

CETT Status 2001 - 2006

Behandling, undervisning og metodeudvikling.



Status 2001 – 2006

I september 2006 kunne CETT fejre fem års jubilæum. Centeret blev i 2001 etableret efter knapt tre års projektarbejde i regi af Vejle Amt. Resultatet af arbejdet blev en politisk beslutning om at etablere et rehabiliterings- og udviklingscenter for flygtninge med traumer efter krig, flugt og tortur. Amdsrådet etablerede CETT, der blev organisatorisk forankret i Vejle Amts Sundhedsudvalg og -forvaltning.

CETT fik fra begyndelsen tre kerneopgaver: Specialiseret behandling, undervisning og metodeudvikling. Foruden at yde specialiseret klinisk behandling til flygtninge med traumer har det lige fra begyndelsen været en bærende idé bag CETT, at så stor en del af opgaven som muligt skal løses i det almene system. Det forudsætter information til og uddannelse af fagpersoner som sundhedspersonale, kommunale medarbejdere m.fl. Metodeudviklingsdelen har CETT fået i barsels gave, fordi området i faglig forstand er nyt, og der derfor ikke eksisterer entydige kliniske retningslinjer. Der er et stort behov for udvikling af mere dokumentation og udvikling af evidens på området.

Vi er nået et godt skridt ad vejen med disse tre opgaver i de første fem år af CETTs levetid, men vi er også blevet mange erfaringer rigere. I denne statusrapport beskriver vi nogle af de erfaringer, vi har gjort gennem fem år og også, hvordan vi i dag ser på de tre kerneopgaver, vi fik af Vejle Amt i 2001: Behandling, undervisning og metodeudvikling.

Meget arbejde ligger forude, og vi er naturligvis spændte på, hvordan fremtiden vil forme sig, nu hvor CETT bliver en del af Psykiatrien i Region Syddanmark. Klinisk og rehabiliteringsfaglig forskning (og dermed kompetenceudvikling) ønsker vi at gøre til et omdrejningspunkt for arbejdet ved CETT i de kommende år. Jeg er glad for at kunne sige, at vi i skrivende stund er langt med at skabe de nødvendige faglige forudsætninger for et sådant arbejde.

Spredning af viden til andre faggrupper i region og kommuner ser vi også fortsat som en central og betydningsfuld opgave. Men den store og vedvarende udfordring de kommende år bliver at etablere og udbygge faglige samarbejder med de nye, større kommuner i regionen – om behandlings- og rehabiliteringsforløb for klienter, om spredning af viden i kommunerne og meget gerne også om konkrete, praksisrettede udviklings- og forskningsprojekter.

Marianne Lauritzen
Centerchef CETT

Vejle, 27. februar 2007

Forord	side 2
Indhold	side 3
1. Sammenfatning og perspektivering	side 4
1.1 Udviklingen 2001-2006	side 4
1.2 Region Syddanmark	side 5
2. Faglig tilgang i behandlingen	side 6
2.1 Hvad er traumer	side 6
2.2 Fra særlig til almen	side 6
2.3 Kulturperspektivet	side 6
2.4 Rehabilitering	side 6
2.5 Social klassifikation	side 7
2.6 Psykologisk klassifikation	side 7
2.7 Kropslig undersøgelse og behandling	side 7
3. Hvad er opgaven for CETT	side 8
3.1 Behandling	side 8
3.2 Undervisning	side 9
3.3 Metodeudvikling og forskning	side 9
4. CETT behandling	side 10
4.1 Henvisningsmønster	side 10
4.2 Beskrivelse af henviste klienter	side 11
4.3 Henvisningsforløb	side 12
4.4 Behandlingsstrategi	side 12
4.5 Behandlingstilbud	side 12
4.6 Samarbejde med kommune og egen læge	side 13
4.7 Særligt om udgående team	side 13
4.8 Særligt om børn og unge (KAPPASS)	side 14
4.9 Effekt af behandlingen	side 14
4.10 Lægers og kommuners tilfredshed	side 14
5. CETT Uddannelse & Udvikling	side 16
5.1 Information & videnspredning	side 16
5.1.1 Traume.dk	side 16
5.1.2 CETT NU	side 16
5.1.3 Jasnas Breve	side 16
5.1.4 Ethnos	side 17
5.1.5 Dialogmøder	side 17
5.2 Undervisning	side 17
5.2.1 Kurser	side 17
5.2.2 Temadage og oplæg	side 17
5.2.3 Konferencer	side 17
5.2.4 Supervision	side 17
6. Metodeudvikling	side 18
7. Økonomi	side 19

1. Sammenfatning og perspektivering

1.1 Udviklingen 2001-2006

Fra 1. januar 2005 overgik specialiseret behandling af flygtninge med traumer til at blive en sygehusopgave og dermed en amtsslig forpligtelse. Tidligere var ansvaret og finansieringen delt mellem kommune og amt, og opgaven blev varetaget forskelligt afhængigt af den juridiske tilgang i de forskellige amter og kommuner. I Vejle Amt havde man etableret CETT i et meget tæt samarbejde med kommunerne, som også havde behov for specialiseret rådgivning og vejledning. CETT blev derfor grundlagt i en fælles forståelse af, at der her var en kompleks, speciel og meget alvorlig problemstilling, der krævede en faglig tilgang.

For CETT betød den nye praksis i 2005, at tilbuddet om specialiseret behandling i modsætning til tidligere blev gratis for de henvisende kommuner. Samtidig blev der åbnet mulighed for, at praktiserende læger kan henvise til behandling. Dette øgede antallet af henvisninger til CETT med ca. 200 %. Den eksplosive stigning i antallet af henvisninger medførte, at CETT fra 2006 fik en øget bevilling af Vejle Amt, så vi var bedre gearret til at imødekomme efterspørgslen. Yderligere fik CETT en øget etårig bevilling til at forsøge at reducere ventelisten, som blev opbygget i løbet af 2005.

Fagligt har disse udfordringer skærpet CETTs arbejde med visitationsprocessen og dermed også vores færdigheder i at diagnosticere og opstille prognose (klassifikation af klienter). Arbejdet har tilskyndet til en øget differentiering i behandlingstilbuddene, eksempelvis i udgående behandling og gruppebehandling. Endelig er CETT ved at afprøve og implementere forskellige tests og monitoreringsredskaber i forbindelse med behandlingen med henblik på dokumentation af effekten.

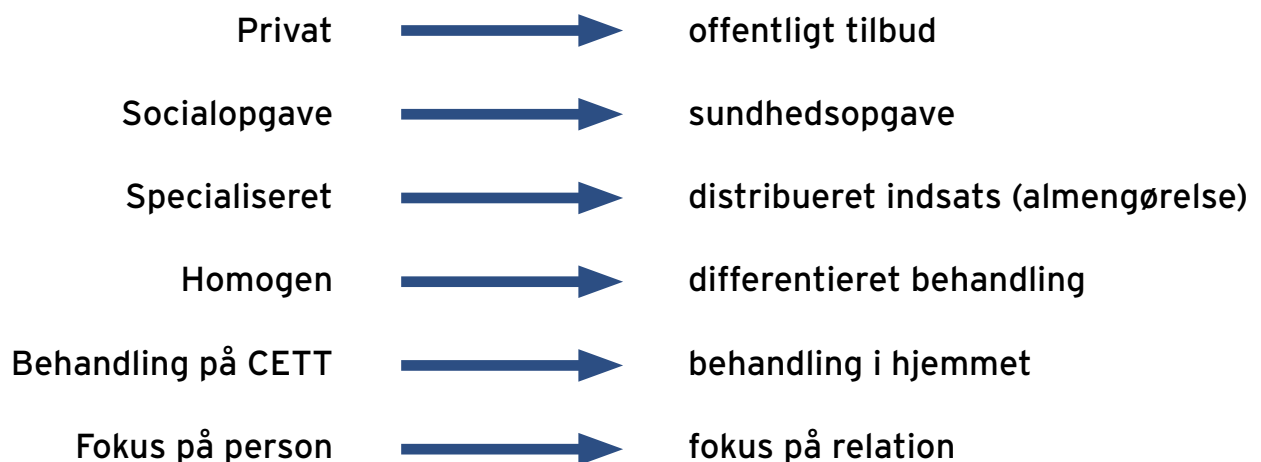
Samtidig satser CETT på information til og uddannelsesforløb for fagpersoner i andre systemer, så en større del af opgaven

kan varetages i uspecialiseret regi. Vores erfaring er, at større fagligt fokus på traumer øger de forebyggende indsatser. Det mener vi, især er afgørende i forhold til børn i dysfunktionelle, traumeramte familier. I denne statusrapport beskriver vi hovedtrækkene i den faglige udvikling, CETT har gennemgået de sidste fem år, naturligvis med vægt på den viden og de erfaringer, vi i dag besidder.

Det er blevet tydeligt for os, at fokus for indsatsen i behandlingen i fremtiden i stor udstrækning vil være mennesker med en dårlig prognose for helbredelse. Dette har naturligvis stor betydning for både den overordnede tilrettelæggelse og for mulighederne for differentiering af de enkelte behandlingsforløb. Behandling i eget hjem og etablering af psykoedukative grupper er begge behandlingsmæssige tiltag, som tilsyneladende kan have en gavnlig effekt. Vi er dog langt fra at have udforsket de to modellens potentiale, og det vil vi derfor blandt andet gøre de kommende år.

