

CETT Vejle Amt

STRATEGI - for tilpasning til efterspørgsel
og afvikling af venteliste
til behandling på CETT
Center for traume og torturoverlevende

Internt dokument



INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Resumé	side 3
2. Indledning	Side 4
3. Overvejelser om målgruppe	Side 5
4. Samarbejdsaftale	Side 8
5. Strategi for udvikling af sundhedsfagligt behandlingsregime	Side 9
6. Tilpasning til efterspørgsel og afvikling af venteliste	Side 15
7. Dokumentation, monitorering & evaluering	Side 19
8. Økonomi	Side 20

1. RESUMÉ

Vejle Amts Sundhedsudvalg besluttede på sit møde den 10. august 2005, at sundhedsforvaltningen og CETT skal udarbejde forslag til, hvordan man kan tilpasse tilbudet ved amtets center for traume- og torturoverlevere til efterspørgslen. Forslaget skal også omfatte afvikling af den ventelistepukkel, der er opstået til behandlingstilbudet, specielt efter 1. januar 2005, hvor de praktiserende læger fik henvisningsret.

Dette notat indeholder forslag til en permanent udvidelse af kapaciteten med henblik på at tilpasse indsatsen til efterspørgslen samt forslag til, hvordan man kan afvikle ventelisten til behandling.

Målgruppen for behandling er børn og voksne med traumer, der skyldes krig, tortur eller anden organiseret vold. CETT yder således behandling til borgere fra flygtningelande, for hvem sådanne traumer er den primære årsag til ringe livskvalitet, ringe forældreevne og ringe arbejdssevne. Generelt er behandling af flygtninge med traumer altovervejende baseret på erfaring (frem for evidens) gennem cirka tyve år. Det er derfor én af CETTs kerneopgaver at bidrage til udvikling af sundhedsfaglige metoder i arbejdet med det formål at sikre, at behandlingen i størst muligt omfang får et evidensbaseret grundlag.

Derfor har vi i forbindelse med behovet at formulere en strategi for tilpasning af behandlingstilbudet til efterspørgslen samtidigt udarbejdet et klassifikationssystem, der udgør et hierarki af funktions- og interventionsformer. Klassifikationsgrupperne 1-5 (med fem som det laveste funktionsniveau) er udarbejdet på grundlag af (foreløbigt) 15 kriterier, der fagligt og videnskabeligt er veldokumenterede. Sammensætningen af disse kriterier og de deraf opstillede klassifikationsgrupper er en grundlæggende nyskabelse. Arbejdet bygger på vores iagttagelser og drøftelser gennem de sidste to år, og det er vores vurdering, at arbejdet har endog meget lovende perspektiver. Ved at differentiere målgruppen som beskrevet bliver det muligt at målrette indsatsen i langt højere grad, ligesom det øger mulighederne for monitorering og dokumentation, herunder af effekt.

På baggrund af de første fire års erfaringer med målgruppen argumenteres der i notatet for at indføre et klassifikationssystem med fem niveauer. Samtidigt argumenteres for at supplere den nuværende indsats med en udgående indsats over for de svageste klassifikationsgrupper. Det vurderes, at der er behov for cirka lige stor kapacitet på begge typer indsats (udgående og på CETT).

Det konkluderes, at det vil være nødvendigt at udvide kapaciteten fra 30 til 60 årspladser, svarende til 80 behandlingsforløb. Det konkluderes endvidere, at den fagligt bedste løsning vil være, at indsatsen i halvdelen af disse forløb etableres som udgående behandlingstilbud. Med en kapacitet på 60 behandlingspladser er det på nuværende tidspunkt vores vurdering, at indsatsen vil kunne modsvare behovet i Vejle Amt. En sådan tilpasning til efterspørgslen vurderes at ville koste 3,1 mio. kr. årligt.

Det forudsætter dog, at den nuværende ventelistepukkel afvikles, hvorfor notatet også indeholder konkret forslag til afvikling af ventelisten over to eller tre år. En afvikling af ventelisten vurderes at ville koste i alt 6,578 mio. kr.

2. INDLEDNING

Siden Vejle Amts Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT) åbnede i september 2001, har der været stigende efterspørgsel efter den specialiserede, tværfaglige behandling, der er én af centerets tre kerneopgaver. De øvrige kerneopgaver er vejledning og konsulentbistand samt metodeudvikling.

Fra 1. januar 2005 er specialiseret behandling af traume- og torturoverlevende kommet ind under sygehusloven, hvilket betyder, at behandling på CETT finansieres af Vejle Amt og er gratis for kommunerne. Samtidig er det nu muligt for praktiserende læger at henvise til behandling på CETT. Dette har resulteret i, at den i forvejen stigende venteliste til behandling fra 1. januar nærmest er 'eksploderet'. For øjeblikket er der 65 klienter¹ på venteliste til behandling (medio september 2005), og estimeret ventetid fra henvisning til behandling er nu over 2 år. CETT får i øjeblikket henvisninger i et omfang, der er mere end tre gange højere end behandlingskapaciteten.

Via centerets psykiatriske konsulent Christian Simonsen er vi blevet bekendt med, at de praktiserende læger opgiver at henvise til CETT på grund af den lange ventetid. Det generelle indtryk er, at ventetid forringer behandlingsprognosen markant. Man må derfor antage, at den lange venteliste skader prognosen for såvel dem, der står på venteliste, som for dem der på grund af ventelisten slet ikke får et behandlingstilbud.

På baggrund af det markant stigende antal henvisninger til behandling på CETT besluttede Vejle Amts Sundhedsudvalg på møde den 10. august 2005, at sundhedsforvaltningen og CETT skal udarbejde forslag til en permanent løsning af ventelisteproblemet samt forslag til en midlertidig 'pukkelafvikling' (nedbringelse af ventelisten). I indstillingen til punktet på sundhedsudvalgsrådet skønnes det, at en permanent styrkelse af indsatsen vil beløbe sig til ca. 2 mio. kr. Endvidere vurderedes det, at det vil være hensigtsmæssigt, at der midlertidigt afsættes midler til nedbringelse af ventelisten ('pukkelafvikling').

Dette notat er, efter aftale med sundhedsforvaltningen i Vejle Amt, udarbejdet i august og september 2005 af en intern arbejdsgruppe på CETT bestående af fysioterapeut Pia Iben Jensen, udviklingskonsulent Michael Højer, chefpsykolog Jens Hardy Sørensen og centerchef Marianne Lauritzen.

Notatet indeholder forslag til en permanent kapacitetsudvidelse med henblik på at tilpasse indsatsen til efterspørgslen samt forslag til nedbringelse af ventelisten til behandling på CETT.

En mere fyldestgørende beskrivelse af CETTs virke vil foreligge i foråret 2006, hvor CETT udgiver en årsrapport, der vil omfatte CETTs samlede indsats.

¹ Antallet er udtryk for et estimat, se afsnit 6 om afvikling af venteliste.

3. OVERVEJELSER OM MÅLGRUPPEN

Definition af målgruppen

CETT's behandlingsfunktion henvender sig til borgere, der stammer fra flygtningelande. CETT yder professionel behandling til mennesker, der lider af psykiske og fysiske følgevirkninger af traumer fra krig, tortur eller anden organiseret vold. CETT yder behandling til mennesker, for hvem alvorlige psykiske traumer er den primære årsag til problemer som ringe livskvalitet eller nedsat forældre- eller arbejdsevne.

Målgruppen for CETT i Vejle Amt er således:

- Børn og voksne, fra flygtningelande, med flugt-, krigs- og torturtraumer

Alle klienter skal have asyl eller opholdstilladelse i Danmark. En vigtig forudsætning for en vellykket behandling er, at der er motivation og ressourcer til at indgå i behandlingsforløbet.

I tilfælde, hvor der er tale om flere samtidige problemstillinger, for eksempel torturtraumer og stofmisbrug, skal der i hovedregelen først tages hånd om det primære problem. I det konkrete eksempel vil stofmisbruget skulle afhjælpes forud for, eller måske, ekstraordinært, samtidigt med et behandlingsforløb på CETT.

Derfor omfatter målgruppen ikke:

- Personer med ubehandlede psykotiske tilstande
- Personer med et (omfattende) aktuelt alkohol- eller stofmisbrug
- Asylsøgere eller illegale indvandrere

Hvis der under et behandlingsforløb viser sig andre problemstillinger end krigs- og torturtraumer, for eksempel tidlige skader og/eller misbrug, kan CETT bidrage med vejledning om, hvilke andre muligheder, der er for at hjælpe den pågældende.

