



Årsberetning
2007-2008



OASIS
ÅRSBERETNING 2007-2008

Årsberetning 2007-2008

OASIS - Behandling og rådgivning for flygtninge

Redaktion: Ulrik Jørgensen, Bettina Jensen

Layout: Bettina Jensen

Tryk: Schultz Grafisk A/S

ISBN: 978-87-89425-24-5

ISSN: 1605-5084

Illustrationer: Kufani Alkufani, f. 1970 i Kufa, Iraq,

billedkunstner (maleri, fotografi, grafisk design)

alkufani@gmail.com

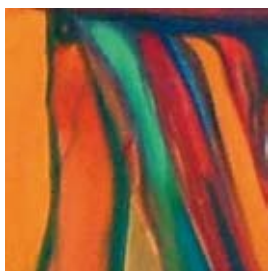
www.kufani.com

Digtet på side 13 er fra digtsamlingen "Nøglehullet"

og er gengivet med venlig tilladelse af forfatteren

Shamal Adel Salim, www.shamal.dk.

*Forsideillustration: Uden titel, 120 cm x 150 cm,
mixed media, 2004*



Indhold

Side

5	Forord
6	Beretning
16	20-års jubilæum
19	Erfaringer med introduktionsgrupper
27	Flerfamiliebehandling støtter familier til at se nye muligheder
32	Evidens - men hvordan ?
40	Bestyrelse
41	Medarbejdere
42	Støttekomité
43	Regnskab 2007 og 2008

*"Integration", 100 cm x 100 cm,
mixed media på lærred, 2003*



Forord



AF LIS EHMER OLESEN,
FORMAND

Den lettelse, vi alle følte, da OASIS den 1. januar 2005 kom under sygehusloven og dermed fik et fast økonomisk grundlag for sit behandlingsarbejde, blev hurtigt afløst af dybe frustrationer, fordi ventelisterne på behandling steg til uacceptable højder.

Behandlingsefterslæbet var på grund af de manglende økonomiske ressourcer i kommunerne blevet så stort, at det ganske oversteg OASIS' og de øvrige rehabiliteringscentres kapacitet. Der blev udvist stor kreativitet og entusiasme for at afhjælpe situationen og få visiteret og behandlet så mange som muligt inden for en acceptabel tidsramme med de bestående økonomiske og behandlingsmæssige ressourcer. Men alle følte sig magtesløse og følte, at de traumatiserede patienter, vi rent formelt havde mulighed for at hjælpe, ikke reelt kunne hjælpes.

Det daværende indenrigs- og sundhedsministerium nedsatte en arbejdsgruppe i erkendelse af den uholdbare situation, og det lykkedes at få overbevist de bevilgende myndigheder om, at uden en udvidelse af de ressourcemæssige rammer, ville en behandlingsmæssig udvidelse ikke kunne foretages.

Som en konsekvens heraf – og måske også set i lyset af den omsiggribende ventelistedebat – fik OASIS udvidet sin økonomiske ramme med godt 2,5 mio. kroner om året for de næste 3 år.

Det har gjort det muligt at udvide med et ekstra behandlingsteam og at foretage en reorganisering og yderligere specialisering af behandlingsarbejdet. De ændringer, der er sket, er en klar forbedring af behandlingstilbudet og giver tillige udvidet mulighed for metodeudvikling inden for børne-/familiebehandling, gruppebehandling og individuel behandling.

OASIS samarbejder både på nationalt og internationalt plan med andre rehabiliteringscentre om at udvikle de bedst mulige behandlingsmetoder til den særlige gruppe svært traumatiserede patienter, vi behandler. Derfor er det vigtigt, at der også ud over en øget behandlingsskapacitet skabes tid og mulighed for en øget metodeudvikling. Dette sker kun ved øget tilførsel af ressourcer. Vi afventer derfor med spænding – men også optimisme – resultatet af den ressourceindsprøjtning, OASIS får over de næste 3 år.

Det er den største udvidelse på én gang i OASIS' mere end 20-årige historie. Den er velgennemtænkt og velplanlagt, og vi er overbeviste om, at den vil blive til gavn for vore traumatiserede patienter og give dem en følelse af, at også de bliver prioriterede i det danske sundhedsvæsen.

Beretning

6 | Med ca. 250 henvisninger om året, er OASIS et af landets største rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge, og centret er på trods af sine 22 år på bagen fortsat i rivende udvikling både fagligt og organisatorisk. Det vidner den efterfølgende beretning for de seneste to år om. Fagligt bestræber vi os på at være på forkant med udviklingen i form af at orientere os om nye behandlingsmetoder og så vidt muligt integrere dem i vores rehabiliteringsarbejde, samt at deltage i internationalt arbejde m.m. Organisatorisk arbejder vi for at tilpasse organisationen de nye krav, det stiller at blive større og med flere ressourcer til rådighed. Flytning til større og bedre lokaler, samt udvidelse af ledelsen med en behandlingsleder, er led i denne udvikling.



AF ULRIK JØRGENSEN,
DIREKTØR

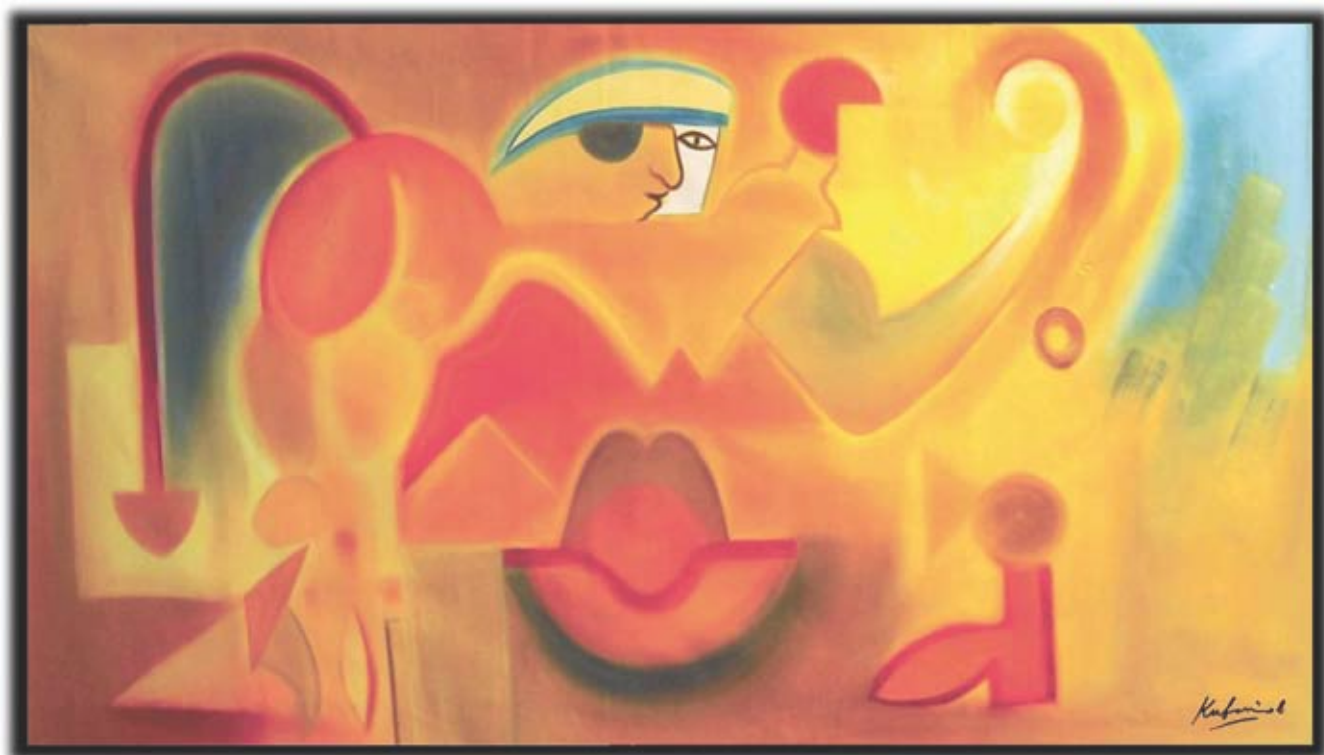
Arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser

I erkendelse af den uholdbare lange ventetid på behandling på rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge, nedsatte det daværende Indenrigs- og Sundhedsministerium i 2007 en "arbejdsgruppe om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge."

I arbejdsgruppen var repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Region Syddanmark, Region Sjælland, Kommunernes Landsforening, OASIS, RCT i København, RCT Jylland og Sundhedsstyrelsen.

Formålet var at se på, "hvordan den enkelte patient inden for de nuværende ressourcemæssige rammer, hurtigere kan tilbydes visiterende undersøgelse med henblik på at udpege, hvilket tilbud der er det rigtige for vedkommende."¹ Arbejds-

¹ Rapport fra arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge, side 3.



gruppens kommissorium var at kortlægge erfaringer vedrørende hurtig visiterende undersøgelse, henvisningsmønstre, behov for generelle visitationsretningslinier, vurdering af mulighed for indledende udredning forud for henvisning, samt vurdering af samarbejdet mellem sektorerne for denne patientgruppe.

Rapporten blev færdiggjort i februar 2008. Arbejdsgruppens anbefalinger pegede på muligheder for at optimere visitationsprocessen, således at patienterne får en hurtigere afklaring af, hvorvidt de skal i behandling. Det forventedes endvidere, at de patienter, som skal i behandling får optimeret ventetiden med relevante tilbud, indtil behandling kan startes, hvilket dog vil kræve særskilte ressourcer.

”Det ventes således, at anbefalingerne vil have en positiv effekt for dem, der skal behandles, men arbejdsgruppen finder ikke, at det er muligt at sandsynliggøre, at anbefalingerne har betydning for ventetiden til behandling.”²

Selvom det fremgik af kommissoriet, at arbejdsgruppen skulle se på muligheder for forbedringer inden for de nuværende ressourcemæssige rammer, vurderede arbejdsgruppens medlemmer fra de tre private behandlingscentre og Danske Regioner, at også de ressourcemæssige rammer udgør et væsentligt problem i forhold til ventetiderne.

Det må hilses med tilfredshed, at de politiske partier fra satspulje-forhandlingerne alle har erkendt dette og tildelt området yderligere kr. 75 mio. indtil 2012.

Allerede fra marts 2007 udvidede OASIS med en ekstra behandler med henblik på en hurtig visitation af de mange henviste patienter, som vi ikke hidtil havde haft kapacitet til at visitere, med mindre det ville gå alvorligt ud over behandlingskapaciteten. Ved udgangen af 2007 var vi i det store hele i bund med visitationer, således at nye henvisninger kunne blive visiteret inden for rimelig tid.

² Ibid., side 18.

Speciallægeerklæring for traumatiserede flygtninge

| 7

Som noget nyt indførte vi i 2007 et tilbud til kommunerne om at udarbejde speciallægeerklæring for traumatiserede flygtninge, som ikke er henvist til behandling i OASIS, idet der har vist sig at være et stort behov for den særlige kompetence, det er at undersøge og vurdere denne bestemte målgruppe. Erklæringen udformes som en traditionel speciallægeerklæring med fokus på bedømmelse af funktionsevne og prognose til afklaring i sagsbehandlingen ved aktivering eller afklaring af pensionsgrundlaget. Tilbuddet gælder naturligvis fortsat også for patienter, som allerede er i et behandlingsforløb i OASIS.

Metodeudvikling

Med mere end 20 år på bagen er OASIS stadig i udvikling og vækst. I disse år bliver der på internationalt plan forsket flittigt i udvikling af nye behandlingsmetoder i forhold til PTSD, som vi i OASIS skal følge med i og integrere i vores behandlingsarbejde, samtidig med at der fortsat er et stort behov for yderligere viden og forskning i forhold til den særlige gruppe, som traumatiserede flygtninge udgør. Hovedparten er ekstremt traumatiserede over længere tid, og traumerne er påført af andre mennesker. At disse mennesker adskilles fra deres hjemland og familie, er en yderligere dimension, som forstærker deres lidelser og som yderligere vanskeliggør tilværelsen. Dette komplicerer behandlings- og rehabiliteringsarbejdet og stiller store krav til behandlerne.

Visitationsprojekt

I 2006 igangsatte vi et projekt med det formål at kvalificere visitationsprocessen i OASIS. Vores hidtidige retningslinier for visitation sikrede en formel, overordnet konsensus om vi-



8 | sitationskriterier, men i praksis syntes det individuelle, kliniske skøn og vurdering imidlertid at medføre nogle forskellige resultater. For at kunne prioritere vores ressourcer optimalt fandt vi det derfor nødvendigt dels at undersøge nærmere, hvilke vurderinger der blev lagt til grund i de enkelte sager, og dels at undersøge, hvilke forudsætninger der skal være til stede hos den enkelte patient, for at vedkommende kan profitere af OASIS' rehabiliteringstilbud.

Projektet blev ledet af psykolog Tina Dam Kristensen, og arbejdet udmøntede sig i en rapport i juni 2007, som bl.a. nøje beskrev de forskellige begrebsapparater, som psykologerne gør brug af i deres vurderinger, samt anbefalinger til, hvordan der kan skabes mere klare retningslinier omkring visitationen.

I foråret 2007 ændrede vi vores praksis omkring visitationen fra stort set kun at være en psykologfaglig vurdering til at være en tværfaglig vurdering, hvor patienten som minimum bliver set både af psykolog, socialrådgiver og kropsbehandler. I særlige tilfælde inddrages desuden psykiater og somatisk læge. Dette har betydet, at anbefalingerne om at udarbejde en visitationsvejledning nu også omfatter de øvrige faggrupper.

Visitationsprojektet har dannet udgangspunkt for de visiterende faggruppers videre beslutninger om, hvad der skal lægges vægt på i de faglige vurderinger i forbindelse med visitationerne. Overordnet har forandringspotentiallet stået som et centralt begreb, som alle faggrupper skal forholde sig til i visitationen: Psykologerne på baggrund af bl.a. en vurdering af patientens evne til at tage ansvar for sig selv og sine handlinger, evne til at reflektere og evne til at indgå i en relationel kontakt. Dertil kommer en vurdering af patientens intellektuelle, sociale og uddannelsesmæssige ressourcer. Socialrådgiverne på baggrund af økonomi, opholdsgrundlag, social situation generelt, børn og familie,

socialt netværk og støttemuligheder bl.a. i forhold til de kommunale myndigheder. Kropsbehandlerne på baggrund af kropslige ressourcer, evne til at være i kontakt med kroppens signaler, belastninger af kroppen m.m. Der er således tale om en grundig visitationsprocedure, hvor den samlede vurdering sker på baggrund af flere faggruppers undersøgelser og konklusioner. I det omfang OASIS afviser at tage en patient i behandling, tilstræber vi på baggrund af vores visitation at videregive anbefalinger til den henvisende læge eller kommune.