Det er også blevet tydeligt, at der i de kommende år skal være stigende fokus i behandlingen på familier, på børn og på forebyggelse. Vi har i 2006 afsluttet et treårigt udviklingsprojekt om støtte til børn af traumatiserede og psykisk syge flygtninge (Projekt KAPPASS). Projektet har bekræftet, at børn og unge i sådanne familier er i risiko for at blive varigt skadet, og vi er ikke i tvivl om, at børn og unge i disse familier har behov for særlig opmærksomhed og støtte. En af konklusionerne i projekt KAPPASS er, at forebyggende familiesamtaler er en relevant og velegnet metode. Vi håber derfor at få mulighed for at fortsætte udviklingen af forebyggende familiesamtaler som metode i disse familier.

Udvikling





1.2 REGION SYDDANMARK

CETT hører fra 1. januar 2007 organisatorisk og politisk til Region Syddanmark, hvor CETT er en del af regionens psykiatritilbud.

På CETT glæder vi os til at være knyttet tættere til behandlingspsykiatrien. Populationsundersøgelser på Kolding Sygehus Psykiatrisk afdeling (Christian Simonsen, 2004) viser, at flere end 80 % af henviste flygtninge med traumer foruden PTSD har to yderligere psykiatriske diagnoser. Endvidere bliver mange flygtninge med traumer aldrig helbredte, men må betragtes som kronikere. I de tilfælde handler behandlingsindsatsen derfor om at lindre og stabilisere.

Almengørelsen af indsatsen over for traumer efter krig og tortur har fra begyndelsen været en bærende idé ved CETT. Vi vil derfor også fremover gøre vores bedste for, at fagpersoner i andre systemer kan varetage deres opgaver på kvalificeret og professionel vis. Kommunernes rolle i rehabiliterings- og sundhedsopgaver er blevet større med Strukturreformen, og vi forventer, at kommunerne fremover kan få glæde af den ekspertise, CETT har opbygget.

De nye sundhedsaftaler vil være et redskab, som kan få stor betydning for tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb i rehabiliteringen af flygtninge med traumer.

CETT vil fremover fokusere arbejdskraft på at udvikle og konsolidere samarbejdet med kommuner og praktiserende læger.

Monitorering, dokumentation og udvikling af evidens er en opgave, som CETT har arbejdet fokuseret med. Dette arbejde vil vi fortsætte og udvikle. Ambitionen er at etablere et forsknings-samarbejde med eksterne interessenter (gerne fra psykiatrien) om effektmåling og monitorering.

Det er vores klare vurdering, at der fremover i Region Syddanmark er behov for, at CETT kan sprede sin viden og ekspertise til fagpersoner i andre systemer. Det er også vores vurdering, at der mange år fremover vil være behov for faglig forskning og metodeudvikling på området. Vi håber, at dette arbejde kan fortsætte i tæt samarbejde med de øvrige centre i Region Syddanmark.

2. Faglig tilgang i behandlingen

2.1 Hvad er traumer

Almindeligvis defineres et psykisk traume som en hændelse i en persons liv, der kendetegnes ved en så stærk og skræmmende oplevelsesmæssig intensitet, at individet ikke er i stand til at integrere oplevelsen emotionelt og hukommelsesmæssigt. Traumat har en omvæltende og langvarig indflydelse på den psykiske organisering. Individet hensættes i en psykisk choktilstand, som blokerer for de normale funktioner og hindrer en bearbejdning af den traumatiske erfaring.

I Danmark har den amerikanske forskning om PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) – primært i forbindelse med amerikanske soldater i Vietnamkrigen – haft stor betydning for, hvordan vi forstår traumer og eftervirkninger efter rædselsvækkende oplevelser.

Hvis man har PTSD, får man flash backs eller mareridt, hvor man vedvarende genoplever det, man har været udsat for. Og man føler stærkt ubehag, hvis man kommer ud for situationer, der minder om katastrofen. Man har tendens til at fare sammen, blive irriteret, få koncentrationsbesvær og søvnproblemer.

Symptomerne på PTSD lader sig ikke altid meningsfuldt adskille fra forstyrrelser i personlighedsstrukturen og angst- og depressionstilstande. En undersøgelse af psykiater Christian Simonsen fra 2004 (med omkring 300 deltagere) på Kolding Sygehus viste således, at over 80 % af patienter diagnosticeret med PTSD havde yderligere mindst to psykiatriske diagnoser.

Hele eksilproblematikken er ikke indfanget og beskrevet i PTSD-diagnosen, og som diagnose er PTSD ikke tilstrækkelig til at beskrive målgruppen på CETT. Klienterne, der er henvist til behandling, er meget forskellige, hvad angår symptomer, personlighed og social kontekst. Stort set alle henviste klienter kan dog diagnosticeres med PTSD, og således er diagnosen PTSD al ligevel det, der rent diagnostisk adskiller målgruppen fra andre grupper i det øvrige system.

Mange forhold har betydning for, hvordan klientens helbreds-situation er samt for, hvordan prognosen for bedring er. De traumatiske begivenheder, omfanget, varigheden og tyngden af dem har stor betydning. Det samme har varigheden af klientens nuværende tilstand. Det er også afgørende, hvilken personlighed der bliver udsat for de traumatiserende hændelser. Alle disse forhold har stor betydning for selve behandlingsindsatsen og typisk også for, hvordan lidelsen vil udvikle sig.

Endelig er der betydningen af selve eksiltilværelsen, som for de allerfleste har betydet store tab i forbindelse med flugten fra hjemlandet. Det er tab af familie, venner, arbejde, ejendom, prestige, sprog og kulturelle kompetencer. Mange har i eksiltilværelsen et sparsomt netværk med få ressourcer. Vi ved, at bl.a. netværk og sociale relationer har stor betydning for behandlingsprognosen. Der er desuden stor forskel i uddannelsesniveau og tidligere social position i hjemlandet blandt de henviste til behandling.

2.2 Fra særlig til almen

Af historiske årsager er traumebehandling af flygtninge i Danmark et særligt fagområde, som ikke er integreret i den almene psykiatri. Området har i mange år været karakteriseret af at være båret af ildsjæle, som samtidig førte en politisk kamp for at få det officielle system til at anerkende, at der i Danmark lever borgere med traumer efter krig, flugt og tortur, og at disse borgere har behov for hjælp, hvis ikke traumerne skal nedarves til næste generation.

Den tværfaglige behandlingsmodel, som er udviklet af bl.a. læge Inge Genefke, vandt med etableringen af RCT i København udbredelse fra starten (dvs. i begyndelsen af 1980'erne). Modellen er nu udbredt over det meste af verden med meget forskellige faglige vægtninger, prioriteringer og indhold. Indholdet i modellen var i begyndelsen for alle faggrupper meget fokuseret på traumat, og løbende er indholdet blevet modereret, udbygget og nuanceret. Undervejs er der opstået en slags traumefaglighed, som gør, at der nu åbent tales om specialiseret tværfaglig behandling. Det er vores indtryk, at der stadig er store variationer i de danske specialiserede behandlingstilbud, som dog alle ligner hinanden derved, at de er tværfagligt organiserede.

På CETT tager vi udgangspunkt i den grundlæggende antagelse, at klienternes symptomer er naturlige reaktioner på ekstreme hændelser. I tilgangen til behandlingen tager vi udgangspunkt i den almene psykiatri samt i den nyeste psykologiske viden og teori. Vi opfatter dermed ikke området som særligt i stringent faglig forstand. Derimod opfatter vi området som særligt i den forstand, at der er tale om meget alvorlige, komplekse og ressourcekrævende problemstillinger i gruppen af traumatiserede flygtninge. Vi vurderer, at disse problemstillinger kan medføre langvarige problemer (som fx utilpassede unge), hvis ikke opgaven netop nu bliver gjort til genstand for særlig faglig opmærksomhed, koordinering og udvikling.

2.3 Kulturperspektivet

De borgere, der bliver henvist til CETT, kommer fra kulturer, der i varierende grad afviger fra den danske. Derfor er det også væsentligt at være opmærksom på særlige kulturelle forhold for nogle klienter, især vedrørende høflighed og kulturelle tabuer.

Ved CETT mener vi imidlertid ikke, at den overordnede kultur i en region eller et land er determinerende for klientens "kultur". Derimod lægger vi vægten på klientens tidligere og nuværende sociale position, uddannelse og arbejdsliv, familie, venner, netværk samt ikke mindst kropslige og psykologiske ressourcer.

Vi bestræber os på at tage udgangspunkt i et dynamisk kultursyn, der ikke forstår kultur som noget statisk, men som en integreret del af personligheden og dermed noget, der udvikler sig. Et menneske udvikler sig livet igennem og udvikler sin identitet ud fra både sine indre personlige egenskaber og ud fra de påvirkninger, han/hun får via interaktion med omgivelserne.

2.4 Rehabilitering

Traumer efter krig, flugt og tortur kan gøre det til en vanskelig proces at blive integreret i det danske samfund. De mange tab,

der er forbundet med et liv i eksil (tab af sprog, familie, venner, job mv.), forstærkes typisk i den isolerede tilværelse, mange familier med traumer har. Evnen til at være forældre kan ændre sig markant, hvorfor der også er forhøjet risiko for, at børn i disse familier omsorgssvigtet, og selv udvikler psykiske traumer og egentlige sindslidelser.

Den sundhedsfaglige behandling er kun en del af den samlede indsats, der er nødvendig. Derfor er det relevant at tale om, at gruppen af flygtninge med traumer snarere end udelukkende behandling har brug for rehabilitering, der som begreb netop indeholder alle livsområder. Rehabilitering er mere end fysisk genoptræning, mere end psykologisk og medicinsk behandling. Målet for rehabilitering er social deltagelse.

