psykolog, socialrådgivning og fysioterapi, samt revalideringsforløb og værkstedstilbud, som ses som vigtig for den terapeutiske effekt. Det opfattes som vigtigt at se personen udfolde sig i en værkstedssituation. *"Vi sidder ikke kun og laver klassisk traumbearbejdning"*. Selv om lederen påpeger, at *"Vores behandling og vores tilgang udspringer af den vestlige traditions naturvidenskabelige tilgang"* holder medarbejderne sig for øje, at der må være tale om mere end én metodisk tilgang. Selv betegner de det som en form for *"matchning"*.

Lederen fortæller, at centret gør et stort arbejde for at informere kommunerne i regionen om, hvilke tiltag, man kan tilbyde. Lederen mener, at det er vigtigt for samarbejdet mellem centret og de kommunale medarbejdere, at de kommunale medarbejdere nøje har information om centrets virkemidler og indsatsområder.

Centret afholder med jævne mellemrum informations- og samarbejds møder med repræsentanter for kommunerne. Her informerer medarbejderne om centrets arbejde og drøfter aktuelle problemstillinger og nye tiltag. Derudover giver centret gode råd til de kommunale medarbejdere vedrørende målgruppen. Medarbejderne råder fx de kommunale medarbejdere til at holde flygtningene beskæftiget, mens de venter på at komme i behandling på RRCF.

Lederen af centret fortæller, at der især i de små kommuner kan være stor usikkerhed med hensyn til, hvorfor en klient har det som vedkommende har det. I de tilfælde beder kommunen ofte centret om hjælp med forskellige forhold, de ikke selv mener at kunne klare. Det kan dreje sig om en kombination af mange ting, herunder afklaring af flygtningens fremtid. Derfor bliver centret til et led i den enkelte flygtnings strategi.

Forløbet er maximalt 2,5 år, men den gennemsnitlige opholdstid er ca. et år Lederen siger, at 1,5 år er en realistisk periode for en traumatiseret flygting i behandling. En støtte-kontakt person anbefales i

forhold til nogle klienter. Forløbet afsluttes med at centret i samarbejde med kommunen lægger en plan for klienten.

I løbet af samtalen fortæller lederen, at der kan være tale om "knas" i forholdet til flygtningens kommunikation med kommunen. Noget af denne knas udspringer af de følgevirkninger, den pågældende flygtning har efter traumet. Lederen fortæller, at nogle af flygtningene har problemer med aggressionsforvaltning. *"Det er en effekt af behandlingen på centret, at flygtningen ændrer adfærd også over for offentligt ansatte"*, siger hun.

Dette tema relateres til (en traumatisk) fortid, men ellers mener man på centret, at der skal være opmærksom på "her og nu" i kommunikationen med flygtningen. Ofte fylder boligsituationen uhyre meget for den enkelte flygtning eksempelvis.

Boligen tillægges en vigtig symbolsk rolle i flygtningens vurdering af den danske indsats, og boligsituationen bliver i sig selv et nøglebegreb både i forhold til flygtningens vurdering af kommunens interesse i vedkommende, men også for flygtningens generelle velbefindende.

I denne sammenhæng er det muligt for centret at samarbejde med den pågældende kommune omkring den enkelte flygtnings evt. belastede boligsituation.

Centrets medarbejder har indtryk af, at mange flygtninge, især unge ugifte flygtninge, eller par uden børn, vil flytte fra de små kommuner når der gives dem mulighed derfor. Også denne medarbejder anfører, at selve boligplaceringen spiller en stor rolle for den enkelte flygtninges sindstilstand.

Det tilføjes, at især unge flygtninge uden kontakt til det omgivende samfund ikke tænker på at bruge mere af deres energi på integration i lokalsamfundet. De sætter ofte sig selv på en form for "vågeblus" og afventer den dag, hvor det bliver muligt for dem at rejse til en større by, hvor de har større mulighed for at være sammen med "eget net-

værk", hvad enten dette udgøres af familie, venner eller blot personer fra samme etniske, religiøse eller nationale baggrund.

Hvad angår "eget netværk" er det lederens opfattelse, at man kan benytte sig af netværket i højere grad. Dette gælder også for centrets egne tiltag. Man er dog så småt ved at ændre på dette forhold. Bl.a. fordi der er begyndt at blive henvist flere og flere ægtepar til centret har centret mulighed for at gøre brug af eget netværk.

I forhold til spørgsmålet om forbindelse mellem traumer og sindslidelse vurderer centret, at *"Nogle flygtninge har ud over at være traumatiseret som følge af tortur etc også en egentlig sindslidelse. Undertiden kan det være vanskeligt at vurdere hvad der fylder mest. Centret har tilknyttet en psykiatrisk lægekonsulent, som inddrages i de tilfælde, hvor der er brug for en afgrænsning og egentlig diagnosticering i forhold til sindslidelsen. Sindslidende flygtninge falder uden for centrets målgruppe og henvises derfor til behandling i det psykiatriske system, psykiatrisk sygehus eller distriktspsykiatrien. Også de lokale praktiserende læger er vigtige samarbejdspartnere. I denne sammenhæng siger lederen følgende: "De praktiserende lægers viden om traumatiserede flygtninge og skader efter tortur varierer meget". Hun gør opmærksom på, at de praktiserende læger endnu ikke kan henvise direkte til centret, idet henvisningen går via den kommunale rådgiver. Centret overvejer at tage initiativ til at informere eller undervise læger i forskellige belastninger af tortur, men afventer i øjeblikket afklaring over, hvorvidt en del af behandlingen på et tidspunkt bliver omfattet af sygehusloven.*

### ***Sprogcenter***

Som nævnt er det først og fremmest lærerne på sprogcentret, som typisk har den daglige kontakt med de flygtninge og indvandrere, som hører under integrationsloven. Det er således også her, der er nærliggende muligheder for at have opmærksomheden rettet på, om en kursist på grund af psykiske problemer har vanskeligheder med at følge undervisningen.