Monitorering af rehabiliteringsarbejdet

Ultimo 2006 indgik 8 danske rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge et samarbejde med Marselisborg-Centret i Århus om et forsøg på at implementere WHO's "International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevne-nedsættelse og Helbredstilstand" (ICF) som led i centrenes monitorering af rehabiliteringen. I efteråret 2007 måtte et af de deltagende centre desværre lukke, hvorefter 7 centre var tilbage om projektet.

I starten af 2007 blev der nedsat en styregruppe med repræsentanter fra centrene, MarselisborgCentret og Center for Folkesundhed. Styregruppens opgave blev at forberede et pilotprojekt med ICF på de involverede centre.

I løbet af 2007 blev der nedsat en ekspertgruppe, som skulle udvælge de items fra ICF klassifikationen, som vurderedes mest relevante for centrenes målgruppe. Desuden blev der afholdt kurser for de deltagende behandlere fra centrene med henblik på en indføring i systemet samt 3 seminarer, hvor de enkelte items atter blev drøftet og vurderet i forhold til den praktiske gennemførelse. Der blev endvidere gennemført testninger af scoringerne med henblik på en vurdering af validiteten af de enkelte items.



Det forberedende arbejde blev gennemført i overensstemmelse med planen for projektet, således at gennemførelsen af pilotfasen kunne påbegyndes fra den 1. januar 2008. I pilotprojektet indgår en psykolog, en socialrådgiver og en kropsbehandler fra hvert center, og disse skal i fællesskab score 6 patienter ved henholdsvis opstart af rehabiliteringsforløb og efter max. 38 ugers behandling. Ved udgangen af 2008 var hovedparten af klienterne blevet scoret såvel ved behandlingens start samt efter max. 38 ugers behandling. Resultatet af pilotprojektet er i skrivende stund ved at blive gjort op, og den endelige projektrapport forventes færdig inden den 1. oktober 2009.

Psykoedukativ gruppe for ventelistepatienter

Som en nyskabelse i OASIS blev der i 2007 gennemført tre psykoedukative gruppeforløb for ventelistepatienter. Formålet er at give patienter, som er visiterede og som venter på at deres behandling skal starte, en introduktion til deres behandling i OASIS og en indsigt i, hvad det vil sige at være traumatiseret flygtning, psykisk, fysisk og socialt. Psykoedukation er undervisning i patientens lidelse. Det tager ikke udgangspunkt i den enkelte patient, men i de lidelser, som vi har erfaring med er almene følgevirkninger af svære traumatiske hændelser såsom tortur og krig. Det kan bl.a. dreje sig om posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), depression, fysiske følgevirkninger såsom smerter, søvnforstyrrelser samt almindelige sociale vanskeligheder, som opstår i kølvandet heraf.

Psykoedukation vil altid være en del af starten på et behandlingsforløb – også i den individuelle behandling. Fordelen ved at tilbyde psykoedukation i gruppe er, at der kan tilrettelægges et undervisningsprogram, som mange kan deltage i samtidig. I forløbet introduceres simple øvelser,

Hvad er ICF?

∴ ICF er et internationalt accepteret værktøj. ICF kan benyttes tværfagligt og tværsektorielt.

∴ ICF rummer et nyt paradigme, der anskuer funktionsevne i et bredt og dynamisk perspektiv. Det forventes at få betydning for, hvordan indsatser overfor personer med nedsat funktionsevne kommer til at udvikle sig i fremtiden.

∴ ICF flytter fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet.

∴ Formålet med ICF er at tilbyde et fælles, standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til helbredstilstande.

∴ ICF holder sig inden for rammerne af et bredt sundhedsbegreb og medtager ikke forhold, der ikke er helbredsrelaterede som for eksempel tilstande, der alene er forårsaget af socio-økonomiske faktorer.

∴ ICF integrerer det medicinske, naturvidenskabelige, og det psyko-sociale, humanistiske menneskesyn.

(ICF – Den danske vejledning og eksempler fra praksis, Sundhedsstyrelsen, 2005)

som patienterne selv kan arbejde med i ventetiden samt råd til, hvordan man f.eks. kan forbedre sin søvn. Patienterne kan her også have stor gavn af at udveksle erfaringer med, hvordan de hver især håndterer forskellige vanskeligheder. Der lægges vægt på, at den psykoedukative gruppe ikke er et forum, hvor patienterne fortæller om deres traumer, og heller ikke eksponerer mere sårbare personlige erfaringer omkring deres lidelser.



For mange af vores patienter har psykoedukation inden behandlingsstart været med til at lette opstartsfasen af behandlingen og evt. også gøre det nemmere at introducere egentlig gruppebehandling senere i behandlingsforløbet. Undersøgelser har også vist, at psykoedukation i sig selv har en signifikant effekt i forhold til lindring af symptomer.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Inden for de seneste par år har flere af terapeuterne i OASIS fået en skærpet opmærksomhed på de såkaldte mindfulness baserede terapier, som blev beskrevet af psykolog Stephen Mathiasen i OASIS' jubilæumsskrift i 2007. ACT er en af disse terapiformer, som har det særlige kendetegn, at fokus i terapien ikke er at skabe symptomlindring, men derimod at hjælpe patienterne til at forholde sig mere konstruktivt til symptomerne. Patienterne hjælpes til at finde nogle måder at leve med de begrænsninger, som alligevel er uden for ens personlige kontrol, samtidig med at man forpligter sig på at handle på en måde, hvor der kan ske noget nyt, som kan gøre livet mere meningsfuldt og rigt. Dette indebærer bl.a. øget opmærksomhed på og bearbejdning af undgåelsesadfærd, som på grund af det umiddelbare ubehag bidrager til en indskrænkning af livsperspektivet samt en villighed til forandring.

Studier af metoden har vist, at patienterne ikke blot får et mere tilfredsstillende og meningsfuldt liv, men at den også som sideeffekt faktisk skaber symptomlindring.

Den amerikanske psykolog Robyn D. Walser, der arbejder på The National Center for PTSD, Veterans Affairs, har særligt beskæftiget sig med ACT i forbindelse med post-traumatisk stresssyndrom (PTSD) og har med sine erfaringer fra arbejde med amerikanske krigsveteraner kendskab til en gruppe mennesker, som har meget til fælles med OASIS' patientgruppe.

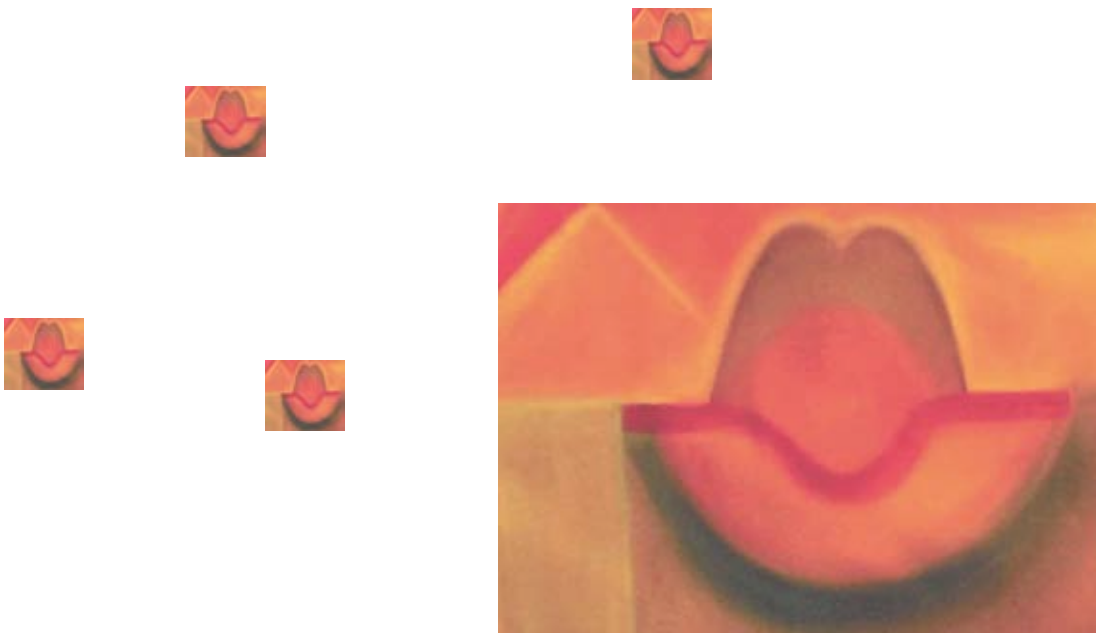
OASIS inviterede hende derfor i september 2007 til dels at afholde en endags workshop særligt for OASIS' personale og dels en 2-dages workshop for psykologer i Danmark, som arbejder med traumatiserede flygtninge.

I OASIS har vi efterfølgende nedsat en arbejdsgruppe, som skal arbejde videre med udviklingen af metoden i forhold til traumatiserede flygtninge som led i centrets metodeudvikling.

Flerfamilieterapi

En anden nyskabelse i OASIS' behandlingsarbejde har været indførelse af et tilbud om flerfamilieterapi efter Marlborough-modellen. Ifølge modellen arbejdes der simultant med 3-5 familier over et afgrænset antal sessioner med henblik på at styrke forældrene i deres rolle og forældrekompetence og at beskytte børnene mod at blive oversvømmet af forældrenes lidelser. Arbejdet med flere familier ad gangen giver mulighed for, at familier med lignende problemer bliver en ressource for hinanden, hvor de dels kan spejle deres egne problemer i andre familiers problemer og dels kan udveksle erfaringer og støtte hinanden i form af et familienetværk.

I 2007 pågik en række forberedende tiltag. Børne-/familieudvalget arrangerede bl.a. et foredrag i OASIS med Familieværkstedet Inter fra Tilst for den samlede personalegruppe. Inter har nu et par års erfaringer med Marlborough-modellen for etniske minoriteter. Desuden har børne-/familieudvalget været på studietur i London, bl.a. på Marlborough instituttet, med henblik på at få erfaringer med, hvordan modellen har været anvendt på det institut, hvor den er blevet udviklet, og der har været etableret en intern studiekreds, som har studeret og diskuteret det teoretiske grundlag for modellen.



OASIS gennemførte det første 13 ugers forløb i foråret 2008, hvorom der er udarbejdet en evalueringsrapport, der kan findes på OASIS' hjemmeside. Forløbet gav værdifulde erfaringer, som foreløbig skal omsættes i et nyt forløb i 2010. Flerfamilieprojektet er også beskrevet i en artikel på side 27.

Samarbejde med andre centre

OASIS har i 2007-2008 fortsat det gode samarbejde med andre rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge og torturofre i Danmark. På ledelsesplan mødes centrene 3-4 gange årligt med henblik på at holde hinanden orienterede om udviklingen på centrene, for at udveksle erfaringer og drøfte problemstillinger af fælles interesse. Dette har bl.a. udmøntet sig i det tidligere omtalte ICF-projekt.

Også faggrupperne på centrene mødes 2 gange om året med henblik på at udveksle og drøfte faglige problemstillinger, og en gang årligt mødes centrene på et landsmøde for medarbejdere og ledelse med et fagligt tema som udgangspunkt.

På bestyrelsesniveau mødes OASIS en gang årligt med RCT og RCT Jylland til mere overordnede drøftelser på området.

Foredrag, undervisning og supervision

OASIS har i årevis tilbudt foredrag, undervisning og kurser, som relaterer sig til det område centret arbejder med. Vi har selv arrangeret kurser for en bredere kreds af professionelle, der arbejder med flygtninge med vores medarbejdere som undervisere eller med eksterne eksperter. Vi har også arrangeret kurser skræddersyet til arbejdspladsers særlige ønsker, ligesom vi på opfordring har holdt utallige foredrag i ind- og udland. Dertil kommer, at OASIS jævnligt bliver anmodet om at yde supervision til behandlere, der i deres professionelle

arbejde kommer i kontakt med traumatiserede flygtninge.

Det er alle aktiviteter, som vi lægger stor vægt på, idet vi er af den opfattelse, at større viden om flygtninge og flygtnings traumatiske baggrund og reaktioner herpå, samt hvordan der kan arbejdes med det, er vigtig af hensyn til at forebygge en forværring af problemerne, såvel på det helbredsmæssige som på det sociale plan.

OASIS har i 2007-2008 været hyret til adskillige foredrag, workshops og kurser inden for temaer som:

- Krop og traumer
- Traumatiserede børn og familier
- Rehabilitering af traumatiserede flygtninge
- Belastninger i arbejdet med flygtninge

Dertil kommer, at flere institutioner har modtaget supervision af medarbejdere i OASIS.

Af større opgaver indgik OASIS i 2008 en kontrakt med Københavns Amts Behandlingscenter for Stofbrugere (KABS) om et kursusforløb omkring Traumer tab og kriser, bestående af et endags foredrag samt opfølgende undervisning i forskellige specifikke temaer 4 gange for 4 afdelinger i KABS. Desuden indgik vi en kontrakt, hvor en medarbejder i OASIS ydede supervision til 2 medarbejdere i KABS omkring et specifikt projekt.

Ligeledes i 2008 indgik OASIS en kontrakt med det nyoprettede Psykiatrisk Center for Traumatiserede Flygtninge på Gentofte Sygehus om undervisning og supervision i centrets arbejde med kognitiv adfærdsterapi af traumatiserede flygtninge. Supervisionskontrakten er blevet fornyet i 2009.

Deltagelse i internationale konferencer

En vigtig måde at følge med i den nyeste forskning og udvikling af behandlingsmetoder inden for området af behandling af traumatiserede flygtninge, er at deltage i internationale konferencer.

I juni 2007 deltog 3 medarbejdere fra OASIS i European Conference on Traumatic Stress (ECOTS) i Opatija, Kroatien. Konferencen, som afholdes hvert andet år, har særligt fokus på forskning i posttraumatisk stressbelastning (PTSD) og udviklingen af nye metoder til behandling af PTSD.