CETT's erfaringer med behandling af målgruppen

Behandlingen på CETT blev ved centrets åbning i 2001 etableret og defineret som individuel, tværfaglig og helhedsorienteret behandling i god overensstemmelse med traditionen i Danmark og i en række øvrige vestlige lande.

Indholdet i behandlingen baserede sig på de faglige erfaringer fagpersoner og behandlingscentre har gjort gennem de sidste cirka tyve år. Behandlingens formål var/er dels støttende, lindrende og forebyggende (i klinisk forstand) og dels kurativ med vægt på bearbejdning af traumerne. Indholdet i behandlingen og effekten af den var ikke beskrevet i videre omfang, ligesom der ikke fandtes standarder eller vedtagne kliniske retningslinjer. Dette hænger i vidt omfang sammen med, at behandling af flygtninge med traumer i mange år og i mange lande har været et lavt politisk prioriteret område. Indsatsen har været båret af små private og offentlige organisationer uden central bevågenhed (eksempelvis fra sundhedsstyrelsen) og med få eller ingen midler til forskning og udvikling.

Da området i Vejle Amt blev placeret i regi af sundhedsudvalget, var der således behov for at beskrive og udvikle den faglige substans af behandlingsindsatsen. Af samme årsag fik CETT en forpligtigelse til at udvikle de metoder, der anvendes i behandlingen.

I løbet af de første par år af CETT's virke blev det tydeligt, at ikke alle i målgruppen havde lige stort udbytte af det individuelle, tværfaglige behandlingsforløb på CETT. Det blev tydeligt, at det for nogle grupperes vedkommende var en kamp med små eller ingen sejre. Mange af de klienter, som kommunerne henviste til behandling før 1. januar 2005, var/er så dårligt fungerende på alle niveauer, at der ikke er ressourcer at tage behandlingsmæssigt udgangspunkt i, når formålet er at ændre (forbedre) klientens situation. Tværtimod er der ofte akut risiko for forværring i klientens tilstand. Målene med behandlingsforløbene for denne gruppe af klienter har derfor - i stedet for fokus på helbredelse - fokus på mestring og mestringsstrategier samt forebyggelse af umiddelbare forværringer i klientens tilstand.

Klienter fra denne gruppe er løbende blevet afsluttet tidligere og tidligere, i og med CETT fik erfaring for, at tid i sig selv ikke var en indikator for prognosen for denne gruppe. Ikke sjældent er klienterne fra denne gruppe udmattede blot af at møde op til behandlingen på CETT. I fysiske tests

eksempelvis (senior fitness test) tyder resultaterne på, at den fysiske formåen svarer til en langt ældre alder end den faktiske.

Ved afslutning af forløbene gør CETT meget ud af samarbejdet med kommunen og opstiller anbefalinger til fremtidig indsats for klienten - typisk om en langvarig støttende, trænende og strukturerende indsats. Og der foreligger altid en vurdering, som kan være medvirkende til afklaring af det fremtidige forsørgelsesgrundlag for klienten.

For andre grupper har det været muligt at iværksætte egentlig traumebehandling med henblik på helbredelse. Effekten af denne behandling er ganske god, og klienterne oplever ofte en markant forbedring af deres situation. Denne gruppe udgør langt den mindste andel af de klienter, kommunerne henviste før 1. januar 2005.

Ny visitationsprocedure pr. 1. januar 2005

I erkendelse af, at udbyttet af et individuelt tværfagligt behandlingsforløb på CETT - for klienter fra den første gruppe - ikke står mål med ressourceforbruget, omlagde CETT i efteråret 2004 visitationen og anvender nu væsentligt flere ressourcer på visitationen end tidligere. Visitationen er nu meget grundig og er at sammenligne med en forundersøgelse. I visitationen bliver der dels optaget en social anamnese af socialrådgiver, og den henviste undersøges ved psykolog. Efterfølgende bliver henvisningerne behandlet på et fagligt visitationsmøde med deltagelse af chefpsykologen på CETT, hvor der opstilles foreløbig (behandlings)plan for alle henviste, også henviste der ikke visiteres til behandling på CETT.

Omlægningen af visitationen, som trådte i kraft 1. januar 2005 samtidig med, at lægerne begyndte at henvise, har således afstedkommet, at væsentligt flere klienter afvises i visitationen. Faktisk afvises cirka to tredje dele. CETT har indtil nu i 2005 visiteret 30 henviste, som alle er henvist i 2005. 20 henviste er således afvist ud af 30 henvisninger. Dette er et voldsomt stort tal, og det kræver en forklaring.

Afviste i visitationen

Der er to hovedgrupper af henviste, der afvises i visitationen, som fordeler sig nogenlunde ligeligt i antal. Den ene gruppe af henviste afvises, fordi de ikke tilhører målgruppen. Den anden hovedgruppe afvises, fordi vi erfaringsmæssigt, jf. ovenstående, ved, at udbyttet af den tværfaglige behandling på CETT ikke står mål med ressourceforbruget. Fælles for grupperne er, at de begge har et udtalt behov for hjælp.

Gruppen af flygtninge, der henvises til behandling på CETT, men ikke tilhører målgruppen, har ofte et symptom- og funktionsniveau, der svarer til gruppen af socialt udstødte danskere. Meget ofte er der endvidere tale om mennesker med sindslidelser og personlighedsforstyrrelser. Det er kendetegnende for henviste fra denne gruppe, at de af det offentlige system ofte kun er udredt og 'diagnosticerede' i en snæver faglig kontekst, eksempelvis i forhold til arbejdsmarkedet, smerter eller i forhold til misbrug mv. Gruppen har som hovedregel behov for social støtte og kontakt samt for vejledning og indslusning i det sociale/psykiatriske system.

Den anden hovedgruppe af henviste afvist i visitationen, er mennesker med kompleks PTSD, hvor der er høj komorbiditet (80 %) i forhold til andre sindslidelser. Nogle gange har traumet (ofte i kombination med en tidlig tilknytningsforstyrrelse) grundlæggende ændret et menneskes personlighed. Mange udviser samtidig symptomer, som man kan se hos demente. Udviklingen er kun vanskeligt reversibel, men kan dog mildnes ved intensiv og langvarig terapi. Gruppen har som hovedregel et meget stort behov for opbyggende (supportativ) terapi og træning samt konkret hjælp og støtte i dagligdagen i mange år.

Henviste fra denne gruppe afvises midlertidigt under henvisning til, at CETT ikke aktuelt har et tilbud om behandling, som de kan profitere af i et omfang, der modsvarer ressourceforbruget. CETT har altså valgt en faglig og ressourcebetinget prioritering, som betyder, at gruppen ikke aktuelt kan tilbydes behandling - med den nuværende kapacitet og tilgang til behandlingsopgaven. Men det tør

være åbenbart, at denne gruppe er hovedgruppen af behandlingskrævende flygtninge med traumer i Vejle Amt. Det er ikke holdbart, at CETT ikke har et tilbud om behandling til denne gruppe. Eksempelvis er der (også) i denne gruppe stor fare for, at traumerne overføres til øvrige familiemedlemmer, herunder især børnene, som også er i fare for alvorlig omsorgssvigt. Der findes ikke andre tilbud i Vejle Amt, der kapacitets- og kvalitetsmæssigt kan tilbyde behandling til denne gruppe.

Ny type af klienter

Siden de praktiserende læger begyndte henvisningen til CETT, har vi altså oplevet, at omkring en tredjedel af henvisningerne ikke opfylder målgruppekriterierne, og at en tredjedel vurderes til ikke at have et tilstrækkeligt udbytte af den behandling, CETT aktuelt tilbyder. Men vi oplever samtidig, at omkring en tredjedel af de henviste er flygtninge med traumer, hvor udviklingen endnu ikke er blevet mere eller mindre kronisk, og hvor prognosen - forudsat at ventetiden ikke bliver for lang – er ganske god for et tværfagligt traumbearbejdende behandlingsforløb på CETT. Nogle er i arbejde endnu, og typisk har de en realistisk vurdering af deres egen situation.

Klienter fra denne gruppe har vi ikke tidligere fået henvist i samme omfang.

