

22 FEBRUAR 2019
UDLÆNDINGE- OG INTEGRATIONSMINISTERIET,
STYRELSEN FOR INTERNATIONAL REKRUTTERING OG INTEGRATION

EVALUERING AF MODELPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE

AFSLUTTENDE EVALUERINGSRAPPORT

22 FEBRUAR 2019
UDLÆNDINGE- OG INTEGRATIONSMINISTERIET,
STYRELSEN FOR INTERNATIONAL REKRUTTERING OG INTEGRATION

EVALUERING AF MODELPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE

AFSLUTTENDE EVALUERINGSRAPPORT

PROJEKTNR.

A077656

DOKUMENTNR.

4

VERSION

Endelig rapport 01

UDGIVELSESDATO

22 februar 2019

BESKRIVELSE

Afsluttende evaluering

UDARBEJDET

blin, jdd, mskg,
mjns

KONTROLLERET

blin, vifo, shj, hle

GODKENDT

neo

INDHOLD

Forkortelser	iii	
Ordforklaringer	iv	
Resumé	v	
1	Introduktion	1
1.1	Baggrund	1
1.2	Om indsatsen	2
1.3	Formål med evalueringen	3
2	Evalueringsmetode	5
2.1	Dataindsamling	5
2.2	Registrering og effektmålingsværktøj	7
2.3	Baggrundsdata og datagrundlag	8
2.4	Udfordringer med data	10
3	Målgrupper	13
3.1	Målgrupper i tal	13
4	Opsporing, identifikation, organisation	15
4.1	Opsporing	15
4.2	Identifikation	17
4.3	Organisation og samarbejde	22
5	Behandlingsmetoder	28
5.1	I-NET	28
5.2	Model Hel Familie	31
5.3	Fællespunkter for de to metoder	34
6	Dialog- og evalueringsredskab FIT	36
6.1	Feedback Informed Treatment	36
6.2	Kompetenceudviklingsforløb	37
6.3	Gennemførelse	39

7	Effekt af behandlingen	47
7.1	ORS og SRS	47
7.2	Identifikationsspørgsmål	56
7.3	Forandringer i den voksne borgers liv	59
7.4	Uddannelse og beskæftigelse	63
7.5	Eksterne faktorer og barrierer	64
7.6	Årsager til at afslutte et behandlingsforløb	65
8	Forankring efter projektophør	67
8.1	Forankring	67
8.2	Udfordringer	68
9	Konklusioner	70
9.1	Baggrund og formål	70
9.2	Relevans	70
9.3	Datagrundlag og metoder	71
9.4	Opsporings-, identifikations- og samarbejdsmodel	71
9.5	Behandlingsmetoder og dialogværktøj	72
9.6	Resultater fra effektmåling	73
9.7	Årsager til ophør af behandling	76
9.8	Forankring efter projektophør	76

BILAG

Bilag A	Identifikationsværktøj og FIT	77
A.1	Identifikation af flygtninge med traumer	77
A.2	Feedback-Informed Treatment (FIT)	78
A.3	Outcome Rating Scale (ORS)	79
A.4	Session Rating Scale (SRS)	79
A.5	Målinger i ORS og SRS	80
A.6	Eksempler på ORS- og SRS-scoringer	81
A.7	Indikatorer for langsigtede effekter	82
Bilag B	Spørgeskemaundersøgelse til behandlere	83
Bilag C	Årsager til at lukke behandlingsforløb	95

Forkortelser

EU	Europæiske Union
FIT	Feedback Informed Treatment. Teknisk set er der to versioner: OpenFIT og FITOutcome. Dette projekt anvender OpenFIT. ORS og SRS er to svarkategorier under FIT
Gns.	Gennemsnit
ICS	Integrated Children's System
I-NET	Integrationsnets behandlingsmetode med udgangspunkt i Narrativ eksponeringsterapi
n	Antal borgere i medtaget i en given graf eller model
NET	Narrativ Eksponeringsterapi
ORS	Outcome rating scale (= effekt for person under behandling)
PPR	Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.
SFO	Skolefritidsordning
SIRI	Styrelsen for International Rekruttering og Integration
SOS	Signs of Safety, børneudredning
SRS	Session rating scale (= relation til behandleren)
Tagge	Mærke data i en database, som udvælges til databehandling
UNHCR	United Nations High Commissariat for Refugees
VUM	Voksenudredningsmetoden

Ordforklaringer

Begrebet 'behandling' skal forstås bredt som en helhedsorienteret, socialfaglig indsats, som har til formål at forbedre borgernes funktionsniveau og motivere borgerne til handling.

Outcome Rating Scale (ORS) og Session Rating Scale (SRS) er to gange fire måleparametre for FIT:

- > ORS giver behandleren feedback på, om borgeren trives i hverdagen. ORS er udgjort af fire spørgsmål vedrørende borgerens trivsel i) Individuelt; ii) Nære relationer; iii) Socialt; og iv) Generelt.
- > SRS måler på borgerens relation til behandleren og behandlingsmetoden. SRS er udgjort af fire spørgsmål omhandlende i) Relation til behandleren; ii) Mål og emner; iii) Tilgang eller metode; iv) Generelt.

Den kliniske 'cut-off'-værdi er en statistisk oplysning, der skal hjælpe med at vurdere, hvorvidt der er tale om individer, som kan drage fordel af professionel behandling, eller om individer, der har et almindeligt niveau af trivsel.¹

Når der i evalueringen står '18+', betyder det, at den eller de omtalte er 18 år eller ældre.

Oprunding til nærmeste hele tal gør, at afrapporteringen af svarprocenterne fra spørgeskemaundersøgelsen til behandlere kan summe op til hhv. 99 eller 101.

Et 'tag' er en elektronisk mærkning af emneord i en sag i en database. Hver sag kan have flere 'tags', der angiver forskellige oplysninger om sagen, f.eks. oplysninger om bopælskommune og civilstatus.

¹ Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). 2012: 21

Resumé

Introduktion

Styrelsen for International Rekruttering og Integration har i samarbejde med fire kommuner gennemført et projekt for behandling af traumatiserede flygtninge. Målgruppen var flygtningefamilier, børn og unge, og voksne enlige.

Projektet indeholdt fem indsatser til udvikling og gennemførelse af: i) redskaber til opsporing og identifikation; ii) en tværfaglig samarbejdsmodel; iii) opkvalificering af eksisterende behandlingstilbud og afprøvning af to nye behandlingsmetoder; iv) et evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab; og v) effektmåling.

Hovedparten af de deltagende flygtninge kommer fra Syrien og deltager i et integrationsprogram. Projektet er gennemført over en treårig periode 2016-2018.

Datagrundlag

Datagrundlaget bygger på 324 registrerede flygtninge, som har været igennem en første screening. Heraf er 91 ikke blevet indstillet til at starte op eller er ikke mødt op til første behandlingsmøde. Herefter er der 233, som er mødt op til første behandlingsmøde og 148, som har fortsat behandlingen efter fire behandlingssessioner. I alt har 33 voksne og to børn 13-17 år gennemført et planmæssigt afsluttet behandlingsforløb og besvaret ti identifikationsspørgsmål ved opstart og afslutning af et forløb. At tallet for afsluttede forløb ikke er højere, skyldes en jævnt faldende kurve for frafald, eller at kommunerne ikke har været systematiske i deres registrering af data.

Der er ikke dokumentation for frafald ved forløb, der ikke er planmæssigt afsluttede, ligesom det ikke er alle forløb, der er gennemført ved slut-evalueringen. Ved de 22 forløb, hvor sagsbehandleren har angivet årsagen til frafald før et planmæssigt afsluttet forløb, er det primært angivet, at frafald skyldes manglende motivation og sygdom og, i to tilfælde, anbringelse af et barn, eller, ifølge to interviews, at borgere har fået et positivt udbytte af 2-3 møder med en sagsbehandler eller en behandler og derefter ikke har haft behov for at gennemføre et behandlingsforløb.

Der er ved slutevalueringen trukket data fra FIT-databasen, gennemført interviews med 23 ledere, projektledere, myndighedspersoner, integrationsmedar-

bejdere, behandlere og borgere og fremkommet 19 besvarelser på spørgeskema udsendt til behandlere.

Opsporing, identifikation, samarbejdsmodel

Kompetenceopbygning af myndighedspersoner og frontpersonale til at opspore og identificere tegn på traumer og udvikling af kompetencer til at inddrage viden fra relevante aktører og forvaltninger i sagsbehandlingen er fuldt ud gennemført. Tre kommuner har etableret og en kommune har videreført en velfungerende tværfaglig samarbejdsmodel, som alle er forankrede i beskæftigelses- og socialforvaltningerne.

Nogle kommuner har haft vanskeligt ved at rekruttere flygtninge til projektet, bl.a. fordi de i perioden modtog relativt få flygtninge i integrationsprogrammet, og fordi nogle flygtninge kan være forbeholdne overfor at søge hjælp hos myndigheder.

Behandlingsmetoder og dialogværktøj

Kompetenceopbygning i og gennemførelse af de to nye behandlingsmetoder (I-NET og Model Hel Familie) har været en succes i de fire deltagerkommuner. De to metoder er lige anvendelige i forhold til målgrupperne, hvilket kan skyldes, at der er en del sammenfald mellem de anvendte redskaber og (del)metoder.

Flertallet af behandlere var meget tilfredse med efteruddannelsen i og brugen af FIT, særligt som dialogværktøj. Nogle behandlere var mere tilfredse med brugen af ORS (fire spørgsmål om borgerens trivsel) end med brugen af SRS (fire spørgsmål om borgerens relation til behandleren). Særligt i behandlingen af voksne var der enighed om, at ORS bidrager til en konstruktiv samtale.

Behandlere i to kommuner har samtidig haft en oplevelse af, at der er blevet introduceret for mange nye metoder på én gang. Det har gjort det vanskeligt at udvise metodefideltet og at anvende metoderne i deres fulde omfang. I en kommune påpeger behandlere, at der er overlap mellem spørgsmål i behandlingsmetoden (I-NET) og ORS. Det har medført udfordringer i dialogen med borgere.

Resultater fra effektmåling

De ti identifikationsspørgsmål

Effekten af behandlingen kommer mest præcist til udtryk gennem besvarelser af de ti identifikationsspørgsmål ved opstarten og afslutningen af et behandlingsforløb. I gruppen af 33 voksne flygtninge er der sket en væsentlig forbedring i deres velbefindende, hvor andelen med 'høj risiko for at være traumatiserede' er blevet halveret. Andelen af flygtninge i 'lav risiko for traumer' er samtidig øget med 18 procentpoint.

Svarene på de ti identifikationsspørgsmål har alle udviklet sig i en positiv retning fra første til sidste session. De tre spørgsmål, hvor der er sket den største positive udvikling er "Har du ofte mareridt?"; "Oplever du at miste interessen for det, du laver?" og "Har du ofte problemer med at falde i søvn?".

De tre spørgsmål, som (stadig) slår mest negativt ud ved sidste session er "Tænker du ofte på tidligere smertefulde begivenheder?"; "Har du ofte problemer med at falde i søvn?"; og "Har du ofte fysiske smerter". Det peger på, at disse spørgsmål udgør de deltagende flygtnings største udfordringer.

Indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv

13 indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv, besvaret af 33 voksne, viser en generel positiv udvikling. Den største udvikling har fundet sted i borgernes nære relationer, herunder at borgere oftere 'taler med sin ægtefælle om sine problemer', 'bliver spurgt til råds af sine børn, hvis de har problemer' og i højere grad 'støtter deres børns venskaber'.

ORS og SRS

Der har vist sig, at det kan være vanskeligt at tolke aggregerede ORS-scorer, da der kan være store udsving affødt af begivenheder, som har fundet sted i det land, borgeren er flygtet fra. F.eks. pludselige dødsfald i familien. Desuden forklarer flere behandlere, at de er i tvivl om, hvad de bagvedliggende årsager er til, at en borger scorer, som han/hun gør, både i ORS og i SRS. Bl.a. mener de, at det er muligt, at borgere scorer taktisk, fordi de ønsker at opnå noget bestemt med scoringen. F.eks. at få hjælp til at få en bedre bolig eller til, at de vil undgå anbringelse af et barn. Det er med disse forbehold, at følgende resultater præsenteres:

- > Antallet af borgere, som lå over ORS cut-off efter ti målinger er øget med i alt otte personer. Således har tre voksne, to 13-17-årige og tre 6-12-årige fået et almindeligt niveau for trivsel efter deltagelse i behandlingsforløbet.
- > Ved behandlingens start lå 12 voksne, tre 13-17-årige og seks 6-12-årige allerede over cut-off for ORS. Det relativt høje antal borgere, der fra start lå over cut-off kan afspejle, at familiemedlemmer, der ikke er traumatiserede, indgår i behandlingsforløb. Det kan også være en forklaring på, at det kun har været muligt at rykke en mindre gruppe over cut-off.

ORS-scorer for de tre aldersgrupper viser, at de deltagende flygtnings trivsel er forblevet status quo eller forbedret efter behandlingsforløb, hvor der er foretaget mindst ti ORS-målinger.

Aggregerede ORS- og SRS-data peger på, at en god relation til behandleren er en forudsætning for et godt behandlingsresultat.

Forankring efter projektophør

De fire deltagerkommuner ønsker alle at videreføre traumebehandlingen efter projektophør. Der er dog ingen kommuner, hvor den videre forankring er fastlagt ved evalueringens afslutning. Kommunerne forventer fortsat at gøre brug af FIT, og flere er ved at udbrede brugen af FIT til behandlingsindsatser for andre målgrupper end flygtninge.

Fremover kan kommunerne dog have udfordringer i forhold til at forankre indsatsen, hvis de mister de nu specialiserede medarbejdere, der var finansieret af

projektet. Desuden er antallet af flygtninge, der henvises til integrationsprogram, faldende, og kommunerne får derfor tilført mindre finansiering til aflønning af personale, der arbejder med denne målgruppe.

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Som led i udmøntningen af satspuljeaftale for 2012 blev der igangsat et udviklingsprojekt, der skal styrke arbejdet for og med traumatiserede flygtningefamilier og sikre en sammenhængende, helhedsorienteret og virkningsfuld indsats.