I maj 2008 deltog 3 medarbejdere i en konference arrangeret af European Society for Trauma and Dissociation (ESTD) i Amsterdam. Konferencens tema var: "Chronic Traumatization: Disrupted Attachment". Formålet med denne konference er at skabe et særligt fokus på dissociative lidelser som følge af PTSD, hvilket er særlig relevant i forhold til svært traumatiserede personer, dvs. personer som er blevet traumatiseret igennem længere tid og flere gange, og hvor traumatiseringen er sket som følge af vold og krænkelser. Konferencen var den første af sin art i Europa, men vil fremover blive arrangeret hvert andet år.

Ligeledes i maj 2008 deltog afspændingspædagog Lea Bentsen i 4th European Congress of Psychomotricity i Amsterdam. Temaet var: "Crossing Borders". Lea Bentsen bidrog med en workshop med titlen "Working with the Traumatized and Dissociated Body".

Desuden deltog ledelsen i en konference arrangeret af International Society for Health and Human Rights (ISHHR) i Peru. Dette er en tilbagevendende konference hvert 3. år, og er den eneste internationale konference, som specifikt samler behandlingscentre og organisationer, som arbejder med rehabilitering af mennesker, som har været udsat for menneskerettighedskrænkelser. På konferencen præsenterede OASIS' direktør Ulrik Jørgensen og centerleder for RCT Midtjylland det fælles ICF projekt på vegne af de 7 danske centre, som deltager i projektet (se tidligere).

Internationalt

OASIS er fortsat tilknyttet det europæiske netværk af centre for torturofre og ofre for organiseret vold. Under netværket

er der nedsat 5 arbejdsgrupper, som arbejder for at styrke samarbejdet mellem centrene på områderne: fundraising, fortalervirksomhed, forskning, behandling og dokumentation. OASIS har valgt at deltage i arbejdsgrupperne vedr. behandling og forskning.

Mødet i 2007 fandt sted i Antalya i Tyrkiet. Arbejdsgruppen vedrørende behandling måtte i det store hele konstituere sig på ny, idet flere tidligere deltagere ikke deltog i dette års møde. Gruppen besluttede sig på mødet for at sende spørgeskemaer ud til centrene med henblik på at få et overblik over på hvilke centre, man har særlige tilbud til børn og familier samt indholdet i disse tilbud. Arbejdsgruppen vedr. forskning fremlagde resultaterne af en opfølgende undersøgelse af, hvilke forskningsprojekter der foregår på de europæiske centre, og tre af disse projekter blev fremlagt på mødet, herunder det danske ICF-projekt.

Mødet i 2008 foregik i Dublin, hvor OASIS deltog med de samme personer og i de samme arbejdsgrupper som de foregående år. Arbejdsgruppen vedr. forskning fik på dette møde bl.a. til opgave at forberede mødet i 2009, som skal have særligt fokus på forskning i rehabilitering af torturoverlevende og overlevende efter organiseret vold.

I efteråret 2008 blev OASIS' direktør Ulrik Jørgensen inviteret til at deltage i landsmødet for de tyske centre for traumatiserede flygtninge i Jena den 8.-9. november. Baggrunden for invitationen var, at mange af de tyske centre i en årrække er blevet finansieret af bl.a. kirkelige organisationer, private fonde og EU. EU har nu besluttet sig for at stoppe bevillingerne til centrene, idet EU Kommissionen har besluttet kun at yde midlertidige bevillinger, med en forventning om at de enkelte medlemslande efterhånden selv overtager finansieringen. Derfor har de tyske centre vendt ansigtet mod naboerne i nord, som nu er uafhængig af EU støtte i kraft af, at der er indgået driftsoverenskomster med

(fortsættes på side 12)



KULTURNAT 2007

Ved den årlige kulturnat i København den 12. oktober 2007 afholdt OASIS et åbent hus arrangement med foredrag, plancheudstilling, digtoplæsning og billedudstilling. Vi vurderer, at vi i aftenens løb havde besøg af ca. 120 interesserede gæster, som vi, udover det formelle program, også kunne byde på en lettere servering og en uformel snak med de tilstedeværende medarbejdere.

Beklageligvis kan OASIS ikke længere deltage i Kulturnatten, idet Kulturnattens sekretariat har bestemt, at kun organisationer der har til huse i bygninger af særlig arkitektonisk interesse kan deltage.

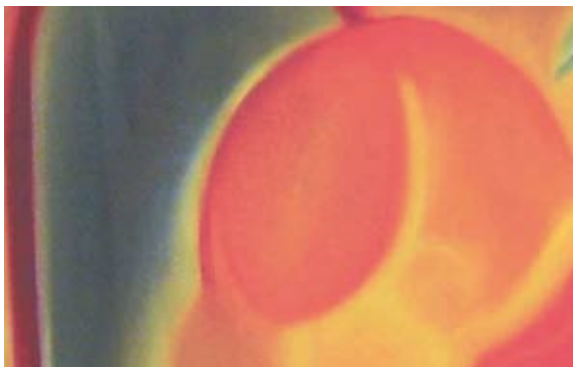


Skuespiller Terese Damsholt læser digte på Kulturnatten af iranskfødte digter og maler Shamal Adel Shalim, der har boet som flygtning i Danmark siden 1992.

Til bødlen

Du løj
 Du løj
 Ja, du løj igen og igen
 Fordi nu kan jeg elske
 Jeg elsker
 og bliver elsket
 Jeg skriver
 Og alt hvad jeg skriver bliver læst
 Du løj
 Jeg tegner nu
 Og mine tegninger bliver set af andre
 Jeg synger
 Og min stemme bliver hørt
 Du løj
 Du løj
 Fra nu af er jeg ikke din slave,
 du er heller ikke min herre
 Du er
 Bøddel
 Løgner
 Ja, du er løgner
 Jeg er din slave
 Du lever i fængslet
 Og jeg er fri
 Du er en slave og dit liv er elendigt.
 Du løj - bøddel!

Shamal Adel Salim



14 |



det offentlige. Ulrik Jørgensen blev inviteret til at fortælle om, hvordan rehabiliteringen af traumatiserede flygtninge er organiseret i Danmark med henblik på at vurdere, om en tilsvarende model ville kunne implementeres i Tyskland.

Personale

I slutningen af 2007 måtte vi i OASIS desværre tage afsked med 3 af vores ældre medarbejdere, der alle valgte at gå på efterløn. Marianne Krogh blev den sidste af de oprindelige stiftere, som forlod OASIS efter mere end 20 års ansættelse som teamsekretær. Susan Møller havde haft ansættelse i mere end 16 år som psykoterapeut, og Stephen Mathiasen i 15 år som psykolog. Disse tre tidligere medarbejdere har alle ydet et vigtigt bidrag til det høje faglige niveau, som i dag præger centrets arbejde.

Desuden forlod socialrådgiver Linda Secher OASIS efter kort tids ansættelse i starten af 2007. Sinne Dunker blev ansat i den ledige socialrådgiverstilling, i psykolog og psykoterapeutstillingerne blev ansat henholdsvis psykolog Erling Groth som behandlingsleder og psykolog Camilla Bruun. I den ledige sekretærstilling ansatte vi Marija Groth, som dog forlod sin stilling igen efter få måneder. I hendes stilling tiltrådte den 1. juni 2008 Britta Darre. Endelig udvidede OASIS med afspændingspædagog Lea Bentsen fra den 1. marts 2007.

I erkendelse af det stadigt stigende antal opgaver i OASIS, besluttede vi os i 2007 for at udvide ledelsen, således at ledelsen af behandlingsarbejdet blev udskilt som et særligt ansvarsområde. Pr. den 1. oktober blev psykolog Erling Groth ansat i stillingen som behandlingsleder og souschef.

Den ekstra bevilling fra satspuljen har betydet, at OASIS fra den 1. januar 2009 har kunnet udvide med 3 behandlinger, en deltid teambehandlersekretær og en længe tiltrængt assistent på deltid til vores regnskabschef. De nye

medarbejdere er: psykolog Espe Maria Kahler, socialrådgiver Line Kirkemann Hansen, afspændingspædagog Carsten Jürgensen, teamsekretær Tenna Lund Espersen og regnskabsassistent Joan Tveskov.



| 15

Henviste patienter 2007-2008

Nationalitet	2007	2008
Afghanistan	12%	14%
Albanien	2%	3%
Bosnien	8%	7%
Irak	39%	34%
Iran	7%	12%
Kosovo	1%	2%
Libanon	13%	14%
Pakistan	4%	0%
Statsløse palæstinensere	3%	0%
Tjetjenien	0%	4%
Tyrkiet	0%	2%
Andre	11%	8%
Antal nationaliteter i alt	20	20

Køn*	2007	2008
Mænd	52%	56%
Kvinder	48%	44%

* opgjort af individuelle henvisninger

Alder	2007	2008
1-9 år	8%	6%
10-19 år	11%	10%
20-29 år	8%	5%
30-39 år	25%	28%
40-49 år	30%	35%
50-59 år	15%	15%
60-63 år	3%	1%

Sagsstatus	2007	2008
Individuelle henvisninger	138	162
Henvist som familie	52	52
Ikke angivet	5	3

Speciallægeerklæringer	2007	2008
Antal	50	60

Kunstneren Adi Holtzer malede dette billede til OASIS i anledning af centerets start i 1987. Billedet blev endvidere trykt som en plakat til promovering af det dengang nye center.



20-ÅRS JUBILÆUM

Den 1. juni 2007 fejrede OASIS 20 års jubilæum. Dette gav os anledning til at gøre status.

Efter 20 år er OASIS et velkonsolideret rehabiliteringscenter for traumatiserede flygtninge. Vi har driftsoverenskomst med Region Hovedstaden og hører under det frie sygehusvalg. I den offentlige debat tales der ikke længere kun om torturoverlevendes vanskeligheder, men begrebet "traumatiserede flygtninge" er blevet en anerkendt betegnelse, som indikerer, at man både i offentligheden og blandt politikere anerkender, at flygtninge kan være traumatiserede af andre grunde end tortur, og at disse flygtninge også kan have stort behov for hjælp til at blive rehabiliteret, så de kan fungere i samfundet, i familien og i andre sociale relationer.

OASIS startede som en græsrodsorganisation dannet af 10 tidligere medarbejdere fra Rehabiliterings- og forskningscenter for Torturofre (RCT) i 1987. Centret blev etableret uden offentlige tilskud.

Ideen var at skabe et tilbud til traumatiserede flygtninge med psykiske, fysiske og sociale problemer som følge af krig, borgerkrig, forfølgelse, tortur m.m. Tilbuddet skulle med andre ord dække en bredere målgruppe end torturofre. Tilsvarende skulle behandlingen tage udgangspunkt i flygtningens samlede livssituation med de belastninger, der følger af at leve i eksil og være traumatiseret fra sit hjemland og evt. i forbindelse med flugten. Indsatsen skulle være tværfaglig, således at der blev taget vare på både de psykiske, fysiske og sociale belastninger, flygtningene led under.

I dag kan traumatiserede flygtninge få gratis tilbud om rehabilitering på lige fod med tilbud om en ny hofte. Det kræver blot en henvisning fra en læge. Samfundets anerkendelse af at krigs- og torturtraumer kan være psykisk og fysisk invaliderende, og at det er en samfundsmæssig opgave at afbøde følgevirkningerne af hensyn til de pågældendes psykiske og fysiske sundhed, er et stort skridt i den rigtige retning. Men det har også betydet, at en meget stor gruppe flygtninge med et rehabiliteringsbehov har søgt hjælp.

20-års jubilæet blev fejret med en reception for samarbejdspartnere, bidragsydere og venner af huset. Blandt festtalerne var daværende direktør for Institut for Menneskerettigheder og tidligere bestyrelsesmedlem for OASIS, Morten Kjærum, hvis tale kan læses i sin helhed på de følgende sider. Desuden udstillede den irakiske kunstner Shamal Adel Salim en række af sine billeder og læste op af sine digtsamlinger. Ca. 100 mennesker mødte op i vores nye lokaler på Strøget og fejrede dagen sammen med os, hvilket gjorde den til en mindeværdig begivenhed.

På dagen udgav vi endvidere et jubilæumsskrift, "OASIS 1987-2007", med en række gode faglige artikler forfattet af såvel eksterne som interne forfattere. Jubilæumsskriftet kan fortsat rekvireres gratis ved henvendelse til OASIS.



Festtale af Morten Kjærum i anledning af jubilæet:

Kære venner

Hjertelig tillykke med fødselsdagen. 20 år så er man blevet stor, smuk, kraftig og voksen – og det er OASIS. Men er det egentlig noget at lykønske med?

En organisation som OASIS havde vi jo alle håbet og måske endda troet ikke ville blive særlig gammel. For tyve år siden i slutningen af 1980'erne havde vi vel alle et lille, velbegrunderet håb om, at så grove menneskeret-tighedskrænkelser som tortur ville høre en særlig primitiv fortid til. Det store undertrykkende apparat i den kommunistiske blok kollapsede, og demokratiseringsbølgen, som allerede var startet nogle år tidligere i Sydamerika, fik fat i store dele af den resterende verden.

Men tyve år senere er OASIS desværre stadig en flot og stærk institution, der fortsat arbejder med rehabilitering af torturofre. Jeg er imponeret over det arbejde, I udfører på alle Jeres kerneområder ... behandling, undervisning og de internationale programmer.

Rehabilitering af torturofre står i dag globalt som en central komponent i det menneskeretlige arbejde. Oprindeligt blev det grundlæggende betragtet som en medicinsk/psykologisk disciplin – uden at jeg skal gå ind den kamp. Men i dag er arbejdet godt forankret i

det menneskeretlige univers, hvilket vi meget konkret understreger ved, at OASIS sidder i menneskerettighedsrådet under IMR, og IMR har i mange år haft en repræsentant i bestyrelsen for OASIS.

I arbejder med ofre for menneskeretlighedskrænkelser og bidrager dermed ikke kun til at lindre smerten for den enkelte, men også til at synliggøre omfanget og dybden af denne voldsomme krænkelse af et menneskes autonomi og værdighed som menneske. I bidrager gennem de enkelte historier til at skaffe nødvendig viden om, hvad der fører til, at tortur eksisterer og hvad det gør ved det enkelte menneske både offer og bødde.