Opfølgning på afviste i visitationen

I erkendelse af, at meget få henvises til CETT uden at have endog meget væsentlige symptomer og funktionsnedsættelser, har vi på CETT drøftet, hvad vi skal gøre med klienter, der afvises i visitationen. Hidtil har vi skrevet til egen læge og til den kommunale sagsbehandler med forslag til behandlings- og øvrig indsats. Det tyder på, at der i et vist omfang hurtigt følges op på forslag og anbefalinger, hvilket har stor betydning for henvistes situation og deres familie ikke mindst. Der er dog stadig behov for forbedringer.

For mange henvist til CETT er det sidste station i et ofte langt forløb i socialt og sundhedsfagligt regi. Der findes ikke andre at henvise videre til. CETT vil derfor foreslå,

at en kapacitetsudvidelse gælder alle henviste, således forstået, at CETT som en del af sin vejlednings- og rådgivningsforpligtigelse bruger ressourcer på at sikre, at anbefalingerne fra visitationen følges eller som minimum, at kommunen konkret overtager (pension mv.).

Af de, der henvises til behandling på CETT, er mange storforbrugere af offentlige social- og sundhedsydelser. En stor del af forbruget kan uden større analyser henføres til uafklaret diagnostik og manglende koordinering mellem forskellige offentlige systemer. Den udvidede visitation hos CETT giver en grundig udredning af den henvistes situation og således et fagligt godt grundlag for at anbefale et rigtigt match i forhold til den fremtidige indsats. Ved at CETT påtager sig en mere udgående og opfølgende funktion for klienter afvist i visitationen, vil der kunne spares megen menneskelig lidelse, ligesom ressourcspildet i de offentlige systemer vil kunne reduceres.

Der er naturligvis den implicitte fare i denne model, at øvrige samarbejdspartnere slipper tøjlerne, hvis CETT har ansvaret. Intentionen er den stik modsatte, og på CETT forestiller vi os heller ikke, at samarbejdspartnere reagerer på denne måde. Men for at forebygge, at det alligevel skulle blive resultatet, skal CETTs rolle i den forbindelse afgrænses. Opfølgning og viderehenvisning kan tænkes ind i et kontinuum, hvor laveste indsats er et telefonopkald og højeste indsats er et møde med samarbejdspartnere om en enkelt henvist klient. Indsatsen er således begrænset, mens udbyttet potentielt kunne være meget stort.

CETT vil samtidig foreslå, at klienter på ventelisten - som er henvist og visiteret til udredning/behandling, før den nye visitationsprocedure trådte i kraft - alle tilbydes en grundig tværfaglig udredning/erklæring i sammenhæng med revisitationen, uagtet om de visiteres til behandling i regi af CETT. Udredningen vil foruden den almindelige visitation inkludere undersøgelse af fysioterapeut samt psykiater og sociallæge efter konkret skøn. Udredningen skal medvirke til at afgrænse og præcisere klientens videre gang i de offentlige systemer. På CETT forestiller vi os, at den ekstraordinære udredning/erklæring vil blive aktuel for 5-7 klienter fra ventelisten.

4. SAMARBEJDSAFTALE

Sundhedsudvalget i Vejle Amt har på møde den 10. august 2005 besluttet, at CETT, sundhedsforvaltningen, de praktiserende læger og kommunerne i Vejle Amt i samarbejde skal udarbejde en samarbejdsaftale vedrørende behandlingen af flygtninge med traumer.

CETT og forvaltningen i Vejle Amt har aftalt med kommunerne i amtet, at CETT har et udkast til samarbejdsaftale klar til drøftelse i starten af 2006, således at aftalen politisk kan drøftes og vedtages i løbet af 2006 og samtidig danne model for samarbejdet mellem den nye region og kommunerne i region Syddanmark. Aftalen vil således tage udgangspunkt i, at kommunerne er en væsentlig sundhedsmyndighed pr. 1. januar 2007.

For at kunne udarbejde en sådan aftale er det nødvendigt, at vi på CETT har en fælles forståelse med vores samarbejdspartnere om, hvilke begreber vi anvender. Hvad er behandling, hvad er træning og hvad er genoptræning? Disse begreber bliver ekstra vigtige, fordi forskellige dele af indsatsen i den fremtidige sundhedsstruktur finansieres af forskellige aktører.

CETT vil derfor i samarbejdsaftalen fagligt definere, hvad der er behandling og træning i snæver forstand.

Men ofte har målgruppen behov for en langt mere helhedsorienteret indsats på flere niveauer. Dette er allerede beskrevet lovgivningsmæssigt for en række andre målgrupper.

Eksempelvis er genoptræning omtalt i såvel lov om social service som i forslaget til den nye sundhedslov og pålægger både regioner og kommuner udførende pligter, delvis uafhængigt af den kommunale finansieringspligt.

Genoptræning i sundhedslovgivningens forstand synes at forudsætte et yderst traditionelt forløb med ulykke/sygdom, indlæggelse, behandling, eventuel genoptræning i sygehusregi, udskrivning, genoptræningsplan og genoptræning uden for sygehus - alt sammen inden for én tidsbestemt proces.

Samarbejdsaftalen skal derfor - foruden at præcisere arbejdsdelingen mellem CETT, de praktiserende læger og kommunerne om eksempelvis genoptræningens indhold - introducere det langt bredere, borgerinddragende og tværsektorielle rehabiliteringsbegreb, som de senere år også har vundet anerkendelse i Danmark. Flygtninge med traumer har brug for en helhedsorienteret og koordineret indsats.

Rehabilitering indebærer et generelt behov for hjælp til at fungere igen og definere sig selv og sine muligheder med et ændret funktionsniveau. Helhedsorienteringen indebærer, at rehabiliteringen omfatter ethvert behov, f.eks. også indeholder social rehabilitering eller en specifik rehabilitering i forhold til uddannelse eller arbejdsmarkedet. Det er i den forbindelse helt afgørende, at rehabilitering kan omfatte enhver foranstaltning, der på alle planer kan forbedre muligheden for klientens fortsatte funktionsniveau sammen med andre samt klientens mulighed for deltagelse i samfundet. I rehabiliteringen kan f.eks. også indgå kurser, selvhjælpsgrupper og kontakt til andre mennesker i samme situation eller med erfaring i situationen eller til ressourcepersoner uden en snæver faglig baggrund.

Det vil sige, at rehabilitering kan omfatte mange specialer og discipliner og involvere mange love, sektorer og sundhedspersoner. Af den grund vil der være brug for en entydig ansvarsplacering og koordinering. Pligten til at etablere denne funktion skal beskrives i samarbejdsaftalen.

En mere detaljeret beskrivelse vil fremgå af samarbejdsaftalen, der skal forholde sig til samtlige relevante bestemmelser i forhold til bl.a. lov om social service og sundhedsloven. Der skal aftales vejledende serviceniveau og deling af finansiering, så vi sikrer en så målrettet og effektiv indsats som muligt.

5. STRATEGI FOR UDVIKLING AF SUNDHEDSFAGLIGT BEHANDLINGSREGIME

Som beskrevet kan det være særdeles komplekse problemstillinger, der findes i gruppen af flygtninge med traumer, der er CETT's primære målgruppe. Behandlingsindsatsen har været baseret på den danske og internationale praksis (multidisciplinær tilgang), der først og fremmest hviler på de erfaringer, fagpersoner og behandlingscentre har gjort gennem de sidste cirka tyve år. Indsatsen har i høj grad været præget af opgaven med at etablere behandling af torturofre som et fagligt specialområde og har (måske af samme grund) i mindre grad været præget af differentiering af indsatsen. Vi står derfor med en behandlingstradition, hvor behandlingsindsatsen i princippet er den samme for alle patienter/klienter.

Målgruppen for CETT's behandlingsindsats må karakteriseres som endog overordentlig heterogen. Forskelligheden omfatter forhold og livsområder som nationalitet, uddannelse, personlighed, psykiske og fysiske tab og traumer, kropslige og sociale ressourcer, fremtidsperspektiver etc.. Man kan sige, at man hidtil har imødekommet heterogene behov med en homogen indsats.

I 'RCT Nyt' (Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre), leder, september 2005, står der bl.a. om udfordringer i behandlingsindsatsen:

"Både i det danske og internationale sundhedssystem har rehabilitering af torturoverlevende indtil nu været baseret på erfaringer snarere end på videnskabelig evidens. Selv efter mere end 20 års arbejde mod tortur med global accept af den multidisciplinære tilgang er den videnskabelige evidens for dens enkelte komponenter meget mangelfuld. At tilvejebringe videnskabelig evidens for behandlingsindsatsen er i dag den største udfordring for den sundhedsrelaterede torturforskning." (Edith Montgomery, forskningschef).