Vi arbejder løbende på at etablere gensidigt forpligtende samarbejdsflader mellem kommune, praktiserende læge og CETT i det enkelte konkrete behandlingsforløb. Det er vores erfaring, at et sådant tæt samarbejde er afgørende for en vellykket behandlings- og rehabiliteringsproces.

2.5 Social klassifikation

I det sociale arbejde på CETT arbejder vi med udgangspunkt i følgende 10 sociale parametre: Forsørgelse, sundhed, social kompetence, kulturel og sproglig kompetence, familieliv, medborgerskab og indflydelse, oplevelse af kontrol, bolig, ydre værdisættelse samt fremtidsperspektiv. Ud fra disse 10 kategorier kan der opstilles en biografi, der viser, om klienten er socialt integreret eller befinder sig i en position, hvor der er risiko eller fare for, at klienten bliver decideret udstødt. I vurderingen skelnes der mellem grader af social integration og marginalisering i kategorier gående fra socialt integreret over socialt sårbar til socialt udsat og som yderposition socialt udstødt. Disse kategorier er bl.a. inspireret af Videns- og formidlingscentret for socialt udsatte (VFC).

I forbindelse med den sociale anamnese klassificerer vi klienten med fokus på hans/hendes bevægelse, forstået som den sociale retning, klienten eventuelt bevæger sig i. Er der en social deroute i gang, som det handler om at bremse? Har der ingen bevægelse været i noget tid? Eller bevæger klienten sig samlet set mod at være socialt integreret? Bevægelser i social mobilitet er ofte selvforstærkende, uagtet om det er gode eller onde cirkler. Den sociale klassifikation tjener samtidig til at udvælge særlige indsatsområder for behandlingsindsatsen.

2.6 Psykologisk klassifikation

Den psykologiske klassifikation udarbejder vi på baggrund af en række parametre, der er grundigt beskrevet i andre rapporter udgivet af CETT¹⁾. De valgte psykologiske parametre er alle internationalt kendte og anvendte, ligesom de alle er validerede. Ved at bruge validerede redskaber i den psykologiske klassifika-

tion skaber vi samtidigt et solidt grundlag for senere forskningsprojekter.

Den psykologiske vurdering, der leder frem til klassifikationen, hviler på et velbeskrevet hierarki af funktions- og interventionsformer. På baggrund af disse beskrivelser kan vi klassificere klienten i et af fem funktionsniveauer med tilhørende interventionsformer. Klassifikationen sker i niveauerne et til fem med fem som det laveste funktionsniveau. Forholdet mellem klassifikationsniveau og interventionsform (indsatsen) forholder sig sådan: Jo lavere funktionsniveau, klienten har, jo mere støttende skal indsatsen være og omvendt, jo højere funktionsniveau, klienten har, jo mere eksponerende (afdækkende) skal indsatsen være.

Ud over funktionsniveau beskrives traumetype og personlighedstype for yderligere at kvalificere og nuancere den terapeutiske intervention.

2.7 Kroplig undersøgelse og behandling

Som led i den tværfaglige udredning ved CETT tilbydes en fysioterapeutisk undersøgelse til personer, der har senfølger efter tortur, herunder voldtægt, samt til personer, som er svært rygbelastede.

Personer, der behandles i fysioterapien, har typisk vævsskader efter specifikke torturmetoder. Der kan også være tale om spændingstilstande, som provokerer eller vedligeholder smerter, eller der kan være tale om andre psykosomatiske tilstande som følge af en belastet livssituation.

På baggrund af en fysioterapeutisk vurdering tilbydes en såkaldt ressourceorienteret kropsundersøgelse (ROK). Undersøgelsen indeholder anamnese, holdningsanalyse samt vurdering af respiration, funktion, muskulatur og reaktioner undervejs. Desuden indgår terapeutens indtryk af personen, personens sygdomsforståelse og indsigt samt motivation for behandling. Personens oplevelser i forbindelse med undersøgelsen inddrages i den samlede vurdering. Der kan suppleres med lokalundersøgelser af eksempelvis fødder, ryg eller skulderled og med balancescreening og stabilitetsundersøgelse.

Der tilbydes fysioterapeutisk behandling, såfremt undersøgelserne fagligt begrundet et behandlingsbehov og et behandlingspotentiale, og såfremt klienten samtidigt er motiveret for kropslig behandling.

Succeskriterier for behandlingen er afdækning af behov for hjælpemidler samt anskaffelse heraf. Det er øget funktionsniveau, det vil sige øget bevægelighed, styrke, udholdenhed, stabilitet og balance samt øget kropsbevidsthed og smerteforståelse.

¹⁾ Se "Strategi for tilpasning til efterspørgsel og afvikling af venteliste til behandling på CETT", oktober 2005 samt dokumentet "Grundlag, metode & effekt. Det teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde og klas-

sifikation af klientgruppen ved CETT", Region Syddanmark, februar 2007. Rapporterne kan rekvireres.

3. Hvad er opgaven for CETT

3.1 Behandling

Fagområdet "traumebehandling efter krig, flugt og tortur" er som tidligere antydnet ikke tilstrækkeligt udbygget, og slet ikke hvis vi medtager eksiltilværelsen som aspekt. Efter fem års erfaring på CETT, herunder med ambulans behandling af flygtninge med traumer, må vi konstatere, at de fleste, der henvises til CETT, kan klassificeres i de psykologiske klassifikationsgrupper tre, fire og fem. Det vil sige de laveste niveauer i klassifikations-systemet med lav funktionsevne.

Typisk har de henviste klienter en hel række af symptomer. Næsten alle henviste har stærke vedvarende smerter, som ikke altid kan forklares ved objektive diagnostiske fund. Alle er i forskelligt omfang påvirket af angst, frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, skam og i det hele taget emotionel smerte, depression og håbløshed. Nogle er på grænsen til at være psykotiske.

Dette kombineret med et liv i eksil med tab og manglende netværk underminerer et menneskes selvværd og modstandskraft.

Således oplever vi mange klienter, som har givet op, og som har mistet al livskraft og håb. I en række tilfælde svinder også de kognitive ressourcer, så personen heller ikke kan lære eller huske noget.

Helbredstilstanden på de henviste klienter og prognosen for behandlingen betyder, at egentlig kurativ behandling (behandling med henblik på helbredelse) kun i mindre omfang kan iværksættes på CETT. For størstedelen af de henviste klienter er det med de nuværende medicinske, faglige og øvrige rammer ikke muligt at iværksætte egentlig kurativ behandling.

Derimod er det muligt at iværksætte behandling i kurativ retning. Det gør vi ved at tilbyde støttende og lindrende behandling med fokus på bedre livskvalitet på trods af symptomer.

Arbejde (gøremål mv.) og sociale relationer (selvværd og anerkendelse) er for denne målgruppe sammenligneligt med de behov, brugere i socialpsykiatrien har. Der skal være fokus



på hverdagslivet, og de lokale ressourcer omkring en klient (og dennes eventuelle familie) skal i videst muligt omfang inddrages i behandlingen. CETT er i foråret 2006 påbegyndt forsøg med behandling i eget hjem (udgående team). De foreløbige resultater tyder på, at denne tilgang har nogle klare fordele. Se i øvrigt kapitel 5.

På CETT er vi i stigende omfang blevet opmærksomme på de mange børn, der lever i familier, hvor den ene eller begge forældre er traumatiserede. Opvækstvilkårene i familier med traumer kan i mange tilfælde sammenlignes med dem, der ofte opstår i familier, hvor en eller begge forældre har en svær sindslidelse.

CETT har derfor skærpet opmærksomheden på børn i familier med traumer. Dette er bl.a. sket gennem KAPPASS (Kunsten at passe på andre og sig selv), som er et treårigt udviklingsprojekt, CETT har gennemført i samarbejde med Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling, Kolding, og Psykiatrisk Informationscenter, Vejle. I regi af KAPPASS har CETT tilbudt familiesamtaler med henblik på at forbedre familiedynamikken, og metoden ser ud til at være lovende. Projekt KAPPASS er afsluttet med udgangen af 2006, og vi vil i videst muligt omfang integrere erfaringerne fra KAPPASS i behandlingsarbejdet. Samtidig må vi understrege, at området kalder på en ekstraordinær indsats, såfremt anbefalingerne fra projekt KAPPASS om børn og unge tilnærmelsesvist skal efterkommes. Rapporten "KAPPASS. Om støtte til børn af traumatiserede og psykisk syge flygtninge" (december 2006) er gratis og kan rekvireres ved henvendelse til CETT eller downloades fra vores hjemmeside www.cett.dk.

Vi finder det afgørende, at der fremover kan iværksættes forebyggende foranstaltninger i alment regi for børn og unge i familier, hvor opvækstvilkårene er ødelæggende for børnenes udvikling.

3.2 Undervisning

Som allerede nævnt er det en bærende idé bag CETT, at så stor en del af opgaven som muligt skal løses i det såkaldt almene system. Vi taler derfor om "almengørelse", som vi ser som en vigtig kerneopgave. En af flere veje til at almengøre indsatsen er at sikre, at fornøden viden og færdigheder er til stede på rette sted og til rette tid. Derfor satser CETT overordnet på spredning af viden om traumer og tilgange til mennesker med traumer. Vi taler om at opnå "distribueret viden" med henblik på "distribueret indsats".