Den amerikanske forfatter Ogden Nash skrev et lille digt, som er så væsentligt, at jeg lige vil læse det:

*Any kiddie in school can love like a fool
But it takes an art to hate*

Og det er netop den "art to hate", vi skal prøve at forstå og trænge ind i, for at vores håb fra 80'erne endelig kan blive en realitet.

Men vi må nok ruste os med tålmodighed, for siden 11.9 har hadekulturen fået medvind. Helt konkret kunne
(fortsættes)

vi efter 11.9 høre ikke kun USA's præsident men også mange andre forsvare anvendelsen af tortur. Der blev sendt et signal om, i kampen mod terrorister gælder ingen regler, ikke engang det fasttømrede absolutte forbud mod tortur. Vi kender alle historierne fra Abu Ghraib og Guantanamo og i stigende grad også fra Afghanistan, hvor der er også en dansk dimension på problemstillingen.

Hvis man overhovedet kan tillade sig at se noget som helst positivt i, hvad der er sket, så vil jeg alligevel pege på, at vi i de senere år har set en retræte fra Bush, fra de militærfolk der priste anvendelsen af tortur og endelige fra nogle af mine kollegaer, som blev grebet af stemningen og pludselig ikke længere kunne se meningen i et absolut forbud mod tortur. Diskussionen kører nu på, hvad der er tortur og hvad der er almindelig afhørings teknik. Her er det interessant at se, at man forsøger at forsvare anvendelsen af vandbrættet, som er en torturmetode opfundet under inkquisitionen, senere raffineret af kineserne og nu anvendt af amerikanerne som en forhørs metode, der ifølge dem ikke kan betragtes som tortur. Nå, i det mindste genvandt vi lidt terræn, men der er lang vej endnu.

Signalerne fra USA på dette punkt har slået arbejdet flere år tilbage. For lande, som var ved at reformere deres retsvæsen og modernisere politiet, fik pludselig et påskud til at vende tilbage til gamle former. De henviser blot til, at de sammen med USA var ude i en krig mod terrorisme med USA. Det gælder i særdeleshed Rusland.

Men kunsten af hade strækker videre. Dæmoniseringen af de andre, dem vi er ude at bekæmpe, foregår hver eneste dag. Kig i vores aviser, se fjernsynet og læg øret til den politiske debat. Her taler vi om den langsigtede tortur eller det der hedder kinesisk tortur. Et dryp, et dryp, et dryp ... hvert enkelt dryp er ikke en katastrofe, men den samlede mængde af dryp gør noget alvorligt ved det enkelte menneske.

Heldigvis er de fleste mennesker så ressourcefulde, at de kan modstå presset, men ikke alle er det. Det vi gør ved unge muslimske mænds selvopfattelse i disse år, kan vi komme til at høste dyrt.

En irsk forsker, som jeg talte med i Bryssel i går, fortalte, hvordan konflikten i Irland, som varede i 30 år, var blevet holdt i live gennem den brutale marginalisering, de unge var blevet udsat for i opvæksten.

Som i Irland opstår en del af problemet ved, at vi lykkes i at koge de andre ned til singulære identiteter. Vi ser dem kun som muslimer og katolikker.

Ok – det en sandhed med modifikationer: En engelsk ven, jeg kender, sagde for nylig til mig, at i de gode gamle dage var hans singulære identitet "neger" – sådan en der går med skydevåben og sælger narko. Han længtes tilbage, for nu kunne mange åbenbart kapere

mere end en identitet hos de andre, for nu opdagede man også, at han er muslim. Sådan en med terrorbomben.

Jeg har hele tiden sagt vi. For ingen af os bor i en osteklokke. Så vi er alle påvirkede af det enorme bombardement. Den amerikanske journalist fortæller om, hvordan han tidligt i 90'erne første gang fik fornemmelse af konflikten mellem islam og kristendom. Han var strandet i en lufthavn, hvor CNN kørte uafbrudt. I løbet af de timer han havde siddet og ventet, var der gået en endeløs strøm af negative nyheder og indslag fra den islamiske verden. Da stod det ham klart, at noget var i bevægelse.

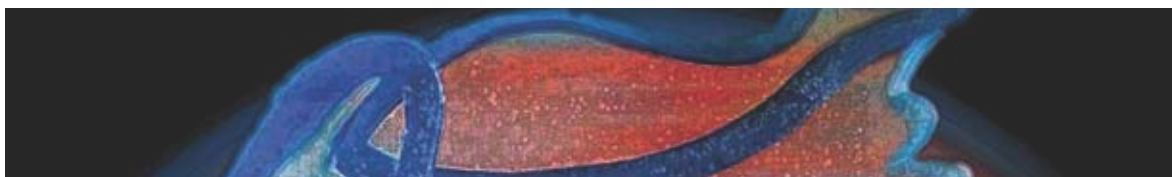
Derfor må vi alle hele tiden arbejde med de stereotyper og fordomme, som vi slæber rundt på. Der hvor vi især skal være opmærksomme på dem, er der, hvor vores handlinger på en eller anden måde kan få indflydelse på "de andre". Der må vi hele tiden standse op og overveje, om det er fordomme og stereotyper, der dikterer vores handlinger, eller om vi er reelt åbne og lyttende over for den eller de personer, vi står overfor.

Jeres arbejde i OASIS handler om det centrale – det vi er ved at miste evnen til – nemlig at se det enkelte menneske i dets egen værdi og værdighed. Se det enkelte menneske i dets mangfoldighed. Anerkende at vi er så meget mere end vores religion, etnicitet, køn, handicap, uddannelse – vi er en kombination af det hele, og det skal jeg ikke bevæge mig for langt ud i blandt alle disse psykologer, som er til stede her i dag.

Der er ikke meget der tyder på, at Jeres arbejde bliver overflødig de næste mange år. Der bliver også i fremtiden brug for "et sted hvor flygtninge restituerer sig efter krig, tortur, forfølgelse, flugt, fra eksilering og massive tab, således at de får de bedst mulige betingelser for en meningsfuld og tryk tilværelse i det danske samfund." Det er den måde, OASIS beskriver sin mission, og den behøver I ikke at lave om.

Jeg håber inderligt, at I løber tør for kunder, men indtil da håber jeg, at I vil få optimale muligheder for at fortsætte og udbygge det fantastiske arbejde, I har udført i 20 år. Tak for den kæmpe indsats, som ikke har været omkostningsfri for de mange seje medarbejdere, der har og har haft deres daglige gang i OASIS.

Tak for Jeres opmærksomhed.



Erfaringer med introduktionsgrupper



AF TINA DAM KRISTENSEN,
PSYKOLOG

Baggrund

Siden OASIS kom under sundhedsloven og lov om frit sygehusvalg, og behandlingen dermed blev gratis, har der været en tilvækst i antallet af henvisninger. Dette har medført tidvis lang ventetid på behandling. Ventetiden opleves ofte som en stor belastning for patienterne, og mange beretter om en decideret forværring af deres tilstand, mens de står på venteliste. OASIS ønskede på den baggrund at opstarte et tilbud til ventelistepatienter om deltagelse i psykoedukativ gruppe. Første gruppe startede i januar 2007, og der har været ny gruppestart hvert halvår siden da. En gruppe på 3 behandlere udviklede det første koncept for ventelistegruppen, fik gruppen startet op og gennemførte 2 gruppeforløb. Siden har andre behandlere, derunder artiklens forfatter videreført og -udviklet det oprindelige koncept.

Indhold

Formålet med gruppen var at forberede deltagerne på behandlingen i OASIS samt at give dem indsigt i deres tilstand og situation via psykoedukation, især med henblik på at hindre en forværring af deres tilstand i ventetiden. Psykoedukation indgår desuden ofte som et element i den øvrige behandling.

Det blev oprindeligt besluttet at gruppen, i tråd med det tværfaglige behandlingskoncept som OASIS i øvrigt praktiserer, skulle undervises af alle faggrupper; dvs. at en psykolog, en socialrådgiver og en kropsbehandler skulle forestå undervisningen af deltagerne. Hvert faglige udgangspunkt kunne bidrage med indsigt i deltagerens tilstand og situation og undervise i umiddelbart anvendelige copingstrategier; samt forberede deltagerne på, hvad de kunne forvente af den tværfaglige behandling i Oasis.

Gruppedeltagerens ventelistestatus medførte, at det ikke var muligt med en individuel fokus. En vigtig præmis for gruppen blev derfor, at det ikke var tilladt at berette om individuelle traumeoplevelser, men dog selvfølgelig mulighed for at stille spørgsmål om aktuelle og konkrete vanskeligheder og symptomer. Denne regel blev indført dels som sikring af, at de enkelte gruppedeltagere ikke fik aktiveret traumemateriale, uden at OASIS var i stand til at tilbyde den individuelle støtte til at håndtere det. Dels var der en hensyntagen til resten af gruppemedlemmerne, idet deres stærke medleven i hinandens historie kunne medføre aktivering af traumemateriale hos andre gruppedeltagere, såfremt en enkelt fortalte frit. Tavsheds- og mødepligt var en selvfølge at understrege.

Form

Til en begyndelse blev det besluttet, at gruppen skulle forløbe over 6 mødegange a 2 timers varighed 1 dag ugentlig. Antallet af patienter visiteret til gruppen skulle være minimum 8 og maksimum 15. Målgruppen var visiterede patienter, der afventede behandling på ventelisten. Gruppen måtte nødvendigvis være sprogligt homogen, idet der kun skulle være 1 tolk tilstede, og det har vist sig, at i praksis blev det arabisktalende patienter, idet de aktuelt udgør størstedelen af henvisningerne. Det blev også besluttet, at der skulle være 1 gennemgående person gennem alle mødegangene for at sikre en vis kontinuitet. Denne har været psykologen, der også er rammeansvarlig og koordinator for gruppearbejdet. Der skulle dog være mindst 2 undervisere tilstede ved hver gruppegang. Det blev besluttet at afsætte tid til at evaluere gruppeforløbene med henblik på eventuel etablering af et mere permanent tilbud.

I overvejelserne omkring gruppens form blev det ligeledes besluttet, at der skulle være en dynamisk vekslen mellem oplæg fra underviserne og øvelser. De fleste af OASIS' patienter er præget af svære vanskeligheder med koncentration og hukommelse

som nogle af de klassiske symptomer på PTSD, og har desuden mange kropslige smerter og gener. For at deltagerne skulle kunne få et udbytte af en undervisningssituation på trods af disse symptomer, måtte formen nødvendigvis være konstrueret derefter, med kortere undervisningsforløb afbrudt af kropslige øvelser og eventuelt nærværs-stimulerende øvelser. For at afhjælpe hukommelsesvanskelighederne udleverede vi desuden et ark papir hver mødegang, hvor de vigtigste pointer i dagens undervisningen var beskrevet på arabisk; og vi afsluttede desuden forløbet med at samle alle disse udleverede ark i en lille mappe, som alle mødedeltagere fik udleveret.

Et gruppemøde

En typisk mødegang kunne mere konkret beskrives således: Først blev de fremmødte deltagere hentet i venteværelset. Tiden i venteværelset kunne være vanskelig for nogle patienter, som var præget af megen social ængstelighed. Generelt syntes gruppedeltagerne imidlertid at blive forbavsende hurtigt trygge ved hinanden, og underviserne oplevede at måtte afbryde mange hyggelige stunder i venteværelset, hvor gruppedeltagerne havde sat sig sammen og talte, læste avis eller tegnede sammen. Oftest var der en eller

flere aflysninger, hvis årsag underviserne helst omtalte åbent, for på den måde at styrke gruppesammenholdet. Herefter gik vi i samlet flok til OASIS' store mødelokale på etagen ovenover, hvor vi undervisere på forhånd havde søgt at skabe en tryk stemning med indretningen og te/kaffe fremme mv. Nogle gange var det hensigtsmæssigt at starte med at følge op på sidste mødegang, der kunne have udløst eftertanke eller presserende spørgsmål; andre gange syntes gruppedeltagerne klar til at kaste sig ud i dagens tema, straks efter vi havde præsenteret dette.

Undervejs i oplægget kunne gruppedeltagerne være overraskende fokuserede, med mange aktive spørgsmål, diskussioner og overvejelser. Underviserne oplevede dog også, at deltagerne hurtigt kunne udtrættes, med mentalt fravær eller kropsligt ubehag og uro til følge. Underviserne forsøgte at holde pauser ud fra en dynamisk fornemmelse af dette udtrætningspunkt. Såfremt indholdet af undervisningen var meget aktiverende og deltagerne blev meget berørte, kunne det også være hensigtsmæssigt med en lille pause undervejs.

Når oplæggene var afsluttet, ønskede mange gruppedeltagere ofte at stille yderligere spørgsmål vedrørende

Et eksempel på psykologens oplæg i punktform

At leve i eksil med traumer:

∴ Hvordan forstår vi traumer? Almengørelse / normalisering af stærke psykiske og kropslige reaktioner på ekstreme oplevelser. Hvordan chok og stress kan blive permanent for sind og krop. Den svære fokus på fortiden som følge af symptomerne (flash-back, genoplevelser, intrusive tanker, mareridt) og ønsket om at være bedre i stand til at være nærværende i nutiden. Hvordan leve med sin fortid og symptomerne? (Tegning 1)

∴ PAUSE med mindre kropsøvelser.

∴ Tanker. Radio-metafor: Sindet som en automatisk og uafbrudt tændt radio, der uafslutteligt producerer tanker. Kanalerne sender indhold fra ens liv (tanker), dvs. når man er traumatiseret, er der ofte en "krigskanal" eller en "bekymringskanal". Medfører konstant intrusive tanker om skader, ulykker, bekymringer, angst. Problemer opstår, når man bliver for optaget af de automatiske tanker og glemmer omgivelserne, ikke er nærværende, og ikke opdager f.eks., at ens børn løber glade og leger i solen. De fleste patienter i OASIS forsøger af alt magt at undgå disse tanker, kæmper imod dem uden held. Undgåelsens dynamik – elastik-metafor (det, man søger at undgå, tiltrækkes endnu stærkere). Behandlingen kan hjælpe til at finde ud af, hvordan man kan bruge sine kræfter anderledes mhp. at opnå nutidsfokus og nærvær.

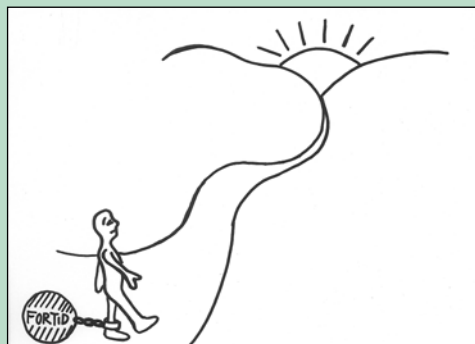
∴ PAUSE med mindre kropsøvelser, te/kaffe mv.