Baggrunden for projektet er en kortlægning af traumeområdet, som blev offentliggjort i 2013. Kortlægningen anslog, at mellem 30.000 og 45.000 voksne flygtninge lever med traumer. Dertil kommer ægtefæller og børn, som kan være sekundært traumatiserede. Rapporten fastslog endvidere, at alene 21 % af landets kommuner på det tidspunkt havde implementeret retningslinjer og faste procedurer for at afdække traumer hos nyankomne flygtninge.²

Undersøgelser viser, at traumer både er relaterede til de begivenheder, der er sket i hjemlandet, og til perioden efter. Det kan være flugten til Danmark over land og over Middelhavet, uvished om familie og venner, som befinder sig i en krigszone eller flygtningelejre, bosættelse i et nyt land, tilpasning til kultur og sprog samt socioøkonomiske udfordringer, venteperioder på asyl eller familiesammenføring samt udfordringer med mødet med ægtefællen efter lang tids adskillelse og forskellige traumatiske oplevelser. Det har i forskningen ført til en erkendelse af, at en holistisk tilgang, hvor kvalitative elementer inddrages, i nogle tilfælde kan bidrage til at afhjælpe traumer.³ Det er denne udfordring, som projektet tager afsæt i.

² Vejledning til ansøgning om støtte fra puljen "Helhedsorienteret indsats vedrørende traumatiserede flygtninge" § 15.77.01.32. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold. Ansøgningsfrist den 17. april 2015.

³ Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations, Kate E Murray, Graham R Davidson and Robert D Schweitzer, 2010, side 2; Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations", Kate E Murray, Graham R Davidson and Robert D Schweitzer, 2010, side 3-4.

1.2 Om indsatsen

Styrelsen for International Rekruttering og Integration (SIRI), under Udlændinge- og Integrationsministeriet, har gennemført et udviklingsprojekt for en helhedsorienteret indsats (herefter 'projektet') for traumatiserede flygtninge i perioden 2015-2018.

Projektet er gennemført i samarbejde med fire kommuner, Frederikshavn, Greve, Gribskov og Horsens. De fire kommuner blev valgt via en ansøgningspulje. Evalueringen gennemføres i henhold til leveringsaftale, delaftale 2⁴.

Projektet indeholdt fem hovedelementer i indsatsen:

- > Udvikling af redskaber til opsporing og identifikation af flygtningefamilier og deres børn under 18 år, hvor en eller flere i familien viser tegn på traumer. Disse skulle kommunikere med værktøjer, som allerede anvendtes i kommunerne, f.eks. Integrated Children's System (ICS) og Voksenudredningsmetoden (VUM).
- > Implementering af tværfaglig samarbejdsmodel til understøttelse af indsatsen på tværs af forvaltninger og institutioner i Frederikshavn, Greve og Horsens kommuner. Gribskov Kommune havde ved projektstart implementeret sin egen samarbejdsmodel og besluttede derfor ikke at deltage i denne del af projektet.
- > Behandling af flygtningefamilier og deres børn gennem opkvalificering af eksisterende, kommunalt forankrede behandlingstilbud og afprøvning af to socialfaglige behandlingsmetoder: I-NET og Model Hel Familie. I-NET gennemførtes i Frederikshavn og Horsens kommuner og Model Hel Familie gennemførtes i Greve og Gribskov kommuner.
- > Implementering af evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab 'Feedback Informed Treatment' (FIT). FIT anvendes til at vurdere effekten af behandlingsindsatsen gennem fokus på den individuelle borgers oplevelse af frem- eller tilbageskridt i forhold til personlig trivsel og til at vurdere borgerens relation til sin behandler.
- > Løbende indsamling af data, som registreres af kommunernes familie- eller jobcentre med henblik på effektmåling. De indsamlede data danner grundlag for løbende at vurdere frem- eller tilbagedrift i behandlingerne.

Deloitte har været ansvarlig for udvikling af opsporings- og identifikationsværktøjer, opkvalificeringskurser og tværfaglig samarbejdsmodel samt løbende implementeringsstøtte til deltagerkommunerne.

⁴ Bilag 4: Leveringsaftale vedrørende konsulentytelser, Delaftale 2, Udrednings- Analyse- og Evalueringsytelser. Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge. 19. november 2015

Dansk Flygtningehjælp og Oasis har været ansvarlige for henholdsvis udvikling af manual og opkvalificering af behandlere og socialfagligt personale i metoderne I-NET og Model Hel Familie.⁵

SOLUTION har været ansvarlig for opkvalificeringskurser i dialog og effektmålingsværktøjet Feedback Informed Treatment (FIT) og støtte til behandlere mfl. i kommunerne i implementeringen af FIT, mens Ace Health administrerer den database (OpenFIT), hvor datagrundlaget for denne rapport opbevares.

1.3 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er at afdække, hvorvidt mål og resultater, som de fremgår af udbud,⁶ er opfyldt:

- > Kommunale medarbejdere er blevet bedre til at opspore og identificere traumer så tidligt som muligt hos udsatte flygtningefamilier.
- > Ansvarlige sagsbehandlere laver en helhedsorienteret identifikation med inddragelse af viden fra relevante aktører og forvaltninger.
- > Frontmedarbejdere og sagsbehandlere bruger de tildelte redskaber i form af samtaleteknikker, så de kan varetage svære samtaler og motivere borgerne til handling.
- > Samarbejdet er styrket mellem forvaltninger, frontmedarbejdere og behandlere, så flygtningefamilier og deres børn tilbydes relevante, målrettede og koordinerede indsatser, der fremmer aktivt medborgerskab.
- > Samarbejde om og med familierne er koordineret, tværfagligt og tværsektorielt med klar placering af ansvaret for indsatserne.
- > De ansvarlige sagsbehandlere har overblik over familiens samlede ressourcer og behov.
- > Det opkvalificerede socialfaglige behandlingstilbud har medvirket til reduktion af følgerne af traumer for den enkelte borger og for familien som helhed.
- > Progression af den kommunalt forankrede behandlingsmodel dokumenteres løbende.

Der er desuden en række forventede langsigtede effekter hos den primære målgruppe:

- > De traumeramte flygtninge og deres familier stabiliseres.

⁵ Ibid.

⁶ Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, udbud under Delaftale 2, Socialstyrelsen november 2015, p. 12.

- > Den traumatiserede får motivation og lyst til handling (styrkede handlingskompetencer).
- > De (arbejdsmarkedsparate) traumatiserede voksne får en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet og/eller påbegynder og gennemfører en kompetencegivende uddannelse.
- > Den traumatiserede bliver mere job- og/eller uddannelsesparate, herunder gennemfører eventuelle kompetenceudviklingskurser, aktiverings- eller uddannelsesstilbud.
- > Forældrene styrkes i forældrekompetencer og ansvar med henblik på børnenes udvikling samt familiens trivsel.
- > Familieme får viden om rettigheder, pligter og muligheder i det offentlige system.
- > Familien er positivt inkluderet i samfundslivet.
- > Børnene i de traumatiserede familier har en alderssvarende udvikling og trives.

De sidste tre punkter om rettigheder, om familien er positivt inkluderet i samfundet, og om de deltagende børn har en alderssvarende udvikling er ikke målt i denne evaluering, da indsatserne ikke har haft direkte fokus på disse elementer.

2 Evalueringsmetode

2.1 Dataindsamling

Evalueringen er en følgeevaluering, hvor evaluator har fulgt projektet fra januar 2016 til december 2018.

Evalueringen følger de internationalt anerkendte OECD/DAC evalueringskriterier⁷, hvor vi har vurderet relevansen, organisation, implementering og forankringen af indsatsen, de to behandlingsmetoder samt dialog- og effektmålingsværktøjerne ORS og SRS. Desuden har vi målt effekten af indsatsen hos målgruppen af vokse flygtninge og, i et vist omfang, børn mellem 6 og 17 år. Det har vi gjort gennem:

- > Studier af projektdokumentation, manualer, forskningsartikler, mv.
- > Deltagerobservation ved kompetenceopbygning i metoder og møder med kommunale medarbejdere samt deltagelse i projektleder- og styregruppemøder.
- > Analyse af spørgeskemaundersøgelser og selvevalueringer udarbejdet af Deloitte, Integrationsnet og Oasis samt spørgeskema udsendt til behandlere i de fire kommuner.
- > Interviews med ledere, sagsbehandlere, integrationsmedarbejdere, behandlere og socialfagligt personale, projektledere, borgere og, i førmålingen fra 2016, med frontpersonale som pædagoger, lærere mfl.
- > Deltagerobservation ved netværksmøde mellem borgere, behandlere, frontpersonale og myndighedspersoner samt behandlingssession.

7

www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm

- > Udarbejdelse og implementering af dataindsamlings- og effektmålingsværktøj (se næste afsnit).⁸
- > Data for uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning ved projektafslutning.⁹

Tabel 1: Oversigt over interviews og spørgeskema fordelt efter kommuner og respondenttyper

Respondenter, slutevaluering	Frederikshavn	Greve	Gribskov	Horsens	I alt
Spørgeskema besvaret af behandlere (ud af 24 mulige)	5	3	8	3	19
Interviews slutevaluering, herunder					
Myndighedspersoner	1	2	2	2	7
Borgere i behandling/afsluttet behandling	3	3	4	3	13
Behandlere	4	4	5	3	16
Projektledere/projektejere	2	2	2	1	7
I alt respondenter					62

Som det fremgår af Tabel 1, har vi talt med i alt 62 respondenter i forbindelse med slutevalueringen. Dertil kommer interviews mv. i forbindelse med førmåling, som blev gennemført i forbindelse med opstart af evalueringen.

COWI har undervejs i forløbet leveret en række notater og rapporter¹⁰ til SIRI samt deltaget i styregruppemøder og projektledermøder. COWI har desuden haft løbende kommunikation med kommunerne og besvaret en del tekniske spørgsmål fra deltagerkommunerne.

⁸ Dataindsamling i kommunerne til brug for evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge. Endelig version, godkendt af SIRI den 3.8.2016.

⁹ Data for uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning er trukket af deltagerkommunernes jobcentre.

¹⁰ Fælles forandringsteori for de deltagende kommuner og notat om FIT, for SIRI, COWI, februar 2016; Dataindsamling i kommunerne til brug for evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, for SIRI, COWI 3.8.2016; Førmåling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, for SIRI, COWI 5.7.2016; Datarapport 1 under evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, for SIRI, COWI maj 2017; Datarapport 2, datatræk fra 16.-17. november 2017, for SIRI, COWI; Resume af datatræk fra 16.-17. november 2017, for SIRI, COWI.

2.2 Registrering og effektmålingsværktøj

Til brug for dokumentation og dataindsamling har kommunerne registreret følgende typer data:¹¹

- > Baggrundsoplysninger for de deltagende familier med børn, uledsagede flygtningebørn og unge samt enlige voksne.
- > Data vedrørende identifikation, antal sessioner, planlagt afslutning af behandling mv.
- > Svar på ti identifikationsspørgsmål, der indikerer, om der er tegn på traumer. Spørgsmålene besvares med et ja eller nej. Antallet af spørgsmål, der er besvaret med 'ja', indikerer lav, mellem eller høj risiko for traumer. Spørgsmålene skal besvares af voksne borgere over 18 år og fra sidste projektår af børn 13+ år ved identifikation og afslutning af et behandlingsforløb.¹²
- > Svar på to gange fire spørgsmål, der indikerer, i) om borgeren har fået det bedre siden sidste møde med behandleren (ORS), og om ii) relationen til behandleren er positiv eller udvikler sig i positiv retning (SRS). Målingen opgøres i cut-offs for 18+-årige, 13-17-årige og 6-12-årige.
- > Indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv.¹³ Disse svar udfyldes også ved identifikation og afslutning af behandlingsforløb.

Metodebeskrivelse af de ti identifikationsspørgsmål, FIT, inklusive ORS og SRS, og af de anvendte indikatorer for langsigtede effekter og forandringer i den voksne borgers liv er vedlagt som Bilag A.

COWI har aggregeret og analyseret data med henblik på en vurdering af, om de to behandlingsmetoder har bidraget til, at de deltagende borgere, både voksne og børn, har fået et positivt udbytte af behandlingen.

Der indgår ikke en kontrolgruppe i projektet. Det betyder, at vi ikke er i stand til at skelne mellem, om resultater udelukkende skyldes behandlingen, om de skyldes en kombination af faktorer som behandlingen, at borgerne er i sikkerhed i Danmark, deltagelse i integrationsprogram, jobtilbud, uddannelse mv.

Den overvejende del af datamængden er blevet indrapporteret af integrationsmedarbejdere mfl. i identifikationsfasen og af behandlere i fire familiecentre i

¹¹ Dataindsamling i kommunerne til brug for evaluering af Modelprojekt for traumatiserede flygtninge, final, Godkendt af SIRI, 3.8.2016.

¹² Da to af projektkommunerne udfyldte identifikationsspørgsmålene for børn, blev der i det sidste projektår truffet en principiel beslutning om at udfylde identifikationsspørgsmålene for børn 13+ i alle fire kommuner. Se afsnit 4.2.3.

¹³ Indikatorerne udgjorde en del af udbuddet: Miniudbud: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, Socialstyrelsen, Styrelsen for International Rekruttering og Integration, november 2014

behandlingsfasen. Kommunerne har indtastet og tagget data i FIT-databasen mellem den 1. september 2016 og den 15. november 2018, hvorefter COWI har aggregeret data.