For læreren og de medstuderende kan det naturligtvis være svært at have en kursist, som ikke kan følge med undervisningen eller som har en adfærd, der falder uden for de etablerede rammer. Repræsentanten for sprogcenteret fortæller, at der på denne skole søges lagt en linie for, at lærerne - for at sikre kursisten det optimale undervisningstilbud - skal undre sig og beskrive deres undren. I første omgang kan lærerens undren drøftes med vejlederen, som igen kan tage kontakt til kursistens sagsbehandler for at høre, om sagsbehandleren kender til særlige omstændigheder omkring vedkommende.

For at udbygge samarbejdet mellem sprogcentret og voksenskolen/specialundervisningen er der udarbejdet et observationsskema, som læreren kan udfylde og videregive til skolens koordinator, hvorefter voksenskolen inddrages mhp samtale og observation af vedkommende kursist og mulighed for en beslutning om at visitere pågældende kursist til specialundervisning.

Der gennemføres kvartalssamtaler med hver enkelt kursist - både om "bløde" og "hårde" kvalifikationer - og der udfyldes på denne baggrund et skema, som sendes til den kommunale sagsbehandler. Dog anvendes der ikke tolk til disse samtaler, hvilket ifølge interviewpersonen kan indebære, at lærerne holder sig tilbage for at spørge ind til visse sårbare emner.

Sprogcentret har i samarbejde med amtet, kommunerne i amtet, rehabiliteringscenter udarbejdet et særligt program for traumatiserede flygtninge, men dette program er endnu ikke effektueret.

Medarbejdere fra rehabiliteringscenter har holdt gruppemøder med de af skolens kursister, som er traumatiserede. Møderne var med tolk, og emnerne var omkring samfundsforståelse, eksilforståelse og forståelse for, at den traumatiserede flygtning "*reagerer normalt på en unormal situation*". Disse møder har været med til at åbne op for nogle af deltagerne, som efterfølgende var mere indstillede på at tale sammen om deres traumatiserende oplevelser, men også for at tage imod et behandlingstilbud fra rehabiliteringscenter.

Det er sprogcentrets erfaring, at man lettere kan rumme kursister med specifikke indlæringsvanskeligheder, mens kursister med traumer er vanskeligere at have med at gøre, selv om det alligevel pointeres, at *"traumer ved vi trods alt, hvad er"*. Derimod føler man sig ikke *"klædt på"* i forhold til sindslidende flygtninge. Specialundervisningen har forpligtelsen til at tage imod disse personer, men har ikke mulighed for at afsætte de fornødne ressourcer til det.

En af interviewpersonerne siger det således: *"Jeg tænker på, at de sindslidende nok fanges af systemet et andet sted. Det er vel sagsbehandleren, der ved et eller andet eller tager affære"*. Nogle af de kursister, som kommer på sprogcentret, er patienter på psykiatrisk daghospital og får behandling/ medicin. Der efterlyses viden og indsigt om behandlingen, men skolen/ lærerne får ikke noget at vide.

## Litteratur

## Bilag 1

### **Netværk 1 - Himmerland**

29.5. og 3.9.2002

#### **Nibe Kommune**

Helle Dinesen

Pia Lykke

#### **Farsø Kommune**

Torben Nor Hansen

#### **Støvring Kommune**

Lidi Nielsen

Dorte Jensen

#### **Aars Kommune**

Anne Borup

#### **Løgstør Kommune**

Iris Hansen

#### **Dansk Flygtningehjælp**

Inga Marie Nielsen

---

### **Netværk 2, Himmerland**

31.5. og 2.9.2002

#### **Arden Kommune**

Merry Ann Bager

Jette Grønlund

#### **Nørager Kommune**

Anne Lise Østergaard

Borgny Mohr Nielsen

#### **Sejflod Kommune**

Marian Nielsen

#### **Fælleskom. integrationskontor**

Marianne Jensen

Sarkiss

### **Netværk 1, Sønderjylland**

18.6. og 1.10.2002

#### **Bredebo Kommune**

Grethe Iversen

#### **Christiansfeld Kommune**

Jens Kring

#### **Gram Kommune**

Lis Jensen

#### **Løgumkloster Kommune**

Susanne Linnet Møller

Lars Asferg

#### **Nørre-Rangstrup Kommune**

Karin Nielsen

Elisabeth Koustrup

Meta Hissel

#### **Skærbæk Kommune**

Britta Christiansen

Solveig Andersen

#### **Fælleskom. integrationskontor**

Lasse Jensen

#### **Socialpsykiatri (3 kommuner)**

Ulrik Lysgaard

Birgit Andersen

---

### **Netværk 2, Sønderjylland**

18.6. og 2.10.2002

#### **Augustenborg Kommune**

Line Sørensen

Jørgen Jacobsen

#### **Bov Kommune**

Silja Hjortvald

#### **Sundeved Kommune**

Anne Marie Gregersen

#### **Sydals Kommune**

Ulla Rossen

Lone Pedersen

Preben Rasmussen

#### **Fælleskomm. integrationskontor**

Tina Munk

**Praktiserende læger**

Tom Mathiasen, Nibe  
Peter Aaquist, Nørager  
Hanne Christensen, Christiansfeld  
Bent Kristensen, Nr. Rangstrup

**Praktiserende psykologer**

Eva Winterskov Andersen, Åbenrå  
Elin Larsen, Gørup  
Anne Marie Maribo, Hobro

**Psykiater**

Jørgen Aagaard, Tønder

**Rehabiliteringscenter**

Bodil Laursen, Aalborg  
Janne Kristoffersen, Aalborg

**Socialpsykiatri**

Værested i Tønder

**Sprogcenter**

Birgitte Egel Andersen, Sønderborg

**Specialundervisning**

Birthe Søllingvrå, Sønderborg  
Lis Wrang, Sønderborg

Arden Kommune  
Att: Forvaltningschef Michael Tidemann  
Østergade 22  
9510 Arden

30. april 2002

### Indbydelse

Hermed indbydes 3-4 medarbejdere fra Arden Kommune sammen med et lignende antal medarbejdere fra Nørager, Skørping og Sejlflod kommuner samt sagsbehandlere fra Integrationskontoret i Skørping til en rundbordsamtale

**Fredag den 31. maj 2002, kl. 10.00 - 15.00  
på Rådhuset i Arden**

Deltagerne, som udvælges til rundbordssamtalen, kan være ledere og sagsbehandlere fra kommunens integrationsafsnit, aktiveringsafsnit eller fra øvrige dele af socialforvaltningen herunder også fx sundhedspleje, hjemmepleje og plejehjem.