∴ Følelser. Evnen til at kontrollere sine følelser som tema for mange patienter. Oplevelsen af ikke at kunne genkende sig selv pga. problemer med affektkontrollen. Skelne mellem følelser og handlinger – normalisere følelsesmæssige reaktioner. Undgåelse af følelser. Dæmnings-metafor (tegning 2.1) – om fokus på at holde vandet (følelser) væk og angst for at drukne, hvis man giver slip. Følelserne opleves voldsommere og farligere. Andre strategier end undgåelse og hvordan psykologen hjælper med at mærke følelser i "mindre portioner", på mere reguleret og dermed udholdelig måde (tegning 2.2). Beskrivelse af copingstrategier i fht. eksplosiv vrede eller angstanfald (tegning 2.3).

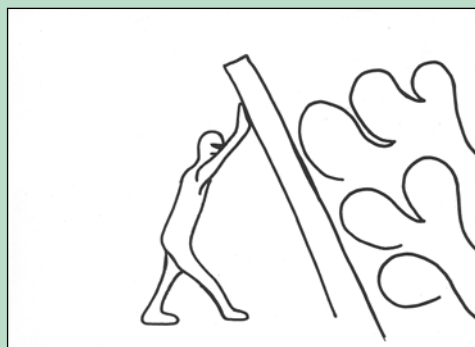
∴ PAUSE med mindre kropsøvelser.

∴ Eksilets livsbetingelser. Tab og sorg. Nyorientering og tilpasning. Fastholde gode værdier. Samfundsmæssige og sociale vilkår for vores psykiske tilstande.

∴ AFSLUTNING



Tegning 1



Tegning 2.1



Tegning 2.2



Tegning 2.3



Uden titel, 70 cm x 100 cm, mixed media, 2005

deres individuelle situation. Underviserne havde på forhånd besluttet, at vi kun ganske kort (men venligt) kunne kommentere generelt på sådanne forespørgsler, idet vi måtte opretholde den gruppefokus, der skulle adskille undervisningen fra individuel behandling.

Evaluering

Underviserne har ønsket at evaluere både form og indhold. Til en begyndelse blev forløbet skriftligt evalueret af gruppeditagerne ved besvarelse af spørgeskema. Da besvarelserne havde meget blandet oplysningsniveau, valgte nuværende undervisergruppe en mundtlig gruppeevaluering med på forhånd formulerede spørgsmål (semi-struktureret gruppelinterview).

Erfaringerne fra de psykoedukative forløb er inspirerende og vækker til megen eftertanke. I det følgende vil vi beskrive nogle af de diskussioner, som evalueringerne af gruppeforløbene har dannet grundlag for i undervisergruppen.

Form og indhold af gruppeforløbet har ændret sig noget undervejs som følge af erfaringerne og evalueringerne. For eksempel var der i begyndelsen 2 undervisere, som gav oplæg på samme mødegang, der var af 2 timers varighed. Evalueringerne fra den oprindelige undervisergruppe gav nogen indikation om, at mødegangene var for lange for patienterne; og efterfølgende har underviserne valgt, at mødegangene kun skal være 1,5 time lange med 2-3 indlagte pauser undervejs. For at mødegangen ikke hermed blev for usammenhængende, besluttede underviserne endvidere, at kun 1 underviser skulle være ansvarlig for hele oplægget hver mødegang, der således blev tematisk / indholdsmæssigt sammenhængende.

Deltagerfremmødet har været svingende, men klart stigende desto mere erfaring behandlerne havde med introduktionsgruppen. I sidste gruppeforløb havde deltagerne en fraværsprocent på ca. 20, hvilket svarer til gennemsnittet

for den individuelle behandling. Det må anses for et godt resultat for gruppebehandling, hvor erfaringen viser, at det kan være ganske svært at opnå stabilt fremmøde. Det nuværende gruppeforløb tegner indtil videre lige så godt. Behandlerne tolker det forbedrede fremmøde som udtryk for, at gruppeditagerne oplever forløbet som meget relevant og betydningsfuldt for deres situation og tilstand.

Indholdet har også udviklet sig. Undervisergruppen var fra begyndelsen enige om, at udgangspunktet for undervisningen skulle være meget fænomnologisk orienteret; dvs. i højere grad tage udgangspunkt i patienternes nære oplevelses- og begrebsverden, frem for i den faglige / teoretiske terminologi og forståelsesform. Underviseres sprogbrug skulle således være simpelt med udgangspunkt i deltageres konkrete oplevelse af symptomerne; og hellere være præget af mange gentagelser af de væsentligste pointer, frem for en fokus på at skulle



videregive mere nuanceret viden. Vores oplæg beskriver – især med udgangspunkt i den mere oplevelsesprægede / fænomenologiske tilgang, som vi havde valgt – patienternes symptomer intimt og sætter dem ind i en forståelig og almengjort sammenhæng. Gruppedeltagerne har i evalueringerne givet stærkt udtryk for en følelse af at føle sig klart forstået, de kunne i høj grad genkende beskrivelserne af deres vanskeligheder som underviserne skildrede dem, hvilket de udtrykte, gav dem en tryghed for, at OASIS ville være i stand til at hjælpe dem. Desto bedre vi behandlere er blevet til ikke at fokusere på at "aflevere information", men mere formidle en forståelse af og muligheder for at håndtere og være til stede i en relation til andre mennesker uanset traumesymptomer, jo bedre er fremmødet, gruppedeltageres nærvær og aktive deltagelse i gruppen blevet. Gruppens navn er i tråd med disse erfaringer blevet ændret fra "Psykoedukativ gruppe" til "Introduktionsgruppe".

Den store oplevelsesmæssige nærhed til underviserens fremstilling gav således anledning til opbygningen af en god behandlingsalliance præget af tillid og positive forhåbninger forud for den individuelle behandling. Efterhånden er det blevet klart, at denne

Evalueringer fra gruppedeltagere

"Før troede jeg ikke på alt dét der med psykologer og behandling. Men nu har jeg følelsen af, at I forstår mig, som om I selv har oplevet alt dét, jeg har været igennem!"

"Jeg har fået forhåbning til livet, fordi jeg har mødt nogen, som har forståelse for de problemer vi har"

"Det er så godt, at vi var i stand til at møde hinanden. Jeg er isoleret og taler ikke med så mange. Nu har jeg fået modet, jeg tør mere tage kontakt til andre, det var jeg bange for førhen..."

"Det har været ligesom at læse indholdsfortegnelsen på en bog, der handler om behandlingen i OASIS."

"Det er ikke som andre grupper, jeg har været i. Hér behøver jeg ikke præstere, men kan sagtens være mig selv. Så er det nemmere at komme, selv om jeg har det dårligt."

"Nu er behandlingen ikke fremmed for os, det er blevet ligesom at besøge familien, vi glæder os og bliver ikke bange..."



”behandlingsparathed” i form af en allerede etableret behandlingsalliance formodentlig er den væsentligste effekt af introduktionsgruppen. Der er tilbagemeldinger fra de individuelle behandlingsforløb om, at nogle af klienterne meget hurtigt bliver parat til decideret traumebehandling, med et meget kort forudgående tillidsopbyggende, kontaktskabende og stabiliserende forløb.

Aktivering af traumemateriale

Indholdsmæssigt har det desuden vist sig nødvendigt at have stor opmærksomhed på balancen mellem traumefokus hhv. stabiliserende nutidsfokus. Gruppernes kapacitet i forhold til at mærke og håndtere egne tilstande har været varierende og deres refleksive kapaciteter ligeså. Den oplevelsesmæssige nærhed i undervisernes oplæg har tidvis medført en stærk aktivering af traumematerialet, samt også af kontakt- og behandlingsbehovet hos gruppedeltagerne.

I flere gruppeforløb har mange af gruppedeltagerne givet udtryk for, at deres oplevede behov for behandlingsmæssig kontakt blev stærk aktiveret og voksede undervejs i forløbet, hvilket de beskrev som et frustrations-element. Deres behov for og længsel

efter at kunne arbejde med deres traumatiske oplevelser i en tryk og intim kontakt blev vakt, men kunne ikke indfries undervejs i forløbet. Der var således en vis risiko for at nogle deltagere blev mere forpinte undervejs i gruppeforløbet, hvilket blev udtrykt af enkelte deltagere i evalueringen.

Det positive aspekt ved dette er at gruppedeltageres motivation var optimal ved behandlingsstart; men en problematisk risiko er samtidig at de kommer i kontakt med behov, følelser og tilstande, som de endnu ikke kan få hjælp til at håndtere. Denne problemstilling fordrede megen bevidsthed og nærvær i forhold til at afbalancere sprog og indhold i oplæggene i forhold til at registrere gruppens samlede kapacitet. Med den erfaring besluttede underviserne at sikre gruppedeltagerne hurtig adgang til individuel behandling umiddelbart efter gruppens ophør.

I forhold til eventuel aktivering af traumemateriale undervejs i de forskellige oplæg, har vi set en god effekt af en udramatiserende indstilling, hvor reaktioner anerkendes og bemærkes; men rammerne og rytmen fastholdes med den indholdsmæssigt generelle fokus og fortsættelse af undervisningen. Nogle deltagere udviklede tydeligt deres evner til selvregulering undervejs i forløbet, hvor de i starten

kunne være særdeles angstprægede, eventuelt dissocierede og med stærke affektgennembrud. Disse symptomer er ofte årsagen til, at en del af vores klienter trækker sig tilbage fra sociale relationer og bliver isolerede. Undervejs i gruppeforløbet, når de mødtes med rolig anerkendelse af deres belastningstilstand, blev symptomerne mere afdæmpede, med en forøgelse af nærværet og gruppedeltagelsen til følge. Udgangspunktet for os undervisere har været at signalere en forståelse for, at disse reaktioner og symptomer er dagligdag for gruppedeltagerne, og at vi i OASIS kan håndtere reaktionerne uden selv at blive belastede.

Social støtte

I gruppeforløbene har det været tydeligt, hvordan gruppesammenhængen styrkede vægten af den almengørelse af deltagernes reaktioner og situation, som vi undervisere tilstræbte. Formodentlig fordi gruppedeltagerne kunne identificere sig med hinandens problemstillinger, og ofte blev spejlet med anerkendende nik og udsagn fra andre gruppedeltagere. Vi undervisere har drøftet, hvordan gruppedeltagelsen i sig selv bliver en form for støtte til reduktionen af den sociale angst, idet den dels indebærer en ”in vivo exposure” situation, hvor



der gennem erfaring med samvær med andre og samtidig kontakt til de problematiske oplevelser og tilstande opnås en angstreduktion. Derudover giver gruppesammenhængen som bekendt mulighed for medmenneskelig almengørelse og normalisering af de individuelt oplevede vanskeligheder og symptomer.

Mange af patienterne i OASIS er som nævnt oftest socialt isolerede og ængstelige eller decideret mistroiske over for nye relationer. Fremmedgørelse og udstødelse følger desuden ofte med deres flygtningestatus. Det har således været en klar erfaring fra den psykoedukative gruppe, at en del af deltagerne profiterede godt af gruppesamværet. Vi kunne blandt andet registrere en højnelse af selvværdet, når deltagerne kunne opleve sig selv som ressourcestærke i gruppen, som en form for empowerment. Graden af medfølelse indleven og den gensidige respekt gruppedeltagerne ofte udtalte over for hinanden virkede således styrkende for alle parter.

I en senere evaluering vi foretog ½ år efter en gruppes afslutning, berettede de tidligere gruppedeltagere om stor gensynsglæde, når de mødtes i venteværelset. Desuden udtrykte de patienter, der havde opnået en vis stabilisering via den individuelle

behandling, stor lyst til fortsat gruppedeltagelse, der gerne måtte være med ressourceorienteret tilgang. Denne positive effekt af gruppebehandlingen har givet anledning til et forøget incitament hos os undervisere til at arbejde videre med decideret gruppebehandling, eventuelt sideløbende med og efter patienternes individuelle behandling.

Tværfaglighed

Undervisergruppen har været tværfaglig, hvilket vi har oplevet som både helt nødvendigt og meget tilfredsstillende for en psykoedukativ gruppe. Overordnet set medfører tværfagligheden, at patienterne føler sig forstået som "hele mennesker" midt i en kompleks livssituation, hvor både økonomien, kroppen og psyken gør ondt.

De fleste oplæg har været monofaglige, men da vi altid var mindst 2 undervisere tilstede og psykologen var gennemgående figur, var der fin mulighed for tidvis at integrere de kropslige og sociale problemstillinger med deres psykiske betydninger. En enkelt gruppegang planlagde vi et mere integreret samarbejde mellem kropsbehandler og psykolog, idet emnet overordnet var "Hverdagens rytmer og rutiner i familien". Her kunne kropsbehandleren behandle temaer som døgnrytmer



i forhold til søvn, aktivitet, hvile og mad, mens psykologen behandlede hverdagsrutinernes betydning for oplevelsen af ro og stabilitet også for børnene i familien. Hos begge illustreredes overordnet hvordan den ro og regelmæssighed i hverdagen kunne virke som "modgift" til det overaktive psykiske- og kropslige stressniveau, gruppedeltagerne må leve med. Den samme pointe blev således understreget gentagne gange, men ud fra forskellige perspektiver, hvilket vi generelt tilstræbte pga. deltagernes koncentrations- og hukommelsesvanheligheder.

Det har desuden været helt afgørende og meget værdifuldt at kunne veksle mellem oplæg og mindre kropslige øvelser på grund af samme.

Tolkens rolle

Det kan ikke understreges for meget, hvor afgørende tolkens rolle er også i gruppebehandling. Tolk virker ikke bare som sproglig oversætter, men også som social og kulturel facilitator for hele den psykiske og emotionelle udveksling i gruppen. Både mellem undervisere og deltagere, men også mellem deltagere fra forskellige sammenhænge internt i gruppen (f.eks. mellem irakiske kurdere og libanesiske palæstinensere).



Vi har været heldige at have en uovertruffen dygtig og erfaren tolk, der med sin faglighed og tilstedeværelse har været stærkt medvirkende til, at gruppeforløbene har været vellykkede; og som har bidraget med relevante refleksioner over gruppedynamikken.

