

**Kommunikation i psykiatrisk behandling af flygtninge og indvandrere**  
Et litteraturstudie med fokus på muligheder for kommunikationsforbedring

OSVALL II opgave, maj 2006

Skrevet af: Stud. Med Yngva Celius  
Vejleder Marianne Kastrup, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

<b>1. FORORD</b>	<b>3</b>
<b>2. PROBLEMSTILLING</b>	<b>3</b>
<b>3. METODE</b>	<b>4</b>
<b>4. INTERKULTUREL KOMMUNIKATION</b>	<b>5</b>
4.1 Generelt om interkulturel kommunikation	5
4.2 Læge-patient forholdet	6
4.3. Sygdomsopfattelse	7
<b>5. KONSEKVENSER AF MANGELFULD KOMMUNIKATION</b>	<b>8</b>
5.1 Problemer knyttet til det psykiatriske interview.	8
5.2 Benyttelse af behandlingssystemet.	10
<b>6. LØSNINGSFORSLAG – METODER</b>	<b>11</b>
6.1 Tolkning	11
6.3 Ethnic matching- kulturelt tilpassede konsultationer.	14
6.3.1 Metodologiske begrænsninger i undersøgelser omkring "ethnic matching"	17
6.4 Telepsykiatri	18
6.4.1 Metodologiske begrænsninger i undersøgelser omkring telepsykiatri.	21
<b>7. DISKUSSION</b>	<b>22</b>
7.1 Tolkning	22
7.2 "Ethnic matching"	23
7.3 Telepsykiatri	23
<b>8. KONKLUSION</b>	<b>24</b>

## 1. Forord

Den sproglige kvalitet i denne opgave er påvirket af, at jeg selv er indvandrer i Danmark. Opgaven er skrevet på dansk, men da mit modersmål er norsk, vil der være steder i opgaven, hvor formuleringer og sproglige nuancer kan afvige noget fra det danske.

## 2. Problemstilling

Siden indvandringen startede i Danmark i 1960'erne, har antallet af udenlandske statsborgere været stadig stigende.<sup>1</sup> I 1989 var der 107.726 udenlandske statsborgere i Danmark, mens der i 2006 er 270.051.<sup>2</sup> I 1960'erne kom de såkaldte gæstearbejdere hertil, primært for at arbejde i industrien, som inviteret arbejdskraft i en periode hvor Danmark havde mangel herpå. De kom hovedsagelig fra Tyrkiet, Pakistan, tidligere Jugoslavien og Marokko. I 1980'erne, blev arbejdsindvandringen afløst af indvandring af flygtninge og asylansøgere. Disse kom blandt andet fra Iran, Irak, Sri Lanka, Palæstina, Bosnien, Somalia og Afghanistan.<sup>1</sup> Derudover er der en gruppe af udenlandske statsborgere, som er kommet til Danmark gennem familiesammenføring.

Det store antal personer bosat i Danmark med anden etnisk oprindelse end dansk, stiller nye krav til det psykiatriske behandlingssystem. Det drejer sig om en stor og mangfoldig gruppe mennesker, som har det samme krav på at modtage en adækvat psykiatrisk behandling som etniske danskere. En stor udfordring psykiatrien står overfor, er hvordan man på bedst mulig måde tilgodeser dette; herunder hvorledes man kommunikerer adækvat med denne gruppe af patienter.

Denne opgave vil omhandle de problemer og udfordringer, som behandlingssystemet møder i forbindelse med psykiatrisk undersøgelse og behandling af indvandrere og flygtninge. For at opfylde moderne krav til god psykiatrisk diagnostik og behandling, er en tilstrækkelig kommunikation mellem behandler og patient helt afgørende. Denne kommunikation kan være vanskelig, hvis patienten har en anden kulturel- og sproglig baggrund end behandleren.

Hovedfokus i opgaven vil derfor være at belyse, hvordan man kan sikre sig at denne kommunikation med flygtninge og indvandrere i psykiatrien, kan foregå så optimalt som muligt. Opgaven vil beskrive de forskellige metoder man i dag bruger i behandlingssystemet, for at overkomme kommunikationsproblemer, med ikke dansk talende psykisk syge indvandrere og flygtninge. Endvidere vil det blive diskuteret hvilke vanskeligheder og problemer, der er knyttet til anvendelse af de forskellige metoder, og hvorledes man kan minimere dem.

For overhovedet at kunne se på mulige løsninger af eventuelle kommunikationsproblemer mellem en behandler og en ikke dansk talende patient af anden etnisk baggrund end dansk, er det nødvendigt at identificere hvilke kommunikationsproblemer en behandler kan støde på i mødet med en patient fra en fremmed kultur, og hvilke konsekvenser disse kommunikationsproblemer, kan have for udredning og behandling af patienten. Disse problemer som knytter sig til en manglende forståelse mellem en behandler og en patient af en anden etnisk oprindelse end dansk vil søges belyst, både hvad angår de rent sproglige problemer og hvad angår mulige kulturelle misforståelser som kan opstå på grund af mangelfuld kommunikation.

### **3. Metode**

Problemstillingen er belyst ved et litteraturstudie. Databasen medline blev anvendt til søgning på artikler, med søgeordene; " transcultural psychiatry" (217 poster), "ethnic minorities and mental health"(101 poster), "intercultural communication " (30 poster), "ethnic matching" (20 poster), "interpreter and psychiatry" (35 poster), "interpreters" (14 poster), "telepsychiatry" (149 poster), "telemedicine and mental health" (165 poster) og "cultural consultation " (11 poster). Bøger og artikler om emnet er også fundet på Videnscenter for Transkulturel Psykiatri's bibliotek og Videnscenter for Socialpsykiatri's hjemmeside. De danske bibliotekers hjemmeside, [www.bibliotek.dk](http://www.bibliotek.dk), er blevet benyttet til emnesøgning på emnerne: "Etniske minoriteter og psykiatri" og "indvandrere og psykiatri." Derudover er der blevet anvendt litteratur fundet ved referencer i de forskellige publikationers litteraturliste.

## 4. Interkulturel kommunikation

### 4.1 Generelt om interkulturel kommunikation

Mange af de patienter der har en anden etnisk baggrund end dansk, er flygtninge og indvandrere som har begrænsede eller manglende danske sprogkunderskaber. Dette betyder enten at behandler og patient ikke har et fælles sprog frit at kommunikere på, eller at et eventuelt fælles sprog ikke er patientens eller psykiaterens første sprog. I nogle tilfælde taler patienten tilstrækkelig dansk til at kunne forklare sine symptomer, men dybdeforståelsen vil ofte mangle på grund af manglende ordforråd. En undersøgelse omkring kommunikationsproblemer i socialpsykiatrien i København, viste at 90 % af behandlerne oplevede en kommunikationsbarriere på grund af sprogproblemer.<sup>1</sup> I en undersøgelse i Schweiz omkring brug af tolke i psykiatrien, rapporterede 94 % af de psykiatriske behandlingsinstitutioner, at de havde moderate til svære kommunikationsproblemer med patienter som ikke talte de lokale sprog.<sup>3</sup>

Selv hvis samtalen foregår via en tolk, kan der være problemer med forståelsen af det som bliver oversat. To forskellige sprog har ikke nødvendigvis kongruente ord og udtryk, og det kan derfor være svært at oversætte præcist. Det kommer blandt andet af, at sproget dannes ud fra den begrebsverden, der eksisterer i en kultur. Et ord kan således have mange betydninger og må ses i forhold til den sammenhæng det udtrykkes i. For eksempel har Koyas-folket i Sydindien syv forskellige ord for bambus, mens vi i Danmark kun har ét.<sup>4</sup>

Kommunikationen indenfor psykiatrien står i en særstilling, da den ofte berører emner, der er meget følsomme for patienten. Det varierer fra kultur til kultur i hvilken grad det er acceptabelt, at fortælle andre om psykiske problemer. I nogle kulturer vil det, at fortælle fremmede om sine følelser være grænseoverskridende.<sup>5</sup> Dertil kommer at psykisk sygdom i mange kulturer, er forbundet med en stærk grad af stigmatisering. Patienter fra Østasien og Mellemøsten kan have svært for at udtrykke følelser som nedtrykthed, ensomhed eller seksuelle problemer, fordi de føler skam.