Da én af CETT's kerneopgaver netop er metodeudvikling, har vi løbende forholdt os analyserende til ovenstående dilemmaer. Det er vores vurdering, at der er stort behov for at kvalificere indsatsen – især gennem større differentiering af klientgruppen såvel som af indsatsen. En differentiering vil skabe et bedre grundlag for effektvurdering og doku-

mentation, end der før har været. Vi har igennem længere tid arbejdet med denne udfordring og kan nu præsentere grundlæggende – og grundlæggende nye - overvejelser om "Klassifikation af funktions- og interventionsformer". Overvejelserne er samtidig det første bud på udvikling af, hvad man kunne kalde et sundhedsfagligt behandlingsregime inden for det komplekse fagområde, CETT arbejder indenfor.

"Klassifikation er inddeling efter bestemte kriterier. En klassifikation afgrænser og forenkler virkeligheden og medvirker dermed til at skabe overblik og systematik. En klassifikation består af et standardiseret sprog, der bevirker, at ord og begreber dækker det samme for alle, der anvender klassifikationen. Begrebsdefinitionen præciserer, hvad ord og begreber betyder." (ICF, 2005 s. 109).

Med afsæt i denne definition af klassifikationsbegrebet, ønsker vi at klassificere målgruppen såvel som indsatsen ved CETT. Formålet er at bidrage til større overblik og systematik i behandlingsindsatsen, herunder også i dokumentation af indsatsen.

CETT ønsker fremover at kunne klassificere klienter med behov for intervention på grund af traumer efter tortur, krig, flugt. Opdelingen i klassifikationsgrupperne 1-5, der i det følgende er kortfattet beskrevet, hviler videnskabeligt set på et solidt og velbeskrevet grundlag. Vi vil derfor ikke tøve med at udvikle det fremtidige arbejde og tilhørende dokumentation på en sådan klassifikation af indskrevne/henviste klienter.

Udover muligheden for en mere differentieret og dermed mere målrettet indsats skaber klassifikationen nye muligheder for at prioritere indsats og ressourcer og for at dokumentere udvalgte indsatsområder.

Det skal understreges, at de klassifikationsgrupper, der beskrives i det følgende, alle har et behandlingsbehov i sundhedsfaglig forstand. Samtlige beskrivelser af funktions- og

interventionsformer vedrører udelukkende behandling i snæver forstand. Derudover lægger modellen op til, at også den supplerende indsats - fx i kommunalt regi - kan målrettes i større omfang end hidtil.

Det bemærkes endvidere, at sprogbrugen i de følgende to afsnit ("Hierarki af funktions- og interventionsformer" og "Klassifikation af klienter med behandlingsbehov") bærer stærkt præg af psykologiske fagtermer. For at tydeliggøre pointen om, at det ud fra veldefinerede skalaer/kriterier er muligt at opstille et hierarki af funktions- og interventionsformer, har vi valgt at holde fast i faglige termer, som ikke kan forudsættes bekendt. Det er vores håb, at intentionen med - og logikken bag - klassifikationen netop derved bliver tydelig.

Hierarki af funktions- og interventionsformer

På grundlag af en række definerede og beskrevne vurderinger er det intentionen at klassificere den fremtidige behandlingsindsats i niveauerne 1 -5 med 5 som det laveste funktionsniveau.

Klassifikation af funktions- og interventionsform sker ud fra en samlet vurdering af følgende kriterier:

1. *Behov for interaktiv affektregulering forårsaget af personlighedsorganisation.* Det vil sige, hvor stort er personens behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre. Dette behov vurderes på et kontinuum fra "tvingende stort" som det laveste til "optimalt/normalt."

2. *Evne til autoregulering forårsaget af personlighedsorganisation.* Det vil sige, hvor stor er personens evne til følelsesmæssigt at regulere sig selv. Denne evne vurderes på et kontinuum gående fra "lille, fraværende" som det laveste til "optimalt, normalt".

3. *Personlighedsorganisationsniveau (Kernberg).* En vurdering af personen ud fra Kernbergs fem niveauer af personlighedsorganisation, som er: "psykotisk, borderline-lav, borderline-høj, neurotisk, sundt."

4. *Empatiniveau.* Det vil sige personens evne til at give og modtage følelsesmæssig kommunikation i samværet med andre. Empatiniveauet vurderes på et kontinuum gående fra "ingen eller ringe emotionel smitte" som laveste niveau til "emotionel smitte og evne til selvregulering så personen både er ens med og forskellig fra den anden."

5. *Refleksiv funktion og mentaliseringsniveau.* Det vil sige personens evne til at reflektere over egen situation og egne og andres mentale tilstande. Kriteriet vurderes på skalaen 1-3-5-7-9 med 1 som det laveste niveau (Fonagy-skalaen). Under dette kriterium hører også evnen til tilknytning til en betydningsfuld anden. Denne evne vurderes på et kontinuum fra "uafklaret/desorganiseret tilknyttet" til "sikkert tilknyttet".

6. *Forsvar (modne/primitive forsvarsmekanismer).* Efter dette kriterium vurderes personens forsvarsstrategier, det vil sige de strategier, der tjener til at 'beskytte' personens dysregulerede emotionelle tilstande. Forsvaret vurderes på et kontinuum gående fra primitivt forsvar (splitting, projektion, somatisering etc.) til et mere modent forsvar (rationalisering, fortrængning, sublimering etc.).

7. *Symptomer, signalaffekter, kategorialemotioner.*

Her vurderes personens symptomtyper, signalaffekter og tilstedeværelse/fravær af kategorialemotioner. De laveste funktions niveauer er karakteriseret ved symptomer og "røde" signalaffekter som frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, skam, emotionel smerte, anaklitisk depression, primær depressiv reaktion (hjælpeløshed, manglende evne til autoregulering), håbløshed (manglende evne til interaktiv affektregulering, fortvivelse mv.), separationsangst, affektfobi, smertefobi og manglende kategorialemotioner og affektbevidsthed. De højere funktionsmåder er karakteriseret ved tilstedeværelse af flere eller alle kategorialemotioner og højere affektbevidsthed og mentaliseringsevne. De højere niveauer er karakteriseret ved en række symptomer, en vis tilstedeværelse af faciliterende og "grønne" signalaffekter: Følelse af sikkerhed, tillid og kontakt. Følelse af intimitet, nærhed, nysgerrighed, glæde, håb, positive forventninger og selvværd.

8. *Behov for psykofarmakologisk behandling.* Det vil sige, i hvor stort omfang har personen behov for behandling med psykofarmaka. Behovet vurderes på et kontinuum gående fra "tvingende stort behov" til "lille eller fraværende behov".

9. *Psykoteraپی-type.* Det vil sige, hvilken form for psykoterapi vil være den optimale for den pågældende person ud fra hans/hendes problemstilling og funktionsniveau. Hvilken form for psykoterapi-type, der er behov for, vurderes på et kontinuum, hvor det laveste niveau består af "psykoedukationelle interventioner og adfærdstræning med lav eller meget begrænset fokusering på overføring, lav traumbearbejdning og supportativ psykoterapi". Herefter stiger graden af bl.a. fokusering på overføring og interaktiv affektregulering samt graden af traumbearbejdning til det højeste niveau af psykoterapi-type, der består af "traumefokuseret terapi med høj bearbejdning, herunder nøje gennemgang af kritiske og centrale elementer i traumet inklusive eksponering og responsprævention." På det højeste niveau af psykoterapi-type indgår interaktiv affektregulering af de kritiske emotioner via terapeutens autoregulering, mens der er begrænset fokusering på overføring.

10. *Interventionsformer.* Efter kriteriet interventionsformer vurderes, på hvilken måde interventionen bør foregå. Dette vurderes ligeledes på et kontinuum gående fra det laveste og mindst indgribende niveau, der består af "adfærdstræning, råd, vejledning, ros, opmuntring og anerkendelse" til det mest indgribende (og højeste) niveau, hvor interventionen består af "klarificering, konfrontation, eksponering, mentalisering og begrænset overføringstolkning".