Konkret sker distribution af viden ad flere veje, herunder gennem den kliniske faglige indsats. Konkret sker det bl.a. i form af grundige udredninger, anbefalinger til strategier samt gennem koordinerende møder med den praktiserende læge og kommunen med henblik på at fastlægge eventuel fremtidig indsats. Mere generelt sker spredningen af viden om området ved afholdelse af uddannelsesforløb og oplæg, udarbejdelse af informationsmateriale, artikler i fagblade, nyhedsbrev, debatarrangementer, fokus-skabende initiativer og netmediet (cett.dk, traume.dk).

Visionen er integration af dette område i de almene systemer, herunder særligt (social)psykiatrien og de kommunale organisationer. Vi ser det også som nødvendigt, at studerende på danske lærestudier bliver undervist i, hvordan de kan handle professionelt i et samfund, hvor der lever familier i eksil, som har svære traumer.

3.3 Metodeudvikling og forskning

Slutteligt er vi på CETT i færd med at udvikle nye effektmålings- og monitoreringsredskaber til behandlingen. Det er redskaber, som i højere grad end de hidtidige monitoreringsredskaber ved CETT inddrager parametre, der kan bidrage til en kvalitativ klassifikation til brug for tilrettelæggelsen af den kliniske indsats.

De nye redskaber skal medvirke til at skabe grundlag for relevant klinisk og rehabiliteringsfaglig forskning, som kan være med til at forbedre traumebehandlingen. Visionen er anvendbar forskning, eventuelt som et samarbejde mellem flere rehabiliteringsfaglige organisationer.

Disse tre opgaver ved CETT løses af en tværfaglig personalestab og tilknyttede konsulenter på i alt 30 personer. Behandlingsopgaven løses af psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter og administrativt personale. Hertil kommer fastansatte og tilknyttede tolke samt lægekonsulenter (psykiater, sociallæge). CETT samarbejder med Dansk Flygtningehjælps Frivillignetværk og har frivillige tilknyttet som et tilbud i behandlingsafdelingen. Uddannelses- og udviklingsopgaven løses af en tværfaglig stab af informationsmedarbejder, uddannelseskonsulenter, projektmedarbejder m.fl. Metodeudviklingsopgaven tilstræber vi at integrere i alle funktioner. Chefpsykolog Jens Hardy Sørensen har dog haft (og har) en central rolle i metodeudviklings- og forskningsopgaver.

4. CETT behandling

4.1 Henvisningsmønster

Fra 1. januar 2005 blev behandling af flygtninge med traumer efter krig og tortur som nævnt en sygehusfinansieret opgave, idet opgaven blev omfattet af sygehusloven. Tidligere finansierede klientens hjemkommune behandlingen på CETT, hvorfor også kommunen indtil 2005 var den henvisende myndighed. Fra 1. januar 2005 kan både kommunen, sygehuset og den praktiserende læge henvise til behandling.

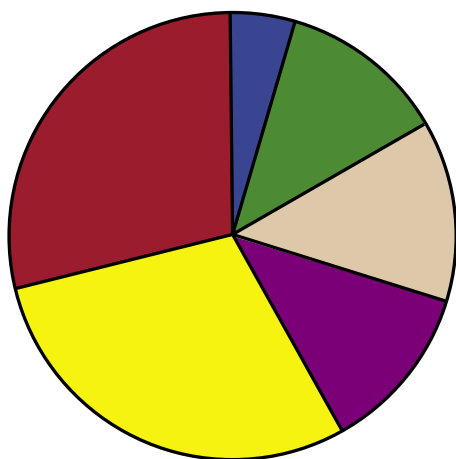
For CETT har de ændrede rammer betydet, at der fra og med 2005 er kommet flere henvisninger end tidligere. Siden 2005 er langt de fleste henvisninger til behandling på CETT kommet fra praktiserende læger.







Nedenfor ses udviklingen i antal henvisninger og visitationer i perioden 2004 – 2006.

	2004 pr. 31. december	2005 pr. 31. december	2006 pr. 31. december*
Antal henviste	55	134	131
Antal visiterede (antal afviste i parentes)	36 (3)	67 (34)	146 (46)

* tallene omfatter klienter, der er henvist i 2006

Siden åbningen i 2001 er der henvist i alt 455 personer til behandling på CETT, heraf over halvdelen inden for de sidste to år. Udviklingen i henvisningsmønsteret illustreres i følgende figur, der viser antal henviste pr. år i perioden 2001-2006.



	2001: 21
	2002: 55
	2003: 59
	2004: 55
	2005: 134
	2006: 131

Det videre forløb for de 455 personer, der er henvist til behandling på CETT, varierer meget. Det kan være, at klienten ikke optages til behandling (afvises), men det kan også være, at personen har ressourcer til og er motiveret for at indgå i et længerevarende behandlingsforløb, hvilket vi så vil igangsætte. Før 2005 var behandlingen kommunalt finansieret, og det kunne bl.a. betyde, at et behandlingsforløb måtte afsluttes pga. manglende bevilling. Ved udgangen af 2006 er det gennemsnitlige behandlingsforløb ved CETT på ca. 9 måneder, og ventetiden på behandling er på omkring et år (afhængigt af hvilket tilbud, man venter på). Det ses af tabellen, at 56 personer står på venteliste til behandling, og at 55 personer endnu ikke er visiteret. Vi afviser erfaringsmæssigt omkring en fjerdedel af alle henviste til behandling.

Status på henviste 2001-2006	Antal personer
Afvist	81
Behandling afsluttet	134
Bevillingsophør	17
Afsluttet, klientønske	43
Ikke oplyst	9
Andet	9
I behandling	51
Venteliste	56
Ikke visiteret	55
Total	455

Med virkning fra oktober 2005 fik CETT tilført 400.000 kr. årligt til prioritering af opgaven med visitationer. Med virkning fra 1. januar 2006 fik CETT endvidere tilført 2 mio. kr. til at tilpasse behandlingskapaciteten til efterspørgslen samt 2 mio. kr., tidsbegrænset til 2006 til at nedbringe ventelisten. Den ekstra indsats med visitation og tidlig udredning har bl.a. betydet, at vi har kunnet nedbringe ventetiden på visitation. Vi bestræber os på, at hele visitations- og udredningsprocessen maksimalt tager tre måneder. Det vil sige tre måneder fra den dag, vi modtager en henvisning, til den dag personen er undersøgt, og egen læge og kommune har modtaget en udredningsskrivelse med vurdering af og anbefalinger for den henviste klient. Vi forventer at kunne opfylde denne målsætning i 2007.

I arbejdet med at nedbringe ventelisten foretager CETT en række faglige prioriteringer. Blandt andet opprioriteres forældre med små børn og i nogle tilfælde borgere, der ufrivilligt er på vej ud af arbejdsmarkedet. Vi har for ganske nylig besluttet at opprioritere henviste unge under 21 år og vil derfor i 2007 oprette en særlig venteliste for denne gruppe. I det hele taget

vil vi det kommende år arbejde på at få en mere differentieret venteliste, ligesom vi vil arbejde for løbende opfølgning på de personer, der er henvist og venter på behandling.

4.2 Beskrivelse af henviste klienter

Der er i 2006 henvist i alt 131 personer til behandling på CETT. De oprindelige hjemlande for de tre største grupper blandt de henviste er Bosnien-Hercegovina, Afghanistan og Irak. Over en tredjedel af alle henviste i 2006 kommer fra Bosnien-Hercegovina, hvilket måske kan undre nogen, da flygtninge fra det tidligere Jugoslavien kom til Danmark tilbage i 1990'erne. Men man ved i dag, at stærke forsvarsmekanismer, der holder traumat "i ave", sagtens kan fungere i 10-12 år. Til gengæld kan det så være en ganske lille eller tilsyneladende betydningsløs episode, der gør, at personen bukker under for traumat. Dette mønster ses bl.a. i gruppen af henviste fra Bosnien-Hercegovina.

I skemaet ses hvilke oprindelige hjemlande, henviste klienter til CETT har, og hvordan fordelingen mellem dem er.

Hjemland	2006	
	Antal klienter	Procent
Afghanistan	18	13,7 %
Armenien	1	0,8 %
Bosnien- Hercegovina	45	34,3 %
Georgien	2	1,5 %
Irak	15	11,5 %
Jordan	0	0
Kosovo	11	8,4 %
Kroatien	0	0
Libanon (statsløs palæstin.)	14	10,7 %
Serbien	2	1,5 %
Slovenien	0	0
Somalia	3	2,3 %
Syrien	2	1,5 %
Andet	18	13,7 %
I alt	131	100 %

Lidt over halvdelen af de henviste i 2006 er kvinder. Igennem de fem år, CETT har eksisteret, har vi set en konstant stigning i andelen af kvinder til de nuværende 57,3 %. En af vores hypoteser om denne udvikling er, at kvinderne har været nødsaget til at være "den stærke", hvis en familie skulle have chance for at klare sig. En anden hypotese er, at kvinderne i højere grad end mænd søger læge, og da lægerne fra 2005 fik henvisningsret, blev det dermed mere sandsynligt, at kvinder blev henvist til behandling. Der kan være andre forklaringer på det stigende antal henviste kvinder.

Næsten alle henviste er på offentlig forsørgelse (93 %). Dette er forventeligt al den stund, at de personer, der henvises til behandling, generelt er meget belastede og derfor ikke har mulighed for at passe et arbejde.

Knap en fjerdedel af alle henviste klarer sig uden tolk. Dette tal har været stigende gennem de sidste år. Dette kan man måske se som en indikator på, at mange henviste har opholdt sig i Danmark igennem en længere årrække og i perioder formået at indgå aktivt i sprogundervisning og/eller styrket deres sproglige færdigheder via netværk eller arbejdsplads.