Kommunikation er således mere end, at vi blot kan forstå de ord, som den anden bruger. Kommunikation kommer af ordet *communicare* som betyder "at gøre fælles".<sup>6</sup> Der i ligger, at vi gennem kommunikationen, også skal forstå det budskab som den anden person prøver at formidle. Det sprog vi taler, og dermed måden vi udtrykker os på, og betydningen af det vi siger, reflekterer de personer vi er, og dermed også den kulturelle baggrund vi har. Sproget kan derfor ikke adskilles fra den kultur sproget repræsenterer. Kultur er kommunikation, og kommunikation er kultur.<sup>7</sup> Det betyder, at en psykiater også må have en forståelse for den kulturelle baggrund en patient kommer fra, for fuldt ud at kunne forstå, hvad patienten ønsker at formidle.

Kommunikationen kan ses som en proces hvor de som deltager i en samtale, fortolker et budskab ud fra forskellige kommunikative filtre. Ifølge moderne kommunikationsteorier, findes der tre forskellige filtre som påvirker kommunikationsprocessen: De kulturelle filtre, de sociokulturelle filtre og de psykokulturelle filtre.<sup>7</sup> De kulturelle filtre dannes ud fra socialiseringsprocessen i det samfund vi vokser op i, og er baseret på de normer, der eksisterer i dette samfund. De sociokulturelle filtre opstår gennem tilhørsforhold til en bestemt gruppe, og bestemmes ud fra faktorer som køn, uddannelsesniveau og etnicitet. De psykokulturelle filtre der har betydning i kommunikationen med en person fra en fremmed kulturel baggrund er stereotypierne og ethocentrismen. Alle disse filtre er med til at påvirke kommunikationen, og kan give grobund for misforståelser. Ofte er vi ikke klare over at disse filtre eksisterer. Måden vi kommunikerer på, er os ikke bevidst, før vi møder en person som bryder med de for os, naturlige måder at kommunikere på.

## ***4.2 Læge-patient forholdet***

Mange patienter som kommer fra en ikke-vestlig kultur, har en anden opfattelse af, hvordan en læge skal forholde sig til patienterne. I Danmark lægger vi stor vægt på patientens autonomi. Man forsøger at klarlægge patientens forventninger til behandlingen, og skal indhente informeret samtykke hertil. Det er således tale om en forhandlingskultur. I mange andre kulturer anses lægen som en autoritetsperson, og lægens opgave er at undersøge patienten, stille en diagnose og behandle patienten, uden at stille så mange spørgsmål.<sup>8</sup> Den danske måde at tilrettelægge en konsultation på, stiller derfor store krav til patienten om åbenhed i forhold til sin egen sygdom, psykologisk indsigt og selvrefleksion.<sup>9</sup> Det kan være fremmed for mange flygtninge og indvandrere at skulle forholde sig til sin egen sygdom på denne måde.

### 4.3. Sygdomsopfattelse

Patienter fra en etnisk minoritetsgruppe har ofte en anden sygdomsopfattelse end den vi har i vesten. Dette kan besværliggøre kommunikationen mellem læge og patient. Et eksempel på dette kan være en patient fra Cambodja, som mener at hans sygdom skyldes kontakt med ånder eller trolddom.<sup>5</sup>

Patienter fra forskellige etniske grupper, udtrykker også symptomer på forskellige måder. I nogle kulturer er det mere acceptabelt at give udtryk for fysiske symptomer, frem for at præsentere psykiske klager.<sup>10</sup> Dette kan medføre at psykiske symptomer bliver maskeret som fysiske lidelser, og at patienten opfattes som somatiserende. I nogle tilfælde kan det være, at patienter med den samme sygdom, blot udtrykker deres klager på forskellige måder. Det er alment accepteret indenfor psykiatrien, at psykiske problemer kan give sig til kende i form af fysiske symptomer. Et eksempel på dette kan være en patient med angst, som klager over hjertebanken, sveden og smerter i maven. I andre tilfælde kan patientens symptomer også være knyttet til en anden sygdomsopfattelse. Dette kan skyldes at man i mange ikke-vestlige kulturer, ikke har det samme skille mellem psyke og soma, som vi har i vesten. Det er derfor ikke altid, man kan sammenføre patientens symptomer til en, i det vestlig behandlingssystem, anerkendt sygdomsgruppe, som for eksempel ICD-10 klassificeringen.

Et case studie i Australien i 1977 beskriver dette problem:<sup>11</sup>

*En Vietnamesisk flygtning bosat i Australien, bliver en dag dårlig medens han har samleje med sin kone. Han bruger et vietnamesisk ord der direkte oversat betyder "at blive fanget af en vind". Symptomerne er hovedpine, mavesmerter, hjertebanken og svimmelhed. Han får problemer med at sove og mister appetitten. For at behandle sygdommen, bliver patienten behandlet af sin familie, ved at de skraber en mønt nedover patientens ryg, for at få lukket luften ud. Han bliver grundig undersøgt somatisk. Da der ikke er noget fysisk der kan forklare hans gener, bliver han henvist til psykiatrisk behandling. Samtalerne med psykiateren foregår via en tolk.*

For psykiateren er det nærliggende at tænke, at det drejer sig om en angstlidelse eller en depression, altså at symptomerne har et psykisk fundament. Dette syn stemmer dårligt overens med patientens sygdomsopfattelse. For ham er psykisk syge, mennesker med kroniske psykoser eller mentalt retarderede. Ved hjælp af tolken finder psykiateren ud at sygdommen "at være fange af en vind" er almindelig i Vietnam, og opfattes som en fysisk og potentielt livstruende sygdom. Men i den vietnamesiske kultur ser man ikke blot krop og psyke som to adskilte elementer, som gensidig påvirker hinanden. Det at være svag, betyder at være fysisk svag og trætbar. Samtidig betyder det at være svag, at man har tabt sin livskraft. De to betydninger af samme ord kan ikke adskilles, fordi krop og psyke ikke på samme måde, som i vor kultur, er dualistisk adskilte. Behandlingen blev en blanding af tricykliske antidepressiva, psykoterapi og den vietnamesiske måde at behandle "vind" på. Da patienten følte, at lægen tog ham alvorligt ved at inkorporere et element af vietnamesisk behandling, var han mere åben for at beskrive det psykiske aspekt af sin tilstand. Dette eksempel viser, at ved at sætte sig ind i den anden kultur, og ikke blot karakterisere patientens tilstand som en somatiseringstilstand, åbner man for en bedre kommunikation med en patient fra en fremmed kultur.

## **5. Konsekvenser af mangelfuld kommunikation**

### ***5.1 Problemer knyttet til det psykiatriske interview.***

Diagnostik inden for psykiatrien baserer sig i høj grad på det kliniske interview. Psykiatrien har ikke de samme objektive værktøjer som blodprøver og scanninger, som den somatiske medicin kan bruge til at bekræfte sine diagnoser. Det kliniske interview er således helt afgørende. Derfor er det vigtigt, at psykiater og patient forstår hinanden godt. Kommunikationsproblemer kan derfor få betydning for både symptomvurdering, diagnosticering og behandling.

Det psykiatriske interview indeholder en række punkter, som er vigtige for at kunne forstå og forklare patientens symptomer. Interviewet medfører imidlertid nogle udfordringer, når det kommer til udspørgen af patienter fra en fremmed kultur. Det kan for eksempel være svært at forstå, for en patient fra en anden kultur, hvad der menes med tidligere psykisk adfærd. Nogle patienter kan opfatte det, som om man spørger om patienten var sindssyg som barn. Her kan det blive nødvendigt for psykiateren at anvende en mere direkte spørgeteknik, hvor man spørger om aktiviteter, interesser og omgangskreds i barndommen.<sup>10</sup>

Patienter udtrykker deres symptomer på forskellig måde. Nogle af disse måder at fremstille sine problemer på, kan være delvist kulturelt betinget. Som nævnt vil patienter fra en anden kultur kunne præsentere mange somatiske klager, da dette betragtes som noget det er acceptabelt at kontakte en læge for. Her kan en dansk psykiater nemt komme til at afvise symptomerne som psykiatrisk irrelevante.