11. *Terapiorganisation.* Efter dette kriterium vurderes, på hvilken måde, interventionen bør foregå. Også her er der tale om et kontinuum, der spænder over fem niveauer. På det laveste niveau organiseres terapien som løbende kontakt med personen og hans/hendes familie, fortrinsvist i hjemmet med støtte, kontakt og træning. I visse tilfælde med permanent kontakt for at undgå indlæggelse. På dette niveau organiseres også psykoedukative grupper med 6-12

deltagere og 1-2 terapeuter. Omfanget af individuel og kurativ terapi stiger gradvist på dette kontinuum, til der på det højeste (første) niveau er tale om "individuel kurativ terapi. (i visse tilfælde terapi i gruppe)".

12. *Tidsperspektiv og lokalitet.* Det vurderes her, hvor længe personens behandlingsforløb skal vare, ligesom det vurderes, om behandlingen skal foregå uden for CETT eller på CETT. Generelt vil personer med lavt funktionsniveau (niveau 4-5) kunne behandles uden for CETT (fx hjemme) med deltagelse i gruppeforløb på CETT eller lokalt. Disse forløb varer 6-12 måneder. Personer med højt funktionsniveau (niveau 1-2), og som primært tilbydes individuel psykoterapi, behandles på CETT, og disse forløb varer 6-12 måneder. Det skal bemærkes, at mellemgruppen (niveau 3) er den mest komplicerede og langvarige gruppe at behandle, hvilket forudsætter terapeutiske ressourcer såvel som kapacitet.

13. *Arbejdsevne.* Her vurderes personens arbejdsevne, det vil sige, hvor tæt på/langt fra arbejdsmarkedet er personen. Det vurderes på et kontinuum gående fra "ingen eller ringe arbejdsevne" til "almindelig arbejdsevne" niveau 1. Det kan yderligere overvejes at inddrage det såkaldte 'Match-system', som mange kommuner bruger i vurdering af en borgers afstand til arbejdsmarkedet. Matchvurderingen giver et 'her og nu' – billede af den enkelte borgers kompetencer og ressourcer. Matchsystemet rummer fem niveauer med 'umiddelbart match' som det højeste niveau og 'ingen match' som det laveste.

14. *Kropslige ressourcer.* Ved en ressourceorienteret kropsundersøgelse, hvori indgår en vurdering af kropsholdning, funktion og bevægelse, respiration og muskulatur, fås et billede af personens kropslige ressourcer. Hvis de kropslige ressourcer er belastede, vil behandlingsindsatsen være "støttende, opbyggende, stabiliserende" (laveste niveau). Er de kropslige ressourcer ikke belastede, vil behandlingsindsatsen være omstillende, konfronterende, igangsættende (højeste niveau). Motivation, evne til indsigt, forhold til egen krop og reaktioner i forbindelse med undersøgelsen er faktorer, som også har betydning for vurderingen af de

kropslige ressourcer. Behandlingsindsatsen vil være inden for følgende områder: funktionsniveau, smerteproblemløsninger, kropsforståelse og hjælpemiddelbehov.

15. *Sociale relationer.* Ved hjælp af et semistruktureret strukturelt interview (delvis efter Kernberg) vurderes personens relationer til familie (biologisk og ny), venner og nærmiljø, arbejde og uddannelse, fritidsinteresser, naturen, dyr, tro og selv/krop. Svarene vurderes på en skala på 1-5 både subjektivt (personens egen vurdering) og objektivt (interviewers vurdering).

Klassifikation af klienter med behandlingsbehov

På baggrund af en samlet vurdering af ovennævnte kriterier er det muligt at klassificere indskrevne klienters funktions- og interventionsniveau i et hierarki med fem niveauer. I det følgende gives en kort beskrivelse af funktions- og interventionsniveauet i hver af de fem klassifikationsgrupper.

I de efterfølgende afsnit skitseres de metodiske udviklingsmuligheder, en sådan klassifikation kan have, herunder for tilpasning til efterspørgsel på behandling ved CETT samt for afvikling af den nuværende venteliste.

Klassifikationsgruppe 5 (laveste niveau)

En person i gruppe fem er på det lavest mulige niveau af funktions- og interventionsformer. Personen har et tvungende stort behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre og har fraværende eller lille evne til at regulere sig selv følelsesmæssigt. Personen har en psykotisk personlighedsorganisation og har ingen eller ringe evne til at give og modtage følelsesmæssig kommunikation i samvær med andre. Personen er sandsynligvis uafklaret/desorganiseret i forhold til tilknytning og anvender primitive forsvare som splitting, projektiv identifikation og benægtelse.

De laveste funktionsniveauer er derudover karakteriseret ved PTSD symptomer, symptomer og "røde" signalaffekter som frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, skam, emotionel smerte, anaklitisk depression², primær depressiv reaktion (hjælpeløshed, manglende evne til autoregulering), håbløshed (manglende evne til interaktiv affektregulering, fortvivlelse mv.), separationsangst, affektfobi, smertefobi samt manglende kategorialemotioner og affektbevidsthed. Personen har få/svage kropslige ressourcer.

Personen vil have et tvungende stort behov for psykofarmakologisk behandling. Den fagligt adækvate interventionstype vil være psykoedukationelle interventioner, psykoedukation, ADL-træning³, adfærdstræning og ingen eller meget begrænset fokusering på overføring. Der tilbydes supportativ terapi med lav traumbearbejdning, og formen på interventionen skal være adfærdstræning, råd, vejledning, ros, opmuntring, anerkendelse.

Terapien organiseres som løbende kontakt med personen og hans/hendes familie, fortrinsvist i hjemmet med støtte, kontakt og træning i regi af CETT. I nogle tilfælde vil der være behov for permanent kontakt for at undgå indlæggelse. Deltagelse i psykoedukative grupper. Varighed 6-12 måneder.

Klassifikationsgruppe 4 (lavt niveau)

Klassifikationsgruppe fire repræsenterer et lavt niveau af funktions- og interventionsformer. Personen i gruppe fire har et stort behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre, og evnen til at regulere sig selv følelsesmæssigt er forholdsvis lille. En person i gruppe fire vil have en borderline-lav personlighedsorganisation, og følelsesmæssigt vil personen enten smelte sammen med eller skarpt adskille sig fra andre (sort/hvid). Tilknytningsmønsteret i gruppe fire vil sandsynligvis være desorganiseret. Foretruk-

² 'Anaklitisk', vedrørende tilknytning til andre objekter, i modsætning til narcissistisk tilknytning. 'Anaklitisk depression' ses fx hos spædbørn efter en længerevarende afbrydelse af den tidlige tilknytning til moren; udtrykket opr. indført af den am. psykolog R. A. Spitz om modersavn.

³ Træning i almindelig daglig livsførelse.

ne forsvar vil være projektion, dissociation, acting out, somatisering og skizoid fantasi. (primitivt forsvar).

Personen vil have symptomer på PTSD, symptomer og "røde" signalaffekter: frygt/rædsel, aggression, vagtsomhed, skam, emotionel smerte, anaklitisk depression, primær depressiv reaktion (hjælpeløshed, manglende evne til autoregulering), håbløshed (manglende evne til interaktiv affektregulering, fortvivlelse mv.), separationsangst, affektfobi, smertefobi samt manglende kategorialemotioner og affektbevidsthed. Kropsligt er en person i gruppe fire karakteriseret ved svage kropslige ressourcer.

Personen vil have stort behov for psykofarmakologisk behandling. Den adækvate interventionstype vil være psykoekskludering, kognitiv adfærdstræning (Linnehan), psykosocial færdighedstræning, supportativ dynamisk terapi (Rockland), kognitiv skemafokuseret terapi (Young), mentaliseringsbaseret terapi (Fonagy, Bateman). Terapien skal have begrænset fokusering på overføring og begrænset interaktiv effektregulering, og traumbearbejdning kan ske i terapiens senere faser. Interventionsformen bør være: Adfærdstræning, eksponering, vejledning, opmuntring, anerkendelse, empatisk validering, opmuntring til at elaborere, klarificering, begrænset konfrontation, mentalisering.

Terapien organiseres som individuel terapi og gruppe terapi, fortrinsvist i hjemmet eller i lokalområdet i regi af CETT. Adfærdstræning i grupper og individuelt. Varighed 6-18 måneder.