Køn (%)	2006
Mænd	42,7 %
Kvinder	57,3 %

Forsørgelse (%)	2006
Egen forsørgelse	6,1 %
Offentlig forsørgelse	93,9 %

Behov for tolk (%)	2006
Behov for tolk	75,6 %
Ikke behov for tolk	24,4 %

Vi er gennem fem års arbejde i stigende grad blevet opmærksomme på – og bekymrede for – de børn og unge, der vokser op i familier med psykisk syge eller traumatiserede forældre. En opgørelse over antallet af børn, henviste klienter har, viser, at henviste til CETT i 2006 til sammen har 372 børn. Disse børn kan være i risiko for at blive "smittet" af traumer og/eller være udsat for omsorgssvigt i større eller mindre grad.

Klienter med børn	2006	
	Procent	Antal børn
Ingen børn	11,5 %	0
1-3 børn	48,9 %	141
4 eller flere børn	39,6 %	231
Børn i alt	100	372

4.3 Henvisningsforløb

Praktiserende læger, sygehuse, herunder psykiatriske afdelinger, kan alle henvise patienter direkte til CETT. Kommunale sagsbehandlere har stadig henvisningsret, men denne bruges kun i begrænset omfang (ca. 15 % af henvisningerne). Henvisningsskemaet forefindes til download på CETTs hjemmeside.

Visitationsprocessen ved CETT indeholder også en faglig udredning, der foregår ved to forsamlinger. Den ene samtale gennemføres af en socialrådgiver, som laver en social anamnese, herunder flugt- og traumehistorie. Den anden samtale foregår ved psykolog, som bl.a. foretager et semistruktureret, strukturelt personlighed-interview. Efterfølgende afholder vi et internt visitationsmøde (konference). Såfremt klienten optages til behandling, foretager vi på visitationsmødet en klassifikation af klienten inden for niveauerne 1-5 med 5 som det laveste funktionsniveau. Dette sker på grundlag af en række veldefinerede og velbeskrevne vurderinger. Samlet anvendes ca. 12 mandetimer pr. visitation.

Generelt afvises 25-30 % af alle henviste klienter til behandling.

Henviste klienter afvises, hvis vi vurderer, at den primære problematik er noget andet end traumehistorien (eksempelvis relationelle traumer, personlighedsforstyrrelser, psykoser, massivt misbrug). Klienter afvises også, hvis de slet ikke er motiverede for behandling.

4.4 Behandlingsstrategi

Behandlingen ved CETT tager sit udgangspunkt i en moderne psykologisk forståelse af psykiske traumer. For en uddybende beskrivelse af det teoretisk faglige grundlag for det psykoterapeutiske arbejde henvises til dokumentet "Grundlag, metode, effekt. Det teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde ved CETT, Region Syddanmark, februar 2007".

For ca. 80-90 % af de visiterede klienter er behandlingsindsatsen støttende og lindrende, men i en kurativ retning. Fokus er på mestring af dagliglivet, herunder sociale og familiemæssige relationer. Indsatsen er organiseret i regi af et udgående team, i edukative grupper og i individuel støttende behandling på CETT.

For de resterende 10 - 20 % af de visiterede klienter gælder, at indsatsen er rettet mod en mere kurativ behandling. Fokus er på integration af traumat i personligheden dvs. på traumbearbejdning, eksponering og interaktiv affektregulering.

4.5 Behandlingstilbud

Efter endt visitation informeres klienten, sagsbehandler og praktiserende læge om, hvorvidt klienten kan tilbydes behand-

ling, hvilken karakter af behandling, klienten tilbydes, og hvilke hovedbegrundelser der danner grundlag for vurderingerne.

Tilbydes klienten behandling er der 4 indledende muligheder:

1. Et individuelt, tværfagligt behandlingsforløb
2. Et monofagligt behandlingsforløb typisk ved psykolog
3. Et mono- eller tværfagligt behandlingsforløb, hvori der indgår gruppeaktiviteter oftest i form af psykoedukation
4. Et tværfagligt grundforløb i eget hjem

Ad forløb 1: Her kan vi inddrage vi alle faggrupper, herunder lægekonsulenter. Grundlaget for at tilknytte bestemte faggrupper er dels vurderingen fra visitationen samt de løbende vurderinger, der foregår under behandlingsforløbet. Eksempelvis tilbyder vi kun fysioterapi, hvis klienten hører under målgrupperne for fysioterapi, eller hvis forløbet viser, at det er relevant at tilbyde fysioterapi. Efter tre måneder vurderer vi forløbet nøje, og der udarbejdes en behandlingsstatus, hvor vi også beskriver fremtidige indsatsområder. Denne status gennemgår vi med klienten og sender den derefter til kommunal sagsbehandler og praktiserende læge.

Hvis vi afslutter behandlingsforløbet, kan der være flere begrundelser. Det kan f.eks. være, at de beskrevne mål fra behandlingsstatussen er opnået, eller at forbruget af behandlingsressourcer ikke længere står mål med den forventede progression. Forløbet beskriver vi i en slutstatus. Igennem hele forløbet og/eller ved afslutning af forløbet kan der indgå møder med sagsbehandler og praktiserende læge. Både læge og sagsbehandler bliver løbende konsulteret eller informeret om behandlingsforløbet. Der er ingen øvre grænse for forløbslængden.

Ad forløb 2: Specialiseret forløb ved en enkelt faggruppe, primært ved psykolog eller fysioterapeut. Typisk indeholder forløbet et begrænset antal samtaler ved en psykolog eller et nøjere afgrænset behandlingsforløb ved en fysioterapeut. Viser forløbet, at grundlaget ændrer sig, kan klienterne overføres til et fuldt tværfagligt tilbud.

Ad forløb 3: Samme indhold som ovenstående forløb, men forløbet indeholder tillige en gruppeaktivitet, oftest i form af psykoedukation, der ligger først i forløbet.

Ad forløb 4: Overvejende af støttende karakter og med begrænset traumbearbejdning. I udgangspunktet gennemfører vi alle støttende foranstaltninger i klientens eget hjem. Indgår der terapeutiske samtaler, foregår disse altid på CETT. Grundforløbet indeholder tre hjemmebesøg over en periode på to måneder. Efter de tre hjemmebesøg afholder vi en intern behandlingskonference på CETT, hvor sagen drøftes. Herefter arrangerer vi et netværksmøde med den kommunale sagsbehandler, den praktiserende læge og andre relevante fagpersoner. På mødet drøftes sagen med alle samarbejdspartnere, og på mødet aftales dels indsatsen og dels, hvem der er ansvarlig for at gøre hvad.

På netværksmødet kan sagen blive afsluttet i CETT regi, eller CETT kan iværksætte et af flere behandlingstilbud. Dette kan f.eks. være fortsatte hjemmebesøg, kropslig og kognitiv træning, deltagelse i gruppeforløb, terapeutiske samtaler og støttende foranstaltninger af forskellig karakter. Ved siden af CETTs indsats arbejder læge og sagsbehandler med de indsatsområder, der er aftalt under netværksmødet.

Efter endt grundforløb er der fastsat en øvre grænse på 6 måneder for længden af forløb i regi af CETT. Denne grænse er sat, fordi formålet blandt andet er, at det primære system overtager indsatsen.

Igennem hjemmebesøgene får CETT et grundigt indblik i familiernes tilværelse. Ofte viser det sig, at andre familiemedlemmer kan profitere af begrænset hjælp, og at denne indsats i sig selv forbedrer tilværelsen for det menneske, der oprindeligt er henvist. Det kan eksempelvis ske ved, at forståelse af klientens sygdom forbedrer familiens muligheder for at mestre situationen. Stressniveauet og konfliktniveauet i familien kan nedsættes væsentligt med positive følger for den henviste.

4.6 Samarbejde med kommune og egen læge

Den praktiserende læge er typisk henvissende myndighed. Lægen inddrages i alle forløb, som minimum via skriftlig information og forslag til indsats og i nogle tilfælde medicin. Herudover indgår i de fleste tilfælde vurdering og anbefalinger fra CETTs speciallæge i psykiatri. I forbindelse med grundforløbet i den udgående indsats (behandling i eget hjem) arrangeres som nævnt et netværksmøde med deltagelse af kommune og praktiserende læge. CETT arrangerer mødet, udarbejder dagsorden til mødet og skriver referat af mødet, som alle deltagere efterfølgende får tilsendt.

4.7 Særligt om udgående team

De foreløbige erfaringer med at arbejde i udgående team på CETT er overvejende positive. Nogle få klienter har decideret frabedt sig hjemmebesøg, hvilket er blevet respekteret. Andre har haft behov for at få forklaret mere indgående, hvad formålet med hjemmebesøgene er, inden de har accepteret at få besøg. Generelt er tilbuddet blevet modtaget positivt af målgruppen.

I mange tidligere undersøgelser og rapporter om tværsektorielt samarbejde ²⁾ anbefales det, at der foretages en samlet koordineret indsats. I det udgående team har CETT påtaget sig en koordinerede rolle, som har vist sig at være omfattende og tidskrævende, men absolut nødvendig for at det tværsektorielle samarbejde kan fungere optimalt. CETT har fået positive tilbagemeldinger på udbyttet af netværksmøder fra læger, sagsbehandlere og andre. Enkelte fagpersoner har inden netværksmøderne været skeptiske, men efterfølgende udtrykt stor tilfredshed med mødernes form og indhold.