Rundbordssamtalen er første led i et projekt, der har til formål at afdække erfaringer fra udvalgte små og mindre kommuner vedrørende indvandrere og flygtning med store psykiske problemer og sindslidelser. Inddraget i projektet er otte kommuner i Himmerland (udover de her nævnte tillige Nibe, Farsø, Støvring og Aars) samt et tilsvarende antal små og mindre kommuner i Sønderjyllands Amt.

Erfaringer viser, at flygtninge og indvandrere, der også har en sindslidelse, opleves som en gruppe, der kræver særlig opmærksomhed. Der bruges ofte mange ressourcer i form af personale, tid og penge på at finde frem til relevante tilbud, og opgaverne kan virke uoverskuelige og vanskelige at håndtere.

Det er vigtigt for projektets formål, at medarbejdere fra samtlige indbudte kommuner og Integrationskontoret deltager i rundbordssamtalen - også selv om nogle kommune måske kun har ganske få erfaringer på området, idet både mange og få erfaringer hører med i det samlede billede.

Til orientering vedlægges en beskrivelse af projektet. Videnscenter for Socialpsykiatri har anmodet SUS om at udføre opgaven. SUS har tidligere for Socialministeriet afholdt et antal konferencer for kommunale medarbejdere under dette tema. Rapporten *Etniske sindslidende i kommunerne* er tilgængelig på SUS' hjemmeside.

Det er seniorkonsulenterne Anita Barfod og Lotte Bøggild, som gennemfører det samlede projekt. Kommunen vil blive kontaktet i begyndelsen af maj med henblik på deltagernes navne og efterfølgende fremsendelse af nærmere oplysninger om indholdet af rundbordssamtalen.

Med venlig hilsen

Anita Barfod & Lotte Bøggild

### **Sindslidende indvandrere og flygtninge i små kommuner - en afdækning af muligheder og barrierer**

Projektet har til formål at få et billede af, hvordan problemerne i arbejdet og samarbejdet omkring sindslidende mennesker fra etniske minoriteter tegner sig i små kommuner i Danmark. Formålet er at afdække behovene for øget viden, medarbejderudvikling, erfaringsudveksling gennem netværk, faglig sparring, anvendelse af tolkebistand, barrierer i det regionale samarbejde, udvikling af tilbud osv. - en afdækning, der igen kan danne grundlag for udarbejdelse af en strategi for udvikling på dette arbejdsfelt.

Projektet tager sigte på at afdække feltet omkring voksne sindslidende indvandrere og flygtninge i små kommuner i to lokalområder dels i Sønderjyllands Amt (10-12 kommuner) og dels i Nordjyllands Amt (region Himmerland). Begge områder er karakteriseret ved at have mange små og mindre kommuner. I alt søges ca. 16-20 kommuner inddraget.

De to geografiske områder er karakteriseret ved, at der er tale om landdistrikter med store geografiske afstande og få erfaringer omkring arbejde med etniske minoriteter. I forbindelse med afdækningen inddrages centrale aktører: kommunale medarbejdere, politiske nøglepersoner, amtskommunale samarbejdspartnere samt civilsamfundet, herunder inddrages brugere og pårørende i det omfang, det er realisabelt.

#### **Første runde - det kommunale plan.**

Kommunale medarbejdere fra fire-fem kommuner - i alt ca. 15 personer pr. møde - indbydes til et dialogmøde mhp drøftelse af erfaringer, muligheder og barrierer i forhold til arbejde med målgruppen.

Der arrangeres et tilsvarende møde for kommunale medarbejdere fra andre fire-fem kommuner i amtet.

I samme forløb interviewes repræsentanter for de lokale sprogcentre.

Der afrapporteres fra de enkelte møder. Afrapportering fremsendes til deltagerne som baggrundsmateriale til næste runde.

#### **Anden runde - det kommunale plan**

De samme kommunale medarbejdere fra første runde indbydes til endnu et dialogmøde mhp drøftelse af erfaringer, muligheder og barrierer i forhold til arbejde med målgruppen - i denne runde med inddragelse af konkrete sager, hvor disse findes.

I samme forløb interviewes repræsentanter for de lokale privatpraktiserende læger og kommunalpolitikere vedrørende muligheder og barrierer. Endvidere inddrages brugere og pårørende, hvis dette er muligt.

Der afrapporteres fra de enkelte møder. Afrapportering fremsendes til deltagerne som baggrundsmateriale til næste møde.

### **Tredje runde - regionalt samarbejde**

Der afholdes to regionale en-dages konferencer med deltagelse af regionale behandlingstilbud, herunder privatpraktiserende psykologer og psykiatere (behandlingspsykiatri og rehabiliteringsindsats) sammen med de kommunale medarbejdere, som har deltaget i de to første runder.

Fokus lægges på udvalgte faglige temaer og på muligheder og barrierer for samarbejdet mellem de kommunale medarbejdere og det regionale niveau.

### **Rapport**

Projektet afsluttes med en rapport, der sammenfatter informationer og diskussioner fra de tre runder i forhold til projektets formål. Der inddrages relevante rapporter på området som baggrundsviden. I rapporten medtages talmateriale til belysning af problemernes omfang og fordeling samt omtale af relevante tilbud for indvandrere og flygtninge med sindslidelser i de undersøgte områder.

### **Projektforløb i 2002**

Første runde afsluttes midt i juni 2002.