Klassifikationsgruppe 3 (mellem niveau)

Klassifikationsgruppe tre udgøres af personer med et middel funktionsniveau og repræsenterer samtidig den mest komplicerede og komplekse klientgruppe i forhold til intervention/behandling. Personer i klassifikationsgruppe tre karakteriseres ved at have et middel stort behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre og samtidig en middel stor evne til at regulere sig selv følelsesmæssigt. En person i gruppe tre vil have en borderline-høj personlighedsorganisation. Følelsesmæssigt vil personen være karakteriseret ved at være selvcentreret og/eller sympa-

tiserende empatisk og sandsynligvis have en ambivalent eller undgående tilknytningsform. I modsætning til gruppe fire vil personer i gruppe tre have mere modne forsvarsstrategier som regression, idealisering, introjektion, forskydning, intellektualisering og rationalisering. En person i gruppe tre vil udvise PTSD symptomer, symptomer og en blanding af "røde" og "grønne" signalaffekter, ligesom der vil være (ofte dysregulerede) kategorialemotioner til stede. Den reflektive funktion og mentaliseringsevnen er middel. Personen har middel kropslige ressourcer.

Behovet for psykofarmakologisk behandling vil være middelstort. Adækvate interventionstyper er: Overføringsfokuseret terapi (TFT) (Kernberg), traumbearbejdning fra begyndelsen, gennemgang af traumat, eksponering, responsprævention, interaktiv regulering af klientens dysregulerede affekter (den samlede overføring) via terapeutens autoregulering (Kernberg, Fosha, Schore). Adækvat interventionsform er mentalisering, klarificering, konfrontation, observation, overføringsfortolkning, eksponering.

Terapien organiseres som individuel terapi og i visse tilfælde terapi i gruppe med to terapeuter i regi af CETT. Varighed 6-24 måneder med 4-6 gange pr. måned.

Klassifikationsgruppe 2 (højt niveau)

På et relativt højt niveau i klassifikationen finder vi i gruppe to personer med et forholdsvist højt funktionsniveau og dermed også personer, der typisk har været forholdsvist velfungerende før de(t) påførte krigs- og torturtraume(r). Hvad angår følelsesmæssig regulering vil personer i gruppe to således have et forholdsvist lille behov for at blive reguleret af andre og stor evne til at regulere sig selv, og personlighedsorganisationen i gruppe to vil være neurotisk. Personens empatiniveau vil være forholdsvist højt, hvorfor han/hun vil være i stand til selvregulering og til både at være ens med og forskellig fra den anden person. Tilknytning vil sandsynligvis være ambivalent/frygtsom/sikker. Personer i gruppe to udviser modne forsvar som seksualisering, reaktionsdannelse, fortrængning, humor og askese. Personen karakteriseres af PTSD symptomer, symptomer og få "røde" signalaffekter, flere "grønne" signalaffekter og af

tilstedeværelse af flere regulerede/dysregulerede kategorialemotioner og affektbevidsthed. Den reflektive funktion og mentaliseringsevnen er over middel niveau. De kropslige ressourcer vil oftest være gode.

I gruppe to vil der typisk være et lille behov for psyko-farmakologisk behandling. De adækvate interventionstyper vil være: Primær traumefokuseret terapi (Fosha, Schore), eksponering af traumet (kognitivt og adfærdsmæssigt), interaktiv affektregulering af de traumerelaterede dysregulerede emotioner via terapeutens autoregulering samt en vis fokusering på overføring. Den tilhørende adækvate interventionsform er klarificering, konfrontation, eksponering, mentalisering samt en vis overføringstolkning.

Terapien organiseres som individuel terapi og i visse tilfælde supportativ terapi i gruppe med to terapeuter i regi af CETT. Varighed 6-12 måneder med 3-4 gange pr. måned.

Klassifikationsgruppe 1 (højeste niveau)

På højeste niveau i gruppe et klassificeres personer med et højt funktionsniveau. Personer i gruppe et har fungeret godt på alle niveauer før krigs- og torturtraumet og har tilsvarende god prognose for behandling. Personer i gruppe et vil således have et optimalt/normalt behov for at blive følelsesmæssigt reguleret af andre og tilsvarende optimal/normal evne til at regulere sig selv. Denne persons personlighedsorganisationen vil man betegne som sund. Personens empatiniveau vil være højt og sammenlignelig med den, vi ser i gruppe to, blot endnu mere modent. Tilknytningen i gruppe et vil være sikker og forsvarerne modne som altruisme, anticipation og sublimering.

En person i gruppe et er karakteriseret af symptomer på

PTSD, symptomer, af tilstedeværelse af få "røde" signalaffekter og en klar dominans af "grønne" signalaffekter. Samtlige kategorialemotioner vil være til stede, heraf nogle dysregulerede på grund af traumer. Personen vil have høj affektbevidsthed. Den reflektive funktion og mentaliseringsevnen er på de højeste niveauer. De kropslige ressourcer vil være stærke.

En person i gruppe et vil have lille eller fraværende behov for psyko-farmakologisk behandling. På grundlag af persons høje personlighedsorganisations- og funktionsniveau er den adækvate interventionstype traumefokuseret terapi med høj bearbejdning, nøje gennemgang (faktuelt, kognitivt) af de kritiske og centrale elementer i traumet, eksponering og responsprævention, interaktiv affektregulering af de kritiske emotioner via terapeutens autoregulering, begrænset fokusering på overføring. Interventionsformen bør være klarificering, konfrontation, eksponering, mentalisering og begrænset overføringstolkning.

Terapien organiseres som individuel terapi og i visse tilfælde supportativ terapi i gruppe med to terapeuter i regi af CETT. Varighed 6-12 måneder med 2-3 gange pr. måned.

6. TILPASNING TIL EFTERSPØRGSEL OG AFVIKLING AF VENTELISTE

Udviklingen af klassifikationssystemet, med udgangspunkt i det beskrevne i afsnit 5, vil være et fokusområde for CETT i de kommende år. Klassifikationssystemet rummer muligheder for at skabe et fælles fagligt sprog for behandlingen af flygtninge med traumer og for en i højere grad systematisk tilgang til behandlingsopgaven.

Udviklingen i henvisningerne for 2005 viser samtidigt, som beskrevet i afsnit 3, at der er større spredning blandt de henviste end hidtil. På CETT har vi overordnet besluttet os for en strategi om, at den overvejende kurative behandling (klassifikationsgruppe 1-3) fysisk placeres på CETT, og at den overvejende lindrende og supportative behandling (klassifikationsgruppe 4-5) placeres uden for CETT i regi af CETT og eventuelle underleverandører.

Der er god faglig begrundelse for denne tilgang, jf. afsnit 5. Eksempelvis vil mestring og udvikling af sundere meststringsstrategier for klienter fra klassifikationsgruppe 4 og 5 være mere effektfuldt, når det tilrettelægges i klientens hverdagsmiljø med inddragelse af familiemedlemmer og andre relevante aktører. Samtidig giver det mulighed for større fokus på børn i disse familier, og det vil være muligt at træne forældreevnen i konkrete situationer.

CETT forestiller sig således, at behandlingskapaciteten på CETT forbliver med at være den samme omend i store træk med en anden type klienter (jf. afsnit 3), mens en kapacitetsudvidelse i store træk vil gå til udgående behandlingsaktiviteter.

Interventionsformer

I det følgende opereres overordnet med tre typer af ydelser, nemlig 'behandling på CETT', 'udgående behandling i regi af CETT' samt 'opfølgning på klienter afvist i visitationen'. Dertil kommer, at CETT og forvaltningen i Vejle Amt har undersøgt mulighederne i et samarbejde med 4D i Horsens om medvirken til afvikling af CETTs venteliste. Foreløbig er der truffet forberedelser til, at 4D initialt kan afvikle to forløb.

Behandling på CETT:

Behandlingen vil i udgangspunktet være fokuseret på klassifikationsgruppe 1-3, og indsatsen vil hovedsageligt være kurativ. Se det nærmere terapeutiske indhold i afsnit 5. Behandlingen er som regel tværfaglig, men kan også være monofaglig og er enten individuelt tilrettelagt eller gruppebaseret.

Udgående behandling i regi af CETT:

Behandlingen vil i udgangspunktet være fokuseret på klassifikationsgruppe 4-5, og indsatsen vil hovedsageligt være lindrende og forebyggende i forhold til forværringer af klientens situation. Behandlingsindsatsen vil være tværfaglig og familieorienteret med særlig opmærksomhed på børnenes situation. Indsatsen vil bestå i en kombination af hjemmebesøg og 'supportative' grupper i lokalmiljøet.