Data for uddannelse og deltagelse i arbejdsmarkedet ved projektafslutning i november 2018 er indrapporteret af jobformidlingerne i deltagerkommunerne.¹⁴

2.3 Baggrundsdata og datagrundlag

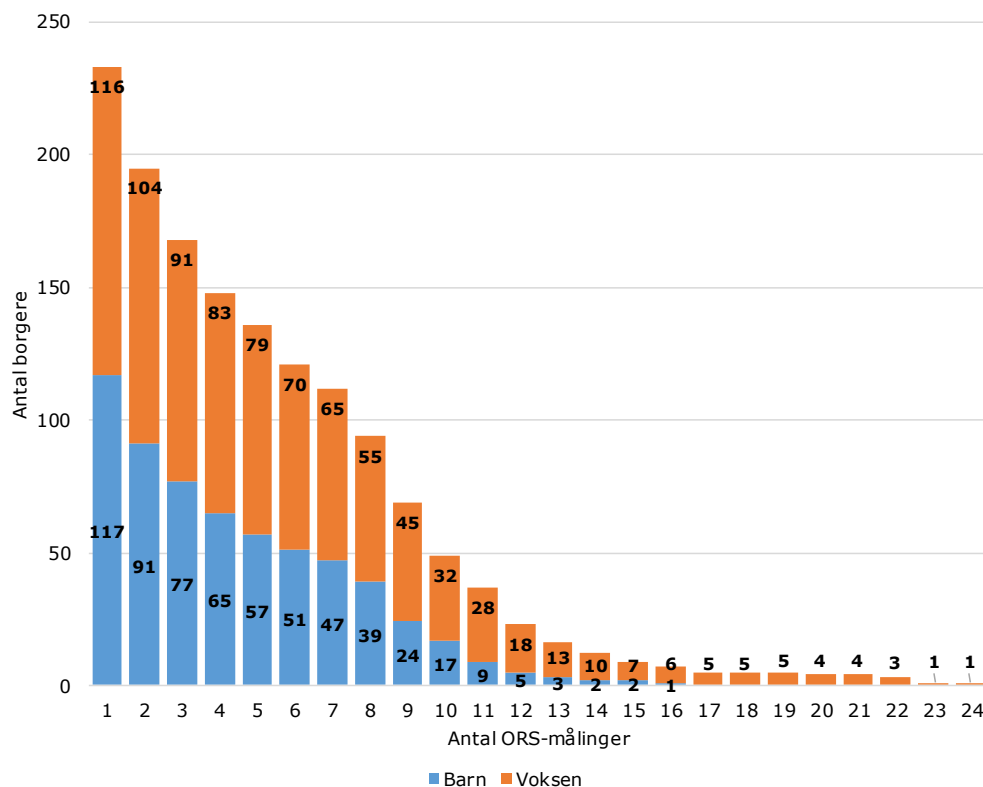
Tabel 2 giver et overblik over baggrundsdata og datagrundlaget.

Tabel 2: Baggrundsdata og datagrundlag

Borgere registreret ved første screening/identifikation	Børn	Voksne	I alt
Frederikshavn	38	35	73
Greve	29	22	51
Gribskov	39	29	68
Horsens	78	54	132
I alt	184	140	324
Besvaret ti identifikationsspørgsmål ved første session	12	82	94
Besvaret ti identifikationsspørgsmål efter planlagt afsluttet forløb	2	33	35
Udfyldt indikatorer for forandringer i den voksnes borgers liv ved første session	13	103	116
Udfyldt indikatorer for forandringer i den voksnes borgers liv efter et planlagt afsluttet forløb	2	33	35

¹⁴ COWI behandler og opbevarer al data fortroligt og i anonymiseret form i overensstemmelse med databeskyttelsesloven. COWI har ikke adgang til borgernes personlige oplysninger. COWI har indgået en dataaftale med SIRI. Databehandlingsaftale mellem SIRI og COWI, 10.08.2016

Figur 1: Borgere fordelt efter, hvor mange sessioner de har deltaget i. n ved første session: 233.



Note: Borgere, der har deltaget i tre sessioner, indgår også i optællingen af borgere, der har deltaget i to og én session osv.

Samlet set er der sket et fald i antallet af borgere fra de opspores og identificeres, til de planmæssigt eller uplanmæssigt afslutter et behandlingsforløb. Det betyder, at datagrundlaget falder med antallet af sessioner.

Der er i alt registreret 324 borgere i projektet. Hovedparten af de 324 screenede og førstegangsregistrerede borgere er fra Horsens Kommune (40,7 %). Dernæst kommer Frederikshavn (22,5 %), Gribskov (21 %) og Greve kommuner (15,7 %). Registreringen dækker både over borgere, der efterfølgende ikke påbegyndte et behandlingsforløb (60)¹⁵, og borgere, som deltog i et behandlingsforløb (264 borgere).

Af de 324 borgere, er der for 233 blevet registreret én ORS-måling, herunder 116 voksne og 117 børn, for 148 borgere er der registreret fire ORS-målinger, 49 har ti ORS-målinger (32 voksne og 17 børn), 23 har 12 ORS-målinger og én har 24 ORS-målinger, som udgør det højeste antal registreringer. Således er 96

¹⁵ Der kan være adskillige årsager til, at borgere ikke påbegynder et behandlingsforløb efter indledningsvist at være blive registreret i FIT-databasen. Disse kan inkludere, at borgerne ved opfølgning vurderedes til ikke at have behov for behandling, at borgere ikke ønsker at deltage mv. Se afsnit 7.6 for yderligere dokumentation om dette spørgsmål.

borgere stoppet før fjerde ORS-måling, og 184 borgere er stoppet før tiende ORS-måling.

Ved projektstart var det anbefalede antal sessioner 10-12 sessioner. Dog har flere kommuner, efter aftale med SIRI, i nogle tilfælde valgt at forlænge behandlingsforløbene eller at henvise borgerne til andre behandlingsforløb.

Tabel 3 viser fordelingen af borgere ved screening på kategorierne i) individuelt, ii) tilhører en familie og iii) tilhører anden form for gruppe, f.eks. ungegruppe. Af tabellen fremgår, at størstedelen af de registrerede borgere i alle aldersgrupper er registreret som at være en del af en familie (i alt 77,5 %).

Tabel 3: Registrerede borgere fordelt efter alder, og om de er blevet registeret som individuelle, som en del af en familie eller som en del af en gruppe.

Kategori	0-5-årig	6-12-årig	13-17-årig	18+-årig	I alt
Ubesvaret				3	3
Individuel	4	15	8	33	60
Familie	39	69	39	104	251
Gruppe		5	5		10
I alt	43	89	52	140	324

Tabel 4 viser, at størstedelen af borgerne, der har gennemført et behandlingsforløb, har været i behandling som del af en familie (83 %), og de resterende har været i behandling som individuelle (17 %).

Tabel 4: Borgere, som har besvaret de ti identifikations spørgsmål i starten og i slutningen af et forløb, fordelt efter alder og om de er blevet registeret som individuelle, som en del af en familie eller som en del af en gruppe.¹⁶

Kategori	13-17-årig	18+-årig	I alt	Procent
Individuel	1	5	6	17 %
Familie	1	28	29	83 %
I alt	2	33	35	100 %

2.4 Udfordringer med data

Evalueringen viser, at der er forskel på, hvornår og hvordan data registreres i de enkelte kommuner, herunder om data registreres før og efter hver session eller på et andet tidspunkt, og om alle data eller kun nogle data registreres for så vidt angår 'baggrundsdata', 'de ti identifikations spørgsmål' og 'indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv'.

¹⁶ Tabellen indeholder ikke børn under 13 år, da disse ikke skal besvare identifikations-spørgsmålene.

Selvom alle deltagerkommunerne ifølge interviews systematisk anvender identifikationsspørgsmålene til at identificere borgere, der skal indgå i behandlingen, ser der ud til at være uregelmæssigheder i registreringen af data. Tabel 5: nedenfor viser en oversigt over, hvorvidt identifikationsspørgsmålene er udfyldt i starten og/eller ved afslutningen af et behandlingsforløb.

Tabel 5 viser, at der er 20 borgere, hvis svar på de ti identifikationsspørgsmål ikke er blevet registreret ved opstarten af et forløb, men derimod ved et planmæssigt afsluttet forløb. Omvendt er der 19 borgere, hvor deres svar på de ti identifikationsspørgsmål er blevet registreret ved opstarten af et forløb, men ikke ved en planmæssig afslutning af et forløb. Det betyder, at der er 39 borgere, hvis data burde have indgået som indikatorer, men ikke kan da svarene skulle have været indtastet både ved opstart og planmæssig afslutning af forløb.

Den samme udfordring gælder for 'indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv', hvor der også mangler indtastninger af svar både i starten og ved planmæssig afslutning af behandlingsforløb.

Tabel 5: Oversigt over start og slutregistreringer af de ti identifikationsspørgsmål

Registrering af de ti identifikationsspørgsmål i Open-FIT	Antal borgere
Ingen registrering	210
Har ikke registreret i starten af behandlingen, men har registreret ved planmæssigt afsluttet forløb	20
Har registreret i starten af behandlingen, men har ikke registreret i slutningen.	59, heraf er 19 tagget som planmæssigt afsluttede forløb
Har registreret både i starten og ved planmæssig afslutning af behandlingen	35
I alt	324

Vi har i evalueringen valgt at definere et afsluttet behandlingsforløb som værende planlagt afsluttet, hvis det har både en registrering af identifikationsspørgsmålene i starten og i slutningen af behandlingsforløbet.

Vedrørende data for "ORS" og "SRS" registreres ORS ved første session, mens SRS først registreres fra anden session. Hvis der f.eks. er flere behandlingssessioner på en uge, registreres ORS og SRS som udgangspunkt kun én gang. Ligeledes registrerer nogle behandlere parallelbedømmelser, hvor f.eks. en forælder eller en skolelærer bedømmer et barn, nogle gange på vegne af barnet.

Interviews med behandlere i deltagerkommunerne peger dog på, at det til tider er svært for behandlerne at finde tid til at registrere både ORS og SRS. Det skyldes, at der ofte kun er mellem en og to timer til rådighed for en behandling, der kan deltage flere familiemedlemmer, og at der også skal være tid til oversættelse via en tolk. Dette er afspejlet i data ved, at ikke alle de forventede registreringer er foretaget, og at der er registreret langt flere ORS end SRS.

På grund af forskellig praksis i kommunerne og mellem behandlere, har vi derfor måtte træffe nogle valg med hensyn til at præsentere data. F.eks. at illustrere aggregerede data for ORS for borgere med mindst ti ORS-målinger og tilsvarende ti SRS-målinger.

3 Målgrupper

Målgruppen var ved projektets start defineret som "traumatiserede flygtningefamilier med børn på 0-17 år". Denne målgruppe er i projektforløbet, efter opfordring fra flere kommuner, af SIRI blevet godkendt til at omfatte yderligere tre målgrupper.¹⁷ De fire målgrupper bestod herefter af følgende grupper:

- > Flygtningefamilier bestående af forældre, stedforældre eller andre voksne med hjemmeboende børn under og over 17 år.
- > Børn og unge fra familier, hvor de voksne flygtninge ikke ønskede at deltage i behandlingen.
- > Voksne, enlige flygtninge uden hjemmeboende børn/uden børn.
- > Uledsagede flygtningebørn og unge.

Det skyldtes, at det var vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt mange familier i deltagerkommunerne, særligt i opstartsfasen, og at der var et uopfyldt behov i kommunerne for at kunne tilbyde behandling til disse målgrupper. Det kunne efter OASIS' opfattelse blive en udfordring, da metoden Model Hel Familie er skræddersyet til familiebehandling, og de var usikre på, hvor godt metoden ville fungere i forhold til enlige voksne og uledsagede børn og unge. Det viste sig dog, at metoden godt kunne anvendes på individniveau.

3.1 Målgrupper i tal

I Frederikshavn, Gribskov og Horsens kommuner har der deltaget flygtninge fra flere af de ovennævnte målgrupper, mens Greve Kommune udelukkende visiterer familier med børn til behandling. I alt har der deltaget 184 børn og 140 voksne i projektet. Kun Frederikshavn Kommune har gjort brug af tagget 'Voksne, enlige flygtninge uden hjemmeboende børn/uden børn' (8 borgere tagget) og 'Uledsagede flygtningebørn og unge' (2 borgere tagget). Disse to tags indgår i den totale optælling af børn og voksne ovenfor.

¹⁷ Opsamling på Følgegruppemøde i SIRI den 18. april 2018.

Målgruppen omfatter både flygtninge i integrationsforløb, familiesammenførte ægtefæller og flygtninge, som har boet i Danmark i mange år. Reelt har det dog vist sig, at langt hovedparten af borgerne har været flygtninge i integrationsforløb, hvoraf de fleste er blevet rekrutteret i begyndelsen af integrationsforløbet. Størstedelen af de registrerede borgere er derfor flygtninge, der har været i Danmark i mindre end fem år udover deres eventuelle asylansøgningsperiode. Dette skyldes, at det har vist sig vanskeligt for kommunerne at opspore og identificere borgere, der var uden for integrationsforløb.

Hovedparten af deltagerne kommer fra Syrien (85 %), mens de øvrige grupper tæller flygtninge fra Afghanistan (4 %), Iran (3 %), Irak (1 %), Vietnam (1 %), Tjetjenien (1 %) og (statsløse) Palæstinensere (1 %). Andre nationaliteter udgør 5 %.

De fleste flygtninge har gennemført maksimalt syv års folkeskole (67 %), knap hver femte har gennemført mere end syv års folkeskole (19 %), mens et fåtal har gennemført gymnasium, erhvervsuddannelse eller lignede (8 %) eller en bachelorgrad (2 %), inden de kom til Danmark.¹⁸

Der er således tale om en på alle måder udsat gruppe, som deltager i projektet.

¹⁸ Procentangivelserne dækker over de 126 borgere, for hvem der er blevet registreret uddannelse. 3 % svarer "anden" uddannelse.

4 Opsporing, identifikation, organisation

Formålet med evalueringen er blandt andet at afdække, om modelprojektet når de forventede resultater, herunder at:

- > Kommunale medarbejdere er blevet bedre til at opspore og identificere traumer hos udsatte flygtningefamilier så tidligt som muligt.
- > De ansvarlige sagsbehandlere laver en helhedsorienteret identifikation med inddragelse af viden fra relevante aktører og forvaltninger.
- > Frontmedarbejdere og sagsbehandlere bruger de tildelte redskaber i form af samtaleteknikker, så de kan varetage de svære samtaler og motivere borgerne til handling.
- > Forvaltningssamarbejdet er styrket og sikrer, at traumatiserede flygtningefamilier tilbydes relevante, målrettede og koordinerede beskæftigelses-, uddannelses-, socialfaglige og/eller sundhedsfaglige indsatser, der fremmer et aktivt medborgerskab.
- > Der sikres et koordineret, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om og med familierne. I dette samarbejde skal det være klart, hvem der er ansvarlig for hvilke indsatser og hvornår.¹⁹

4.1 Opsporing

Formålet med opsporing er at skabe opmærksomhed om tegn på traumer hos frontpersonale med kontakt til flygtninge med henblik på, at de kan bidrage til opsporing så tidligt som muligt, efter at flygtninge er ankommet til Danmark. Desuden er formålet at opspore flygtninge med traumesymptomer, der har været i Danmark i længere tid.²⁰

¹⁹ Bilag 4: Leveringsaftale vedrørende konsulentydelse, Delaftale 2, Udrednings- Analyse- og Evalueringsydelse. Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, side 12.