Det varierer også fra kultur til kultur, i hvilken grad det er acceptabelt at udtrykke følelser. I den danske kultur er det velanset at kommunikere en vis grad af følelser, så længe man ikke overdriver. I det Fjerne Østen, opfattes det ofte som skamfuldt at kommunikere for følelsesfuldt, mens man i Mellemøsten ofte udtrykker følelser kraftigt. Kulturforskelle i måder at udtrykke følelser på, kan komme til at påvirke psykiaterens kliniske vurdering af patientens fremtræden, under det punkt i interviewet, der betegnes objektivt psykisk. En patient der meget kraftigt udtrykker følelser, kan opfattes som dramatiserende, medens en patient der ikke udtrykker sine følelser kan opfattes som følelsesmæssig afladet. Graden af forpinthed kan dermed blive svært at vurdere. Et andet punkt under den objektive vurdering, som kan være vanskelig at bedømme hos en patient, er den emotionelle kontakt til behandleren. I den danske kultur er øjenkontakten vigtig, medens det I andre kulturer kan være uhøfligt at se andre i øjnene.

Manglende refleksion over betydningen af eventuelle kommunikationsproblemer i diagnosticering af en psykiatrisk lidelse, kan medføre at diagnosen bliver usikker eller i værste fald forkert.<sup>12</sup> Patientens sprog og måde at udtrykke sig på, kan være medvirkende til at psykiateren har vanskeligt ved at bedømme hvorvidt patienten præsenterer nogle psykiatriske symptomer. Hvis patienten har begrænsede sprogkundskaber og dermed har svært ved at forstå, de spørgsmål der bliver stillet og svært ved at formulere sine svar, kan dette opfattes som om patienten er stille og tilbagetrukket. Denne adfærd vil kunne passe ind under en depressions diagnose, eller kan blive tolket som negative symptomer, som del af et schizofrent sygdomsbillede.

Et eksempel fra Sydafrika belyser dette<sup>12</sup>:

*En ung sydafrikansk mand som taler et af de mange stammesprog i Sydafrika, bliver vurderet af en psykiater som taler engelsk. Den unge mand har dårlige engelsk kundskaber og samtalen foregår uden en tolk. Psykiateren vurderer at patienten giver en meget simpel fremstilling af sig selv, kæmper for at finde svar på spørgsmålene og fremviser en række psykotiske symptomer.*

I dette tilfælde, kan det være svært at vurdere om patientens fremtræden skyldes psykisk sygdom eller manglende engelsk kundskaber.

## **5.2 Benyttelse af behandlingssystemet.**

En række undersøgelser viser, at der er et misforhold i det psykiatriske behandlingssystem mellem antallet af patienter tilhørende den etniske majoritet i et land og antallet af patienter der kommer fra etniske minoritetsgrupper, set i forhold til landets baggrundsbefolkning. Flere undersøgelser viser at etniske grupper er underrepræsenteret i det psykiatriske behandlingssystem, og at personer fra etniske minoritetsgrupper i mindre grad benytter sig af tilbud i det psykiatriske sundhedsvæsen, end personer tilhørende den etniske majoritet.<sup>13</sup> Til gengæld benytter de sig oftere af akuttjenester. Når de kommer til behandling får de også oftere en alvorligere diagnose, får mere medicin, bliver oftere behandlet med elektroshock og bliver oftere tvangsindlagt end patienter der tilhører den etniske majoritet. Tal fra Storbritannien viser at antallet af tvangsindlæggelser af sorte med afrikansk eller caribisk baggrund, er mere end fem gange højere end antallet af tvangsindlæggelser af hvide briter.<sup>14</sup> Der kan være flere årsager til dette. Det kan blandt andet skyldes, at der reelt er et større antal psykisk syge i denne population. Baggrunden for det skæve forhold kan også være, at behandlere og personale i det psykiatriske behandlingssystem, ikke har nok indsigt i kulturelle forskelle ved kommunikation med denne befolkningsgruppe, og at kommunikationen derfor kommer til at indvirke på de diagnoser der stilles og den behandling der vælges. Det kan også tænkes, at mangelfuld kommunikation og manglende kulturel forståelse medfører, at flygtninge og indvandrere ikke føler, at de bliver taget alvorligt og derfor får mistro til det psykiatriske behandlingssystem. Dette kan indebære, at de er mindre villige til at søge hjælp og, at de dermed først kommer i kontakt med behandlingssystemet, når symptomerne er blevet så alvorlige, at det kræver akut indgriben.

## 6. Løsningsforslag – metoder

### 6.1 Tolkning

Hvis behandler og patient ikke taler samme sprog, kan samtalen foregå via en tolk. Tolken er oftest en person, som kommer fra det samme land som patienten, men kan også være en dansker, som taler patientens sprog. Ved at benytte sig af en tolk, inddrager man en tredje person i samtalen, og bør derfor gøre det klart hvordan dette kan påvirke kommunikationen.

Der findes to hovedretninger indenfor tolkning, med hensyn til hvordan tolken skal deltage i samtalen. Den holdning til tolkens rolle, som har været mest anset i Danmark, er at tolken oversætter direkte det der bliver sagt til et andet sprog. Tolken bliver på denne måde en passiv deltager, og skal ikke indgå som en del af samtalen.<sup>1</sup> Tanken bag denne indstilling til tolkning er, at man opfatter tolken som en neutral tredjepart, som ikke skal fortolke noget af indholdet i det der bliver sagt. Tolken bliver her et nødvendigt redskab for at forstå betydningen af de ord patienten formulerer, men skal ikke være en kilde til at øge den kulturelle forståelse.

En anden måde at tolke på er hvad man kalder dialogtolkning.<sup>15</sup> Denne form for tolkning anvendes ofte i samtaler mellem indvandrere, flygtninge og repræsentanter for offentlige myndigheder. I denne form for tolkning er det indholdet der bliver oversat frem for de enkelte ord og udtryk. Tolkningen foregår ved at tolken først taler efter at patienten har talt ud. Dialogtolkning kan derfor også tage hensyn til eventuelle kulturelle betydninger i det patienten siger, og se det i sammenhæng med situationen hvori tingene bliver udtrykt. Tolken kan dermed blive et nyttigt værktøj til at forstå patientens kulturelle baggrund. Det kan i sær være nyttigt, at inddrage tolkens viden i vurderingen af en eventuelt psykotisk tilstand, da tolken i mange tilfælde kan fortælle om patientens adfærd anses for at være afvigende i deres kultur, eller falder indenfor rammerne af normal adfærd. Selv om dialogtolkningen har mange fordele, er der en risiko for at budskabet går tabt eller bliver ændret i processen. Indholdet af patientens formuleringer skal først forstås og fortolkes af tolken, før det videregives til psykiateren. Derfor kan information gå tabt eller ændres både på vej fra patient til tolk og fra tolk til psykiater.

Man skal være opmærksom på at det at tolken har samme nationalitet som patienten ikke nødvendigvis sikrer at tolken forstår alt det patienten siger. Der kan være mange forskellige etniske grupper i et samfund, og der kan derfor eksistere forskellige lokale sprog og dialekter, som tolken ikke forstår.