Det har været hensigtsmæssigt, at der kun var 1 tolk tilstede for at mindske undervisergruppens størrelse i forhold til de fremmødte gruppedeltagere – og dette muliggøres ved at vælge en dygtig og erfaren tolk, der ubesværet kan forholde sig til gruppesammenhængen.

Fremtid

Underviserne har gennem arbejdet med introduktionsgruppen fået et stærkt incitament til at udvikle gruppebehandlingskonceptet yderligere. Erfaringerne peger ind til videre på, at nogle klienter kunne få et stort udbytte af gruppebehandling, både som introduktionsforløb til den individuelle behandling, men muligvis også sideløbende med eller efterfølgende denne.

Siden omstrukturering i februar 2009 har OASIS valgt at have differentierede behandlerteam med hver sit speciale. Der er blevet oprettet et gruppebehandlingsteam, der har ansvar for udviklingen af gruppebehandlingsmetoder og -tilbud. Alle

underviserne fra introduktionsgruppen har således fået mulighed for en mere specialiseret fokus på udviklingen af gruppebehandling af traumatiserede flygtninge, og aktuelt drøftes planer om pårørende gruppe, udslningsgruppe, introduktionsforløb for andre sproggrupper, emnegrupper med afgrænset fokus som f.eks. søvnproblemer, socialt gruppearbejde mv. Undervisergruppen har endvidere et ønske om at styrke det teoretiske evidensgrundlag for gruppebehandlingen gennem litteraturstudier.

Forhåbentligt udmunder erfaringerne i etablering i en bredere vifte af kontinuerlige gruppebehandlingstilbud for patienter i OASIS.



Flerfamiliebehandling støtter familier til at se nye muligheder

- fokusskifte fra sygdomme og underskud til gemte og glemte ressourcer

Oasis har for første gang gennemført et projekt med flere traumatiserede flygtningefamilier sammen i behandling. Projektet er tværfagligt og baseret på det engelske Marlborough Family Service Centers 20 års erfaringer på området. Familierne har igennem aktiviteter, interventioner og samtaler i gruppen støttet hinanden til at fungere bedre som familier i Danmark.

| 27

AF ELSE RYDING, GITA NIELSEN
OG TANJA WEISS

Tænkningen i flerfamiliebehandlingen er, at selv multi-traumatiserede familier har flere ressourcer, end der umiddelbart kommer til udtryk. Og alle forældre, uanset deres mange problemer, er optaget af deres børns trivsel og ønsker det bedste for dem. Men der er en tendens til i behandlingsverdenen at fokusere på familiernes problemer, fremfor ressourcer. Den indstilling har familierne ofte også selv, og derfor bygger Flerfamiliebehandlingen på, at familierne skal være ressourcer for hinanden. Behandlerne skal have en anden rolle og lægge rammerne og styre processen. I stedet for udelukkende at tale om problemerne i et lukket rum, bliver der en hel dag hver uge lavet aktiviteter, lege og diskussioner.

I aktiviteterne, der alle har et bestemt formål, vil problemerne al-

ligesvel vise sig på stedet, "in vivo", i virkeligheden. Behandlerne hjælper så familierne til at se, hvad der foregår i familien og opfordrer dem selv og de andre familier til at komme med løsninger, ændre væremåde og finde støtte hos hinanden. Hver person skal sætte sig mål for konkrete ændringer i egen adfærd i familien. Behandlerne fastholder den enkelte og familien i den konkrete afprøvning og reflektion over det. Fokus er på at inspirere deltagerne til at observere egen og andres adfærd, tænke over det de ser og ad den vej finde nye måder at tænke og reagere på, så de kan nå deres individuelle mål. Det giver den højeste grad af motivation og de bedste resultater, når udgangspunktet er den enkeltes ønsker for ændringer. Det viser erfaringer fra Marlborough og lignende projekter.

Selv med denne teori og udgangspunkt for behandlingen i det fire måneders projekt, kom det bag på os, hvor legende og aktive forældrene

var. Især sammen med deres børn. I det daglige behandlingsarbejde, som vi alle tre har mange års erfaringer med, præsenteres vi mest for problemer og følelser af håbløshed og magtesløshed. I projektet så vi mange andre sider af familierne, fordi konteksten var en anden. At forældrene tidligere har haft et normalt liv og været velfungerende i deres hjemland, kom meget mere til udtryk i denne sammenhæng. Det blev også tydeligt, hvor mange problemer, der opstår i eksiltilværelsen. Forældrene var generelt meget usikre på børneopdragelse i en ny kultur og risikoen for, at det skulle mislykkes og børnene skulle ende i kriminalitet.

Konstruktiv kærlighed

Tre familier blev visiteret til projektet. Alle tre har haft individuelle forløb i OASIS. Desværre faldt den ene familie fra efter to gange, men moren fortsatte i individuel behandling.

Begge de to tilbageværende forældrepar var i begyndelsen mest optagede

af deres indbyrdes eller egne problemer og behov. Undervejs i processen ændrede forældrene fokus fra sig selv og over til børnene. Blandt andet takket være børnene selv, som var meget aktive, engagerede og konstruktive i deres forslag til ændringer i familierne. Det var meget tydeligt, at børnene benyttede projektet til, i en støttet sammenhæng, at aflevere vigtige budskaber til deres forældre. Budskaberne blev også hørt og fulgt op af forældrene.

Dette var den væsentligste gevinst ved projektet: At aktivere gemte og glemte ressourcer hos traumatiserede flygtningeforældre, så de igen får fokus på deres børns behov og sætter egne problemer på standby. Børnene efterlyser mere samvær og nærvær med forældrene. De er gode til at sætte ord på, især når der er andre voksne tilstede, der støtter dem til at turde. De er vant til fra skolen at arbejde sammen i grupper og fremlægge. De er konstruktive, konkrete og kærlige.

Denne store ressource kom til udtryk igennem lege og aktiviteter og ikke mindst i de mange plenumdiskussioner, hvor børnene sammen skulle fortælle forældrene om deres forventninger til dem som forældre.

Knægte, knallerter og kedsomhed

Børnene, der var i alderen 8 til 16 år gav klart udtryk for, at de ville være mere sammen med deres forældre. Men fordi forældrene var så optagede af, hvor dårligt de selv havde det, flygtede børnene ud på gaden. Forældrene var alle bekymrede for, at deres børn skulle blive kriminelle. De havde bare ikke erkendt, at deres egen tilstand var en del af årsagen.

“Vi kan se, at vi har været for optagede af os selv og vores sygdomme,” sagde en far, der dagligt vågnede for sent på grund af medicinering og søvnproblemer.

Som konsekvens af det kom børnene dagligt for sent i børnehave og skole. Den samme far satte sig nogle mål i projektet om at ville sørge for, at de store børn fik madpakker med i skole. Han tog den kræsne teenager med på indkøb, så hun kunne få indflydelse på indholdet af madpakken. Før havde han ladet stå til og accepteret, at hun gik tommavet hver dag fra 8-14 med dertil hørende problemer som mangel på koncentration og træthed.

Børnene klagede over kedsomhed i hjemmet, fordi forældrene ikke tog initiativ til fælles oplevelser som at tage på picnic i parken eller fælles biografture. Det fik børnene til at søge

spænding i tvivlsomt selskab på gaden med kedelige knægte og knallerter. En del af projektet blev så at finde på fælles oplevelser, som ikke kostede for meget eller var gratis. Vi tog på picnic og på kanotur på Mølleåen sammen med alle deltagere.





Familier i medgang og modgang

Overordnet set havde vi at gøre med to meget forskellige familier: Den ene var på overfladen en ressourcefamilie, der var struktureret, mødte til tiden, med begge forældre i arbejde og alle børn fulgte – ifølge deres egen fortælling – deres skolegang.

Den anden familie kom konsekvent for sent, glemte at tage mad med og var generelt ustrukturerede i forhold til økonomi og ansvar. Deres børn havde store faglige problemer i skolen. Blandt andet fordi de som oftest kom for sent eller slet ikke mødte til undervisning.

Forældrene i ressourcefamilien havde nogle indbyrdes konflikter, som gjorde, at de var meget ukærlige over for hinanden. De bagtalte hinanden. De var uenige om, hvilken måde de skulle opdrage børnene på og uenige om økonomiske dispositioner. Hver især var de dog meget kærlige over for deres børn, og de var fælles om deres bekymringer for børnene, især for den ældste søn. Det kom frem i sidste del af projektet, at han var involveret i misbrug af hårde stoffer og måske også fungerede som pusher. Forældrene var magtesløse over for, hvordan de skulle hjælpe ham.

Forældrene i den ustrukturerede familie var derimod meget kærlige over for hinanden og over for deres børn.

Undervejs i forløbet tog de mere forældreansvar og erkendte, at de havde været for optagede af sig selv og egne problemer. Derved havde de mistet fokus på børnene og deres behov.

Ressourcefamilien fremstod mere samlet og struktureret, end den reelt var. Det blev meget tydeligt til sidst, at det var de ægteskabelige problemer, der overskyggede alt andet og truede sammenhængskraften i familien.

Faren i den ustrukturerede familie blev undervejs mere ansvarstagende, end han var i udgangspunktet. Familiens usammenhængende struktur forblev dog uændret.

Familierne blev på godt og ondt påvirkede af hinanden. Børnene fik set, at man kan være en familie på mange måder og man kan lære af hinanden.

Børn, der vil deres forældre

Det er vores indtryk, at børnene i begge familier har fået mest udbytte af projektet. Alle ville da også gerne fortsætte. De var meget aktive og engagerede og tog alle opgaver seriøst og løste dem med stor iver. De har tydeligvis benyttet projektet til at komme med budskaber til deres forældre i en sammenhæng, hvor de kunne få støtte fra andre voksne og børn og lydhørhed fra forældrene.

Når der i projektet og i opgaverne var fokus på børnene, skabte det samling og fællesskab hos det enkelte forældrepar. Det gav børnene håb om forandring, når der blev talt højt om problemerne. Også selvom de selv og deres forældre blev eksponerede i gruppen.

Multi-isolerede familier

Begge familier havde problemer med at føle sig isolerede socialt. Både i forhold til danskere, deres egne landsmænd og kulturfæller. Mistillid, ikke kun til myndigheder men også til alle andre, er et typisk symptom på PTSD (Post Traumatisk Stress Syndrom). Familiernes mange problemer af psykisk, somatisk, social og økonomisk art bevirkede, at de ikke havde overskud og overblik til at være udadrettede. Det led især børnene under dagligt. Hjemmene var prægede af manglende fælles positive oplevelser og kedsomhed – og fyldt med kritik og klager.

Begge familier havde teenagerdrenge med begyndende eller allerede igangsat kriminalitet og/eller misbrug. Forældrene havde en tilhørende berettiget angst og bekymring for, at det skulle blive værre og "smitte" deres yngre børn. Dette tema brugte vi psykoedukativt med oplæg om, hvordan hjernen udvikler sig hos teenagerdrenge og deres særlige behov



for søvn, mad og struktur. Derfor blev der peget på forældrenes specifikke ansvar for at forstå og støtte deres store sønner. Den sidste dag holdt hver fagperson oplæg om henholdsvis de psykologiske, sociale og fysiske forudsætninger og konsekvenser i forhold til kriminel adfærd.

Et andet tema, som begge familier var optagede af, var børneopdragelse i en anden kultur. De følte sig både forvirrede, hjælpeløse og kritiske over for både at bibeholde det værdifulde i deres egen kultur og tilpasse sig den danske. Børn og forældre havde ofte modstridende opfattelser og interesser.

Et eksempel på et tema, der hang sammen med disse dilemmaer, var de unge pigers og forældres forventninger til at udføre pligter i hjemmet. Stillet over for ønsket og behovet for at være sammen med deres venner, kom de ofte i modstrid til hinanden.

Arbejdsfællesskab og pligtdeling var et tema på tværs i familierne. Udgangspunktet var, at kvinderne ville af med nogle pligter, så de fik mere tid til fritid og venner. Mændene på deres side havde også pligter uden for huset, de gerne ville afgive.

Processen i gruppen

Det var et stort problem for gruppedynamikken, at der var så svingende

fremmøde både fra hele familiers og enkelte familiemedlemmers side. Det var for sårbart at lægge ud med tre familier, hvoraf den ene faldt fra allerede i begyndelsen. Frafald påvirkede hele gruppen og dens proces markant, og samtidig blev der lagt et stort pres på i forvejen sårbare familier, fordi der var for få personer til at bære processen.

For at fastholde gruppedynamikken og fordi involverede deltagere i konflikter ikke mødte op, blev det meget vanskeligt at intervenere i uhensigtsmæssige reaktioner og adfærdsmønstre. Blandt andet af denne årsag blev det meget vanskeligt at arbejde med en af de væsentlige metoder i flerfamilie-modellen: at deltagere ved interventioner skal blive opmærksomme på deres uhensigtsmæssige adfærdsmønstre og derved ændre dem. Der var ganske enkelt ikke en stabil gruppe til at containe de spændinger, som konflikterne udløste.

Rejseguidernes rutschetur

Det svingende fremmøde udfordrede til gengæld vores evne til at være fleksible og kreative over for det forhåndenværende antal deltagere. Programmet skulle konstant justeres, og vi måtte improvisere i situationen med nye aktiviteter og temaer. Nogle gange

blev det til for meget snak og for lidt aktivitet. Andre gange blev det mest til aktivitet og alt for lidt intervention. Procesforløbet blev derfor ofte meget uforudsigeligt og svingende. Generelt var vi dog gode til at fungere som facilitatorer eller rejseguides for deltagernes egen proces og undgå behandler- og ekspertrollen.

Næste projekt på trapperne

Det er vores vurdering, at der er klare fordele for familierne og for den tværfaglige behandling i flerfamiliebehandlingen. Familierne får mulighed for at møde hinanden i en anden kontekst. De kan spejle sig i hinanden som flygtninge med samme eller beslægtede problemer. De får brudt den sociale isolation og får afprøvet deres nogle gange fastlåste forestillinger om livet i Danmark. De får udvidet deres sociale bevidsthed og refleksion om egen forælderrolle i en anden kultur. Konteksten er både tryk og samtidig udfordrende. Tryk, fordi der er lagt meget faste rammer og behandlerne har mangeårig erfaring med behandling af traumatiserede flygtninge. Udfordrende, fordi aktiviteterne og temaerne for diskussionerne er lagt an på at udfordre og ændre vante forestillinger.