²⁰ Slides fra opstartsseminar, Deloitte og Udlændinge- og integrationsministeriet, marts 2016.

Dette er søgt opnået gennem i) udarbejdelse af en pjece til tidlig opsporing; ii) kompetenceudvikling af frontmedarbejdere med henblik på at blive opmærksomme på ydre kendetegn på traumer og iii) organisation af praktisk gennemførelse af opsporing.²¹

Af formålingen, gennemført af COWI i 2016, fremgik det, at ingen af deltagerkommunerne før projektstart havde udarbejdet standarder og metoder til opsporing og identifikation af traumatiserede flygtninge. Dog påpegede flertallet af de interviewede frontmedarbejdere, at de i praksis havde erfaring med arbejdet med og henvisning af flygtninge, der viste tegn på traumer, men at der var behov for en systematisk indsats.²²

4.1.1 Opsporingspjece

Der er udviklet en opsporingspjece, som findes i onlineudgave på SIRIs hjemmeside, og som printudgave i deltagerkommunerne.²³ Pjecen lægger op til handling ved bekymring og giver information om muligheder for videre henvisning i deltagerkommunerne.

I pjecen er der udformet en tjekliste med opmærksomhedspunkter for traumer hos henholdsvis voksne (f.eks. aggressiv adfærd og udeblivelse fra aftaler) og børn (f.eks. ukritisk kontaktsøgende og monoton leg).

4.1.2 Kompetenceudvikling

Siden projektets opstart har i alt 314 frontmedarbejdere modtaget opkvalificering i opsporingsredskabet ved deltagelse i et endags kompetenceudviklingsseminar i august-september 2016. Heraf 70 fra Frederikshavn, 104 fra Greve, 63 fra Gribskov og 77 fra Horsens kommuner. Formålet var, at deltagerne skulle "opnå viden om målgruppen, opmærksomhedspunkter, henvisningsmuligheder, forpligtelser, handlemuligheder og dialogredskaber."²⁴

Desuden fremgår det af interviews med projektlederne, at de har holdt en lang række oplæg om projektet på møder med frontpersonale og på interne ledermøder i deltagerkommunerne.

På den måde har frontmedarbejdere og ledere i deltagerkommunerne fået et godt kendskab til projektet og er blevet i stand til at bidrage til en fælles opsporingsindsats.

²¹ Overheads fra opstartsseminar, udarbejdet af Deloitte for Udlændinge- og integrationsministeriet, marts 2016.

²² Formåling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, COWI, 5.7.2016

²³ Udlændinge- og Integrationsministeriet, SIRI,

<http://uim.dk/arbejdsomrader/Integration/traumatiserede-flygtninge>

²⁴ Deloitte: Oversigt over udviklingsaktiviteter 25.10.2017

4.1.3 Gennemførelse

I praksis anvender deltagerkommunerne tre metoder til opsporing:

- > En frontmedarbejder vurderer, at en borger potentielt er traumatiseret og henviser borgeren til den myndighed, der er ansvarlig for identificering af traumer.
- > En frontmedarbejder laver en indberetning på et barn, og myndigheden vurderer i sagsbehandlingen, om en forælder og/eller barnet kan være traumatiseret.
- > Borgeren deltager i integrationsprogram og opspores ved, at en integrationskonsulent eller en myndighedsperson i jobcentret vurderer, om borgeren kan være traumatiseret.

I praksis indgik langt hovedparten af de deltagende flygtninge i et integrationsprogram, da de blev opsporede. Integrationssporet har dermed vist sig lettere tilgængeligt end opsporing gennem frontpersonale, idet nytilkomne og særligt udsatte flygtninge har hyppig kontakt med myndigheder via jobcentre, socialrådgivere, integrationsmedarbejdere mfl.

Samtidigt peger interviewene på, at der er fordele ved at inddrage frontpersonale i tidlig opsporing. F.eks. blev en dreng indstillet til pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR) med mistanke om autismspektrumforstyrrelse. Efter projektlederen havde været ude på drengens skole og SFO og holdt oplæg om opsporing, vurderede frontpersonalet dog, at der kunne være tale om traumatisering i familien. Det resulterede i, at drengen og hans mor blev indstillet til og startede behandling, i stedet for at sønnen kom i et specialtilbud rettet mod børn med autisme (Frederikshavn).

4.2 Identifikation

Følgende leverancer har haft til formål at identificere flygtninge i risiko for at udvikle eller lide af traumer på et tidligt eller senere stadie: i) udvikling af et identifikationsredskab, som kan anvendes i deltagerkommunerne; ii) kompetenceudvikling af myndighedspersoner samt udvikling af vejledning til identifikationsredskabet, herunder klæde dem på til at anvende identifikationsredskabet i den daglige sagsbehandling; iii) redskaber til gennemførelse.²⁵

4.2.1 Identifikationsredskab

Til udvikling af et identifikationsredskab blev det besluttet at anvende et allerede anerkendt redskab, som bl.a. anvendes af EU og UNHCR til at identificere mulige traumer. Redskabet indeholder ti spørgsmål, som besvares med et 'ja' eller 'nej'.

²⁵ Overheads fra opstartsseminar, Deloitte og Udlændinge- og Integrationsministeriet, marts 2016.

Svarene indikerer, om flygtningen er i risiko for at være traumatiseret.²⁶ Identifikationsredskabet anvendes endvidere i denne rapport til måling af frem- eller tilbageskridt for de borgere, som indgik i behandlingen.

4.2.2 Kompetenceudvikling

I alt deltog der 71 myndighedspersoner i et endags kompetenceudviklingsseminar i identifikationsredskabet. Herunder 12 fra Frederikshavn, 15 fra Greve, 15 fra Gribskov og 29 fra Horsens. Formål var, at deltagerne skulle opnå "kendskab til målgruppen og tilgange til mødet med flygtninge, viden om traumer og PTSD, handlekompetencer i et tværfagligt perspektiv, dialogredskaber, og at de kan forstå og anvende identifikationsredskabet."²⁷

Der er i projektet udviklet en 12-siders vejledning i identifikationsredskabet, som indeholder en introduktion, en gennemgang af koblingen til den kommunale sagsbehandling og instruks i, hvordan redskabet konkret anvendes.²⁸

4.2.3 Gennemførelse

De ti identifikationsspørgsmål er fra projektets opstart blev stillet til voksne borgere, som blev identificerede som muligt traumatiserede. Det har resulteret i et fælles udgangspunkt for at identificere voksne flygtninge med tegn på traumer.

Desuden har to af kommunerne udfyldt identifikationsspørgsmålene for børn. Det har efterfølgende ført til en fælles beslutning om, i det sidste projektår, at udfylde identifikationsspørgsmålene for børn 13+ i alle fire kommuner.²⁹

Udgangspunktet i projektet var, at det var jobkonsulenter og sagsbehandlere, med hjælp fra integrationsmedarbejdere, som skulle anvende identifikationsredskabet.³⁰ Af interview fremgår det dog, at det i praksis har været forskelligt, hvem der har foretaget identifikationen i deltagerkommunerne, jf. Tabel 6.

²⁶ Identifikationsredskabet udviklet af Deloitte med de ti spørgsmål

²⁷ Oversigt over udviklingsaktiviteter, Deloitte, 25.10.2017

²⁸ Vejledning, The Protect Questionnaire, Udlændinge-, Integrations- og Boligministeriet og Deloitte, juni 2016.

²⁹ Beslutning fra opfølgning på Følgegruppemøde den 19. april 2018. Kommunerne gav tilsagn pr. mail.

³⁰ Overheads fra opstartsseminar, Deloitte og Udlændinge- og Integrationsministeriet, marts 2016. Se bilag A for baggrunden for de ti identifikationsspørgsmål.

Tabel 6: Faggrupper

Faggrupper, der stiller de ti identifikationsspørgsmål og registrerer svarene i database	
Frederikshavn	Primært jobkonsulenter. Undervejs også behandlere og frontpersonale med vejledning fra projektleder.
Greve	Primært beskæftigelsesrådgivere i jobcentret. Undervejs også familierådgivere i Center for Børn og Familier. Behandlere stiller spørgsmålene igen ved første samtale og registrerer svarene.
Gribskov	Spørgsmål bliver stillet af jobkonsulenter og socialrådgivere fra Center for Børn og Unge. Behandlerne stiller spørgsmålene igen ved første samtale og registrerer svarene.
Horsens	Integrationskonsulenter stiller spørgsmålene. Projektleder registrerer derefter svarene ud fra informationer fra integrationskonsulenterne. I nogle tilfælde registrerer projektlederen svarene i samarbejde med integrationskonsulenter på screeningsmøder.

Som det fremgår af Tabel 6, gentager behandlerne i to af deltagerkommunerne de ti traumespørgsmål ved første session. Formålet er at validere svarene eller at indgå i en indledende dialog med borgeren. Nogle behandlere gentager endvidere spørgsmålene undervejs i behandlingsforløbet. Dertil fremgår det, at frontpersonalet i en enkelt kommune deltager i identifikationen.

Af interviewene fremgår det, at det i alle deltagerkommuner er behandlerne, der udfylder identifikationsspørgsmålene ved afslutningen af et forløb.³¹

Det er forskelligt fra fagperson til fagperson, hvordan identifikationsspørgsmålene anvendes. Fra en spørgeskemaundersøgelse om identifikationsspørgsmålene sendt til 46 myndighedspersoner, med 26 besvarelser, fremgår det, at 33 % af respondenterne gennemgår de ti spørgsmål ét efter ét, og at halvdelen stiller et udpluk af spørgsmålene løbende.³²

Interviews bekræfter dette billede. Nogle myndighedspersoner og behandlere foretrækker at anvende skemaerne systematisk og krydse spørgsmålene af sammen med borgeren. F.eks. forklarer en myndighedsperson, at borgerne så ved, hvad de svarer på og hvorfor (Frederikshavn). Andre fletter spørgsmålene ind i samtalen og indtaster svarene bagefter. En myndighedsperson uddyber hvorfor: *"Flowet i samtalen brydes, og de bliver mere nervøse, hvis man noterer i skemaet, mens man har samtalen. Det virker mere naturligt, hvis spørgsmålene kommer som en del af samtalen."* (Gribskov).

Nogle myndighedspersoner besvarer selv spørgsmålene på baggrund af viden, som de har indhentet om borgeren. De mener, at dette sikrer validiteten af svarene, og er bange for, at borgerne ikke ville svare ærligt, hvis de blev spurgt direkte (Horsens).

³¹ Interview med behandlere i de fire deltagerkommuner i perioden marts til oktober 2018.

³² Overheads fra Opsamling på identifikationsredskab og samarbejdsmodellen, Deloitte, 08.10.2018. Se [bilag B](#) for den samlede spørgeskemaundersøgelse.

Det fremgår desuden af interviews, at myndighedspersoner, behandlere og borgere generelt set er tilfredse med identifikationsspørgsmålene. Generelt fortæller borgerne, at spørgsmålene er gode at svare på, herunder at spørgsmålene passer godt på deres oplevelser. Enkelte borgere synes dog, at visse af spørgsmålene kom for tæt på. F.eks. beskriver en enlig far i interview, at han først følte sig utilpas ved spørgsmålene, særligt dem om søvn.³³ Det bevirkede, at han indledningsvist ikke svarede ærligt på spørgsmålene (Greve).

Fra spørgeskemaundersøgelse om identifikationsspørgsmålene, besvaret af 26 myndighedspersoner, fremgår det, at der blandt respondenterne er enighed om, at spørgsmålene er relevante (78 %). Dertil vurderer 61 %, at spørgsmålene dækker traumesymptomerne, og 61 % vurderer, at de er lette at inddrage i samtaler med borgeren/familien.³⁴

Spørgeskemaundersøgelsen, og efterfølgende interviews med behandlere, peger dog også på, at det kan være vanskeligt for myndighedspersoner og behandlere at vurdere spørgsmålene.³⁵ Eksempelvis har behandlere oplevet, at de modtager identifikationsspørgsmålene udfyldt på papir af myndighedspersonerne, hvor der er sat kryds imellem 'ja' og 'nej' (Frederikshavn). Det er så et åbent spørgsmål, hvad der bliver registreret i databasen.

Nogle myndighedspersoner og behandlere efterspørger derfor en graduering af svarkategorierne og påpeger, at det ville gøre det lettere at identificere udviklingen i behandlingen. Flere behandlere fremhæver også, at det er svært at svare på spørgsmål, hvor ordet 'ofte' indgår. De beskriver, at det bliver en subjektiv vurdering, hvad 'ofte' betyder, og at de bruger lang tid med borgeren til at definere, hvad 'ofte' betyder.

Overordnet viser spørgeskemaundersøgelsen og interviews dog, at identifikationsspørgsmålene har givet myndighedspersoner og behandlere samtaleteknikker til at varetage den svære samtale med muligt traumatiserede borgere, herunder til at tale om traumer og til at få ny viden om målgruppen af flygtninge.

4.2.4 Udfordringer ved rekruttering og fastholdelse

Når en borger vurderes at være i risiko for at være traumatiseret, bliver de tilbudt behandling, herunder at indgå i projektet. Der har dog været flere udfordringer, som har gjort rekrutteringen vanskelig. Ifølge projektlederne skyldes dette primært, at der kom få nye flygtninge i integrationsprogrammet i kommunen (Greve), eller at flygtningene var forbeholdne overfor at søge hjælp hos myndigheder.

³³ "Har du ofte problemer med at falde i søvn?" og "Har du ofte mareridt?"

³⁴ Overheads fra møde 08.10.2018, Deloitte, Opsamling på identifikationsredskab og samarbejdsmodellen.

³⁵ Overheads fra møde 08.10.2018, Deloitte, Opsamling på identifikationsredskab og samarbejdsmodellen. Til udsagnet "Det er nemt at vurdere, om spørgsmålene skal besvares med 'ja' eller 'nej' angiver 16,7 % af respondenterne, at de er meget enige, 27,8 % er enige, 38,9 % er hverken enige eller uenige, mens 16,7 % er uenige i udsagnet.