Anvendelse af tolk i psykiatrisk diagnosticering og behandling er ikke uproblematisk. Det stiller store krav både til psykiateren og tolken. Det er vigtigt at både behandler og tolk er klare over, hvordan tolkens deltagelse kan påvirke samtaleforløbet. Tolken bør være instrueret i hvordan han eller hun, bedst overholder sin rolle under samtalen. Psykiateren bør henvende sig direkte til patienten og tolken bør oversætte patientens udtalelser så præcist som muligt og ikke inddrage sine egne holdninger i oversættelsen.<sup>10</sup> Specielt vigtigt er det, at tolken forstår, at det er psykiaterens opgave, at tage stilling til eventuel psykotisk adfærd og sprog - og taleforstyrrelser.

Der er mange eksempler på, at manglende professionalitet fra tolkens side, har påvirket samtaleforløbet.<sup>15 16</sup> Efter at handelshøjskolens tolkeuddannelse blev nedlagt, eksisterer der ikke længere nogen offentlig uddannelse af tolke i Danmark, og tolkens eneste kvalifikation er ofte, at han eller hun taler det samme sprog som patienten. Tolken står i et magtforhold i forhold til patienten, som er afhængig af, at tolken videregiver det budskab, som patienten ønsker at komme frem med. Dette magtforhold kan misbruges til at dirigere samtalen i en retning tolken selv ønsker, og dermed ikke formidle det budskab patienten har behov for at komme frem med.

Ved behandling af en psykisk syg patient er det optimalt, hvis man kan få oparbejdet en god alliance mellem behandler og patient, så der kan laves nogle bæredygtige aftaler om patientens behandling. Et problem med at inddrage en tredjeperson i en psykiatrisk behandlingssituation, kan være at der dannes uhensigtsmæssige alliancer. Tolken kan føle at hans eller hendes loyalitet først og fremmest ligger hos patienten i kraft af, at de deler samme kulturelle baggrund. Dette kan medføre, at tolken ikke viderebringer spørgsmål til patienten, som tolken finder ubehagelige, eller at tolken ikke viderebringer information fra patienten til psykiateren, som tolken tror kan være belastende for patienten. Omvendt kan tolken føle, at loyaliteten bør ligge hos psykiateren, som tolkens arbejdsgiver.

For at skabe de mest optimale forhold for samtalen er det vigtigt, at patienten har tillid til tolken. Det er meget få tolke, som har kundskaber i psykiatri. Det er derfor vigtigt, at klargøre hvilke holdninger tolken har til psykisk sygdom og psykisk syge personer. Psykisk sygdom er i mange kulturer tabu-belagt. Hvis tolken har et negativt syn på psykisk syge, kan dette give sig udslag i en nedladende holdning overfor patienten, og medføre at tolken ikke viderebringer patientens fulde budskab til behandleren. Psykisk syge patienter er sårbare, og har behov for at blive mødt med empati og ikke fordømmelse.

Selv om en tolk, som kommer fra den samme kultur som patienten, kan bidrage positivt i form af en rolle som kulturformidler, knytter der sig også problemer til det at bruge en tolk med samme kulturbaggrund som patienten. Patienten og tolken kan tilhøre forskellige etniske, politiske eller religiøse grupperinger i hjemlandet. Flygtninge og indvandrere som kommer til Danmark på grund af konflikter og forfølgelse i deres hjemland, kan frygte at tolken viderebringer følsom information til politiske eller - religiøse modstandere. Dertil kommer at mange flygtninge og indvandrere venter på behandling af deres asylansøgning, og derfor er bange for, at tolken skal viderebringe information til myndighederne, der kan have indflydelse på sagsbehandlingen. Mange patienter stoler ikke på, at tolken overholder sin tavshedspligt, og dette kan medføre, at patienten tilbageholder information. Der findes flere eksempler på, at tolken ikke har overholdt tavshedspligten, så patientens frygt kan i mange tilfælde være velbegrundet.<sup>15</sup>

Et andet aspekt at tage hensyn til, når man inddrager en tolk i en samtale med en psykiatrisk patient, er hvordan tolken reagerer på det patienten fortæller. Specielt gælder dette i de situationer hvor patienten har været udsat for traumatiske oplevelser i sit hjemland som tortur og forfølgelse. Tolken kan selv være flygtning og få tidligere traumatiske oplevelser aktiveret under tolkningsarbejdet.<sup>17</sup>

I nogle tilfælde bliver familiemedlemmer brugt som tolke, enten på grund af at vanskeligheder med at skaffe en professionel tolk, eller fordi patienten ønsker det. Dette er imidlertid ikke uproblematisk. Et familiemedlem kan forvanske patientens klager i forlegenhed over hvad der klages over. Et familiemedlem kan også have svært ved at forstå hvad patienten fortæller om, på grund af manglende kendskab til psykisk sygdom. Et andet problem kan være, at patienten tilbageholder vigtig information, da han eller hun ikke ønsker at familien skal få indsigt i følsomme oplysninger.<sup>10</sup>

### **6.3 Ethnic matching- kulturelt tilpassede konsultationer.**

"Ethnic matching" betyder at patienter fra en bestemt etnisk minoritet, bliver behandlet af klinikere fra den samme kulturelle baggrund. Baggrunden for "ethnic matching" er at bedre kommunikationen mellem behandler og patient, ved at tilbyde patienterne en behandler, der taler det samme sprog og deler den samme kulturelle baggrund som patienten. I dette ligger et håb om, at kunne bedre behandlingen af psykisk syge flygtninge og indvandrere.

Der er i flere lande, blandt andet USA og Australien, oprettet specielle behandlingscentre med fokus på behandling af indvandrere. I andre lande som for eksempel Holland, er der udført retrospektive studier, som analyserer forskelle i resultater mellem patienter, som har været i behandling af en psykiater med deres egen kulturelle baggrund og patienter der er blevet behandlet af en psykiater tilhørende landets etniske majoritet.

En australsk undersøgelse fra 2003, havde som formål at undersøge om "ethnic matching" ville øge brugen af lokalt baserede psykiske sundhedstjenester, reducere antallet og længden af indlæggelser, mindske kontakten til akuttjenester, og nedsætte brugen af tvangsindlæggelser hos psykisk syge indvandrere og flygtninge.<sup>13</sup> I undersøgelsen deltog patienter med en italiensk-, græsk-, vietnamesisk-, makedonsk-, kroatisk - og tyrkisk baggrund. Undersøgelsen sammenlignede resultater fra patienter, som blev tildelt en tosproglig sagsbehandler fra den samme kultur som deres egen, med resultater fra patienter som fik tildelt en australsk sagsbehandler. Sagsbehandlerens opgaver inkluderede direkte sagsbehandling, konsultationer, uddannelse, støtte og uddannelse af familiemedlemmer og andre omsorgspersoner. Resultaterne viste, at patienterne, som fik tildelt en tosproglig sagsbehandler, oftere havde kontakt til de lokale psykiatriske behandlingstilbud og at kontakterne var af en længere varighed, end de der havde en australsk sagsbehandler. De benyttede sig også sjældnere af akuttjenester. For en enkelt minoritets gruppe (vietnamesisk baggrund), blev antallet indlæggelser og varigheden af indlæggelser også reduceret. Forskellene var imidlertid ikke store. Derimod sås der ingen reduktion i antallet af tvangsindlæggelser. Det eneste som havde betydning for antallet af tvangsindlæggelser, var hvilke diagnoser patienterne havde.

Om end forskellene mellem patienter som fik en sagsbehandler fra deres egen kultur og de der fik en australsk sagsbehandler, ikke var store, er undersøgelsen interessant. Den belyser, at kommunikation og kulturel sensitivitet kan have betydning for hvordan flygtninge og indvandrere benytter sig af psykiatriske sundhedstjenester i et land. De tosproglige sagsbehandlere som deltog i undersøgelsen, følte at de havde et bedre grundlag til at forstå patientens kulturelle baggrund og immigrations oplevelser end sagsbehandlere med en rent australsk baggrund. De følte at de var bedre i stand til at kommunikere med patienterne og patienternes familiemedlemmer, og dermed kunne komme med en mere nuanceret vurdering af patientens sygdom.