²⁾ Se fx Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret

Ikke alene tjener møderne til at aftale og udforme en behandlingsplan for den enkelte klient, men det giver også CETT mulighed for at kvalificere det professionelle netværk, der er omkring klienten. Under møderne er CETT repræsenteret med flere faggrupper. Dermed kan vi videreformidle dels vores specielle viden om den enkelte klient og dels mere generaliserbar viden om behandling af flygtninge med traumer. Netværksmøderne giver derved ikke kun en bedre samlet indsats for den enkelte klient, men virker også som et forum for vidensspredning.

En anden effekt af møderne er, at det er nemmere at etablere samarbejde fremover mellem f.eks. læge, sagsbehandler og andre alene i kraft af, at de har mødt hinanden. Effekten af at have haft en personlig kontakt er meget stor, og den erfaring vil vi naturligvis inddrage i vores fremtidige arbejde.

De foreløbige erfaringer med behandling i udgående funktion viser, at det er muligt at afslutte ca. halvdelen af klienterne efter grundforløbet. Udbyttet af hjemmebesøgene og effekten af netværksmøderne gør, at CETT kan overlade den efterfølgende indsats til det primære system. I de forløb, hvor CETT fortsætter behandlingen, er indsatsen ret massiv, men sigtet er stadig det samme. Det primære system skal stadig forberedes bedst muligt til at overtage indsatsen, når CETT afslutter behandlingen. Den massive behandlingsindsats kan have flere formål, dels til stadighed at kvalificere det primære system og dels at afhjælpe klienternes problemstillinger bedst muligt, hvilket gerne skulle forbedre det almene systems muligheder for at fortsætte indsatsen.

De klienter, der optages i det udgående team, har forskellige problemstillinger, der alle kræver en form for varig støtte. Fokus for indsatsen er derfor bredt ud til dels det nære netværk og dels det professionelle netværk, der findes eller skal etableres, omkring klienten. Succesparametrene for indsatsen er derfor ikke kun, at den enkelte klients funktionsniveau ophjælpes af CETT alene, men også at kvalificere netværket og understøtte det tværsektorielle samarbejde, der giver mulighed for at give klienterne en bred koordineret indsats, der for mange klienters vedkommende vil være et varigt behov for.

4.8 Særligt om børn og unge (KAPPASS)

Børn af traumatiserede og psykisk flygtninge er i risikozonen for selv at udvikle alvorlige psykiske vanskeligheder senere i livet - i lighed med andre børn af psykisk syge forældre. Derfor blev KAPPASS (Kunsten at passe på andre og sig selv) til som et treårigt udviklingsprojekt i Vejle Amt 2004-2006, finansieret af amtets Forebyggelsesudvalg. KAPPASS skulle ved hjælp af gruppeforløb give børnene mulighed for at dele tanker, følelser og bekymringer med andre børn i samme situation. Projektet var inspireret af de gode erfaringer, man i amtet havde med grupper for børn af psykisk syge forældre, de såkaldte "Group Light" grupper. Projektet blev iværksat som et samarbejdsprojekt mellem Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling i Kolding, Psykiatrisk Informationscenter i Vejle Amt samt CETT.

Børn og unges professionelle bagland var generelt positivt indstillet over for KAPPASS, men det viste sig, at forældrene af flere grunde ikke var interesserede i, at børnene skulle deltage i gruppeforløb. Derfor blev projektet ændret undervejs fra primært at være gruppeforløb til primært at være et tilbud om familiesamtaler. Ud over to gruppeforløb for større piger blev

der i projektet afholdt 176 samtaler med et eller flere familie-medlemmer.

Arbejdet med familiesamtaler i KAPPASS har haft positiv betydning i de involverede familier. Projektet har vist, at familiesamtaler er en relevant og anvendelig metode som forebyggende og støttende indsats i flygtningefamilier, hvor en eller begge forældre er traumatiseret eller psykisk syg. En klar fordel ved metoden er muligheden for en hurtig og målrettet indsats. En anden fordel ved familiesamtalerne er muligheden for at differentiere tilbuddet og tilpasse det til det enkelte barns og den enkelte families behov. Endelig er det en fordel, at samtalerne foregår i private og trygge rammer, der ikke udfordrer familiens usikkerhed (og skam) over, hvad andre vil sige og tænke om dem.

Sammenfattende om projekt KAPPASS må vi sige, det har været udfordrende undervejs. Til gengæld har projektperioden givet os værdifulde erfaringer. Derfor tøver vi ikke med at anbefale, at familiesamtaler som metode anvendes i det forebyggende familiearbejde med traumatiserede og psykisk syge flygtninge.

For flere informationer om projekt KAPPASS henviser vi til rapporten "KAPPASS. Om støtte til børn af traumatiserede og psykisk syge flygtninge" (december 2006). Rapporten er gratis og kan rekvireres ved henvendelse til CETT eller downloades fra vores hjemmeside www.cett.dk.

4.9 Effekt af behandlingen

CETT vil i 2007 introducere og implementere en række nye psykologiske monitoreringsredskaber.

Med de nuværende psykologiske monitoreringsredskaber for behandling er det desværre ikke muligt at lave en tilstrækkeligt kvalificeret og kvantificeret måling af effekten af behandlingen. De primært anvendte redskaber er Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Trauma Symptom Check List (TSC) samt Crisis Support Scale (CSS). Redskaberne kan bedst anvendes til at dokumentere forekomsten af PTSD og graden af oplevede symptomer.

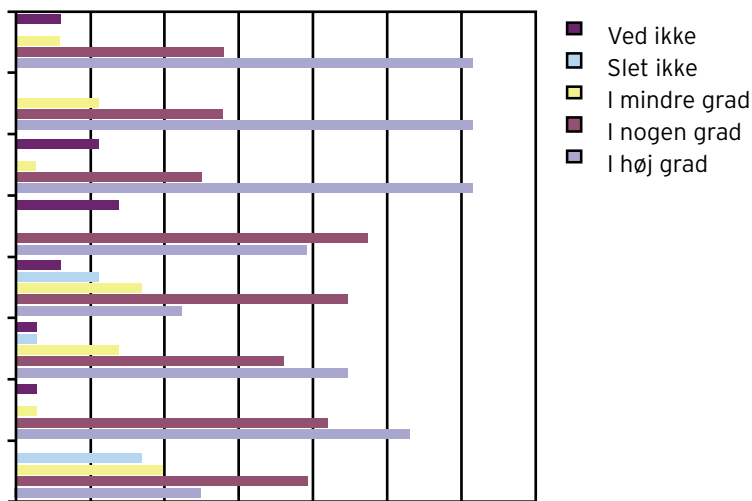
Som det fremgår af nærværende papir arbejder CETT med en øget differentiering i den diagnostiske beskrivelse til gavn for en mere specifik og målrettet behandlingsindsats. Vi arbejder således med at udvikle måleredskaber, der ikke primært hviler på et selvrapporert symptomniveau, men derimod på en faglig vurdering af det sociale, relationelle og intrapsyriske funktionsniveau. Vi forventer gennem dette arbejde at kunne bidrage til en forbedret monitorering af behandlingsindsatsen.

4.10 Lægers og kommuners tilfredshed

For at undersøge praktiserende lægers tilfredshed med informationen om visitationen ved CETT udsendte vi sidst på foråret en spørgeskemaundersøgelse til lidt over 70 praktiserende læger i Vejle Amt, som alle har henvist klienter til CETT. 36 praktiserende læger svarede.

Praktiserende læger

- Er du generelt tilfreds med de informationer, du får fra CETT?
- Kunne forslag til konkret medicinsk behandling være hjælpsomt?
- Er den parallelle orientering – i form af kopi af vores brev til forvaltningen – nyttig?
- Er din egen vurdering af patienten sammenfaldende med CETTs vurdering?
- Har du fået ny viden eller forøget viden om patienten?
- Kan informationerne bruges i din videre behandling af patienten?
- Er informationsniveauet i visitationsbrevene tilstrækkeligt højt?
- Vil det være tilfredsstillende at modtage visitationsbrev senest tre mdr. efter henvisningen?



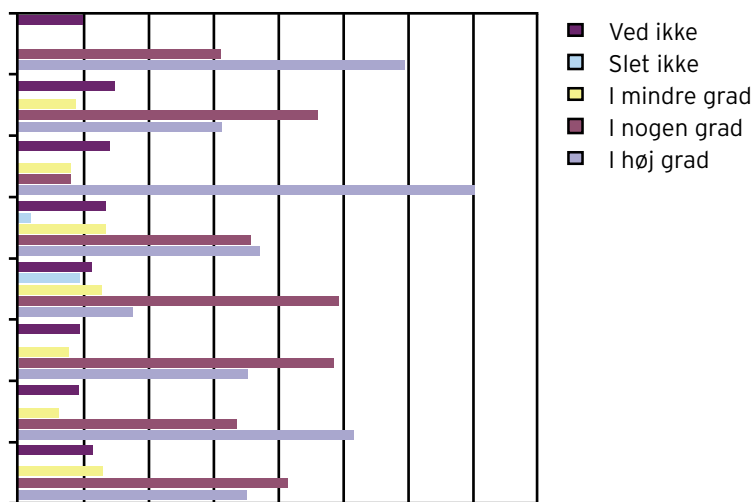
Spørgeskemaundersøgelsen viser, at de praktiserende læger, som henviser til CETT, generelt set er tilfredse med de informationer, de får fra CETT. I forbindelse med visitationen får læge og sagsbehandler tilsendt de samme informationer, hvilket der er stor tilfredshed med. En stor del af lægerne oplyser, at de via CETTs visitation får ny eller forøget viden om deres patienter, og at de kan bruge informationerne fra CETT i deres videre behandling af patienterne. Det fremgår klart, at mange læger har en forventning om at visitationen skal foregå hurtigt. Ca. 1/3 af lægerne finder det tilfredsstillende i mindre grad eller slet ikke tilfredsstillende, at visitationen kan tage op til 3 måneder. Lægernes generelt høje tilfredshedsniveau viser, at ikke alene giver visitationen grundlag for at vurdere, hvilke behandlingstilbud klienterne skal have på CETT, men giver også eksterne samarbejdspartere nye informationer, der kan bruges aktivt i

mødet med klienten. Dette gælder ikke alene henvisende læge, men også de kommunale sagsbehandlere, som har besvaret et næsten tilsvarende spørgeskema. Vi udsendte cirka 100 spørgeskemaer og modtog 66 besvarelser.