Interviews med myndigheds personer, behandlere og flygtninge, der deltog i behandlingen, viser, at potentielle deltagere har været forbeholdne over for at deltage. Det har der været forskellige årsager til. Herunder at de ikke tidligere har haft erfaring med at søge og få hjælp af myndigheder i deres fødeland, at de har hørt, at der kan være risiko for, at myndighederne tvangsfjerner deres børn, f.eks. hvis de bliver kategoriseret som psykisk syge, eller, at de var bange for, at det, de sagde i behandlingen, ville blive kendt i deres netværk.

En enlig far forklarer for eksempel: *"Først var jeg bange, fordi jeg ved ikke noget om familiebehandling, og mange mennesker har advaret mig: Du skal være forsigtig. De gør det for at tage dine børn – de stjæler dem. Så første gang jeg traf dem [sagsbehandleren], var jeg bange og forsigtig, men så introducerede de os til, hvad det var for noget. Sagsbehandleren sagde: "Det er vigtigt, at du skal til familiesamtale." Jeg spurgte: "Hvorfor?" "Du er alene far og kommer til Danmark. Det er vigtigt, at du forstår danske normer og forstår at integrere dig. Du kommer fra et land med krig og kommer til et land med en hel anden kultur og andre normer" (Greve). Situationen beskriver både, hvordan faderen ikke har erfaring med at blive tilbudt hjælp fra myndighederne, og hvad det indebærer, og frygten for at få tvangsfjernet sine børn.³⁶*

Sidstnævnte beskriver en mor således: *"I starten var jeg bange for, at det jeg sagde i behandlingen spredte sig ud mellem mennesker. Men første gang jeg mødte tolken og behandleren, følte jeg mig tryk, og de lovede, at det aldrig kom ud" (Frederikshavn). På den anden side forklarer myndigheds personer, hvordan deres oplevelse er, at borgerne bliver glade og taknemmelige, når de har forstået, hvad behandlingen går ud på, og at man gerne vil hjælpe dem (Gribskov, Horsens).*

Desuden fremgår det af interviews med myndigheds personer, integrationsmedarbejdere, behandlere mfl., at der har der været udfordringer med fastholdelse i behandlingen. Det skyldes bl.a., at nogle flygtninge har haft forventninger om, at de kunne få hjælp til at finde en ny bolig eller forbedre deres økonomi. Når behandlingen blev påbegyndt, og borgerne blev klar over, hvad projektet gik ud på, faldt nogle fra (Greve, Gribskov, Horsens).

Frafald kan også skyldes, at borgeren har fået det bedre på grund af den tidlige indsats fra frontpersonalet. En projektleder fortæller, at de havde dreng i indskoling, hvor de pga. små udviklingskridt havde en række samtaler i almenregi mellem forældre og socialrådgiver og PPR. Forældrene blev først identificeret som potentielt traumatiserede og blev henvist til behandling. Ved første behandlingssession svarede de dog 'nej' til samtlige spørgsmål i identifikationsredskabet, altså at de ofte ikke har svært ved at falde i søvn osv. De forklarede de overraskende nye svar ved, at samtalerne med socialrådgiver, PPR og skole-

³⁶ Flygtninge og indvandreres frygt for at samarbejde med myndigheder fremgår endvidere af interviews til 'Førstilling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge', for SIRI, COWI 5.7.2016; 'Midtvejsevaluering af Helhedsorienteret indsats til udsatte etniske minoritetsforældre. Gennem afprøvning af metoden DUÅ-småbørn og førskoleprogrammet', for Udlændinge- og Integrationsministeriet, SIRI, COWI, 6 september 2018

samarbejdet havde hjulpet dem, og at de nu havde fået den viden og redskaber de havde brug for til at kunne tage vare på sig selv. Behandlingen blev dermed ikke sat i værk (Gribskov).

Efteruddannelse i og erfaring med opsporing og identifikation af borgere har i forløbet medført, at myndigheder, integrationsmedarbejdere og behandlere er blevet bedre til at forklare flygtningefamilier og borgere, at de kan få stor gavn af at indgå i et behandlingsforløb. I en del tilfælde har de haft succes med at tage en samtale med borgere om, hvad behandlingen indebærer, og hvordan et behandlingsforløb kan hjælpe forældre med at skabe trykke rammer for dem selv, herunder håndtere deres traumer, og hvordan forældre kan få redskaber til at hjælpe deres børn til at få en bedre trivsel og deltage i skole- og fritidsaktiviteter mv.

4.3 Organisation og samarbejde

Følgende leverancer havde til formål at sikre en fælles kommunal indsats: i) udvikling af en samarbejdsmodel, herunder en vejledning, ii) kompetenceudvikling af myndighedspersoner og iii) gennemførelse af samarbejdsmodellen.

4.3.1 Organisation

Tabel 7 giver et overblik over organisationen af projektet, og hvor henholdsvis myndighedspersoner og behandlere er forankret i de enkelte kommuner. Som tabellen viser, er indsatserne forholdsvis ens forankrede i overensstemmelse med den overordnede indsatsplan i projektet, dvs. i beskæftigelse og børn/familie.

Tabel 7: Kommunal forankring af myndighedspersoner og behandlere

Kommune	Myndighedspersoner	Behandlere
Frederikshavn	Center for Arbejdsmarked, herunder Integration	Primært Center for Arbejdsmarked i Integrationsafdelingen og en behandler fra Center for Familie i Familiehuset
Greve	Beskæftigelsesrådgivere fra Center for Job- og Socialservice og Familierådgivere fra Center for Børn og Familier	Greve Familiecenter
Gribskov	Beskæftigelsesrådgivere fra Jobcenterets integrationsteam og rådgivere fra Børn og Familie samt rådgivere fra Social og Sundhed	PPR og Behandling i Center for Børn og Unge
Horsens	Integrationsafdeling i jobcenter og integrationsteam i familieafdelingen	Familieafdelingens ungecenter og familiebehandling

4.3.2 Samarbejdsmodel

Introduktionen af en ny samarbejdsmodel havde til formål at sikre i) en koordineret og sammenhængende indsats, ii) en tydelig rolle- og ansvarsfordeling blandt involverede aktører og iii) en fælles ledelsesstruktur. Den udviklede model består af fem elementer:

- 1 Ledelsesforankring: Sikring af opbakning fra den overordnede ledelse og daglig ledelse af projektet.
- 2 Tværfagligt team: Organisatorisk integration af indsatsen i form af koordinerende møder med aktører fra relevante forvaltninger.
- 3 Fælles udredning og mål: Sikring af en fælles tilgang i form af fælles problemforståelse, værktøjer og mål for indsatsen.
- 4 Indsatser: Det tværfaglige team tager stilling til kommunens samlede tilbudsvifte og de i projektet udviklede metoder for at identificere den indsats, der passer bedst til den enkelte flygtningefamilie.
- 5 Opfølgning: Løbende opfølgning for at justere og vedligeholde samarbejdet og den koordinerede indsats via det implementeringsbarometer, som Deloitte har udviklet.³⁷

³⁷ Samarbejdsmodel - Udviklingsprojekt for traumatiserede flygtninge, Vejledning, Deloitte, september 2016.

4.3.3 Kompetenceudvikling ift. samarbejdsmodellen

Kompetenceudviklingen havde som formål *"at deltagerne kan forstå og anvende samarbejdsmodellen i praksis, indgå i et tværfagligt team samt udrede flygtningefamilier, udarbejde fælles mål og handleplaner og følge op på både indsats og model."*³⁸

I alt deltog der 26, primært myndighedspersoner, fra Frederikshavn, Greve og Horsens kommuner i et endags kompetenceudviklingsseminar i samarbejdsmodellen i juni 2016.³⁹ De deltagende behandlere var ikke målgruppen for dette kursus.

Der er i projektet udviklet en omfattende vejledning i samarbejdsmodellen og en pixiudgave af vejledningen.

4.3.4 Gennemførelse

Frederikshavn, Greve og Horsens kommuner har i høj grad implementeret den nye samarbejdsmodel. Gribskov havde allerede en samarbejdsmodel og valgte derfor ikke at deltage i denne del af projektet. Da mange af de elementer, som indgår i den nye model, også indgår i Gribskops samarbejdsmodel, har vi alligevel valgt at medtage Gribskov i gennemgangen.

Alle fire kommuner har sikret en *ledelsesforankring* af projektet, herunder at det har en effektiv og tilgængelig daglig ledelse. Det er gjort ved, at kommunerne har nedsat en styregruppe med fast mødekadence og har udpeget en tovholder for det tværfaglige team med fastlagt rolle og mandat.

Der er nedsat et *tværfagligt team* med aktører fra de relevante forvaltninger. Roller, ansvar og ressourcer er fastlagt for det tværfaglige team, der er en fast proces for ad hoc-inddragelse af relevante kompetencer, en fast mødekadence, og beslutningskompetencen for teamene er fastlagt. Tabel 8 viser en oversigt over, hvordan de tværfaglige møder er organiseret i praksis.

³⁸ Deloitte Oversigt over udviklingsaktiviteter 25.10.2017.

³⁹ Tal fra Deloitte 23.10.2018.

Tabel 8: Organisation af tværfaglige møder

Kommune	Tværfaglige mødeformer
Frederikshavn	Tværfagligt team, bestående af repræsentanter fra Center for Arbejdsmarked, Center for Familie, Center for Social- og sundhedsmyndighed og Center for Handicap og Psykiatri, mødes fast hver 14. dag om visitation. Hver fjerde uge er der afsat en hel dag, hvor de enkelte borgere/familier gennemgås med inddragelse af relevante aktører. Borgeren/familien er ikke til stede ved mødet.
Greve	Tværfagligt team mødes fast hver mandag. Teamet består af myndighedspersoner fra Job- og Socialservice og Familierådgivningen, leder af Greve Familiecenter samt projektleder fra PPR. Relevante behandlere deltager ad hoc. Der afholdes to netværksmøder med borgeren/familien, behandler, myndighedspersoner og eventuelt andre relevante aktører i begyndelsen og midtvejs eller i slutningen af forløbet.
Gribskov	Tværfagligt myndighedsteam, bestående af socialrådgivere og ledelse fra Børn og Unge, Jobcenter samt Social og Sundhed, mødes en gang om måneden. Relevante aktører indkaldes ind ad hoc.
Horsens	Når en borger er henvist, indkalder projektleder til møde med relevante aktører, hvor de ti traumespørgsmål gennemgås og registreres. Omkring session 6 afholdes en behandlingskonference med en integrationskonsulent, behandler, projektleder og en FIT-konsulent. Ved session 8 afholdes der et netværksmøde med relevante aktører uden borger. Afslutningsvist afholdes der et møde hos familien med myndighed og behandler.

I vejledningen til samarbejdsmodellen anbefales det, at kommunerne anvender ICS (Integrated Children's System) og VUM (Voksenudredningsmetoden) til at udarbejde en *fælles udredning og mål* for behandlingen.⁴⁰ Deltagerkommunerne har herefter fastlagt en proces for involvering af familier/borgere, netværk og netværksmøder, men anvender ikke alle ICS eller VUM.

Greve og Horsens anvendte allerede ICS systematisk som henholdsvis journal-system eller ved § 50 (børnefaglige sager) og § 140 (som mål i handleplaner) ifølge serviceloven før dette projekts opstart.⁴¹ De to øvrige kommuner har ikke anvendt ICS.

Greve Socialcenter anvendte ligeledes VUM systematisk før projektets opstart,⁴² mens de tre andre deltagerkommuner i interviewene har forklaret, at de finder VUM for omfattende. Greve har her tilrettet et VUM-skema, som anvendes i en mere enkel version i projektet.

⁴⁰ Samarbejdsmodel – Udviklingsprojekt for traumatiserede flygtninge, Deloitte, september 2016

⁴¹ Førmåling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, SIRI, COWI, 5.7.2016

⁴² Ibid.

Frederikshavn har i stedet anvendt identifikationsredskabet som fælles udredning og samler desuden familiernes fælles mål i en overordnet familieplan.

Tre kommuner har desuden anvendt De Tre Huse fra Model Hel Familie/Signs of Safety (Greve, Gribskov og Horsens). Greve og Horsens bruger desuden De Tre Huse til at notere, hvad der fremover skal ske/kan planlægges for de deltagende borgere.

For at lave målrettede, relevante og koordinerede *indsatser* skabes der i kommunerne et samlet overblik over de indsatser, som familier og borgere modtager. Tilrettelæggelsen af indsatserne sker i samarbejde med borgerne, hvor behandlingsmetoderne, I-NET og Model Hel Familie, er integreret i indsatsviften. Under interviewet fortalte projektlederen fra Horsens Kommune, at de anvender FIT-data som opfølgning på behandlingsmetoderne. I Frederikshavn oplyste projektlederen, at behandlerne udarbejder statusnotater, der samler borgers/familiens formål, håb og drømme, og dernæst udarbejder en afsluttende status for scores i FIT.

Som led i den løbende *opfølgning* har kommunerne præsenteret projektets resultater for deres interne styregrupper. Derudover følges der i kommunerne op på mål, behov og indsatser efter en fast kadence. Ifølge projektlederen i Horsens aggregerer kommunen desuden FIT-data og inddrager det på styregruppemøder.

Interviews og observationer viser desuden, at samarbejdsmodellerne har skabt vidensdeling og samarbejde på tværs af faggrupper til gavn for borgerne i deltagerkommunerne. Ved et observeret netværksmøde med deltagelse af en familie, behandler, pædagoger og myndigheds personer fortalte to pædagoger fra barnets institution, at de vurderede, at barnet kunne overgå fra specialtilbud til børnehave. Ud over at dette kunne give barnet flere (sunde) udfordringer i dagligdagen, ville dette også give barnet ret til flere timer i institution. En sidegevinst heraf var, at forældrene derved ville få mulighed for at aflevere barnet tidligere og hente senere, så de f.eks. kunne passe en praktikplads. Myndigheds personen for moren havde ikke været klar over, at forældrene havde været begrænsede af barnets pasningstider. Det havde været et konflikt punkt mellem moren og myndighed i forhold til, om hun kunne passe praktik og uddannelse (Greve).