For behandlerne har der været

mange fordele ved at se familierne i en anden kontekst. Det har været en udfordring fagligt at arbejde så tæt sammen tværfagligt og være sammen med familierne hele dagen, hvor alt kan ske. Målgruppen er velkendt og det giver tryk for behandlere, men udfordringen har været hele tiden at tilpasse aktiviteterne til spontant opståede behov.

Tolkene har på samme måde skullet indgå i alle aktiviteter og tilpasse deres tolkning til, om der var store plenum-diskussioner eller om vi spillede bold. Det var en klar fordel for familierne at se tolkene i en uvant rolle, hvor de deltog i alle aktiviteter sammen med behandlere og familier. For børnene fungerede de som rollemodel for, hvordan man også kan være som voksen fra en mellemøstlig kultur.

Næste projekt er på trapperne og vil være klar til at starte i begyndelsen af 2010. Målgruppen er alle sproggrupper inden for traumatiserede flygtningefamilier. Vi starter op med fire til fem familier. Der vil være tæt samarbejde med henviser, så familierne kan blive ved med at udvikle sig, og så de kan blive støttet i dette lokalt. Læs mere på: www.oasis-rehab.dk/Sider/Bibliotek/rapporter.htm.



Eksempel på en aktivitet

Radiobiler: At styre og lade sig styre.

Den ene halvdel af gruppen dirigerer den anden halvdel af gruppen: Parvis, et trin ad gangen, tværs gennem lokalet, uden at støde ind i de andre.

Spørgsmål bagefter: Hvordan er det at styre andre?

Hvordan er det at blive styret?

Snyde radiobiler: At navigere i kaos.

Forældrene samles og får at vide, at de skal gøre det modsatte af beskeden, indtil vi stopper det formodede kaos.

Spørgsmål bagefter: Hvad sker der, når andre ikke gør det, man beder dem om?

Snyde radiobiler: At adlyde.

Børnene får at vide, at de skal gøre alt det, som forældrene beder dem om. Hvordan er det?



Evidens - men hvordan?

Medicinsk teknologivurdering og evidensbaseret behandling af traumatiserede flygtninge

32 |



AF ULRIK JØRGENSEN,
DIREKTØR

I november 2008 udgav Center for Kvalitet, Region Syddanmark, en såkaldt medicinsk teknologivurdering (MTV) om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge¹. Formålet med MTV'en var at "afklare og sammenfatte den foreliggende evidens for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, på baggrund af et systematisk litteraturstudie." (MTV-rapporten s. 19).

Der åbnes hermed for en spændende drøftelse af, hvordan rehabiliteringscentrene for traumatiserede flygtninge skaber det bedst mulige grundlag for en god og effektiv indsats for denne gruppe af patienter. Rapporten fremhæver selv, at den ikke er tænkt som en guideline til diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, eller en gennemgribende diskussion og analyse af PTSD begrebet i relation til traumatiserede flygtninge, men er en fremstilling af den foreliggende evidens på området, suppleret med faglige ekspertvurderinger (s. 19).

MTV-rapporten følger retningslinjerne for, hvilke elementer en medicinsk teknologivurdering bør indeholde, nemlig:

- 1) Teknologi: "Hvilke former for behandling i den tværfaglige,

specialiserede indsats forbedrer outcome for patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge med kompleks PTSD?"

- 2) Organisation: "Hvilke former for organisering er optimal for den tværfaglige specialiserede behandling af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge?"
- 3) Patient: Hvad er patienter med PTSD og traumatiserede flygtninges syn på og erfaringer med (tværfaglig specialiseret) behandling?"
- 4) Økonomi: "Hvilke samfunds-mæssige omkostninger er der forbundet med (tværfaglig, specialiseret) behandling af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge sammenlignet med ikke at behandle?" (ibid. s. 19)

I denne sammenhæng vil jeg kommentere rapportens konklusioner og anbefalinger i forhold til inddragede litteraturstudier og ekspertvurderinger vedrørende teknologierne. Kapitlet herom er det bedst gennemarbejdede og også det mest interessante set i forhold til et metodeudviklingsperspektiv for arbejdet med rehabilitering af traumatiserede flygtninge.

De fleste medicinske teknologivurderinger tager sit udgangspunkt i en specifik diagnose og undersøger



evidensen for metoder til forebyggelse, undersøgelse, behandling og rehabilitering af specifikke lidelser eller sygdomme. Udgangspunktet for MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge, er imidlertid at undersøge evidensen af teknologier til behandling og rehabilitering både af patienter med PTSD og af traumatiserede flygtninge. Det betyder, at man forsøger at forholde sig til en specifik lidelse, men også til en befolkningsgruppe. Problemet med dette er imidlertid, at sygdomsbilledet hos traumatiserede flygtninge er så kompliceret, at det ikke giver mening alene at forstå det inden for rammerne af lidelsen PTSD. Det giver heller ikke mening blot at undersøge metoder til behandling af PTSD anvendt på traumatiserede flygtninge. Vi kan heller ikke, som MTV-rapporten gør det, antage "at forskningsresultater, der foreligger vedr. etniske minoriteters forhold i Danmark og særligt i det danske sundhedsvæsen, også gælder for gruppen af (traumatiserede) flygtninge" (s. 23). Flygtninge og indvandrere udgør to meget forskellige befolkningsgrupper, både kulturelt og socialt. Alene baggrunden for at søge om opholdstilladelse i Danmark er vidt forskellig, og behovet for at gøre brug af det danske sundhedsvæsen ligeså.

Derimod er der brug for udvikling af metoder, der specifikt tager højde for kompleksiteten i flygtningenes lidelser, dvs. lidelser som i stor udstrækning udspringer af forfølgelse, tortur, krig og flugt.

Litteraturstudie og analyse

MTV-rapporten er den hidtil mest omfattende sammenfatning af studier om PTSD, der også relaterer sig til gruppen af traumatiserede flygtninge. Rapporten indeholder interessante analyser af, hvilke grupper der er særligt udsatte i forhold til at udvikle PTSD, herunder udviklingsmæssige faktorer, neurobio-psykologiske faktorer, studier af co-morbiditet samt analyser af, hvilke interventionsformer der egner sig til patientgrupper med forskellige psykosociale ressourcer.

Rapporten inddrager også den meget vigtige skelnen mellem PTSD opstået som følge af enkeltstående traumatiske begivenheder og PTSD opstået som følge af at have levet under svært traumatiserende forhold igennem længere tid. Her har traumatiserende interpersonelle relationer udgjort en betydelig del af traumatiseringen i form af at have været udsat for totalitær kontrol. Her tænkes især på langvarigt og systematisk seksuelt

misbrug, ophold i koncentrationslejre, tortur, krigsoplevelser m.m. Det vil sige oplevelser som flygtninges traumeoplevelser oftest er kendetegnet ved. Denne form for PTSD er derfor blevet kaldt kompleks PTSD eller DESNOS, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified².

MTV-rapporten opfatter DESNOS som en udvidelse af PTSD-diagnosen, som også involverer skyld, skam, mistillid, tilknytningsproblemer, somatisering og skader på en grundlæggende tro på sikkerhed og retfærdighed. DESNOS er imidlertid mere end det. DESNOS søges optaget i DSM-V som en selvstændig diagnose, først og fremmest fordi den indeholder et kriterium om, at traumatiseringen fører til personlighedsændringer. Dermed er kriterierne for DESNOS kvalitativt anderledes end PTSD og ikke blot en tilføjelse af en række symptomer. Diagnosen har derfor også afgørende betydning for valg af interventionsmetoder over for patienterne³. Selvom der er tale om en udvidet forståelse af traumbegrebet, og at PTSD-diagnosen også kan stilles for langt hovedparten af patienter med DESNOS, kan vi ikke nødvendigvis konkludere, at de behandlings- og rehabiliteringsmetoder, der anvendes over for personer der er traumatiserede som følge af ulykker,



naturskatastrofer eller enkeltstående voldelige overfald, også er anvendelige over for personer, der er multi-traumatiserede som følge af intentionelt menneskepåførte lidelser, som lider af DESNOS.

Psykoterapeutiske⁴ behandlingsmetoder for PTSD

Der er efterhånden foretaget et utal af undersøgelser over behandlingseffekten af specifikke, psykoterapeutiske behandlingsmetoder, når det drejer sig om uspecifiseret PTSD eller PTSD forårsaget af specifikke enkeltstående hændelser. De undersøgelser, der opfylder de højeste videnskabelige krav i form af at være randomiserede kontrolstudier og/eller såkaldte "dobbeltblinde studier", er i de senere år indgået i de såkaldte metastudier, foretaget af Cochrane Collaboration i London. I det seneste metastudie for PTSD af Bisson et al.⁵ konkluderer på baggrund af 33 studier, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TFCBT), Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), Stress Management og gruppe TFCBT er effektive i behandling af PTSD. Andre ikke-traumefokuserede psykologiske behandlingsmetoder reducerede ikke PTSD symptomerne signifikant. På grund af

et væsentligt frafald blandt patienterne i studierne, opfordrer forfatterne imidlertid til, at der udvikles nye behandlingsmetoder, som patienterne bedre kan håndtere. Samtidig påpeger forfatterne heterogeniteten i studierne som en væsentlig fejlkilde.

Psykoterapeutiske behandlingsmetoder for traumatiserede flygtninge

Det er imidlertid et stort problem, at langt hovedparten af undersøgelser, som beskæftiger sig med, hvilke behandlingsmetoder (teknologier) der er virksomme over for PTSD, enten er baseret på specifikke enkeltstående hændelser, eller er uspecificerede i forhold til typen af hændelser eller blandede. I rapporten refereres der således kun til tre undersøgelser af specifikke behandlingsmetoder anvendt på traumatiserede flygtninge.

1) En undersøgelse foretaget af Drozdek⁶ af bosniske flygtninge sammenlignede effekten af en 24 ugers faseorienteret gruppeterapeutisk indsats, medicin alene og en kombineret behandling, alle med gode resultater.

2) En undersøgelse af Paunovic & Öst af 16 traumatiserede flygtninge, der havde været udsat for tortur, blev inddelt i 2 grupper, som henholdsvis blev behandlet med kognitiv adfærds-

terapi (CBT) og eksponeringsterapi (PE), begge grupper med lovende resultater⁷.

3) En undersøgelse af Neuner et al.⁸ sammenlignede støttende rådgivning og psykoedukative interventioner med narrativ eksponeringsterapi (NET) blandt en gruppe af sudanesiske flygtninge i Uganda. Umiddelbart efter behandlingen var der ikke forskel på de tre behandlingsformer, men ved opfølgning et år senere var NET behandlingen signifikant bedre end de to andre.

Endelig fremhæver rapporten endnu en undersøgelse foretaget på "The Boston Trauma Center", som er førende inden for diagnostik og behandling af kompleks og kronisk PTSD. Undersøgelsen fremhæver Somatic Experience-Therapy (SE) som en virksom terapiform, men MTV-rapporten redegør ikke for, hvilken patientgruppe metoden er anvendt overfor⁹.

Få relevante forløbsstudier af behandling af traumatiserede flygtninge refereres også. Disse undersøgelser er dog karakteriseret ved, at der er tale om uspecificerede behandlingsmetoder. En undersøgelse er foretaget af Birk¹⁰ i Berlins "Center for Behandling af Torturofre og Flygtninge", og en anden af Carlson et al.¹¹ af torturoverlevende på Rehabiliterings- og



Forskningscenter for Torturofre (RCT) i København. Begge undersøgelser viste ingen signifikant behandlingseffekt umiddelbart efter behandlingen, dog har Carlsson ved en konference i dec. 2008 fremlagt et opfølgningsstudie, som viser signifikant behandlingseffekt ved opfølgning 23 måneder efter behandlingens start¹².

Foruden ovennævnte studier refererer MTV-rapporten til forskellige andre forhold, som kan have betydning for behandlingsresultatet end de anvendte metoder. Det drejer sig om såkaldte uspecifikke faktorer såsom betydningen af selve relationen mellem terapeut og patient og den relationelle matchmaking, samt betydningen af patientens psykosociale ressourcer til at profitere af forskellige psykoterapeutiske interventionsmetoder. Rapporten indeholder nogle meget interessante betragtninger omkring dette aspekt, som rehabiliteringscentrene meget vel vil kunne drage nytte af. Bl.a. citeres Norcross et al. for følgende vigtige betragtning (s. 85):

"To afgørende udeladelser har forringet førstegenerationsstudier af evidensbaseret behandling: Den terapeutiske relation og den relationelle matchmaking. De deler synspunkt med mange andre i forsvaret af, at

*specifikke behandlinger til specifikke lidelser kan lede til en overfokusering på de mindst kurative aspekter af de terapeutiske bestræbelser. Fremme af evidensbaserede behandlinger (i modsætning til evidensbaserede praksisser) kan uforvarende lede til forsømmelsen af menneskelige relationer (Bergin, 1997). Terapirelationen bidrager væsentligt og konsistent til det psykoterapeutiske outcome for alle typer af behandling, inklusive psykofarmakoterapi. Bestræbelser på at udbrede lister af evidensbaserede behandlinger uden at inkludere terapirelationen er derfor meget ufuldstændige på både det kliniske og empiriske område. Tilsvarende bør evidensbaseret praksis udtrykkeligt adressere terapeutisk adfærd og kvalitet, der fremmer en faciliterende terapeutisk relation. Samtidig virker den terapeutiske relation sammen med særskilte interventioner, patientkarakteristika og klinikerens kvaliteter i bestemmelsen af behandlingens effektivitet. En omfattende forståelse af effektiv (og ineffektiv) psykoterapi vil tage alle disse determinationer og deres optimale kombinationer i betragtning. At tilpasse eller skræddersy den terapeutiske relation til specifikke patientkarakteristika (foruden diagnose) forstærker effektiviteten af behandlingen."*¹³

Tværfaglighed

| 35

Ud over gennemgangen af de psykosociale behandlingsmetoder indeholder MTV-rapporten en grundig gennemgang af de fysiologiske forandringer i hjernen som følge af traumatiske stresspåvirkninger - forandringer som bl.a. forårsages af forstyrrelser i produktionen af stresshormoner. Rapporten gennemgår også, hvilke former for medikamentel behandling der er evidens for virker over for forskellige symptomer under PTSD-diagnosen. Det konkluderes dog, at den foreliggende evidens peger på en synergiefekt mellem de psykosociale behandlingsformer og optimal psykofarmakologisk behandling (side 111).