Indsatsen skal beskrives fagligt, og logistisk planlægges nærmere på CETT (2-3 måneder), før den kan iværksættes.

Behandling på 4D:

4D i Horsens har tilbudt Sundhedsudvalget i Vejle Amt at medvirke til at afvikle CETTs venteliste til behandling. CETT og forvaltningen i Vejle Amt har derfor aftalt med 4D, at såfremt sundhedsudvalget godkender det, så kan 4D hjælpe CETT med afviklingen af ventelisten. I første omgang med 2 klienter, begge fra klassifikationsgruppe 4-5. Hovedformålet med behandlingstilbuddet for CETTs klienter på 4D er således lindrende og forebyggende.

Der kan i alt blive tale om op til 6 forløb. For øjeblikket har 4D ikke den ekstra kapacitet, men er villig til at ansætte ekstra personale i det omfang det er nødvendigt.

Opfølgning på klienter afvist i visitationen:

Den udvidede visitation hos CETT giver en grundig udredning af den henvistes situation – også for henviste, der viser sig ikke at tilhøre målgruppen – og således et fagligt godt grundlag for et rigtigt match i forhold til indsatsen.

Opfølgning og viderehenvisning kan tænkes ind i et kontinuum, hvor laveste indsats er et telefonopkald og højeste indsats er et møde med samarbejdspartnere om en enkelt henvist klient. Indsatsen er således begrænset.

Tilpasning til efterspørgslen

For øjeblikket har CETT en behandlingskapacitet, der svarer til 30 samtidige klienter. Det gennemsnitlige behandlingsforløb hos CETT er 9 måneder, hvorfor de 30 klienter kan omskrives til 40 behandlingsforløb årligt. CETT har som nævnt i 2005 frem til dd. (medio september) modtaget 97 henvisninger, hvilket svarer til cirka 130 årligt. Dette tal er behæftet med betydelig usikkerhed for fremtiden, da CETT

kun har knap 9 måneders erfaring med at operere under sygehusloven.

Erfaringerne fra visitationen tilsiger som nævnt, at en tredjedel ikke tilhører målgruppen, mens næsten to tredjedele af de henviste gør. Det svarer i klientantal til cirka 80 årlige forløb og 50 afviste henviste, hvis ikke ventelisten skal stige. CETTs nuværende behandlingskapacitet er således for lille til efterspørgslen. Der skal afvikles 40 ekstra årlige behandlingsforløb.

I nedenstående skema kan man se, hvorledes CETT kan tilpasse sig til den ændrede efterspørgsel.

Medio september 2005	Tilpasning til efterspørgsel		
Klassifikationsgruppe	Interventions-form	Estimeret antal klienter	Logistiske krav
5	'Udgående'	10	Kræver kapacitet til etablering af en udgående funktion
4	'Udgående'	30	Kræver kapacitet til etablering af en udgående funktion
3	CETT	16	Dette klares med den nuværende kapacitet
2	CETT	16	Dette klares med den nuværende kapacitet
1	CETT	8	Dette klares med den nuværende kapacitet
Opfølgning på afviste	CETT	50	Der tilføres ganske små midler til dette arbejde
I alt	Ikke relevant	130	Ikke relevant

Afvikling af venteliste

Siden CETT åbnede dørene for behandling, har der været større efterspørgsel efter ydelsen, end vi har haft kapacitet til, hvorfor der hele tiden har været en venteliste. Ventelistens længde og dermed ventetiden på behandling har været konstant stigende, men er 'eksploderet' efter 1. januar 2005, hvor behandlingen kom under sygehusloven, og de praktiserende læger blev henvisende myndighed.

Udviklingen er blandt andet forsøgt imødegået med etablering af supplerende tilbud til kommunerne samt ændringen i visitationsproceduren.

Aktuelt ser ventelisten således ud:

Venteliste medio september 2005	Afviste klienter	Klienter i behandling	Venter på behandling	Venter på visitation
Henvisninger i 2005	20*	2	8	67
Visiterede klienter efter den gamle visitationsprocedure (før 1. januar 2005)	Ikke relevant	28	19	19
I alt	20	30	27	86

* Cirka halvdelen af de afviste i visitationen tilhører CETTs målgruppe.

Se eventuelt afsnittet om visitationen ved CETT, side 6.

For øjeblikket er der 27 visiterede klienter på venteliste til behandling, hvoraf de 19 er visiteret efter den gamle visitationsmodel, hvorfor de skal genvisiteres inden eventuel behandling. Samtidig mangler 67 klienter henvist i 2005 visitation.

Tendensen fra de første 30 visitationer er i det følgende regnestykke gjort til en præmis. Det vil sige, at der regnes med, at cirka en tredjedel af de henviste ikke tilhører målgruppen.

Af de 67 henviste klienter, der mangler visitation, går vi således ud fra, at cirka 45 visiteres til behandling og 22 afvises/viderehenvises. Af de 19 klienter, der er visiteret

til behandling efter den gamle procedure, vurderer CETT, at cirka 12 visiteres til behandling i revisitationen og de 7 afvises/viderehenvises. Lægges dertil de 8, der allerede er visiteret til behandling efter den nye procedure, men endnu ikke er startet i behandling bliver den aktuelle estimerede venteliste til behandling 65 klienter. Dette er pukelen, som CETT skal afvikle. Dertil kommer opfølgning på 29 afviste klienter.

CETT foreslår at afvikle ventelistepuklen over 2 eller 3 år (model 1 eller model 2) som skitseret i nedenstående tabel. Afviklingen af ventelisten vil ligeledes tage sit udgangspunkt i klassifikationssystemet, der er beskrevet i afsnit 5.

Medio september 2005	Afvikling af venteliste			
Klassifikationsgruppe	Interventionsform	Estimeret antal klienter	Model 1	Model 2
5	'Udgående'	10	Gruppen afvikles på to år	Gruppen afvikles på tre år
4	'Udgående' + 4D Horsens	35	Gruppen afvikles på to år	Gruppen afvikles på tre år
3	CETT	8	Gruppen afvikles på to år	Gruppen afvikles på tre år
2	CETT	8	Gruppen afvikles på to år	Gruppen afvikles på tre år
1	CETT	4	Gruppen afvikles på to år	Gruppen afvikles på tre år

Opfølgning på afviste	CETT	29	Gruppen afvikles umiddelbart efter endt visitation	Gruppen afvikles umiddelbart efter endt visitation
I alt	Ikke relevant	94	Ikke relevant	Ikke relevant

7. DOKUMENTATION, MONITORERING & EVALUERING

Som tidligere nævnt betragtes det i dag som den største udfordring for den sundhedsrelaterede torturforskning at tilvejebringe videnskabelig evidens for behandlingsindsatsen. Baggrunden for dette store behov for videnskabelig evidens er som også nævnt, at behandlings- og rehabiliteringsindsatsen over for flygtninge med svære krigs- og torturtraumer har været baseret på erfaringer snarere end på evidens.

Selv om CETT ikke er et forskningscenter i samme forstand som RCT København, har vi metodeudvikling som en kerneopgave. Det er vores klare vurdering, at CETT på baggrund af nuværende erfaringer og observationer kan bidrage positivt til en mere evidensbaseret indsats. I det foregående (afsnit 5) er beskrevet et hierarki af funktions- og interventionsformer, der gør det muligt på et videnskabeligt grundlag at opstille fem klassifikationsgrupper af klienter.

Ud over muligheden for en at differentiere målgruppen og dermed skabe grundlag for en mere målrettet og præcis indsats skaber klassifikationen nye muligheder for dokumentation, monitorering og evaluering. En større differentiering af målgruppen inklusive mere præcise beskrivelser af indsatsen vil øge mulighederne for gedigen dokumentation af indsatsen, herunder af effekt.

International klassifikation af funktionsevne (ICF)

CETT dokumenterer og monitorerer løbende behandlingsindsatsen med henblik på at justere den – i konkrete forløb og den overordnede tilrettelæggelse. Dette gøres i overvejende grad ved systematik, skriftlighed, afholdelse af jævnlige behandlingskonferencer og supervision.

Men det bliver i stigende grad væsentligt, at vi præsenterer vores viden og formidler vores resultater på en måde, som er forståelig for vores samarbejdspartnere. På samme måde, som det er væsentligt for CETT, at samarbejdspartnere bruger begreber og ord, som vi lægger samme betydning i. Et fælles sprog og en fælles referenceramme for kommuner, læger og CETT kunne være et væsentligt bidrag til et smidigt og fleksibelt samarbejde i fremtiden.