Årsagerne til disse resultater kan skyldes flere faktorer. Den øgede udnyttelse af behandlingstilbud blandt patienter med en tosproglig sagsbehandler, kan skyldes at patienterne var mere villige til selv at tage kontakt med en sagsbehandler med samme kulturelle baggrund, på grund af færre misforståelser i kommunikationen og en større følelse af at blive taget alvorlig, med hensyn til kulturelle spørgsmål og overbevisninger. Mindre brug af akuttjenester og kortere indlæggelsestid, kan skyldes at patienterne som har været i kontakt med en sagsbehandler fra samme kulturelle baggrund, har fået en bedre behandling på grund af en større forståelse i kommunikationen. På den anden side, kan de kortere indlæggelser også skyldes at de psykiatriske afdelinger hurtigere udskriver patienter fra en fremmed kultur, hvis der eksisterer et kulturelt baseret behandlingstilbud. Manglende erfaring i at behandle fremmedkulturelle på de psykiatriske hospitaler, kan betyde at personalet føler, at patienten vil have mere gavn af at blive behandlet af en tosproglig behandler udenfor afdelingen. Dette er ikke nødvendigvis positivt, da det ikke er givet at patienten er færdigbehandlet fra den psykiatriske afdeling.

En undersøgelse fra USA viser også, at "ethnic matching" kan reducere patienternes kontakt til psykiatriske akuttjenester.<sup>18</sup> I undersøgelsen indgik patienter med afrikansk-, spansk- og asiatisk baggrund. Der blev indsamlet data fra en kommunal database, som blandt andet indeholdt informationer om etnisk tilhørighed, hvilket behandlingsprogram (inklusive behandlingsprogram for etniske minoritetsgrupper) som blev benyttet og hvilken institution som forestod behandlingen. Data fra denne database blev indsamlet med års mellemrum. Baggrunden for at undersøge forholdet mellem "ethnic matching" og brugen af krisetjenester, er at dette fortæller noget om hvor velbehandlet patienten er. Resultaterne viste, at de patienter som indgik i et behandlingsprogram for etniske minoriteter, havde færre kontakter til akuttjenester, og at efterhånden som andelen af patienter som modtog behandling gennem et program for etniske minoriteter steg, faldt udnyttelsen af akuttjenester.

Undersøgelserne fra Australien og USA fokuserer kun på "ethnic matching" som et muligt middel til at ændre forskellene i anvendelse af de forskellige psykiatriske behandlingstilbud mellem forskellige etniske grupper. Et retrospektivt studie omkring "ethnic matching" fra Holland, fokuserer på patienternes ønsker om, og oplevelser med, en behandler fra deres egen kulturelle baggrund.<sup>19</sup> Flertallet af patienterne i undersøgelsen blev behandlet af en psykiater fra Holland, mens en mindre del af patienterne havde fået tildelt en behandler fra den samme kultur som deres egen. Patienterne blev spurgt om det var vigtigt for dem, at blive behandlet af en psykiater fra deres egen kultur. Over halvdelen mente ikke at det var vigtigt. For de fleste var det langt vigtigere, at behandleren var faglig kompetent, end at han eller hun havde samme nationalitet som patienten. De patienter som foretrak en behandler fra deres egen kultur, mente at det ville gøre det enklere at kommunikere med behandleren. Nogle patienter opgav, at de foretrak en behandler fra Holland, i frygt for at en behandler fra den samme etniske gruppe som dem selv, ville viderebringe information om patienten til andre medlemmer i denne etniske gruppe. For alle patienter var det vigtigt at psykiateren havde kundskaber om den kultur patienterne kom fra, og respekt for kulturens betydning for patienten. Patienterne blev også spurgt om deres tilfredshed med den behandling de havde modtaget. Der var ingen forskel i graden af tilfredshed mellem patienter der havde en hollandsk behandler og patienter der blev behandlet af en psykiater med den samme etniske baggrund som deres egen.

En undersøgelse fra Canada fra 2003, fokuserer på behandlernes erfaringer med konsultation af patienter fra en etnisk minoritetsgruppe.<sup>20</sup> I undersøgelsen testede man effekten af et kulturelt konsultations tilbud, bestående af et bredt antal af personer med forskellig kulturel og faglig baggrund. Mens mange af de andre modeller for kulturelle konsultationer har været oprettet som et specifikt behandlingscenter for patienter med indvandrer baggrund, søger den canadiske model at tilbyde kulturel rådgivning indenfor rammerne af det øvrige psykiatriske behandlingssystem. Der blev oprettet et tværkulturelt center, hvor psykiatere, praktiserende læger og andet sundhedspersonale, kunne tage kontakt for at få råd og vejledning i hvordan man kan forbedre kommunikationen med patienter med en anden kulturel baggrund, anbefalinger for behandling og eventuel hjælp til at vurdere patienterne ud fra kulturelt ståsted. Til centret var der tilknyttet psykiatere, psykologer, socialrådgivere, psykiatriske sygeplejersker og medicinske antropologer. Alle sager blev diskuteret på en ugentlig tværfaglig konference. De hyppigste henvendelser omhandlede hjælp til at stille en diagnose, eller hjælp til at afklare betydningen af specifikke symptomer eller adfærd. Nogle ønskede også hjælp til at planlægge behandling af en patient.

86 % af de behandlere der havde henvendt sig til centret, rapporterede at rådgivningen og konsultationerne gjorde det nemmere for dem at håndtere deres patienter. 48 % rapporterede at kommunikationen med patienter fra en etnisk minoritet var blevet nemmere, og at alliancen mellem læge og patient var blevet bedre. 41 % rapporterede at de havde fået større forståelse for de kulturelle - og religiøse aspekter i patientens situation.

### **6.3.1 Metodologiske begrænsninger i undersøgelser omkring "ethnic matching"**

Undersøgelserne beskrevet ovenfor har en række begrænsninger. De har alle et meget forskelligt forskningsdesign, og det er derfor svært at sammenligne resultaterne med henblik på, at kunne drage en konklusion om anvendeligheden af "ethnic matching". Flere af undersøgelserne inkluderer flere forskellige faggrupper i behandlingen af patienterne, og det er derfor vanskeligt, at se hvilken betydning "ethnic matching" har for diagnosticering og behandling i konsultationer med en psykiater.

Resultaterne fra den amerikanske undersøgelse omkring akuttjenester<sup>18</sup>, skal tolkes med stor forsigtighed. Patientgrundlaget kan have ændret sig i løbet af undersøgelsesperioden, og det er svært at drage sikre konklusioner om årsags-virkningsforhold.

For at undersøge "ethnic matching" som en mulig metode til at bedre kommunikationen i psykiatrisk behandling af psykisk syge flygtninge og indvandrere, er det nødvendigt, at gennemføre randomiserede studier, som belyser eventuelle forskelle i stillede diagnoser og behandlingsresultat mellem patienter, der modtager konsultationer fra en psykiater med samme kulturbaggrund og patienter, der bliver behandlet af en psykiater med en anden kulturbaggrund.

## 6.4 Telepsykiatri

Telepsykiatri kan defineres som "brug af telekommunikationsteknologi for at etablere forbindelse mellem patienter og behandlere med henblik på psykoedukation, diagnosticering og behandling"<sup>21</sup> Behandlingen udføres via telekommunikationsteknologi, hvor behandler og patient kan se hinanden og kommunikere med hinanden via en fjernsynsskærm. Kontakten etableres via en sikret internetforbindelse.

Telepsykiatri har været anvendt flere steder i verden i mere end 40 år.<sup>22</sup> Baggrunden for brug af telemedicin til behandling af psykiatriske patienter, har i de fleste tilfælde været at tilbyde psykiatrisk behandling til personer der er bosat i lokalsamfund med lang afstand til det nærmeste psykiatriske behandlingstilbud.<sup>23</sup> Brug af telepsykiatri til behandling af flygtninge og indvandrere er endnu et relativt uudforsket område, og der eksisterer endnu ingen publicerede resultater fra større undersøgelser omkring brug af telepsykiatri til behandling af denne målgruppe.