Anden runde afsluttes midt i september 2002.

De to konferencer afvikles den 30. oktober 2002 i Himmerland og den 5. november 2002 i Sønderjylland.

### **Projektet gennemføres i SUS af**

seniorkonsulent Anita Barfod

seniorkonsulent Lotte Bøggild

### Indbydelse til anden runde

#### Mødets indhold:

- 1) Deltagerne forbereder **præsentation af konkrete cases**. Sagerne må gerne belyses fra alle ender og kanter (fx fra sagsbehandler, integrationsmedarbejder, læge, socialpsykiatri, psykiatri, psykolog, hjemmepleje, pågældende selv og dennes familie eller andet netværk, arbejdsgiver, kontaktfamilie ol). Det er fløjtende ligegyldigt, om sagen repræsenterer en succeshistorie eller er et eksempel på mindre heldige beslutninger. Diskussionen er det vigtige. Eventuelt kan disse i anonymiseret form fremsendes til SUS, som vil sørge for kopiering og udsendelse forinden. Dette vil lette alle deltageres forberedelse.
- 2) Vi skal også bede om, at der i alle kommuner laves **en oversigt** over, hvor mange indvandrere og flygtninge, der er i kommunen samt hvor de kommer fra. Og helst suppleret med et bud på, hvor mange I har fat i mhp observation/ diagnosticering af sindslidelse.
- 3) Mht til deltagere vil det være godt, hvis der kan komme **flere relevante personer med** fra støtte- og kontaktpersonordningen, hjemmepleje ol. som kan tænkes at have erfaringer i forhold til flygtninge og indvandrere med sindslidelser.
- 4) Eksempler på læger og brugere, som vi kan kontakte. (Vi ringer forinden og hører jer)

Den afsluttende konference om dette tema afholdes i Himmerland

**onsdag den 30. oktober 2002**

Kryds dagen af allerede nu. Der kommer senere nærmere oplysninger om tid, sted, program og øvrige praktiske oplysninger.

Vi glæder os til at se jer og måske flere deltagere den 2. september. Foreløbig god sommer.

Anita Barfod & Lotte Bøggild

### *Case 1 - isoleret enlig mand uden netværk*

Ugift mand på 29 år med opholdstilladelse som de facto flygtning iht udlændingelovens §7, stk. 2. Han har haft seks års skolegang. Efterfølgende beskæftiget i landbrug. Indkaldt til militæret i 1992 som 19-årig.

Faderen død. Han har ikke haft kontakt med moderen og tre søstre i ca. to år, da de befandt sig i hjemlandet.

Ankom til DK i april 2000. Ophold i kommunen siden december 2001. Under opholdet i Dansk Røde Kors Center havde vedkommende en god kontakt med etnisk forening i København og derved et netværk. Her lærte han bl.a. at tale en del dansk. I kommunen - og efter sigende i hele amtet - er han eneste muslim med denne specifikke etniske og nationale baggrund, hvilket har medvirket til isolation fra de øvrige flygtninge. Han følger et 30 timers integrationsprogram.

Henvendelse fra manden på forvaltningen i marts 2002. Han giver udtryk for at have det meget dårligt psykisk og har derfor svært ved at koncentrere sig. Han har gentagende gange været ved egen læge. Han vil gerne "flytte" til Gentofte, hvor alle hans venner bor.

I den forbindelse foranstalter det fælleskommunale integrationskontor samtale med tolk, hvor der tilbydes psykologhjælp på baggrund af udtalelse fra læge. Dette ønsker vedkommende ikke at gøre brug af. Integrationskontoret har fra egen læge fået oplyst, at vedkommende har det meget dårligt psykisk. I forbindelse med opfølgning på handleplan/trekantsamtale i april 2002 taler integrationskontoret med vedkommende om højskole. Det besluttes, at vedkommende skal komme med udspil om hvilken højskole, der ønskes.

I april i år ansøges der om betaling af højskoleophold til vedkommende med den begrundelse, at han har meget svært ved at se fremad i forhold til uddannelse og fremtid på grund af psykiske problemer. Vedkommende ønsker stadigvæk ikke samtale med psykolog. I forbindelse med ansøgning indhentes der status fra egen læge. Denne skriver, at vedkommende er ved at gå til grunde i lokalsamfundet, og lægen støtter op om et højskoleophold. Lægen vurderer, at han, såfremt der arbejdes fornuftigt på højskoleophold og indkvarteringsmuligheder *"helt klart kunne profitere af et sådant"*. Ved-

kommende har ifølge lægen ikke fysiske problemer men psykiske, som formentlig relaterer sig til vedkommendes udsættelse for tortur. Fremstår som en person, der har været presset ud over sine grænser.

Vedkommende boede indtil for to måneder siden i en lejlighed sammen med en anden flygtning fra samme land, men med en anden etnisk baggrund. Denne blev nødsaget til at flytte på grund af uoverensstemmelser og trusler om vold og chikane fra ovennævnte flygtning.

### ***Case 2 - ikke tilgængelig for samtaleterapi***

Familien består af mand og hustru begge i slutningen af tyverne. De tilhører den gruppe, som kun har midlertidig opholdstilladelse i Danmark. Der er to små børn. Tre børn er døde som små. Faderen har mistet sine forældre samt bror, svigerinde, niece og nevøer ved granatangreb. Flugt- og krigsoplevelser. Det ældste af de to børn har efter ulykke været hospitalsbehandlet i Danmark.

Begge forældre har otte års skolegang og ingen efterfølgende uddannelse. Faderen blev ikke færdig med gymnasiet, har arbejdet på værksted sammen med brødre. Moderen har haft lidt syning.

Familien kom til Danmark i juli 1999. Boet i kommunen siden oktober 2001 med midlertidig opholdstilladelse. Forlængelse opnået ved første ansøgning. Anden ansøgning afventer afgørelse. Begge forældre har deltaget i sprogundervisning og aktivering.