Svarene indikerer i lighed med svarene fra lægerne, at de kommunale sagsbehandlere er tilfredse med informationsniveauet i forbindelse med visitationen. Svarene indikerer endvidere, at de kommunale sagsbehandlere er tilfredse med at modtage et visitationsbrev senest tre måneder efter henvisningen. Ligeledes fremgår det, at de kommunale sagsbehandlere, lig lægerne, er meget tilfredse med den parallelle information. Denne deling af viden, som åbenlyst er meget tilfredsstillende for alle, er videreført som et bærende element i CETTs udgående behandlingsteam.

Kommunale forvaltninger

- Er du generelt tilfreds med de informationer, du får fra CETT?
- Var evt. forslag til konkrete sociale foranstaltninger nyttige og tilstrækkeligt begrundet?
- Er den parallelle orientering – i form af kopi af vores brev til lægen – nyttig?
- Er din egen vurdering af klienten sammenfaldende med CETTs vurdering?
- Har du fået ny viden eller forøget viden om klienten?
- Kan informationerne bruges i dit videre arbejde med klienten?
- Er informationsniveauet i visitationsbrevene tilstrækkeligt højt?
- Vil det være tilfredsstillende at modtage vores visitationsbrev senest tre mdr. efter, at klienten er henvist?





Det store antal flygtninge, der er kommet til Danmark gennem de sidste tyve år, giver nye faglige udfordringer for stort set alle faggrupper i det offentlige Danmark. Gennem uddannelsesforløb og samarbejdsrelationer har vi på CETT kontakt med mange forskellige faggrupper. Mange giver udtryk for faglig usikkerhed, afmagt og vanskeligheder ved at afgrænse den professionelle rolle i kontakten med flygtninge med traumer.

Det, disse fagpersoner efterlyser, er øget viden og professionelle handlemuligheder. De fleste har i deres grunduddannelse ikke stiftet bekendtskab med begrebet traumatisering som følge af krig og tortur. For at kunne iværksætte det rigtige tilbud eller yde den bedste service er det nødvendigt med faglig opkvalificering for faggrupper i mange systemer. Der er således stort rum for øget faglig opmærksomhed.

CETT Uddannelse & Udvikling blev organisatorisk etableret i marts 2006 som en generel satsning på information og uddannelse. CETT har fra sin start i 2001 haft undervisning som kerneopgave og har de første år i videst mulig udstrækning varetaget opgaven gennem oplæg, temadage mv. Den særlige funktion blev organisatorisk etableret i erkendelse af, at en

professionel opgaveløsning kræver professionel organisering, og at opgaven med undervisning og videnspredning er for kompliceret til at løse "ved siden af". Opgaverne i CETT Uddannelse & Udvikling varetages nu af en tværfaglig stab bestående af uddannelseskonsulenter, projektmedarbejder, informationskonsulent og kursussekretær. Psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter og læger inddrages som undervisere i konkrete uddannelsesforløb.

I det følgende beskrives en række aktiviteter, som CETT Uddannelse & Udvikling på nuværende tidspunkt har forestået.

5.1 Information & videnspredning

5.1.1 Traume.dk

Traume.dk er en hjemmeside, som blev lanceret i november 2006. Formålet er at bibringe forskellige faggrupper viden (opmærksomhed) og handlemuligheder, når det gælder faglige udfordringer og mennesker med traumer. Siden indeholder viden om traumer for fagpersoner, skrevet af fagpersoner. Internettet er en lettilgængelig kilde til information og grundlæggende afklaring. Det er relativt billigt, og det når ud til alle. CETT driver og udvikler traume.dk med udgangspunkt i praksis

(i samarbejde med Dansk Flygtningehjælp og Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT) i København).

5.1.2 CETT NU

CETT NU er et nyhedsbrev for målgruppen af beslutningstagere på traumeområdet. Formen vil være debatterende og stilen journalistisk. Første nummer udkommer marts 2007 med et temanummer om evidensbegrebet og betydningen af evidens. CETT NU bliver CETTs nyhedsbrev i fremtiden og vil udkomme to gange årligt.

5.1.3 Jasnas Breve

I oktober og november måned 2005 viste vi teaterforestillingen "Jasnas Breve" til elever på ungdomsuddannelserne i Vejle Amt. Ved disse lejligheder så ca. 1500 elever på ungdomsuddannelser teaterstykket, som handler om en bosnisk pige, der bor i Danmark med sin familie. Familien (især faren) er hårdt ramt af krigen og hænger på mange måder fast i tiden, før familien flygtede til Danmark. I forbindelse med forestillingen blev der udskrevet en (brev)konkurrence. Vinderne var i foråret 2006 på en tur til Bosnien for ved selvsyn at få indblik i Jasnas baggrund. Opholdet i Bosnien foregik med indkvartering hos private kontakter i CETTs lokale netværk der. Rejsen varede 6 dage og havde deltagelse af 9 unge mennesker i gang med en ungdomsuddannelse. Efterfølgende har en bosnisk klasse fra et lokalt gymnasium været på genbesøg i Danmark og været indkvarteret hos private fra ungdomsuddannelser i Vejle Amt.

Vejle Amts kulturudvalg har finansieret forestillingen og størstedelen af projektet.

5.1.4 Ethnos

"Ethnos - folkeligt forum" er et dialogforum ved CETT for etniske mindretal, ansatte i den offentlige forvaltning og det private erhvervsliv i Region Syddanmark. Forummet blev etableret i begyndelsen af 2005. I 2006 er der afholdt møder i marts, juni, oktober og december. Det overordnede emne for møderne i 2006 har været "Ensomhed, isolation og marginalisering blandt etniske minoriteter i eksil". Der er ved udgangen af året (2005 og 2006) udgivet en pjece med opsamling af de vigtigste begivenheder i årets drøftelser. Pjecen kan downloades fra cett.dk. Forummet fungerer som netværksfacilitator for deltagerne, samtidig med at der arrangeres drøftelser og mulighed for erfaringsudveksling.

5.1.5 Dialogmøder

I samarbejde med Integrationsministeriet er der i efteråret 2006 arrangeret en række offentlige dialogmøder med det overordnede tema "Identitet, eksil og religion". Der er afholdt møder med Imam Fatih Alev, centerleder for Islamisk-Kristent Studiecenter, med stiftspræst Lissi Rasmussen samt med Safet Bektovic, ekstern lektor på Københavns Universitet i religionsfilosofi. Endvidere er der afholdt dialogmøde med religionshistoriker Mikael Rothstein samt med lektor i komparativ politik Jens Peter Frølund Thomsen. Dialogmøderne har omhandlet religionernes rolle i et globaliseret samfund og sameksistens mellem mennesker med forskellige overbevisninger. På cett.dk kan man se videosammenklip fra møderne.

5.2 Uddannelse

CETT tilbyder målrettede uddannelsesforløb, der stræber efter at sikre sammenhæng mellem behov, målgrupper og den nyeste

viden på området. I vores uddannelses- og udviklingsforløb sætter vi teori på praksis, og vi omsætter viden til praksis med udgangspunkt i konkrete problemstillinger. I uddannelsesforløb anvender vi gerne en kombination af undervisning og efterfølgende supervision på deltagerne egen praksis.

5.2.1 Kurser

Det tredje forløb af "Børn på tværs af grænser" (i samarbejde med Vejle Kommune) er løbet af stablen i 2006. Således har omkring 70 medarbejdere ved Vejle Kommune deltaget i et uddannelsesforløb om børn og traumer. Forløbet strækker sig over et år og inkluderer 10 hele dage med undervisning og supervision.

CETT har i 2006 udviklet og udbudt efteruddannelsesforløbet "Familiodynamik, flygtninge og traumer". Forløbet strækker sig over sammenlagt 5 dage og henvender sig til familiebehandlere, hjemme-hos'er, støtte-kontakt personer, medarbejdere i arbejdsmarkeds- og integrationsafdelinger, sagsbehandlere samt medarbejdere i skoler og børneinstitutioner. Uddannelsesforløbet afholdes ultimo 2006 og primo 2007.

Der er i 2006 afholdt kursus om kropslig behandling af torturoverleverne for fysioterapeuter.

CETT har undervist medarbejdere på børneinstitutionen Grønnedalens Børnecenter i Vejle samt på 6. semester på sygeplejeskolen i faget sociologi, også i Vejle.

5.2.2 Temadage og oplæg

CETT har de forløbne 5 år holdt et meget stort antal oplæg rundt omkring på institutioner, afdelinger og uddannelsessteder. Her nævner vi alene de aktiviteter, der er afholdt efteråret 2006, dvs. efter at "CETT Uddannelse & Udvikling" er etableret som selvstændig funktion. Der er afholdt temadag i efteråret 2006 for praktiserende læger med fokus på diagnostik og behandlingsstrategier, herunder medicin. Der deltog i alt 20 læger i arrangementet.