I Danmark eksisterer der ét behandlingscenter, som tilbyder behandling via telemedicin til psykisk syge flygtninge og indvandrere. Centeret har tilknyttet flere tosproglige psykiatere og kan modtage patienter fra det tidligere Jugoslavien, Østeuropa og Mellemøsten. Formålet med behandlingstilbudet er, at give patienter med en anden etnisk baggrund end dansk, psykiatrisk behandling på deres eget modersmål uden brug af tolke. Ved at benytte sig af telepsykiatri, kan man nå ud til en større andel af patienter, end hvis konsultationerne skulle foregå i centerets lokaler.<sup>21</sup> Der er endnu ikke publiceret nogen resultater fra centerets arbejde.

Et eksempel fra USA illustrerer en mulig fordel af, at benytte sig af telepsykiatri i psykiatrisk behandling af indvandrere.<sup>24</sup>

*En mexicansk kvinde bosat i USA, blev behandlet for depression af sin praktiserende læge. Selv efter fire måneder, havde patienten ikke taget den medicin hendes læge havde udskrevet til hende. Hun blev derfor henvist til en spansktalende psykiater og modtog konsultationer via telemedicin. Der var ingen spansktalende psykiatere i patientens kommune og patienten udtrykte modstand mod kontakt til en lokal psykiater i frygt for at blive stigmatiseret. Efter kontakt til den spansktalende psykiater, startede patienten med at tage sin medicin som foreskrevet, og fik det gradvis bedre.*

Brugen af telemedicin i psykiatrisk behandling rejser en række spørgsmål: Er telepsykiatri lige godt som traditionelle konsultationer, hvor patient og behandler sidder ovenfor hinanden, hvordan er patienternes og psykiaternes oplevelser af anvendelse af denne konsultationsform og hvordan er behandlingsresultaterne? Der er gennemført flere studier, som forsøger at belyse disse forhold.

De fleste studier som er gennemført, undersøger patienters og psykiateres oplevelser med brug af telepsykiatri.<sup>25 26 27 28 29 30 31</sup> Tilfredshed med telepsykiatri blev i de fleste studier vurderet ud fra svar på udleverede spørgeskemaer. Nogle undersøgelser blev gennemført som pilot projekter<sup>26 29 30 31</sup>, medens andre undersøgelser analyserede etablerede telepsykiatri tjenester<sup>25 27</sup>. Enkelte undersøgelser blev gennemført som case-kontrol studier, hvor telepsykiatri blev sammenlignet med konsultationer, hvor patient og psykiater var til stede i samme lokale (bliver i det efterfølgende refereret til som face-to-face konsultationer)<sup>26</sup>. Langt de fleste patienter og behandlere er tilfredse med behandlingstilbudet og vil overveje, at benytte sig af det ved fremtidige anledninger. Imidlertid var der mange patienter som svarede, at de ville foretrække en face-to-face konsultation frem for telepsykiatri, hvis de blev givet tilbudet. Nogle patienter udtrykte bekymring med hensyn til fortrolighed. En opgørelse af et telepsykiatriprogram i Arizona, viste at psykiaterne havde flere spørgsmål med hensyn til værdien af telepsykiatriske konsultationer end patienterne.<sup>25</sup> Flere psykiatere udtrykte bekymring med hensyn til den non-verbale kommunikation, og følte der var problemer med at observere ansigtsudtryk og kropssprog.

Få undersøgelser er udført som randomiserede undersøgelser, med sammenligning mellem telepsykiatri og face-to-face konsultationer. Der er udført et randomiseret studie omkring brug af telepsykiatri til behandling af psykisk syge indsatte i et amerikansk fængsel.<sup>32</sup> Patienterne blev randomiseret til én af to grupper, hvoraf den ene gruppe modtog konsultationer via telepsykiatri og den anden gruppe fik face-to-face konsultationer. Også i denne undersøgelse udtrykte patienterne stor tilfredshed med brugen af telepsykiatri. Der var ingen signifikante forskelle mellem de to grupper, med hensyn til patienternes tilfredshed med behandlingen. Et randomiseret studie fra Canada viste, at patienterne var mere tilfredse med face-to-face konsultationer, men resultaterne var ikke signifikante.<sup>33</sup>

De fleste studier som har til formål at vurdere patienter og behandleres tilfredshed med telepsykiatri, er udført som kvantitative studier. I et kvalitativt studie udført ved hjælp af semi – strukturerede interviews, havde behandlere og patienter et mere nuanceret billede af telepsykiatri som konsultationsform, sammenlignet med face-to-face konsultationer. Både patienter og behandlere følte det var sværere, at udvikle et godt læge-patientforhold og at der var vanskeligheder med den non -verbale kommunikation.<sup>34</sup>

Et mindre antal undersøgelser omhandler behandlingsresultater ved brug af konsultationer via telepsykiatri. I et kohorte-studie fra et amerikansk fængsel i Kansas, blev psykisk syge indsatte behandlet via telemedicin<sup>35</sup>. Patienterne blev bedt om at udfylde et skema over deres symptomer (Symptom Rating Checklist- SCL-90 Revised) én gang inden behandlingens start, og to gange i løbet af behandlingsforløbet. Den behandlende psykiater graderede patienternes symptomer efter hver konsultation, ved hjælp af en struktureret måleskala (Clinical Global Impression Scale). Under behandlingsperioden sås en reduktion af patienternes symptomer, målt ud fra både patienternes selv-rapportering ( $p < 0,05$ ) og lægernes symptomvurdering ( $p < 0,01$ ). En kohorte-undersøgelse fra Australien sammenlignede behandlingsudfaldet mellem en kohorte bestående af patienter, som modtog telepsykiatriske konsultationer og en kohorte af patienter som modtog face-to-face konsultationer.<sup>36</sup> Patienterne blev fulgt i et år. Der blev benyttet to skalaer til at måle behandlingsresultatet: Den ene skala blev brugt til at vurdere behandlerens observationer af patienternes symptomudvikling (the Health of the Nation Outcome Scale), medens den anden baserede sig på patienternes selvrapportering (Mental Health Inventory). Der var ingen signifikante forskelle i behandlingsudfaldet mellem de to grupper, hverken med hensyn til behandlerens eller patienternes vurdering af symptomændring. En lignende undersøgelse fra London, viste at patienterne, der modtog face-to-face konsultationer, hurtigere blev færdigbehandlet end patienter der modtog konsultationer via telepsykiatri (Fisher-test.  $P=0,048$ ).<sup>37</sup> En patient blev anset som færdigbehandlet i psykiatrisk regi, når behandlingen kunne varetages af den praktiserende læge. Dette kan betyde, at behandling via telepsykiatri kan kræve flere konsultationer, end behandling ved face-to-face konsultationer. Et enkelt randomiseret studie er gennemført med det formål, at sammenligne eventuelle forskelle i behandlingsudfald mellem patienter, som modtog face-to-face konsultationer og telepsykiatriske konsultationer.<sup>38</sup> 119 deprimerede krigsveteraner blev randomiseret til enten at modtage telepsykiatriske konsultationer eller face-to-face konsultationer. Behandlingsresultatet blev vurderet ved hjælp af Hamiltons Depressionsskala og Beck Depression Inventory scale. Patienternes tilstand forbedrede sig gennem behandlingsperioden, og der var ingen forskel mellem de to grupper.

#### **6.4.1 Metodologiske begrænsninger i undersøgelser omkring telepsykiatri.**

De fleste undersøgelser som er gennemført, anvender et ret begrænset patientantal. Der kan derfor stilles spørgsmål om hvorvidt resultaterne er generaliserbare.