Begge forældre har haft det psykisk dårligt i venteperioden på asyl. Faderen var meget påvirket og talte om ikke at ønske at leve mere. I venteperioden blev han psykisk forværret og afreagerede fysisk og verbalt på hustruen. Hans adfærd var passiv, søvngængeragtig, støjfølsom. Talte med sig selv, kunne ikke sove og reagerede voldsomt over for hustru og børn.

Han har været til psykologsamtaler og psykiatrisk undersøgelse. Det konkluderes, at han ikke er tilgængelig for samtaleterapi. Psykiatrisk skadestue beskriver ham i juli 2001 som kortluntet pga angstanfald, affektpræget, ønsker at dø, hører krigslyde, døde mennesker falder over ham. Han sover dårligt, vågner med mareridt, angsttilfælde, ryster og sveder, har vejrtræningsbesvær og dårlig appetit. Der ses ingen tegn på sindssyge, han er hverken psykotisk eller syns-/hørehallucineret. Depression, tilbydes

indlæggelse uden effekt. Psykologens beskrivelse svarer til ovennævnte og føjer hertil en skyldfølelse for mistede børn.

Det konkluderes, at pågældende har en posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Idet han ikke menes at kunne profitere af psykologsamtaler er disse afsluttet. Han får medicinsk behandling.

På et senere tidspunkt er manden på ny henvist til psykologsamtaler. *"Jeg ved ikke, hvad jeg ellers skal gøre, og jeg syntes, han havde det lidt bedre"*, siger sagsbehandleren.

Også hustruen er tilbudt psykologsamtaler, endnu ikke påbegyndt. Hun er gravid. Det er hustruen, der bærer ansvaret for familien.

Integrationsindsatsen har i første omgang koncentreret sig om at få familien praktisk på plads med bolig, indkøring af børn i dagpleje, praktisk støtte til etablering mv.

Børnene har været observeret ved sundhedsplejerske mht kost, dagsrytmer m.v. Børnene udvikler sig alderssvarende.

### ***Case 3 - traumer hentes ikke altid i hjemlandet***

Familien består af mand og hustru i slutningen af fyrrerne. Der er to børn på 14 og 11 år. Familien får opholdstilladelse i 1995. De er tilflyttet kommunen i 1996. Kvinden er uddannet inden for offentlig jura i hjemlandet. Mandens uddannelse er uoplyst, han arbejder på fabrik.

Kvinden har efter en periode på Sprogcenter og via kommunal aktivering fået ordinært arbejde, dels på fabrik dels på samme hotel i tre år dels som stuepige og senest som oldfrue. Opsagt herfra i september 2001. I forbindelse med opsigelsen følte kvinden stor uretfærdighed og krænkelse. Efterfølgende en del depressive symptomer som dårlig koncentration, glædesløshed, dårlig appetit, indre uro og en del psykosomatiske symptomer. Tilstanden forværret pga problemer med de to børn.

Pågældende får psykiatrisk antidepressiv, medicinsk behandling, men hendes tilstand er svingende. Der overvejes supplerende psykodynamisk orienterede samtaleforløb hos psykolog. Kvinden er fuldstændig fikseret i den krænkelse, hun har oplevet ved sin opsigelse.

Kvinden oplever også tidligere at have været udsat for skuffelser i forbindelse med sine arbejdsforhold. Hun giver udtryk for, at så længe der blev givet tilskud, så kunne alt lade sig gøre, men når tilskuddene faldt væk, så kunne hun kun arbejde på nedsat tid, der blev problemer, og hun blev fyret. Også når hun mente selv at have fundet et arbejde, blev kommunen indblandet med tilskudsordning. Hun har følt sig kasseret og udnyttet.

Psykiatrisk overlæge og lægekonsulent foreslår arbejdsprøvning el. revalidering samt udarbejdelse af ressourceprofil mhp afklaring af arbejdsmuligheder inden for det juridiske område.

Distriktpsychiatrien udtaler, at der ikke er tegn på posttraumatiske eftervirkninger efter krigen.

Kvinden er angst for at miste sin indtægt, og er bekymret for, hvordan børnene har det.

Der påtænkes at iværksætte familiebehandling samt arbejdsprøvning og evt. revalidering. En henvisning af børnene til PPR kunne ikke effektueres, idet PPR ikke ville gå ind i sagen. Kommunen har derfor måttet erstatte PPR med privatpraktiserende psykolog.

#### ***Case 4 - bliver der ribbet op i for meget?***

Ægtepar med midlertidig opholdstilladelse. Ægteparret har seks børn og et tilhørende familiemedlem. Kommunen overtog dem fra Dansk Flygtningehjælp i begyndelsen af 1998. De har været i Danmark siden midt i 1990'erne. Familien har for nylig fået ny lejlighed i socialt byggeri.

Udgangspunktet for kommunen var problemer med børnene, men man blev på et fællesmøde med børne- og familieafdelingen enige om, at *"der nok var mere i sagen"*, og henviste begge voksne til traumebehandling på rehabiliteringscenter.

Efter nogen tid blev de opgivet af centret, som ikke mente at kunne komme videre. Konen har været ustabil i fremmødet, idet hun skal være ved sin syge mand; hun kan ikke dansk, og hun kan ifølge centret ikke forstå indhold og mål med psykologsamtalerne. Med hensyn til manden har behandlingen

*"måske hjulpet, men på den anden side er han blevet dårligere og dårligere - måske er der blevet ribbet for meget op i det hele".*

I foråret 2002 bliver de udvist med fire ugers varsel af Udlændingestyrelsen, idet de ikke har permanent opholdstilladelse. Kommunen rejser en række praktiske spørgsmål for Udlændingestyrelsen, som denne ikke kan besvares (varsler på opsigelse af lejlighed, telefon, rejseomkostninger, etablering - hvem skal betale?).

Der ankes, og sagen afgøres med varig opholdstilladelse. Der er bevilget hjemme-hos med henblik på *"at få lidt styr på hele familien, herunder problemer med børnenes helbred"*. Ældste barn har været brugt som tolk og har i øvrigt måttet påtage sig stort ansvar for mange opgaver i familien.