CETT vil derfor undersøge mulighederne i ICF, blandt andet i forbindelse med udarbejdelsen af den fremtidige samarbejdsaftale med kommunerne og praksissektoren. Det forekommer, at ICF kunne blive en fremtidig standard for det tværsektorielle samarbejde vedrørende rehabilitering.

ICF er udarbejdet af WHO og integrerer to forskellige videnskabelige forståelsesmodeller. Den medicinske, naturvidenskabelige forståelsesmåde og den psykosociale humanistiske forståelsesmåde.

ICF er en internationalt accepteret klassifikation, der kan benyttes på tværs af fag og sektorer. ICF tilbyder et standardiseret sprog og tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne og funktionsevnenedsættelse i relation til helbredstilstande. ICF flytter fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet.

Evaluering af den udgående indsats

Når CETT skal udvide behandlingskapaciteten og iværksætte 'udgående tilbud' er der mange forhold at være opmærksom på. Der vil være en implementeringsfase og en indkøringsfase. Efterfølgende er det afgørende for kvaliteten, at indsatsen evalueres, både fagligt i de enkelte forløb, men også den overordnede tilrettelæggelse, herunder samarbejdsrelationer og opgavedeling.

CETT har tidligere udarbejdet evalueringer af undervisningsforløb mv., men en grundig overordnet evaluering af CETTs behandlingsindsats med henblik på at tilpasse indsatsen, er mere end CETT har ressourcer og kompetencer til. Dertil kommer, at CETT kun vanskeligt vil kunne evaluere indsatsen med 'friske øjne'.

CETT foreslår derfor, at behandlingsindsatsen på CETT i perioden 1. januar 2006 til 31. december 2007 evalueres af et professionelt evalueringsfirma med henblik på at tilpasse særligt den udgående indsats. Vi forestiller os en evaluering i størrelsesordenen 100.000 kr. pr. år i to år.

8. ØKONOMI

Økonomiske forudsætninger

I budgetterne for henholdsvis tilpasning til efterspørgslen og afviklingen af ventelisten er der forudsat en række præmisser, som her gengives.

Aktuel venteliste til behandling

Den aktuelle (medio september 2005) estimerede venteliste for klienter visiterede til behandling er 65, jf. afsnit 6.

I budgettet for afviklingen af ventelisten forudsættes, som beskrevet i afsnit 6 (side 25), at 43 klienter skal tilbydes udgående behandling i regi af CETT, to skal behandles på 4D i Horsens og 20 skal tilbydes behandling på CETT.

Aktuel venteliste til visitation

Den aktuelle venteliste til visitation er 86 klienter.

CETT har pr. 1. oktober 2005 af Sundhedsudvalget i Vejle Amt fået bevilliget 400.000 kr. årligt til visitation. CETT forventer at have nedbragt ventelisten til visitation i løbet af 3-6 måneder.

Årlige henvisninger

På baggrund af de første 9 måneder af 2005 vurderer CETT det årlige antal henvisninger til 130.

Pris for behandling på CETT

Prisen pr. behandlingsforløb på CETT er 125.000 kr.

I prisen regnes med en gennemsnitlig behandlingstid på 9 måneder. Der er indregnet udgifter til fagligt personale, tolkning, supervision, administration og ledelse. Der er ikke indregnet udgifter til etablering eller udgifter som CETT i forvejen afholder i sit nuværende budget (husleje mv.).

Pris for udgående behandling i regi af CETT

Pris pr. behandlingsforløb er 75.000 kr.

Prisen er lavere end for behandling på CETT. Prisen er udtryk for et estimeret gennemsnit, fordi indsatsen vil variere i de konkrete forløb. Nogle familier skal have et meget

vidtgående tilbud, hvis det skal have nogen effekt. Andre vil kunne nøjes med afgrænset træning og rådgivning.

Pris for behandling på 4D, Horsens

Prisen for et behandlingsforløb på 4D er 96.000 kr.

I prisen indgår et ugentligt ambulante besøg hos psykolog, fysioterapeut og eventuelt socialrådgiver i 9 måneder. 4D har ingen læger tilknyttet, hvorfor denne del af behandlingen må iværksættes på CETT.

Budgetmæssigt er der kun regnet med to forløb, om end der muligvis vil blive tale om flere forløb.

Opfølgning på afviste i visitationen

Prisen er 2.000 kr. pr. klient.

Prisen er et gennemsnit. Opfølgningen indebærer, at afviste i visitationen aktivt hjælpes videre i det sundhedsfaglige eller sociale system på baggrund af CETTs grundige visitation (som også indeholder psykiatrisk udredning). I de fleste tilfælde er det tilstrækkeligt med en skriftligt henvendelse, andre gange er telefonisk eller personlig opfølgning nødvendig. For klienter henvist før den nye visitationsprocedure trådte i kraft kan der i nogle tilfælde blive tale om at udarbejde en faglig erklæring i tilknytning til visitationen, jf. afsnit 3.

Etableringsomkostninger

CETT estimerer, at der ved en kapacitetsudvidelse vil være omkostninger til etablering på cirka 500.000 kr.

Omkostningerne dækker både etableringsomkostninger i forbindelse med afvikling af ventelisten og etableringsomkostninger i forbindelse med en permanent udvidelse af behandlingskapaciteten. Omkostningerne vedrører i væsentlighed ombygning på CETT med henblik på at etablere flere arbejdspladser og behandlingsrum samt indkøb af computere mv.

Budgetmæssigt er omkostningerne til etablering placeret i budgettet for afvikling af ventelisten.

Model 1 & model 2

Model 1 dækker over afvikling af ventelisten på to år. Model 2 dækker over afvikling af ventelisten på tre år.

Budget for afvikling af ventelisten

Hele tusinde kroner	2006	2007	2008	I alt
Behandling på CETT – 20 klienter				2.500
Model 1	1.250	1.250	0	2.500
Model 2	834	833	833	2.500
Udgående behandling i Regi af CETT – 43 klienter				3.225
Model 1	1.613	1.612	0	3.225
Model 2	1.075	1.075	1.075	3.225
Behandling på 4D i Horsens – 2 klienter				96
Model 1	96	0	0	96
Model 2	96	0	0	96
Opfølgning på af viste klienter – 29 klienter				58
Model 1	58	0	0	
Model 2	58	0	0	
Evalueringsudgifter				200
Model 1	100	100	0	200
Model 2	67	67	66	200
Etableringsudgifter				500
Model 1	500	0	0	
Model 2	500	0	0	
I alt				6.579
Model 1	3.617	2.962	0	6.579
Model 2	2.630	1.975	1.974	6.579

Budget for tilpasning til efterspørgslen

Hele tusinde kroner	I alt
Udgående behandling i Regi af CETT	
40 årlige forløb á gennemsnitligt 75.000 kr.	3.000
Opfølgning på af viste klienter	
50 årlige opfølgninger á gennemsnitligt 2.000 kr.	100
I alt pr. år	3.100

Implementering

CETT planlægger og arbejder i øjeblikket ud fra den forudsætning, at der tilføres ekstra ressourcer til behandlingsindsatsen på CETT, så kapaciteten i højere grad modsvarer efterspørgslen. CETT planlægger og arbejder samtidig ud fra en forudsætning om, at der skal etableres en udgående behandlingsfunktion. Der er etableret faglige arbejdsgrupper til at beskrive og planlægge indsatsen.

På CETT er vi således forberedt på at løfte opgaven. Trods det kan CETT ikke med dags varsel omsætte øgede bevilninger til større behandlingskapacitet. Der skal ansættes medarbejdere, bygges om, leases biler mv. Den udgående

behandlingsfunktion skal endvidere beskrives fagligt og kvalitetssikres. Ydermere skal organiseringen på CETT geares til den nye tilgang.

Omvendt er det indlysende, at ventelisten kun vokser, så længe CETT ikke øger kapaciteten. CETT forventer derfor en implementeringstid på minimum 3 måneder, før den øgede bevilling er fuldt omsat i flere behandlingsforløb.

Cett

Banegårdspladsen 1, 1. sal

7100 Vejle

Telefon 7642 0310

Fax 7642 0310

cett@cett.dk

VEJLE AMT 