Mange af undersøgelserne benytter sig af patienternes selvrapporing, til at belyse patienternes tilfredshed med telepsykiatriske konsultationer. Ikke alle patienter afleverede spørgeskemaerne. Det kan tænkes, at patienter som var mere positivt indstillet over for telepsykiatri var mere villige til at udfylde skemaerne, end de som havde dårligere erfaringer med de telepsykiatriske konsultationer. Dertil kommer, at mange af undersøgelserne benyttede sig af en patientgruppe med et bredt spekter af psykiatriske diagnoser. Det kan tænkes at en patients sygdom har indflydelse på patientens overskud, til at svare på spørgeskemaerne og på patientens holdninger til konsultationerne. Patienters indstilling til en behandling, påvirker også deres forhåndsindstilling til behandlingen.<sup>39</sup> Det kan for eksempel være holdninger overfor telepsykiatri og læge-patientforholdet, tilfredshed med nuværende medicinsk behandling og angst overfor teknologi. Ingen af de ovenfor nævnte undersøgelser belyser dette aspekt. De fleste studier undersøger telepsykiatri som en måde at opfylde et behov for psykiatrisk ekspertise i lavt befolkede områder. Patienternes villighed til at benytte sig af telepsykiatri, sammenlignet med face-to-face konsultationer, må derfor ses i forhold til de ulemper der er for patienten, ved at skulle rejse langt for at modtage konsultationer og at vente længe for at få en tid hos psykiater.

Undersøgelserne viser også, at de deltagende psykiatere generelt var tilfredse med brugen af telepsykiatri. Mange af disse psykiatere har været med til at udarbejde forskningsprojekterne, og deres indstilling overfor telepsykiatri som konsultationsmodel kan have været påvirket af et ønske om at projektet skulle lykkes.

Kun én af undersøgelserne omkring behandlingsudfald, er udført som et randomiseret studie. Studier hvor patienterne selv kan vælge hvilken behandlingsgruppe de vil være i, kan medføre en skæv fordeling af patienttyper i de to forskellige grupper.

## **7. Diskussion**

Denne opgave har forsøgt at belyse de udfordringer der eksisterer i forbindelse med kommunikation med flygtninge og indvandrere i psykiatrien. Som opgaven viser, kan kommunikationsproblemer få konsekvenser for både diagnosticering og behandling af patienten. Derudover kan kommunikationsproblemer have indvirkning på patienternes tiltro til og udnyttelse af det psykiatriske behandlingssystem.

En begrænsning i analysen af kommunikationsproblemer og mulige løsninger herpå, er at der kun findes begrænset litteratur på området, og at kommunikationen med denne gruppe patienter i det daglige arbejde, ofte baserer sig på skøn frem for empirisk viden.

### ***7.1 Tolkning***

I tilfælde af at patient og psykiater ikke taler samme sprog, kan man være nødt til at benytte sig af en tolk. Som denne opgave viser, er der flere problemer knyttet til brug af tolk i psykiatrisk behandling. Tolken kan dog også bidrage positivt i konsultationen, i kraft af sin viden om kulturens betydning for patienten.

I de fleste tilfælde eksisterer der ikke et alternativ til tolkning, og man bør derfor se på hvordan man kan minimere de problemer, der eksisterer med hensyn til tolkning. Et af de største problemer med brug af tolk i Danmark, er at der ikke eksisterer nogen formel tolkeuddannelse. Dette har medført, at kvaliteten i tolkningen er meget varierende. Der eksisterer et behov for at højne niveauet i det danske korps af tolke. Det er derfor vigtigt at uddannelse af tolke bliver et prioriteret område indenfor sundhedssektoren. Dette kræver imidlertid politisk vilje til at afsætte ressourcer til uddannelse af tolke. En opprioritering af tolkearbejdet og en bedring af tolkenes ansættelsesvilkår er nødvendig, for at gøre tolkning til et mere attraktivt erhverv end det er i dag.

## **7.2 "Ethnic matching"**

" Ethnic matching" er en metode som rummer muligheder for at mindske kommunikationsproblemer ved diagnostik og behandling af psykisk syge flygtninge og indvandrere. En psykiater der taler det samme sprog og kommer fra den samme kultur som patienten, vil have nemmere ved at forstå patientens måde at udtrykke sig på.

Ved at etablere specifikke behandlingstilbud til flygtninge og indvandrere, flytter man imidlertid behandlingen af denne gruppe væk fra det øvrige sundhedssystem. Dette kan medføre nogle negative konsekvenser, som bør vurderes inden man opretter sådanne behandlingstilbud. Der er en fare for, at man kommer til at lægge for stor vægt på kulturforhold i behandlingen af patienten. Den kulturelle baggrund er blot en af mange faktorer, som er med til at bestemme ens personlighed.

Selv om det er vigtigt, at tage kulturelle hensyn i kommunikationen med patienter med en anden etnisk oprindelse end dansk, må man ikke lægge så stor vægt på kulturen, at man glemmer individet. Med dette for øje, kan kulturelt tilpassede behandlingstilbud, benyttes som et supplement til behandling indenfor det mere etablerede sundhedssystem, med det formål at bedre kommunikationen og den kulturelle forståelse. Den Canadiske model, med at tilbyde behandlere en mulighed for at få vurderet deres patienter af en af en psykiater med den samme kulturelle baggrund som patienten, rummer muligheder for at bedre kommunikationen med patienten samtidig som behandlingen kan foregå indenfor rammerne af det etablerede behandlingssystem.

## **7.3 Telepsykiatri**

Undersøgelser omkring telepsykiatri viser at telepsykiatri i flere tilfælde repræsenterer et godt alternativ til face-to-face konsultationer. Der er imidlertid et behov for flere randomiserede undersøgelser, som sammenligner denne konsultationsform med face-to-face konsultationer. Derudover er der et behov, for at undersøge om telepsykiatri kan anvendes til forskellige patientgrupper med et bredt spektrum af diagnoser.

Brugen af telepsykiatri til behandling af psykisk syge flygtninge og indvandrere, medfører forhåbninger om at kunne forbedre kommunikationen mellem psykiater og patient. Det indebærer et håb om, at man kan undgå sproglige og kulturelle misforståelser og at patienterne vil føle sig sikrere på, at følsomme oplysninger ikke bliver viderebragt af tolke. Emnet er imidlertid dårlig belyst, og der eksisterer ingen publicerede resultater fra større undersøgelser om brug af telepsykiatri til denne patientgruppe. Inden telepsykiatri kan etableres som et reelt behandlingstilbud til psykisk syge flygtninge og indvandrere, må der iværksættes pilotprojekter, som sammenligner denne behandling med face- to-face konsultationer. Disse undersøgelser bør blandt andet fokusere på patienternes tilfredshed med behandlingen, diagnose sikkerhed og behandlingsresultater.

Det vides endnu ikke, om patienter med en anden etnisk baggrund end dansk, fortrækker en psykiater fra den samme kulturelle baggrund som dem selv, frem for at skulle benytte sig af en tolk. Mange patienter udtrykker bekymring for, om hvorvidt tolken vil overholde sin tavshedspligt. Der bør undersøges, om patienterne stoler mere på, at en psykiater fra den samme etniske begrund vil overholde tavshedspligten.

## **8. Konklusion**

Det øgede antal flygtninge og indvandrere i Danmark indebærer, at man i fremtiden vil møde flere patienter med en anden etnisk baggrund end dansk i den psykiatriske sektor. Flygtninge og indvandrere har krav på den samme kvalitet i behandlingen, som patienter med en dansk kulturbaggrund. For at dette skal kunne lade sig gøre, må man vurdere hvordan kommunikation påvirker kontakten med denne gruppe af patienter og hvad der kan gøres for at bedre denne kommunikation. En konsekvens af manglende viden omkring kommunikation med patienter med en anden etnisk baggrund end dansk, er at kommunikationen ofte bliver tilfældig og baserer sig på den enkelte psykiaters måde at angribe kommunikationsproblemer på. Der er således rum for forskning på dette område.

Denne opgave er med til at belyse de forskellige muligheder, der findes for at bedre kommunikationen med indvandrere og flygtninge i psykiatrien i form af mere professionelle tolke, kulturelt tilpassede behandlingstilbud og telepsykiatri. Jeg er af den opfattelse at disse tilbud, i fremtiden, vil kunne komme til at supplere hinanden. I valg af behandlingstilbud til den enkelte patient, er det vigtig at opfatte patienten som et individ og ikke blot et produkt af den kulturelle baggrund, således at behandlingstilbudet kan tilpasses den enkelte patient.