Begge ægtefæller har ifølge sagsbehandleren brug for traumebehandling; de lider meget, men de kan ikke indgå i et kontinuerligt forløb, fordi de bliver væk. I kommunens plan indgår fortsat plan om stabile rammer om familien og et fornyet forsøg gennem rehabiliteringscentret.

Et tilknyttet familiemedlem er i aktivering i landbruget. Tidligere uddannelses-/revalideringsplan med ham blev droppet af kommunen i forbindelse med udvisningen - dennes udvisningssag er endnu ikke afklaret.

### ***Case 5 - "der er noget psykisk"***

Familien består af mand, hustru og et barn på seks år. Manden har selv rejst ud og fundet hustruen, som var forsvundet, og han har selv bekostet hendes og barnets rejse til Danmark. De blev familiesammenført i 2000.

Den kommunale sagsbehandler mener, at der er *"noget psykisk"* med hustruen. Sprogcenter vil ikke tage hende, fordi hun bryder grædende sammen under undervisningen - *"det kan de ikke have"*, siges det. Der har været problemer i børnehaven. Ifølge børnehaven savner moderen forståelse for, at man som forældre godt kan gå, selv om barnet græder. Eller at man som forældre ikke i længden kan komme hver dag med sin madpakke og spise frokost sammen med barnet.

Manden er nu udvist og har anket sagen. Han mener ikke, at det er sikkert for hustruen, som tilhører en anden etnisk gruppe end manden, at vende hjem. Det fælleskommunale integrationskontor har en formodning om, at

der er hændt familien et eller andet forfærdeligt på deres rejse til Danmark, og at dette har påvirket familiens situation. Men det vides ikke hvad.

Forældrene har accepteret forslag om, at barnet forbliver et ekstra år i børnehaven. Der er foretaget henvisning til PPR.

### ***Case 6 - eksempel fra socialpsykiatrien (SKP)***

Mand med førtidspension. Han er i kontakt med kommunens socialpsykiatri gennem støtte- og kontaktpersonordningen. Han har boet i Danmark i en hel del år. Han har været indlagt på psykiatrisk hospital mange gange og har boet i beskyttet bo-tilbud. Dette bo-tilbud har beskrevet ham som meget dårlig og med en forventning om, at han skulle på under beskyttede former resten af livet. Har behandlingsdom for vold, og er derfor fast medicineret - dommen udløber om et år.

Han er nu flyttet til noget familie i Jylland. Han ville gerne lære dansk, og kom til specialundervisning. Efter en tur i hjemlandet har han fået det bedre og vil gerne flytte for sig selv. Også familiemedlemmerne er efter sigende trætte af at have ham boende.

Støtte- og kontaktpersonerne fremhæver, at det er en stor fordel, at de kommer i klienternes hjem og derfor kan se tingene på en anden måde, end hvis de sad bag et skrivebord. De er - selv om de er lidt tøvende over for planen - gået i gang med at søge at skaffe pågældende egen lejlighed.

Støtte- og kontaktpersonerne besøger ham sammen. Det fungerer godt, siges det, og deres forventninger om, at han ikke ville tage godt imod dem, blev gjort til skamme: "*Selv om vi begge er kvinder, har han taget godt imod os - han er næsten blevet klæbende*", udtrykkes det fra støtte- og kontaktpersonerne, som regner med at fastholde kontakten med klienten fremover.

### ***Case 7 - vi turde ikke indlægge ham på psykiatrisk afdeling***

Yngre mand, som er diagnosticeret i et samarbejde mellem læge og psykolog. Psykologen bad om, at manden fik noget medicin, inden samtalerne gik i gang, for at lette på hans stemningsleje. Men det hjalp ikke - formodningen var, at han ikke tog medicinen.

Hjemmeplejen kom ind i billedet for at hjælpe ham med at tage medicinen om aftenen. Det blev overvejet at inddrage socialpsykiatrien, men dette blev - af ukendte årsager - ikke realiseret. Hjemmeplejen stoppede igen, fordi klienten enten ikke åbnede døren eller ikke var hjemme.

*"Jeg mødte ham", fortæller sagsbehandleren, "og blev chokeret. Han lignede en, der havde forladt verden. Han så ud, så jeg ved ikke hvad, og jeg gik til lægen og sagde: det er et spørgsmål nu om liv eller død. Lægen overvejede at indlægge ham på røde papirer, men vi var begge to bange for, at han ikke ville kunne tale med nogen på den lukkede psykiatriske afdeling, og at det ville forværre hans tilstand. Der er ikke tolk til rådighed i amtet. Vi valgte at holde ham i nærmiljøet, og jeg besøgte ham tit".*

Det oplyses, at manden har kæmpet under vanskelige krigsforhold i mange år, og at han er meget præget af angst. Han har også været selvmordstruende. Han blev henvist til rehabiliteringscenter og fik han nogle støttende samtaler gennem en medarbejder fra Dansk Flygtningehjælp i den ventetid, der var, inden han kunne komme i gang med behandlingen. Han passer nu behandlingen og har efter nogle gange selv kunnet tage frem og tilbage med offentlige transportmidler.

### ***Case 8 - eksempel fra socialpsykiatrien (SKP)***

Familie med fire børn, hvoraf de to er over 18 år og de to andre under 10 år. Familien har været i Danmark siden 1994. Faderen har været udsat for tortur, men har ikke villet arbejde med dette indtil nu.

Faderen fik det dårligt i foråret 2002 med fysiske lidelser og depression. Han kunne ikke arbejde, og i hjemmet blev gardinerne trukket for og alle gik stille rundt.

Socialpsykiatrien sendte brev om, at der vil komme en støtte- og kontaktpersonen. Denne modtages med kaffe og forventninger om, at der vil blive lyttet til problemerne. Manden nægter - på hustruens opfordring - at fortælle om oplevelserne i hjemlandet. Så fortæller hustruen og et af de store børn oversatte (selv om hustruen kan dansk og manden forstår dansk).