Derudover har vi holdt oplæg for Fredericia Kommunes politiske integrationsudvalg, for netværk for lærere med tosprogede elever i Fredericia, for yngre læger i Vejle, for lærere på skole i Vejle, for Nyborg Kommune; for Interkulturelt netværk på Gedved seminarium samt i Bosnisk Forening i Vejle.

5.2.3 Konferencer

I samarbejde med Vejle Kommune har CETT afholdt konferencen "Trods traumer" i efteråret 2006 i Vingstedscetret for cirka 90 medarbejdere fra Vejle Kommune.

Vi planlægger en konference med navnet "Traume.dk" i efteråret 2007 (ligeledes i samarbejde med Vejle Kommune). Målgruppen er fagpersoner fra hele Danmark, der i deres arbejdsfelt har berøring med området.

5.2.4 Supervision

Vi har en samarbejdsaftale med sprogskolen i Vejle og yder supervision til sprogskolélærere. I forbindelse med udviklingsprojektet KAPPASS (se afsnit 4.8) yder vi psykoedukation for udvalgte familier.

6. Metodeudvikling

I de fem år, CETT har eksisteret, er der generelt sket en positiv udvikling på vores område, ikke mindst i retning af større faglig åbenhed over for forskning og videns- og evidensbaseret tilgang i behandlingen. Tidligere anså mange området for alt for komplekst til, det var muligt at indfange i monitorering af behandlingen. Dette er ikke længere tilfældet. Derimod giver mange udtryk for, at der er et stort og presserende behov for forskning og evidens på området. CETT ser det som en kerneopgave at bidrage til det.

På CETT har udviklingen i behandlingsindsatsen været en stadig større differentiering i behandlingen, i mange tilfælde med relativt korte og afgrænsede behandlingsforløb. Tidligere (dvs. i begyndelsen af vores levetid) oplevede vi lange behandlingsforløb uden tilsvarende effekt. Et konkret resultat af stadig større differentiering er, at vi i marts 2006 har etableret behandling i udgående team for klienter i de laveste klassifikationsgrupper. Erfaringerne hermed er lovende. Den stadig større differentiering af klientgruppens funktionsniveau samt interventionens form og indhold er muliggjort af en bedre visitations- og udredningsproces. Vi har gennem de sidste år lagt mange kræfter i at afklare det teoretiske grundlag for vores visitationsarbejde og på at blive dygtigere til at foretage den indledende kliniske vurdering af klienten.

På baggrund af vores erfaringer og de faglige ressourcer, vi nu råder over, glæder vi os til den kommende tid at kunne igang-

sætte udviklingsprojekter, som er egentlige forskningsprojekter. Det forudsætter dog, at vi kan opnå finansiering af projekterne – ved region, kommuner, stat og/eller private fonde.

CETT ser det som en central del af metodeudviklingsopgaven at bidrage til at optimere udnyttelsen af ressourcer. Vi glæder os til at kunne iværksætte konkrete udviklings- og forskningsprojekter de kommende år.

Vi har i skrivende stund konkrete forskningsprojekter på tegnebrættet. Vi påtænker de kommende år at gennemføre konkrete forskningsprojekter om:

- Monitorering af diagnose, funktionsniveau, traumetype og personlighedstype
- Monitorering af psykisk funktionsniveau og eventuelle ændringer heraf som følge af behandlingsindsatsen (effekt)
- Forebyggelse og tidlig opsporing af personer med potentiel risiko for kronisk PTSD
- Diagnostik og forebyggelse af omsorgssvigt hos børn af traumatiserede forældre
- Tidlig opsporing, beskrivelse af og efterfølgende indsats over for flygtninge med traumer med henblik på mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet

Vi håber, andre centre og/eller forskningsinstitutioner vil have interesse for et eller flere af disse projekter.



7. Økonomi og planlægning

Siden CETTs åbning i 2001 er budgettet løbende ændret som et resultat af udviklingen. Budgetudviklingen ved CETT ses i nedenstående tabel.

CETT 2001 – 2007 1000 kr.	
	Korrigeret budget
2001	4.010
2002	4.253
2003	3.905
2004	4.444
2005	9.465*
2006	13.496
2007	12.041**

Tallene er ikke pris- og lønfremskrevet

* Fra 2005 blev CETT omfattet af Sygehusloven, hvorfor hele aktiviteten blev finansieret af Vejle Amt i modsætning til tidligere, hvor finansieringen var delt mellem amt og kommuner.

** Godkendt, men ikke korrigeret budget.

I et regionalt perspektiv ser vi det som en kerneopgave for CETT at bidrage til, at opgaven med at behandle og rehabiliterer flygtninge med traumer bliver løst med stadigt større effektivitet og med stadig bedre ressourcudnyttelse.

Som en del af den opgave ser vi det som vores pligt at bidrage til, at opgaver i stadig stigende grad kan løses i andre ikke-specialiserede systemer, helst gennem en tidlig indsats. Vi vurderer, der vil være god økonomi i at forebygge på dette område. Hvad koster fx en kommunal indsats for utilpassede unge, og hvad er den økonomiske pris for enkeltmandsprojekter og sikrede institutioner? Vi tror fuldt og fast på, at en tidlig indsats i de nye kommuner bl.a. vil kunne forebygge fejludvikling hos børn og unge.

Vi vil også gennem systematisk forskning og metodeudvikling bidrage til, at der trædes nye stier i behandlings- og rehabiliteringsarbejdet. Sådanne nye stier kan erstatte eller supplere den nuværende indsats og dermed gøre den samlede indsats mere effektiv.

Set fra CETTs eget perspektiv blev 2005 et skelsættende år. Fra januar 2005 blev behandlingen tilbudt under sygehusloven, og de praktiserende læger kunne for første gang henvise til dette behandlingstilbud. I løbet af første halvår 2005 steg antallet af henvisninger så eksplosivt, at CETT stod i reel fare for at "sande til".

Vejle Amts Sundhedsudvalg besluttede på sit møde den 10. august 2005, at Sundhedsforvaltningen og CETT skulle udarbejde forslag til, hvorledes tilbuddet ved amtets Center for traume- og torturoverleverer kunne tilpasses efterspørgslen. Der skulle samtidigt udarbejdes forslag til afvikling af den venteliste-puk-

kel, der var opstået siden 1. januar 2005, hvor de praktiserende læger fik henvisningsret.

Resultatet af dette arbejde og den tilhørende politiske beslutningsproces er, at CETT i 2006 fik udvidet sin budgetramme med 4 mio. kr. til i alt 14,316 mio. kr.. Den konkrete udmøntning af rammeudvidelsen blev i maj 2006 beskrevet i et notat, som blev forelagt og godkendt af det daværende Sundhedsudvalg. Hermed godkendte Sundhedsudvalget også en fremtidig tostrengt strategi i forhold til at begrænse og tilpasse efterspørgselen på behandling.

Den ene streng i strategien er at kvalificere faglig opmærksomhed gennem information, uddannelse og rådgivning til fagpersoner i region og kommuner. Hensigten er i højere grad at inddrage især den praktiserende læge og kommunen. Formålet er at overdrage kroniske patienter til det almene system og at rette opmærksomhed på en tidlig indsats, forebyggelse og mestring. Nøgleord i denne proces er "almengørelse" og "distribueret indsats".

Den anden streng i strategien er at øge mulighederne for at differentiere behandlingsforløb i forhold til formål, intensitet, udstrækning og metode, herunder behandling i udgående teams. Den øgede differentiering sker gennem systematisk metodisk udviklingsarbejde.

Det forventes, at CETT med den øgede bevilling og denne tostrengede strategi vil kunne øge antallet af gennemførte forløb i 2007 til i alt 100 (fra cirka 40 forløb i 2005). Det bemærkes, at dette aktivitetsniveau forudsætter et uændret budget i forhold til 2006. Aktuelt har CETT et reduceret budget i forhold til 2006.

Derudover er udviklingsarbejdet i projekt KAPPASS 2004-2006 (et projekt til støtte for børn og unge af traumatiserede eller psykisk syge flygtninge) afsluttet. Finansieringsgrundlaget for dette arbejde derfor ikke længere til stede. Projektet var støttet af Vejle Amts Forebyggelsesudvalg med 1,2 mio. kr. over en treårig periode.

CETT indgår i her ved indgangen af 2007 i en arbejdsgruppe i Region Syddanmark, der skal udarbejde forslag til, hvordan området i Region Syddanmark skal planlægges og udvikle sig fremover. Vi må allerede nu konstatere, at mange udfordringer venter forude, hvis målet er, at behandling og rehabilitering af flygtninge med traumer er en sundhedsopgave på lige fod med andre. Først og fremmest ser vi venteliste-problematikken som den helt store udfordring. En afvikling af ventelisten med de nuværende (kendte) interventionsformer alene vil blive en ressource- og omkostningstung opgave.

Vi ser der derfor som helt nødvendigt, at venteliste-problematikken og uoverensstemmelsen mellem udbud og efterspørgsel løses ad mange forskellige veje. Vi mener f.eks., det er afgørende nødvendigt, at der fremover kommer fokus på børn og familier og på det at tænke og handle forebyggende. Derudover ser vi spredning af viden om traumer som vigtigt (svarende til almengørelsen af stress, depression mv., dvs. oplysning, undervisning og debat). Endelig kan rehabiliteringsfaglig og klinisk forskning bidrage til øget viden og bedre indsats i kommuner såvel som i den regionale sundhedsindsats.

Cett

Banegårdspladsen 1, 1. sal

7100 Vejle

Telefon 7642 0310

Fax 7642 0330

www.cett.dk

regionsyddanmark.dk

15659



Region Syddanmark