## Referencer

- <sup>1</sup> Galal L.P: Report on translation in social psychiatry. Danish Resource and Information Centre for Social Psychiatry. <http://www.socialpsykiatri.dk>
- <sup>2</sup> [www.danmarksstatistik.dk](http://www.danmarksstatistik.dk)
- <sup>3</sup> Eytan A, Bischoff A, Loutan L. Use of interpreters in Switzerland`s Psychiatric Services. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: s 190-2.
- <sup>4</sup> Lieth L, Kuschel R, Petersen A: Kultur og kommunikation. I: Kommunikationens veje: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1993. s. 85-98.
- <sup>5</sup> Van der Veer G. At yde hjælp til flygtninge: Overvindelse af kulturelle forskelle. I: Van der Veer G. Rådgivning og terapi med flygtninge. København: Hans reitzel forlag; 1995. s. 128-141.
- <sup>6</sup> [www.leksikon.org](http://www.leksikon.org).
- <sup>7</sup> Jensen AD: Interkulturel kommunikation. I: Andersen JH, Jensen AD (red). Etniske minoriteter – kulturmøder i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard; 2001. s. 45-62.
- <sup>8</sup> Grete Svendsen: Flygtningens møde med Danmark. I: Flygtninge og det psyko-sociale arbejde. Mellempfolkeligt Samvirke; 1995. s. 21-42
- <sup>9</sup> Peter Elsass: Interkulturel kommunikation og optimal consultation. I: Håndbog i kulturpsykologi. København: Gyldendalske boghandel, Nordisk Forlag; 2003. s. 394-414.
- <sup>10</sup> Nørregaard C. Kommunikation og tolkning i det diagnostiske og terapeutiske arbejde med fremmedsprogede patienter. In: Alberdi F, Nørregård C, Kastrup M, Kristensen M, editors. Transkulturel psykiatri. København: Hans Reitzel forlag; 2002. p. 313-313-331
- <sup>11</sup> Robert J. Barret: "Cultural formulation of psychiatric diagnosis", *Culture, Medicine and Psychiatry* 1997; 21: 481-98
- <sup>12</sup> Drennan G, Swartz L: The paradoxical use of interpreting in psychiatry. *Social Science & Medicine* 2002; 54: 1853-66
- <sup>13</sup> Ziguras S, Klimidis S, Lewis J, Stuart G. Etnich Matching of Clients and Clinicians and Use of Mental Health Services by Ethnic Minority Clients. *Psychiatr-serv* 2003; 54: 535-41
- <sup>14</sup> Pierre S.A. Legal, social, cultural and political developments in mental health care in the UK: The Liverpool black mental health service useres´ perspective. *J psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002; 9: 103-10.
- <sup>15</sup> Galal LP, Galal E: Tolkning i socialpsykiatrien. Videnscenter for Socialpsykiatri; 2002: 3-129.
- <sup>16</sup> Vasques C, Javier R. The problem with Interpreters: Communicating with Spanish-Speaking Patients. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42: 163-5
- <sup>17</sup> Kristensen M, Ali F. Transkulturel Psykiatri. I: Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris S, Reisby, Kragh-Sørensen P (red). *Klinisk Psykiatri*. København: Munksgaard; 2002. s. 575-92
- <sup>18</sup> Snowden L, Hu T, Jerrel J. Emergency Care Avoidance: Ethnic Matching and Participation in Minority-serving Programs. *Community Mental Health Journal* 1995; 31: 463-473.
- <sup>19</sup> Knipscheer J, Kleber R. A Need for Ethnic Similarity in the Therapist-Patient Interaction? *Mediterranean Migrants in Dutch Mental-Health Care*. *J Clinical psychology*. 2004;60:543-54
- <sup>20</sup> Kirmayer LJ, Groleau D, Guzuder J, Blake C, Jarivs E. Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies. *Can J Psychiatry*. 2003;48 No 3: 145-53.
- <sup>21</sup> [www.denlilleprins.org](http://www.denlilleprins.org)
- <sup>22</sup> Hyler S, Dinu P. A review of the Cost of Telepsychiatry. *Psychiatr-serv*. 2003; 57: 976-80
- <sup>23</sup> Monnier J, Knapp R, Frueh C. Recent Advances in telepsychiatry: An updated review. *Psych-serv*. 2003; 54: 1604-9.
- <sup>24</sup> Cerda G, Hilty D, Hales R, Nesbitt T. Use of Telemedicine With Ethnic Groups. *Psychiatr-serv* 1999;50 (10):1364
- <sup>25</sup> Cruz M; Krupinski E, Lopex A, Weinstein R. A review of the first five years of the University of Arizona telepsychiatry programme. *J of Telemedicine and Telecare* 2005; 11:234-39
- <sup>26</sup> Rohland B. telepsychiatry in the Heartland: If We Build it, Will They Come? *Community Mental Health Journal* 2001; 37:449-58
- <sup>27</sup> Simpson J, Doxe S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Telepsychiatry as a routine service- the perspective of the patient. *J of Telemedicine and Telecare* 2001; 7: 155-160
- <sup>28</sup> Whitten P, Rowe-Adjibogoun J. Success and failure in a Michigan telepsychiatry programme. *J of Telemedicine and Telecare* 2002; 8: 75-7
- <sup>29</sup> D´Souza R. Telemedicine for intensive support of psychiatric inpatients admitted to local hospitals. *J of Telemedicine and Telecare* 2000; 6: 26-8
- <sup>30</sup> Bose U, McLaren P, Riley A, Mohammedali A. The use of telepsychiatry in the brief counselling of non-psychotic patients from an inner-London general practice. *J of Telemedicine and Telecare* 2001; 7: 8-10
- <sup>31</sup> May C, Gask L, Ellis N, Atkinson T, Mair F, Smith C et al. Telepsychiatry evaluation in the north-west of England: preliminary results of a qualitative study. *J of Telemedicine and Telecare* 2000; 6: 20-2

- 
- <sup>32</sup> Brodey B, Claypolle K, Motto J, Arias R, Goss R. Satisfaction of Forensic Psychiatric With Remote Telepsychiatric Evaluation. *Psychiatr-serv* 2000; 51: 1305- 7
- <sup>33</sup> Bishop JE, O'Reilly RL, Maddox K, Hutchinson LJ. Client satisfaction in a feasibility study comparing face-to-face interviews with telepsychiatry. *J of Telemedicine and Telecare* 2002; 8: 217-221
- <sup>34</sup> May C, Gask L, Ellis N, Atkinson T, Mair F, Smith C et al. Telepsychiatry evaluation in the north-west of England: preliminary results of a qualitative study. *J of Telemedicine and Telecare* 2002;6: 20-2
- <sup>35</sup> Zaylor C, Nelson E, Cook D. Clinical outcomes in a prison telepsychiatry clinic. *J of Telemedicine and Telecare* 2001; 7:47-9
- <sup>36</sup> Kennedy C, Yellowlees P. The effectiveness of telepsychiatry measured using the Health of national outcome Scale and Mental Health Inventory. *J of Telemedicine and Telecare* 2003; 9: 12-16.
- <sup>37</sup> McLaren P, Ahlbom J, Riley A, Mohammedali A. The North Lewisham telepsychiatry project: beyond the pilot phase. *J of Telemedicine and Telecare* 2002; 8: 98-100.
- <sup>38</sup> Ruskin P, Silver-Aylaian M, Kling M, Reed S, Bradham D, Hebel JR et al. Treatment Outcomes in Depression: Comparison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person treatment. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1471-76
- <sup>39</sup> Werner P. Willingness to use Telemedicine for Psychiatric Care. *Telemedicine Journal and e-health* 2004; 10: 286-293.

Forside illustration: [www.pbs.org](http://www.pbs.org)