11 behandlere fra Frederikshavn, Greve og Horsens har i spørgeskemaundersøgelse svaret på, hvor enige de var i tre udsagn om den samarbejdsmodel, der blev introduceret i projektet. 82 % svarede, at de er 'meget enige' (64 %) eller 'enige' (16 %) i, at samarbejdsmodellen har styrket deres arbejde med rådgivning og behandling af flygtninge. Desuden svarer samtlige, at de er 'meget enige' eller 'enige' i, at de som behandlere bliver inddraget tilstrækkeligt i samarbejdet med myndigheder, integrationsmedarbejdere mfl., når borgere identificere-

res som traumatiserede, og at de bliver inddraget på relevante tidspunkter i behandlingen.⁴³ Se Bilag B for uddybning.

Af interviews med behandlere mfl. fremgår det desuden, at det er vigtigt for samarbejdet, at myndighedspersoner i beskæftigelsesindsatsen har ledelsesopbakning til, at traumebehandlingen bliver prioriteret. Det kan f.eks. ske ved at borgere bliver fritaget fra at komme i jobtilbud under behandlingsforløbet, hvis de ikke magter at deltage i begge aktiviteter samtidigt.

⁴³ Behandlerne fra Gribskov deltog ikke i spørgeskemaundersøgelsen for så vidt angår den samarbejdsmodel, som blev introduceret i projektet.

5 Behandlingsmetoder

En af projektets målsætninger var, at *"kommunernes opkvalificerede behandlingstilbud medvirker til reduktion af følgevirkningerne af traumer for den enkelte og familien som helhed."*⁴⁴

Følgende leverancer har haft til formål at nå de ønskede resultater: i) udvikling af metode til behandling af traumatiserede flygtninge; ii) udvikling af manual eller metodehåndbog; iii) kompetenceudvikling for behandlere; iv) gennemførelse.

I de følgende afsnit gennemgås leverancerne for de to behandlingsmetoder, I-NET og Model Hel Familie, samt ser på, hvad der overordnet kendetegner introduktionen af nye behandlingsmetoder i deltagerkommunerne.

5.1 I-NET

Metoden *I-NET* bygger på metoden Narrativ Eksponeringsterapi (NET) og er videreudviklet af Integrationsnet. I-NET er en variant af en eksponeringsbehandling for traumehændelser, som kombinerer viden fra nyere forskning om traumereaktioner med elementer inden for traumebehandling, hvor der er dokumentation for, at de virker efter hensigten. I-NET kombinerer elementer fra kognitiv adfærdsterapi med imaginær eksponering og vidnesbyrd.⁴⁵ I-NET implementeres af Frederikshavn og Horsens kommuner.

8 ud af 11 behandlere (73 %), der har arbejdet med I-NET, har svaret på COWIs spørgeskemaundersøgelse om deres oplevelse af projektet. Deres svar inddrages i dette afsnit.

⁴⁴ Miniudbud: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, Socialstyrelsen, Styrelsen for International Rekruttering og Integration, november 2014, side 12.

⁴⁵ Integrationsnet: Metodehåndbog, I-NET, 2017.

5.1.1 Metodehåndbog

Metodehåndbogen og kompetenceudviklingsforløbet er blevet udviklet af Integrationsnet i løbet af projektperioden og er løbende blevet testet i samarbejde med Frederikshavn og Horsens kommuner.

Metodehåndbogen i I-NET består af 12 kapitler samt en pixibog, der introducerer behandlingsforløbet. Metodehåndbogen er opdelt i to dele, hvor den første del introducerer læseren til det teoretiske fundament for metoden, og den anden del omhandler I-NET i praksis.

88 % af behandlerne i I-NET svarer i spørgeskemaundersøgelse, at de er 'meget enige' (63 %) eller 'enige' i (25 %), at metodehåndbogen er let at anvende. 13 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

38 % af behandlerne i I-NET svarer, at de 'i meget høj grad' (13 %) eller i høj grad (25 %) har bidraget til at udvikle metodehåndbogen, imens 50 % svarer 'i nogen grad', og 13 % svarer 'i mindre grad'.

Nogle af de interviewede behandlere fortæller, at de ikke har brugt håndbogen, da den er blevet udviklet i løbet af projektet, mens andre mener, at håndbogen i den færdige udgave fungerer godt som opslagsværk, når de har brug for at få genopfrisket deres viden.

5.1.2 Kompetenceudvikling i I-NET

Første halvdel af kompetenceudviklingsforløbet handlede bl.a. om *Kulturforståelse og interkulturel kommunikation, Brug af tolk i I-NET-forløb, Viden om traumer og kognitiv terapi og Narrative samtaler om traumer i I-NET*.

Anden halvdel af forløbet blev tilrettelagt i samarbejde med Frederikshavn og Horsens kommuner. Denne del handlede bl.a. om *Sekundær traumatisering og behandleres brug af sig selv i behandlingen, Arbejde med flygtningebørn og børn af flygtninge i praksis, I-NET i store familier og Neurosekventiel model for forståelse af hjernens udvikling*.

I spørgeskemaundersøgelsen svarede samtlige behandlere i I-NET, at de vurderer, at kvaliteten af kompetenceudviklingsforløbet var meget god (38 %) eller god (63 %). De interviewede behandlere vurderede tillige, at Integrationsnets undervisning var rigtig fleksibel og nem at implementere i praksis.

Fem behandlere fra Frederikshavn og seks behandlere fra Horsens har gennemført kompetenceudviklingsforløbet. Forløbet bestod af 16 undervisningsdage, 10 metodesupervisionsdage og fem gange seks timers sagssupervision som erstatning for et ellers planlagt praktikforløb. Der blev ikke gennemført et praktikfor-

løb, da der i projektperioden ikke var familiebehandlingsopgaver hos Integrationsnet, der tillod deltagelse af praktikanter.⁴⁶

Det fremgik af interviewene, at supervision var en god erstatning for praktikforløb. Integrationsnet har optaget undervisningen, som senere tilkomne behandlere har anvendt til læring om I-NET.

5.1.3 Gennemførelse

Et I-NET-behandlingsforløb består af en informationssamtale og yderligere seks samtaler. For hver af de seks samtaler er der bestemte metoder og emner. Den tredje samtale, som handler om kontrolleret eksponering af traumat, kan gentages over flere sessioner, hvis behandleren finder det nødvendigt.⁴⁷ Behandlerne fortæller, at de i starten af forløbet var tro mod rækkefølgen og metoderne, men at de følte et behov for at være mere fleksible afhængig af den enkelte borgers behov. De blev derefter af I-NET opfordret til at følge deres egen faglighed og fik at vide, at det vigtigste var "*at være meningsfuld over for borgeren.*" (Horsens).

Som en del af metoden kobles to behandlere til hvert behandlingsforløb. Den ene er primærbehandler og dermed den, som faciliterer behandlingssessionerne, den anden er bevidner. Bevidneren har ansvar for at nedfælde borgers/familiens historie og udvikling på skrift. Ved afslutningen af et behandlingsforløb får borgeren/familien deres 'livshistorie' udleveret i et hæfte.

Overordnet vurderer 88 % af behandlerne i I-NET, at I-NET fungerer meget godt (50 %) eller godt (38 %) for traumatiserede flygtninge. 13 % svarer 'hverken godt eller dårligt'.

Behandlerne, der har arbejdet med I-NET, har svaret på, om de vurderer, at en række redskaber og metoder er meningsfulde for flygtningefamilier⁴⁸ bestående af forældre, stedforældre eller andre voksne med hjemmeboende børn under eller over 17 år:

Personlige historier og samtaler:

- > 88 % svarer, at *Bevidning og vidnesbyrd* 'i meget høj grad' (75 %) eller 'i høj grad' (13 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i nogen grad'.
- > 88 % svarer, at *Livslinjen* 'i meget høj grad' (50 %) eller 'i høj grad' (38 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i nogen grad'.

⁴⁶ Integrationsnet: Metodehåndbog, I-NET, 2018

⁴⁷ Integrationsnet: Metodehåndbog, I-NET, 2018

⁴⁸ Da de fleste behandlere, der besvarede spørgeskemaet, ikke havde arbejdet med målgrupperne i) Børn og unge fra familier, hvor de voksne flygtninge ikke ønskede at deltage i behandlingen; ii) Voksne enlige flygtninge uden hjemmeboende børn/uden børn; iii) Uledsagede flygtningebørn og unge, gennemgås de ikke i rapporten. Se Bilag B for svar vedrørende disse målgrupper.

- > 88 % svarer, at *Psykoedukation* 'i meget høj grad' (63 %) eller 'i høj grad' (25 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i nogen grad'.
- > 50 % svarer, at *Livets træ* 'i meget høj grad' (13 %) eller 'i høj grad' (38 %) er meningsfuld. 38 % svarer 'i nogen grad' og 13 % svarer 'ved ikke'.

Leg, øvelse, musik:

- > 50 % svarer, at *Lege* 'i meget høj grad' (25 %) eller 'i høj grad' (25 %) er meningsfulde. 38 % svarer 'i nogen grad', og 13 % svarer 'har ikke brugt'.
- > 63 % svarer, at *Kropsøvelser/Arousalregulerende øvelser* 'i meget høj grad' (38 %) eller 'i høj grad' (25 %) er meningsfuld. 25 % svarer 'i nogen grad', og 13 % svarer 'har ikke brugt'.
- > 50 % svarer, at *Musikterapi* 'i meget høj grad' (13 %) eller 'i høj grad' (38 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i mindre grad', 25 % svarer 'har ikke brugt' og 13 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

Adspurgte, om behandlerne har anvendt andre behandlingsmetoder end I-NET, svarer 50 %, at de har anvendt andre behandlingsmetoder i behandlingen, og 50 % svarer 'nej'. For en uddybning, se Bilag B.

Under interviewene fremhævede behandlerne, at de er glade for det konkrete i at bruge Livslinjen, hvor borgerne med fysiske sten og blomster skal placere deres traumer og gode minder på gulvet efter en kronologisk tidslinje vist med et reb.

Interviews med borgere understøtter dette, idet mange var glade for Livslinjen og syntes, at det var en nem og konkret måde at tale om både det positive og det negative i deres fortid.

5.2 Model Hel Familie

Model Hel Familie er udviklet af Oasis og er et tværfagligt behandlingsforløb, der rummer en psykoterapeutisk, kropslig og socialfaglig tilgang. Model Hel Familie er en familierapeutisk indsats, der ikke skal ses som en egentlig traumebehandling, men snarere som et forløb, der ved hjælp af fokus på de menneskelige ressourcer lægger vægt på, hvordan en person kan mestre traumesymptomer. Således er formålet at give familierne indsigt i og forståelse for egen situation, og hvordan traumer influerer deres familieliv.⁴⁹ Model Hel Familie implementeres af Greve og Gribskov kommuner.

11 ud af 13 behandlere (85 %), der har arbejdet med Model Hel Familie, har svaret på en spørgeskemaundersøgelse om deres oplevelse af projektet. Deres svar inddrages i dette afsnit.

⁴⁹ Oasis: Faghåndbog, Model Hel Familie, 2017

5.2.1 Familiemanual og faghåndbog

Familiemanualen, faghåndbogen og kompetenceudviklingsforløbet er blevet udviklet af Oasis og er løbende blevet testet i samarbejde med Greve og Gribskov kommuner.

Familiemanualen er opdelt i ti temaer for behandlingen med dertilhørende beskrivelser af behandlingssessioner. Faghåndbogen er opdelt i syv kapitler, der gennemgår det teoretiske og praktiske fundament for Model Hel Familie. Et øvelseskatalog med øvelser og lege udgør et bilag til familiemanualen, der kan bruges som led i behandlingen.

91 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' (36 %) eller 'enige' (55 %) i, at manualen er let at anvende. 9 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

36 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de 'i meget høj grad' (18 %) eller 'i høj grad' (18 %) har bidraget til at udvikle manualen, imens 27 % svarer 'i nogen grad', og 36 % svarer 'i mindre grad'.

Behandlere fortæller i gruppeinterviews, at de finder manualen fleksibel, og at den fungerer godt som en værktøjskasse, de kan anvende efter behov. Enkelte behandlere efterspørger, at manualen får større fokus på det at lytte til borgerne/familierne, som de i deres praktik har set, at Oasis gør meget ud af i deres behandling.

5.2.2 Kompetenceudvikling i Model Hel Familie

Kompetenceudviklingsforløbet i Model Hel Familie indeholdt følgende ni elementer: 1) *PTSD og traumer*, 2) *Interkulturel kommunikation*, 3) *Psykomotorisk metode*, 4) *Systemisk-narrativ metode med udgangspunkt i Livets træ*, 5) *Værdier og STROF (struktur, tid, ritualer, organiseret aktivitet og forældresamarbejde)*, 6) *Mentaliseringsbaseret metode*, 7) *Løsningsfokuseret metode*, 8) *Fokus på den fagprofessionelle* og 9) *Opsamling og perspektivering*.⁵⁰

Fire behandlere fra Greve Kommune og ni behandlere fra Gribskov Kommune har gennemført kompetenceudviklingsforløbet hos Oasis. Forløbet bestod af 16 undervisningsdage, 10 supervisionsdage og en uge med praktik hos Oasis for fem praktikanter pr. kommune.⁵¹

I spørgeskemaundersøgelsen svarer samtlige behandlere i Model Hel Familie, at de vurderer, at kvaliteten af kompetenceudviklingsforløbet var 'meget god' (82 %) eller 'god' (18 %).

De interviewede behandlere var meget tilfredse med undervisningen og fik et stort udbytte af at være i praktik hos Oasis. De påpegede bl.a., at Oasis var lyd-

⁵⁰ Oasis: Familiemanual, Model Hel Familie, 2018

⁵¹ Drejebog for kompetenceforløb Model Hel Familie, 2016

høre i forhold til deres praktiske udfordringer i dagligdagen med brug af metoden. F.eks. udtaler en behandler: "*Oasis sagde, at vi må godt må gentage en session flere gange, hvis der er brug for det. Det var en stor lettelse for mig, fordi det er det, vi ser, er nødvendigt.*" (Greve).

5.2.3 Gennemførelse

Flere af de interviewede behandlere mente, at forløbet, der først var opbygget i sessioner, til tider havde været for stringent, og at det er en styrke, at forløbet nu er bygget op i temaer frem for sessioner. Det har gjort det lettere at tilpasse gennemførelsen til den enkelte borger. Model Hel Familie består derfor nu af et tematisk forløb, der følger de ti temaer, beskrevet i manualen, samt en opfølgende samtale tre måneder efter endt forløb.