Ved det andet besøg får støtte- og kontaktpersonen det dokument, som blev udarbejdet ved ankomsten. Manden siger, at der kun står 1/3 af hans/

familiens oplevelser, fordi det var en tolk fra en anden etnisk gruppe, der oversatte.

I hjemlandet er (bedste)forældrene syge, og familien skal sende penge derned for at få de gamle passet. Alle arbejder for at tjene penge, men nu kan manden ikke arbejde. Han har været i kommunen for at få penge til forældrene, men har fået afslag og fået forklaret de danske regler.

Efter tredje besøg - som støtte- og kontaktpersonen vurderer som positivt og afslappet - blev manden akut indlagt med hjerteproblemer.

Manden er henvist til og skal nu starte på rehabiliteringscenter, som efter lægens og socialpsykiatriens opfattelse har den fornødne ekspertise.

Støtte- og kontaktpersonen siger om sin opgave: *"Efter min mening skal han snakke med rehabiliteringscenter om de rigtig tunge ting. Det jeg kan gøre som skp-person er at give familien noget håb og tale med dem. Konen er glad for, at jeg kommer. Hun vil gerne have mig som samtalepartner. Hun kan ikke tale med kollegerne på arbejde om problemerne. De er kommet til mig med et hav af papirer - hvordan står vi, hvis det bliver pension? Hvad hvis jeg ikke kan arbejde?"*

Støtte- og kontaktpersonen fortsætter med at komme i hjemmet.

### ***Case 9 - vanskelige problemer fordelt på flere kommunale hænder***

Familie med midlertidig opholdstilladelse med fem børn - alle over 10 år. Tre skolesøgende børn er fordelt på tre skoler i kommunen pga skolernes klassefordeling.

Familien tilbragte tre år på asylcenter, inden de fik den midlertidige opholdstilladelse. De går på sprogcenter med tilhørende aktivering. Sprogcentret ligger langt fra boligen, så der er meget lang transporttid.

Det oplyses, at hele familien er traumatiseret: selvmordstanker, anorexi hos en større pige. En skoleinspektør har ringet vedrørende de yngre børn. To børn har en diagnose og er bevilget 10 psykologtimer hver - denne del af problematikken hører til i kommunens familieafdeling. Integrationsmedarbejderen arbejder alene med de voksne. Familiens opholdstilladelse er ved

at udløbe, og der skal søges forlængelse. Hustruen siger, at hun i stedet vil tage sit liv. En kommunal medarbejder har besøgt familien med tolk. Medarbejderen siger, at der ikke kunne opnås øjenkontakt med manden, som hele tiden sad med blikket slået ned. Manden har senere erkendt at have et problem og har selv ønsket at tage imod psykologsamtaler, som anbefales af egen læge.

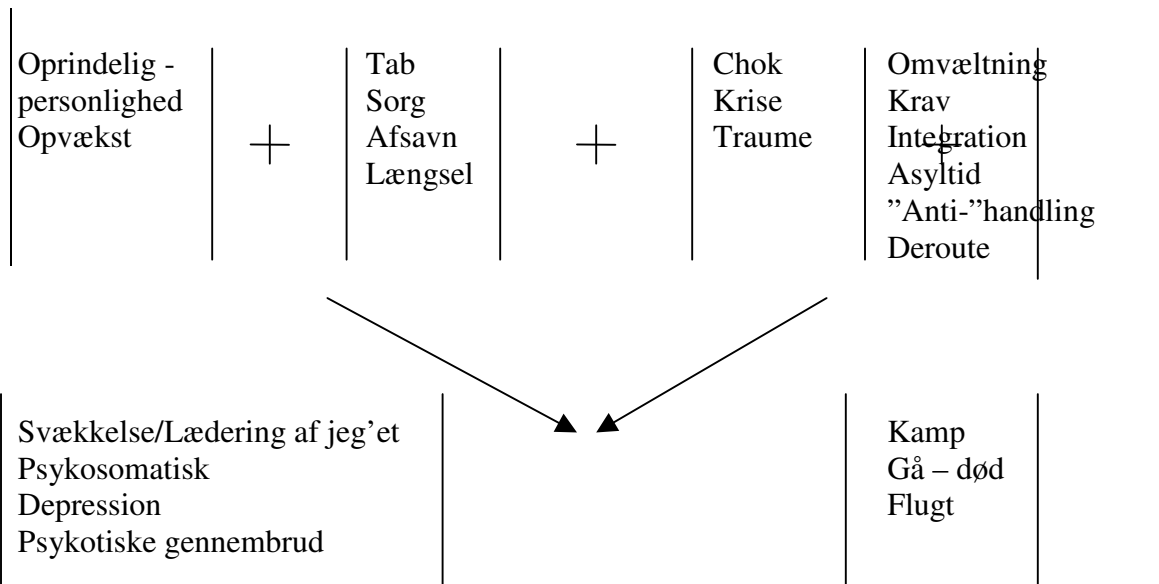
Kommunen er usikker på, hvordan ansøgningen om forlængelse vil blive vurderet? Udlændingestyrelsen siger, at det vurderes ud fra, om de er syge. Kommunen har uopfordret - efter tilladelse fra familien - sendt relevante oplysninger til Udlændingestyrelsen og håber herved at kunne hjælpe familien i forhold til Udlændingestyrelsens afgørelse om forlængelse af opholdstilladelse. Det er meget svært at arbejde med familien, så længe de ikke ved, om de får lov at blive i Danmark.

Lægen er inde vedrørende de voksne - sagsbehandleren skal have disses tilladelse til at indhente lægelige oplysninger med henblik på efterfølgende handlingsplan og beslutninger.