Når det kommer til kropsorienterede behandlingsmetoder såsom fysioterapi og psykomotorisk behandling samt social behandling, som oftest indgår i den tværfaglige behandlingsindsats på rehabiliteringscentrene, er det væsentligt mere sparsomt med videnskabelige undersøgelser, og dermed også for evidensen af indsatsen. Dog har en undersøgelse af Body Awareness Therapy (BAT) vist sig effektiv i forhold til forbedret kropsbevidsthed, søvn og fysiske coping-ressourcer blandt en gruppe traumatiserede flygtninge (side 116).



På trods af, at der stort set ikke findes undersøgelser, der inkluderer effekten af en tværfaglig indsats over for traumatiserede flygtninge, konkluderer rapporten, at en sådan indsats er vigtig. "I det psykosociale arbejde med traumatiserede flygtninge er der, ud over patienternes kliniske statur, ofte en række presserende sociale problemstillinger, der skal varetages, før traumefokuseret terapi kan påbegyndes og/eller sideløbende med" (side 116).

Manglende rehabiliteringsperspektiv

Udgangspunktet for MTV-rapporten er at undersøge, hvilken evidens der er for forskellige typer af behandlingsmetoder (teknologier) inden for forskellige, faglige referencerammer (psykoterapi, medikamentel behandling, fysioterapi, social vejledning m.m.). I forhold hertil står den psykoterapeutiske intervention langt stærkest, idet der ganske enkelt er foretaget flest undersøgelser omkring behandling af PTSD inden for dette felt. Derimod bliver rehabiliteringsbegrebet nærmest reduceret til den sociale indsats, der bliver iværksat over for patientgruppen (side 116), og ikke som den samlede tværfaglige indsats, som begrebet egentlig dækker over:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation, og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*¹⁴

Idet MTV-rapporten udtrykker en erkendelse af, at traumatiserede flygtninge både er psykisk, fysisk og socialt belastede, endog i udtalt grad, forekommer det besynderligt, at rapporten ikke behandler problematikken som en tværfaglig rehabiliteringsproblematik, frem for udelukkende at vurdere indsatsen på baggrund af monofaglige interventionsformer. Det indebærer ikke, at de monofaglige undersøgelser ikke er relevante, det er de i høj grad. Men det indebærer, at rapporten undlader at vurdere, hvilke typer af koordinerede tværfaglige indsatser der er brug for og med hvilket formål.

Rapporten giver af gode grunde ingen entydige bud på, hvilke interventionsformer der er mest effektive, men peger derimod på, at mange typer af interventioner – såvel psykoterapeu-

tiske, psykofarmakologiske, kropsterapeutiske som sociale – er nødvendige og virksomme. Men hvordan de forskellige interventionsformer spiller sammen, reflekteres der ikke over, ligesom der heller ikke reflekteres over, hvordan forskellige interventionsformer anvendes i forskellige faser af et rehabiliteringsforløb.

I faglitteraturen er der almindeligvis enighed om, at en faseorienteret indsats er nødvendig i forhold til behandling og rehabilitering af PTSD og ekstrem psykotraumatisering. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at vurdere de enkelte behandlingsmetoders effektivitet i forhold til PTSD og DESNOS generelt, men derimod i forhold til de opgaver de tjener i forskellige faser af et rehabiliteringsforløb. Dette aspekt er helt fraværende i MTV-rapporten.

Når rapporten ganske relevant argumenterer for, at forskellige interventionsformer bør anvendes i forhold til patienternes forskellige psykosociale ressourcer, så er dette ikke en absolut størrelse, som rapporten får gjort det til. Derfor ser vi ofte, at der i starten af et rehabiliteringsforløb er brug for andre interventionsformer end midt i et forløb. I den indledende fase har patienten brug for at blive stabiliseret, bl.a. gennem opnåelse af øget emotionel kontrol. Dette fordrer ofte



støttende, opmærksomhedsorienterede og sociale interventioner, hvorimod eksponeringsbaserede interventioner først bør anvendes, når der er sket en tilstrækkelig stabilisering. Hvordan evidensbaserede interventionsformer kan anvendes i en dynamisk kontekst i forhold til DESNOS, er bl.a. blevet beskrevet udmærket i Luxenberg et al.¹⁵, men heller ikke denne meget vigtige indfaldsvinkel på det psykoterapeutiske arbejde med DESNOS-patienter har fundet vej til MTV-rapporten.

Evidens og behandling og rehabilitering af flygtninge

MTV-rapporten baserer sine konklusioner og anbefalinger på, hvad der er evidens for på baggrund af litteraturstudiet. Problemet er imidlertid, at rapporten ikke tager stilling til evidensniveauet. Er det på grundlag af metaanalyser, hvor flere randomiserede kontrollerede studier sammenlignes? Er det på grundlag af enkeltstående studier, og på hvilket videnskabeligt niveau er disse studier foretaget? Eller er det på grundlag af ekspertudtalelser, dvs. erfaringsbaseret? Alle disse niveauer har naturligvis deres berettigelse, men som videnskabeligt bevis har de forskellige valør, hvoraf metaanalyserne almindeligvis betragtes som de

videnskabeligt set bedst baserede.

Når MTV-rapporten hævder, at der er evidens for bestemte behandlingsmetoder, må man imidlertid sige, at det er på et videnskabeligt meget spinkelt grundlag. Alle de behandlingsmetoder der anbefales, er baseret på enkeltstående studier med ganske få patienter, som i flere tilfælde ikke er traumatiserede flygtninge. Dette gør ikke nødvendigvis konklusionerne ugyldige, men det svækker deres autoritet og troværdighed.

Problemet er, at der kun er foretaget meget få undersøgelser af, hvilke behandlingsmetoder, der egner sig til behandling af traumatiserede flygtninge, og at det ikke er særlig troværdigt at konkludere noget endeligt på grundlag af disse. Der findes efterhånden rigtig megen erfaring på området, hvor det ikke systematisk er blevet undersøgt, hvordan behandlingen virker. Dette er der i høj grad brug for at råde bod på i form af mere forskning. Der bliver arbejdet med mange interessante og lovende metoder inden for såvel psykoterapien, kropsbehandlingen, det sociale område og den medikamentelle behandling, som fortsat "kun" er baseret på erfaringer.

Derfor er der på nuværende tidspunkt ikke brug for en indsnævring af viften af de behandlingsmetoder der



Uden titel, 110 cm x 110 cm,
akryl på lærred, 2003



bliver anvendt, men derimod at starte på at undersøge deres berettigelse. Hvad er de effektive i forhold til? I forhold til hvem? Og i hvilken fase af et rehabiliteringsforløb?

Der er også brug for en diskussion af, hvilket paradigme der er udgangspunktet for indsatsen: Er det behandling baseret på diagnoser, symptomer og symptomlættelse, som langt de fleste undersøgelser tager sit udgangspunkt i? Eller er det et rehabiliteringsparadigme, hvor patientens funktionsniveau, herunder evne til at deltage i arbejdsliv, samfundsliv og familieliv, ofte på trods af uændret symptomatologi, der danner udgangspunktet for indsatsen? Man kan således ikke nødvendigvis konkludere, at manglende forbedring på symptommålene er et udtryk for, at indsatsen ingen effekt har. For mange af vores kroniske patienter kan det tværtimod være af helt afgørende betydning for dem, at de får nogle redskaber til, hvordan de bedre kan leve med deres smerter, PTSD-symptomer m.m., og alligevel skabe sig en meningsfuld tilværelse.

Der findes ikke noget enkelt svar på ovenstående spørgsmål, men behandlingens og rehabiliteringens tilrettelæggelse er helt afhængig af, hvilke succesmål man sætter sig.

Konkluderende kan det siges, at det er et meget stort fremskridt, at der er foretaget en systematisk udredning af eksisterende forskning i forhold til behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge. Denne udredning danner et godt grundlag for at komme videre med metodeudvikling og forskning på området. Derimod kan der ikke advares nok imod at drage forhastede konklusioner, som synes at hvile på et meget spinkelt grundlag. MTV-rapporten indeholder mange gode delkonklusioner, men når det kommer til anbefalingerne gør rapporten regning uden vært. Rapporten giver ganske enkelt ikke dækning for mange af de konklusioner og anbefalinger, den ender op med.

Denne artikel har udelukkende forholdt sig til den del af MTV-rapporten, som omhandler teknologierne. Dette betyder ikke, at vi er enige i rapportens øvrige konklusioner og anbefalinger, men blot at vi i denne sammenhæng har valgt at forholde os til teknologierne alene.

Noter:

1 Lund, M, Sørensen, J. H., Christensen, J. B. & Ølholm, A. (2008): MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge. Center for kvalitet, Region Syddanmark.

2 van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (Ed.) (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. The Guildford Press, New York, London.

3 Således korresponderer DESNOS på flere punkter med ICD-10 diagnosen: Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

4 MTV-rapporten omtaler de undersøgelser, der vedrører psykoterapeutiske metoder som psykosociale behandlingsmetoder. I OASIS ser vi dog psykosocial behandling og psykosocialt arbejde i en meget bredere og ofte tværfaglig kontekst.

5 Bisson, J., Andrew, M. (2008): Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). The Cochrane Collaboration.

6 Drozdek, B. (1997): Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: Three years later. *Journal of Nervous and Mental Disease*; 185:690-4.

7 Paunovic, N. & Öst, L. G. (2001):

Cognitive-behavior therapy versus exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 39, pp. 1183-1197.

8 Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004): A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 72, no. 4, pp. 579-587.

9 Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006): *Trauma and the Body*. W.W. Norton & Company, New York, London.

10 Birck, A. (2004): Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*. Vol. 33, no 2, pp. 101-109.

11 Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2005): A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 193(10):651-7.

12 Carlsson, J: Mental Health Changes in Tortured Refugees Admitted to Multidisciplinary Treatment. Præsentation på konference dec. 2008: Rehabilitating Torture Survivors. RCT.

13 Norcross, J., Lambert, M.J. (2005): *The Therapy Relationship*. In: Norcross, J., Butler, L.E., Levant, R.F. (ed.): *Evidence-based practice in mental health*. Washington D.C.: American Psychological Association.

14 Hvidbog om rehabilitering, MarselisborgCentret (2004), side 4.

15 Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, C., & van der Kolk, B. A. (2001): Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Treatment, Part II. *Directions in Psychiatry*, 21, pp. 395-415. Long Island City, NY: The Hatherleigh Company, Ltd.

På billedet til højre ses forrest fra venstre: Bettina Jensen, Medi Niculae, Camilla Bruun, Ulrik Jørgensen, Charlotte Sigvardt. I midten fra venstre: Tanja Weiss, Tina Dam Kristensen, Marianne Nabiga, Ewa Bartoszak, Gita Nielsen. Bagest fra venstre: Hanne Wienmann, Sinne Dunker, Lene Linneke, Erling Groth, Britta Darre, Malene Kaae, Ellen Damsholt, Lea Bentsen.

Bestyrelse pr. 1. september 2009

40 |

Lis Ehmer Olesen, formand

Advokat

Lars Koberg Christiansen, næstformand

Privatpraktiserende psykolog

Francesco Castellani

Projektleder ved Institutet for Menneskerettigheder

Lise Dyhr

Praktiserende læge

Lise Hækkerup

Bibliotekar, politiker

Anne Lindhardt

Chef for Rigshospitalets psykiatriske klinik, formand for styregruppen for Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

Else Ryding, personalerepræsentant

Psykolog

Tanja Weiss, personalerepræsentant

Socialrådgiver

Fire af OASIS' nye medarbejdere i 2009.
 Forrest fra venstre: Espe Maria Kahler, Line Kirkemann Hansen.
 Bagest fra venstre: Carsten Jürgensen, Tenna Lund Espersen.



Støttekomité

42 |

Margrete Auken

Præst, MEP

Jacques Blum

Kultursociolog

Tine Bryld

Socialrådgiver, forfatter

Ove E. Dalsgaard

Borgmester i Ballerup
Kommune

Tage Dræbye

Formand for Integrationsrådet
i Albertslund Kommune

Niels Forsby

Advokat

Per Gregersen

Læge

Morten Grunwald

Skuespiller

Nina Hamerik

Cand.ling.merc., lektor ved
CBS

Ole Hammer

Journalist

Bjarne Lenau Henriksen

Chef for Kirkens Korshær

Adi Holzer

Billedkunstner

Jesper Jensen

Forfatter

Carl-Einar Jørgensen

Psykolog

Ingerlise Koefoed

Bibliotekskonsulent

Benedikte Kragh-Schwartz

Bibliotekar, sektionsleder af
Indvandrerbiblioteket

Finn Larsen

Sekretariatschef i LO

Kirsten Lee

Dr. med., radikalt medlem af
Region Hovedstadens
forretningsudvalg

Jytte Lindgård

Advokat

Gretty Mirdal

Psykolog, forskningsprofessor
ved Københavns Universitet

Manfred W. Petersen

Advokat

Klaus Rifbjerg

Forfatter

Niels Siebuhr

Psykiater

Kirsten Thorup

Forfatter

John Winther

Seniorforsker ved CBS

Bente Ørum

Psykolog

Regnskab 2007

Indtægter

Indtægter fra regioner	13.727.115
Andre driftsindtægter	616.761
Sekundære indtægter	184.235
Renter	6.220
I alt	14.534.331

Udgifter

Lønninger og personaleomkostninger	11.739.857
Lokaleomkostninger	1.497.764
Administration og a. eksterne omkostninger	1.078.482
Afskrivninger	142.845
Renter	285
I alt	14.459.233
Overskud	75.098

Fonde

OASIS har i 2007 modtaget støtte fra:
Otto og Gerda Bings Mindelegat • Izumi
Supporting Community • Tips- & Lotto

Regnskab 2008

Indtægter

Indtægter fra regioner	14.614.464
Andre driftsindtægter	887.136
Sekundære indtægter	166.475
Renter	7.869
I alt	15.675.944

Udgifter

Lønninger og personaleomkostninger	12.971.590
Lokaleomkostninger	1.535.935
Administration og a. eksterne omkostninger	1.006.446
Afskrivninger	163.859
Renter	681
I alt	15.678.511
Underskud	-2.567

Fonde

OASIS har i 2008 modtaget støtte fra:
Rockwool Fonden • Tips- & Lotto