Behandlerne fik at vide af Oasis, at de gerne må være fleksible i deres brug af metoden, hvilket blev taget positivt imod. Det er derfor op til behandlerne at udvælge, hvilke temadele der skal lægges vægt på og eventuelt bruges flere sessioner på.

Overordnet vurderer 73 % af behandlerne i Model Hel Familie, at Model Hel Familie fungerer 'meget godt' (18 %) eller 'godt' (55 %) for traumatiserede flygtninge. 18 % svarer 'hverken godt eller dårligt', og 9 % svarer 'ved ikke'.

Behandlerne, der har arbejdet med Model Hel Familie, har svaret på, om de vurderer, at en række redskaber og metoder er meningsfulde for flygtningefamilier⁵² bestående af forældre, stedforældre eller andre voksne med hjemmeboende børn under eller over 17 år:

Personlige historier og samtaler:

- > 64 % svarer, at *De tre huse* 'i meget høj grad' (55 %) eller 'i høj grad' (9 %) er meningsfuld. 27 % svarer 'i nogen grad', og 9 % svarer 'har ikke brugt'.
- > 64 % svarer, at *Psykoedukation* 'i meget høj grad' (9 %) eller 'i høj grad' (55 %) er meningsfuld. 27 % svarer 'i nogen grad', og 9 % 'i mindre grad'.
- > 64 % svarer, at *Livets træ* 'i meget høj grad' (27 %) eller 'i høj grad' (36 %) er meningsfuld. 36 % svarer 'i nogen grad'.
- > 36 % svarer, at *Ugeskema* 'i nogen grad' er meningsfuld. 18 % svarer 'i mindre grad', og 45 % svarer 'har ikke brugt'.

⁵² Da de fleste behandlere, der besvarede spørgeskemaet, ikke havde arbejdet med målgrupperne i) børn og unge fra familier, hvor de voksne flygtninge ikke ønskede at deltage i behandlingen; ii) voksne enlige flygtninge uden hjemmeboende børn/uden børn; iii) uledsagede flygtningebørn og unge, gennemgås de ikke i rapporten. Se Bilag B for svar vedrørende disse målgrupper.

Leg, øvelse, musik:

- > 82 % svarer, at *Lege* 'i meget høj grad' (27 %) eller 'i høj grad' (55 %) er meningsfuld. 9 % svarer 'i nogen grad', og 9 % svarer 'i mindre grad'.
- > 36 % svarer, at *Kropsøvelser/Arousalregulerende øvelser* 'i meget høj grad' (9 %) eller 'i høj grad' (27 %) er meningsfuld. 36 % svarer 'i nogen grad', 27 % svarer 'i mindre grad'.
- > 18 % svarer, at *Musikterapi* 'i nogen grad' er meningsfuld. 64 % svarer 'har ikke brugt', og 18 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

Adspurgt, om behandlerne har anvendt andre behandlingsmetoder end Model Hel Familie, svarer 64 %, at de har 'anvendt andre behandlingsmetoder i behandlingen', og 36 % svarer 'nej'.

Behandlerne fremhæver i interviews, at De Tre Huse giver en rød tråd i behandlingsforløbet, som de finder givende for behandlingen. De oplever desuden, at der er en god sammenhæng mellem FIT og De Tre Huse og fortæller, at De Tre Huse er et godt udgangspunkt for en konstruktiv kommunikation med øvrige samarbejdspartnere, som f.eks. frontmedarbejdere på netværksmøder.

Flere interviews med behandlere, en familie og unge støtter svarerne i spørgeskemaundersøgelsen, om at de ser lege som nyttige i behandlingen. "*Der var nogle gode lege til børn, så kunne man lege med dem i tre timer. Det begynder med at lege med børnene, og lave familietræer, hvor man fortæller om familiens historie, og hvad de ønsker for fremtiden. Vi følte, at børnene faldt til ro efter legene.*" (Gribskov). Interview med en ungegruppe peger også på, at leg i høj grad blev brugt som et redskab i behandlingen. Tre unge siger: "*Vi legede mest fangeleg og rød-grøn-lys-stop.*" (Gribskov).

Interviews med forældre peger desuden på, at de er glade for at have lært om, hvordan man gør i Danmark. F.eks. siger enlig far, at "*De [behandlerne] har hjulpet mig med at forstå, hvad det er at komme til Danmark. Landet og kulturen. Men specielt, hvordan jeg forholder mig til mine børn. Hvordan formidler jeg min kærlighed og omsorg til mine børn. De har givet mig værktøjer.*" (Greve). Videre forklarer faderen, at behandlerne har hjulpet ham til at forstå, hvordan man får en konstruktiv dialog med skolen, når skolen henvender sig til forældrene om spørgsmål om børnenes trivsel i skolen.

5.3 Fællespunkter for de to metoder

Som det fremgår af de to ovenstående afsnit, er der mange metodiske ligheder mellem de to behandlingsmetoder, ligesom der er ligheder i gennemførelsen, på trods af at metoderne har forskellige måder at forholde sig til traumer på.

Psykoedukation er det redskab, flest behandlere (74 %) på tværs af behandlingsmetoder finder meningsfuld i behandlingen af traumatiserede flygtninge. En behandler fortæller i et interview, hvorfor psykoedukation er godt: "*Psykoeduk-*

ation giver flygtninge viden om, hvad traumer kan gøre ved dem psykisk og socialt, så de bedre kan håndtere traumerne, når det dukker op i hverdagen. (...) Psykoedukation kan være med til at åbne op for, at problemerne kan løses sammen, eksempelvis mellem forældre." (Gribskov).

Ifølge en anden behandler ser frontpersonalet psykoedukation som meningsfuldt: *"Vi fik en henvendelse fra en skole, der gerne ville have, at vi kom og lavede et oplæg om psykoedukation. Det rygtedes ligesom, at vi har nogle ting, vi kan bidrage med." (Horsens).*

Andre eksempler på metoder, der anvendes både af I-NET og Model Hel Familie, er Livets Træ, lege, krops- og følelses- mv. regulerende øvelser og musikterapi.

Ligeledes er der flere metodiske udfordringer, som går igen på tværs af kommuner og behandlingsmetoder. Overordnet omhandler disse udfordringer *fleksibiliteten* i behandlingsmetoderne og projektet.

Behandlerne efterspørger en mulighed for, at de kan rette sig ind efter behovene hos den enkelte borger/familie, hvad angår indholdet af behandlingssessionerne, varigheden af den enkelte session samt antallet af sessioner.

De fortæller i interviews og i kommentarfunktionen i spørgeskemaundersøgelsen, at de oplever, at det kan være svært at få tid til alle de elementer, der skal nås på en enkelt session. Samtidig skyldes dette problem, at de vurderer, at borgerne/familierne ikke altid kan holde til sessioner af to timers varighed, fordi det er for hårdt psykisk.

En behandler sammenfatter dette i et interview: *"Der hvor jeg har været mest udfordret har været, at vi skulle nå alle de her ting. Der skulle være tid til FIT, Livslinje, Psykoedukation, musik, vi skal FIT'e, når vi afslutter, og vi har en tolk ind over. Jeg har især i starten mærket et tidspres. Vi har en til to timer, men nogle gange kan man mærke efter tre kvarter, at en borger ikke kan holde til mere. Det kan jo også være et overgreb at presse borgeren. Hvis stemningen er, at vi ikke når at evaluere den dag, så må det være sådan, så nåede vi ikke at FIT'e den session. I stedet i højere grad sådan mærke, hvad der passer til borgeren i den konkrete situation." (Horsens).*

Flere behandlere fortæller, at det er forskelligt, hvor mange behandlingssessioner, hver borger/familie har brug for. De ønsker derfor, at det er fleksibelt, og at der ikke er fastsat en ramme for antallet af sessioner. En behandler fortæller: *"Vi behandler færdigt for, at de kan blive 100 % behandlet, så de kan komme videre i for eksempel beskæftigelse. Vi vil hellere bruge seks gange mere, hvis det er det, der skal til, for så kan borgeren måske komme i praktik. Vi vil hellere gøre det, vi kan for borgeren." (Frederikshavn).*

6 Dialog- og evalueringsredskab FIT

Et af evalueringens formål er at afdække, om modelprojektet når de forventede resultater, herunder at *"Der foretages kontinuerlig dokumentation af den kommunalt forankrede behandlingsmodel med fokus på progression. FIT skal derfor løbende generere dokumentation i forhold til effekten af den ydede indsats"*.⁵³

I projektet har følgende leverancer skullet sikre den kontinuerlige dokumentation af behandlingsmetodernes effekt: i) kompetenceudvikling i FIT for behandlere og projektledere, ii) gennemførelse.

6.1 Feedback Informed Treatment

Feedback Informed Treatment (FIT) er et evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab. Det anvendes af behandleren og borgeren som instrument til at vurdere effekten af behandlingsindsatser gennem fokus på borgerens oplevelse af udviklingen i personlig trivsel samt borgerens relation til behandleren.

Metoden er valideret, og der er bred international forskning, som bakker op om FIT som dialogværktøj og målemetode. Samtidig er der næsten ingen tilgængelig dokumentation eller forskning om FIT i relation til målgruppen af traumatiserede flygtninge. Her kender vi kun til én artikel, som dokumenterer relationen mellem ORS og SRS vedrørende behandling af i alt 19 flygtninge og asylansøgere sammenlignet med behandling af 54 veteraner og efterkrigspatienter. Der er derfor brug for yderligere dokumentation og validering af, hvordan FIT kan anvendes i forhold til nærværende målgruppe.

FIT består af fire spørgsmål, der skal stilles ved starten af hver behandlingssession, hvor behandleren spørger ind til borgerens trivsel siden sidst (ORS).⁵⁴ Der til kommer fire spørgsmål, hvor behandleren ved afslutningen af en behandlingssession skal spørge ind til borgerens relation til behandleren (SRS).⁵⁵ For

⁵³ Miniudbud: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, Socialstyrelsen, Styrelsen for International Rekruttering og Integration, november 2014, side 12.

⁵⁴ De fire spørgsmål om borgerens trivsel er på parametrene i) Individuelt; ii) Nære relationer; iii) Socialt; og iv) Generelt.

⁵⁵ De fire spørgsmål om borgerens relation til behandleren er på parametrene i) relation til behandleren; ii) mål og emner; iii) tilgang eller metode; iv) generelt.

hvert spørgsmål skal borgeren angive en score eller en smiley mellem 1-10, hvor ti er bedst. Borgeren scorer på en iPad, en PC med visuel touch eller en papirversion, hvor behandleren derefter indtaster svarene.

Borgerens oplevelse af den terapeutiske alliance⁵⁶, kan, ifølge forskning, i løbet af de første sessioner forudsige, om en behandling vil give et positivt resultat eller intet resultat.⁵⁷

For en uddybende beskrivelse af FIT, se Bilag A.

6.2 Kompetenceudviklingsforløb

Følgende aktiviteter er blevet afviklet for at opkvalificere behandlerne og projektlederne i brugen af FIT:

⁵⁶ Den terapeutiske alliance er et begreb, der beskriver relationen mellem behandler og borger. Den måles ved SRS-scores.

⁵⁷ "A poor therapeutic alliance and a lack of early positive change in well-being in the first few sessions of therapy have both been shown to predict a poor therapy outcome and this is one of the chief reasons for tracking the quality of wellbeing and alliance." Manual 4 Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. ICC Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT), Bob Bertolino and Scott D. Miller, ICCE, 2012.

Tabel 9: Opkvalificering i bruge af FIT

Aktivitet	Periode	Deltagere
Introduktion til FIT To undervisningsdage for Frederikshavn og Horsens og to undervisningsdage for Greve og Gribskov	Februar og marts 2016	Cirka 20 deltagere hver temadag
Opfølgende undervisning og supervision Seks undervisnings- og supervisionsdage i hver kommune	Marts 2016 til august 2017	Frederikshavn: ca. fire deltagere Greve: ca. 10 deltagere Gribskov: ca. 12 deltagere Horsens: ca. otte deltagere
Supervision FIT-Styregrupper 10 skype-supervisioner i hver af kommunerne á en times varighed	April 2016 til januar 2018	
FIT best practice temadage To for Frederikshavn og Horsens og to for Greve og Gribskov	Maj 2017 og maj 2018	Cirka 20 deltagere hver temadag
FIT superbrugere – fordybende kursus Otte kursusdage i København	Marts til oktober 2016	To superbrugere fra hver kommune: otte deltagere i alt
Lederkurset om implementering af FIT 5 kursusdage i København	April til december 2016	En til to ledere fra hver kommune: Fire til otte deltagere i alt
Opfølgende supervision, Greve. Tilkøb betalt af Greve	To gange hvert halvår	

Projektledere og behandlere udtrykker under interviewene generel tilfredshed med uddannelsen i FIT. De fremhæver, at underviseren var dygtig og kompetent, at undervisningen var velplanlagt og grundig, og at undervisningsmateriale var af høj kvalitet.

Ifølge interviews med nogle behandlere har der dog været udfordringer med at modtage undervisning i FIT samtidigt med, at de er blevet introduceret til en ny behandlingsmetode. Det har af og til udtrykt sig i faglige uenigheder med FIT-underviseren. Behandlerne mente derfor, at det ville have været nyttigt, hvis der i undervisningen havde været fokus på, at behandlerne skulle anvende flere metoder og ikke blot FIT. Samtidig roser behandlerne det forhold, at der altid har været plads til diskussioner i undervisningslokalet.

Nogle fandt også, at undervisningen blev igangsat for tidligt i forløbet: "*Der var fra starten udfordringer med, at vi blev undervist i FIT, før vi kom i gang med behandlingsforløb. Vi havde ingen familier, vi kunne arbejde med, så det var svært for behandlerne at omsætte den tilegnede viden og forstå det tekniske i FIT, når de ikke kunne anvende det ift. borgere*" (Greve). Dette resulterede i, at Greve Kommune tilkøbte ekstra supervision og løbende havde kontakt med leverandøren, som de roser for dennes tilgængelighed.

Nogle behandlere øvede sig først i brugen af FIT på de familier, de normalt havde som klienter. Dette gjorde de, fordi det var vigtigt, at det skulle virke, når de gik i gang med et traumebehandlingsforløb, som var nyt for dem (Frederikshavn og Greve).

I et fremtidigt forløb ville det være hensigtsmæssigt, hvis forløbet bliver tilrettelagt, så det ligger tæt på indtag af borgere med opfølgning, når behandlerne har fået erfaring i praksis.