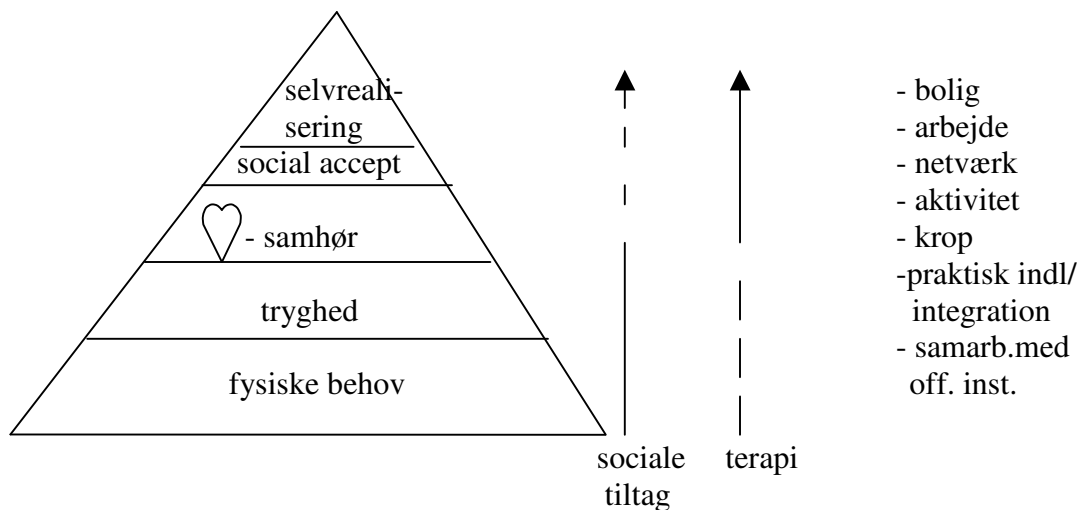
Der kommer to frivillige besøgsvenner i familien. De er ifølge sagsbehandleren langsomt ved at brænde ud.



## Bilag 6



Udredning – rehabilitering – sociale tiltag – terapi



Terapi:

- Genoprette jeg'et
- Coping
- Krop – psyke
- Info
- Sorgbearbejdning
- Tovholder til livet / tilliden / håbet
- Det eksistentielle / universielle / religiøse / filosofiske
- Krisebearbejdning
- Samvær / menneskelig varme / spejling

Kilde: cand. psyk. A-M Maribo

## **Indbydelse til konference**

**30. oktober 2002, kl. 9.00 - 15.30**

**Amtsrådssalen, Skelbækvej 2**

**Aabenraa**

### **Sindslidende flygtninge og indvandrere - hvad gør kommunen?**

Sociale Udviklingscenter SUS indbyder til konference om udvikling af tilbud, faglighed og samarbejdsstrategier i forhold til flygtninge og indvandrere med sindslidelser.

Konferencen tager udgangspunkt i en række rundbordssamtaler med repræsentanter for små og mindre kommuner dels i Sønderjyllands Amt og dels i Himmerland i Nordjyllands Amt. Samtalerne har haft til formål at belyse erfaringer fra kommunal praksis omkring migranter med væsentlige psykiske problemer og sindslidelser. Supplerende er gennemført et antal individuelle samtaler med praktiserende læger, psykologer oa.

På konferencen vil seniorkonsulenterne Anita Barfod og Lotte Bøggild fra SUS præsentere en foreløbig opsamling af samtalerne og sammen med repræsentanter for lokale aktører medvirke i panel og debat med konferencedeltagerne.

Eftermiddagen byder på et oplæg, som diskuterer kulturmødet mellem medarbejder og migrant, herunder diskuterer hvilke centrale elementer, der indgår i udvikling af interkulturel kompetence hos medarbejdere såvel i kommunernes integrationsindsats, i sagsbehandlingen, i socialpsykiatrien og i behandlingspsykiatrien.

Eftermiddagen vil endvidere indeholde præsentation af Videnscenter for Socialpsykiatri og Center for Transkulturel Psykiatri. De to videnscentre vil fortælle om deres arbejde med problemstillinger i forhold til sindslidende fra etniske minoriteter.

Konferencen henvender sig til kommunale og amtskommunale medarbejdere og Dansk Flygtningehjælp, samt privatpraktiserende læger og psykologer i Nordjyllands amt. Det vil være ønskeligt, hvis deltagerne er bredt sammensat, således at de mange forskellige aktører får mulighed for at få et fælles indblik i området. Det gælder de forskellige medarbejdergrupper i primærkommunale forvaltninger, Sprogcentret, det psykiatriske område og indsatsen i forhold til traumatiserede og psykisk sårbare indvandrere og flygtninge.

Sociale Udviklingscenter SUS sammenskriver efterfølgende projektets forløb i en rapport til Videnscenter for Socialpsykiatri, som har anmodet og finansieret opgaven gennemførelse. Konferencedeltagerne vil få tilsendt et eksemplar af rapporten.

Deltagerpris: 445 kr. inkl. forplejning samt efterfølgende tilsendelse af rapporten.

Tilmeldingsfrist: 21. oktober 2002 - brug venligst vedheftede blanket (tilmeldingen er bindende).

## Program:

- 09.00 Morgenkaffe og indskrivning
- 09.30 Velkomst v. Agnete Iversen, psykiatridirektør i Sønderjyllands Amt
- 09.45 Præsentation af foreløbig opsamling fra samtaler og interview i kommunerne v. konsulent fra SUS
- 10.25 Pause
- 10.40 Indlæg v. Lasse Jensen, Integrationskontoret i Tønder og Tina Munk, Integrationskontoret i Gråsten, Ulrik Lysgård, socialpsykiatrien, leder Niels Krstrup, RCT samt en repræsentant for psykiatrien. Herefter debat med salen.
- 12.00 Frokost
- 13.00 Kulturmødet - oplæg v. behandlingsleder Anne Marie Gottlieb, Center for traumer og torturoverlevende i Vejle
- 14.00 Pause med kaffe og kage
- 14.30 Orientering om formål og aktiviteter i:  
Videnscenter for Socialpsykiatri (VISP)  
Center for Transkulturel Psykiatri
- 15.10 Opsamling, SUS
- 15.30 Tak for i dag