6.3 Gennemførelse

Ingen af deltagerkommunerne anvendte før projektets start FIT systematisk i behandlingen. Dog var der i alle kommunerne behandlere, som havde erfaringer med FIT før projektstart, særligt i Gribskov og Horsens kommuner.⁵⁸

Efter introduktionen af FIT anvender behandlere i projektet nu FIT på individniveau. Ifølge spørgeskemaundersøgelsen blandt behandlere har 95 % af behandlere anvendt FIT systematisk, heraf 79 % 'i meget høj grad' og 16 % 'i høj grad'. 5 % svarer 'i mindre grad'. De har både anvendt FIT til at skabe dialog med borgerne/familierne og på møder, hvor behandlerne fremlægger deres sager og sparrer med hinanden. Dertil kommer, at FIT bliver anvendt på individniveau under netværksmøder med relevant frontpersonale og myndigheder. Her diskuteres også parallelbedømmelser.⁵⁹

Kommunerne fik i andet halvår af 2018 teknisk adgang til at trække aggregerede data fra FIT-databasen hos Ace Health. Indtil videre er det kun Horsens Kommune, der er begyndt at anvende aggregerede FIT-data som et ledelsesredskab. Her udtaler projektlederen, at det er et nyttigt redskab for at vurdere helheden i indsatsen og udviklingen i behandlingen.⁶⁰ Samtidig vurderer flere projektledere i de kommuner, hvor der er færre sager, at de endnu ikke har tilstrækkeligt datagrundlag til, at det giver mening at aggregerere data.

Af interviewene med projektledere og behandlere fremgår det, at der generelt er tilfredshed med at bruge FIT i behandlingsforløbene. Dog har flere en række forbehold, som fremgår i det følgende. Overordnet set har de voksne borgere også været tilfredse med brugen af FIT⁶¹.

Interviewene viser, at FIT giver god anledning til at tale om, hvordan borgeren har det, selv om nogle behandlere påpeger, at det gjorde de i forvejen uden at

⁵⁸ Førmåling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, for SIRI, COWI, side 24, 5.7.2016.

⁵⁹ Parallelbedømmelser er når en anden end borgeren selv udfylder FIT for borgeren med henblik på at give indtryk af deres vurdering af borgerens velbefindende. Dette kan anvendes til at sammenligne med borgerens egen oplevelse af situationen. Parallelbedømmere kan f.eks. være pædagoger, lærere eller familiemedlemmer.

⁶⁰ COWI har dog ikke set et eksempel på aggregering af data.

⁶¹ Blot to unge er blevet interviewet om FIT, og derfor konkluderer vi ikke herpå.

bruge FIT. Dertil kommer, at både behandlere og borgere generelt er glade for det visuelle aspekt af FIT.

En behandler udtrykker det således: *"Det gode er, at man systematisk får spurgt ind til, hvordan folk har det, og får det sat ind i en graf. Det er med til at sikre, at man er i gang med noget, som hjælper"* (Gribskov). En anden behandler siger: *"Det kan være svært selv at se en progression (eller en regression) fra uge til uge, men det kan vi se på FIT"* (Frederikshavn). Se [Bilag A.6](#) for eksempler på FIT-tabeller, som behandlerne arbejder med i det daglige arbejde.

Dette afspejles i et forældrepars vurdering af FIT, som de fremlægger i et interview: *"Vi kunne se på grafen, at vi fik det bedre. Vi fik mening af det. Vi fik håb om, at det går bedre."* (Frederikshavn).

Dertil fremgår det af interviews med behandlerne, at FIT hjælper behandlerne til at få overblik over samtlige familiemedlemmers trivsel, da alle individuelt skal besvare spørgsmålene. Det kan give ro omkring resten af familien, hvis behandlerne kan se, hvilke familiemedlemmer der kræver hjælp, og hvilke der har det godt. Denne oplevelse fremgår også af interviewene med borgerne. Således fremhæver en mor og far i et interview, at de var glade for, at de skulle score i FIT hver for sig. På den måde kunne de fortælle behandleren og hinanden, hvordan de havde det hver især. Dette var godt både for forældrene og for børnene (Horsens).

Fra observation af en behandlingssession ved vi, at behandlerne anvender FIT som udgangspunkt for at have enesamtaler med familiemedlemmer. I den observerede behandlingssession var der tale om en søn over 18 år, der ellers ikke indgik i behandlingen. Sønnen var i dette tilfælde med til sessionen og scorede lavt på ORS, men ønskede ikke at tale om det foran sine forældre. Derfor aftalte behandleren at tale med sønnen alene dagen efter (Greve). Fra interviewene ved vi også, at behandlerne nogle gange anvender forældre som parallelbedømmere for et barn, som kan lægge op til en samtale om, hvorfor barnet og forældrene oplever barnets situation forskelligt.

6.3.1 Behandlernes syn på ORS og SRS

Spørgeskemaundersøgelsen til og interviews med behandlere viser, at behandlerne ser forskelligt på brugen af ORS og SRS, og at holdningerne til brugbarheden er forskellige, afhængig af hvilken behandlingsmetode behandleren har anvendt.

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 85 % af behandlerne, at de er 'meget enige' (47 %) eller 'enige' (37 %) i, at ORS bidrager til en konstruktiv samtale med de voksne borgere. Besvarelserne fordeler sig imidlertid således, at 63 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er 'meget enige' eller 'enige', mens 100 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' eller 'enige'. Forskellen mellem de to behandlingsmetoder kan skyldes, at der ifølge interviews er overlap mellem nogle af spørgsmålene i ORS og I-NET.

For de to metoder samlet svarer 74 % af behandlerne, at de er 'meget enige' (32 %) eller 'enige' (42 %) i, at SRS bidrager til en konstruktiv samtale med de voksne borgere. 38 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er 'enige', mens 100 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' eller 'enige'. Denne forskel kan muligvis skyldes, at Model Hel Familie trækker på flere forskellige redskabsskasser end I-NET, og derfor har et større handlerum til at ændre i metoden, hvis en borger ikke reagerer positivt på en bestemt metode. 'Livslinjen' er central for I-NET og derfor vanskelig at substituere med andre metoder.

Behandlerne har i spørgeskemaundersøgelsen besvaret det samme spørgsmål om ORS og SRS for børn mellem 6-17 år. 58 % af behandlerne svarer her, at de er 'meget enige' (21 %) eller 'enige' (37 %) i, at ORS bidrager til en konstruktiv samtale med børn. For SRS svarer lidt over halvdelen (53 %), at de er 'meget enige' eller 'enige' i, at SRS bidrager til en konstruktiv samtale med børn. Ligesom ved spørgsmålene om ORS og SRS for voksne borgere er der større forskelle i behandlernes svar afhængig af, hvilken metode de har brugt i behandlingen, når det drejer sig om at vurdere ORS og SRS for børn mellem 6-17 år.

Af interviewene fremgår det også, at der er forskel på, hvilken værdi behandlerne ser i ORS og SRS. De interviewede behandlere vurderer, at ORS-scoringer giver god anledning til at tale sammen om konkrete spørgsmål: Hvorfor går det, sådan som det gør? Der er her enighed om, at ORS i de fleste tilfælde fungerer godt som et dialogværktøj i behandlingen.

Flere interviewede behandlere mente derimod, at SRS ikke giver så god mening for borgerne, ligesom flere behandlere er i tvivl om, hvorvidt borgerne svarer ærligt, da de skal svare, mens de sidder foran deres behandler. En behandler udtrykte det således: "*De [borgerne] tænker, at det er vores kolleger, der sidder på pengene, så de er måske ikke ærlige.*" Nogle siger også, at de som behandlere ikke føler, at de får noget ud af borgernes svar på SRS.

I interviewene med borgere, er der dog ingen, der siger noget negativt specifikt om SRS. En mor beskriver det således: "*De fire sidste spørgsmål var fine. De var for, at medarbejderne [behandlerne] blev bedre til at lave deres arbejde. Jeg svarer også ærligt (...), og det er okay, selvom man sad over for behandleren*" (Frederikshavn).

Det har ikke været praksis i deltagerkommunerne at skifte behandlere i tilfælde, hvor behandleren fik en lav SRS-score efter de første tre til fire sessioner. Dette anbefales ellers i FIT-manualen, som er evidensbaseret.⁶² Ifølge behandlerne skyldes det bl.a., at FIT-grafen til tider viser én ting, mens borgerne siger noget andet (Frederikshavn, Greve og Gribskov): "*Når det går rigtig skidt, er det også et statement om, at 'Nu kan vi ikke mere, og nu gør I bare noget for os'*". (Greve). Her kan det også handle om ting, der ikke vedrører behandlingen, som

⁶² Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. ICC Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT), Bob Bertolino and Scott D. Miller, ICCE, 2012.

f.eks. at borgerne oplever et pres fra jobcenteret, problemer med boligsituationen eller økonomien.

Af interviewene med behandlere og projektledere fremgår det, at lav eller fallende SRS til tider har resulteret i en dialog, hvor borgeren ikke har ønsket at skifte behandler og har sagt, at det gik godt trods en lav SRS-score (Frederikshavn). Dertil giver behandlere og projektledere udtryk for, at der ikke er kultur for at skifte behandler, at det, på grund af organisationsstrukturen, ikke er muligt i praksis, og at behandleren oftest har en forklaring på en lav SRS.

Kun i Frederikshavn har de skiftet behandler en gang. Primærbehandleren var en kvinde og sekundærbehandleren en mand, hvor manden i familien først og fremmest henvendte sig til den mandlige behandler. Derfor byttede de roller som henholdsvis primær og sekundær behandler.⁶³

6.3.2 Parallelbedømmelser

I behandlingen af borgere indgår muligheden for at anvende parallelbedømmere, som kan bistå behandleren i at bedømme borgere i ORS. Parallelbedømmere kan være en mor eller en far, som derudover selv indgår, eller ikke indgår, i familiebehandlingen. Det kan også være en eller flere fagpersoner eller en ægtefælle, som ikke indgår i behandlingen, og som har et godt kendskab til borgeren, der indgår i behandlingen.

Som det fremgår af Tabel 10, kan der have været i alt 123 parallelbedømmelser af borgere, som har deltaget i behandlingssessioner, hvad enten borgeren har deltaget i få eller mange behandlingsforløb. Der kan være flere parallelbedømmere for én borger og derfor kan samme parallelbedømmer være blevet talt flere gange i nedenstående skema. Det fremgår af interviews, at parallelbedømmelser fortrinsvis er af børn, men kan også være af voksne. I alt 12 parallelbedømmere har også selv deltaget i behandlingen.

⁶³ Dette var til dels muliggjort af, at I-NET har to behandlere tilknyttet hver behandling pga. der skal være en til stede til at nedskrive den såkaldte "bevidning".

Tabel 10: Kategorier af parallelbedømmere, der har været inddraget i kommunerne. n = 123.

Kategorier af parallelbedømmere	Frederikshavn	Greve	Gribskov	Horsens	I alt
Mor	3	29	10	12	54
Far	2	15	5	1	23
Ægtefælle	4				4
Behandler (kliniker)		3			3
Socialrådgiver mfl.	1	2			3
Lærer, underviser	5	17	2	1	25
Andre		7		4	11
Sum	15	73	17	18	123

Når børn deltager i behandlingen bliver de nogle gange parallelbedømt. Det vil sige, at en forælder eller f.eks. en pædagog vurderer, hvor barnet ligger på de fire ORS-spørgsmål. En behandler vurderer, at parallelbedømmelser giver et bedre indtryk af, hvordan barnet har det, end hvis kun barnet selv skulle udfylde ORS-spørgsmålene, da børn kan have svært ved at vurdere, hvordan de generelt har det (Frederikshavn). En anden behandler mener, at parallelbedømmelser sikrer et helhedsbillede af, hvordan barnet har det: *"Dagsinstitutionspersonale og skole med videre FIT'er også som parallelbedømmere. Det er en sidegevinst. Man kommer helt rundt. Er der effekt i daginstitutionen og skolen [af behandlingen] – ser læren det også [effekten]?"* (Greve). *"Vi er rimelig glade for det [parallelbedømmelser]. Det giver anledning til nogle nye snakke, og vi kan se nogle ting, vi ellers ikke ville lægge mærke til. For eksempel hvis en mor scorer sit barn [på ORS], og barnet scorer sig selv, og hvis der så er en stor forskel på svarer, så kan vi snakke om det."* (Greve).

6.3.3 Udfordringer

Der har været en række udfordringer med at bruge FIT for behandlere og borgere, herunder: i) tvivl om validiteten af borgeres besvarelser af ORS og SRS; ii) udsving i ORS (og muligvis også SRS), som skyldes udefrakommende årsager; iii) anvendelse af en manualbaseret metode og FIT samtidig; iv) borgernes udfordringer ved FIT.

Tvivl om validiteten af svarene

I interviewene fortalte flere behandlere, at de var i tvivl om validiteten i at anvende ORS som effektmålingsværktøj. Der er usikkerhed om, hvorvidt behandlerne kan vide, at det, der bliver scoret, er udtryk for, hvor borgerne faktisk ligger trivsels- og relationsmæssigt. Som en behandler forklarer: *"De skal passe på sig selv, og på os"*, og uddyber med eksemplet: *"Sagde de ja til projektet, fordi de gerne ville projektet, eller fordi de tænkte, at så ville de få en ny bolig? I så fald kunne det gøre, at de scorede meget lavt i starten [på ORS], fordi vi skulle se, hvor dårligt de havde det. Eller at de ligger højt nu, fordi nu skal vi se, at de har det meget, meget godt. Jeg har svært ved at gennemskue det."* (Greve).

Udsving i ORS

Større udsving i ORS kan skyldes udefrakommende begivenheder, f.eks. udviklingen i borgerkrigen i Syrien, eller udfordringer med boligsituationen, økonomien, familiesammenføring eller adskillelse fra familiemedlemmer.

Nedenstående Figur 2 er et eksempel på, hvordan ORS-scoringer kan se ud på individniveau, særligt ved session '5', hvor den ene borger er påvirket af at miste et familiemedlem i Syrien. Den røde graf viser faderens scoringer, og den bordeauxrøde graf viser moderens scoringer. De fire cirkler ved hhv. 40, 35, 30 og 25 beskriver en session, hvor børnene er til stede og indtaster ORS for sig selv.

Figur 2: Eksempel på ORS-score på individniveau



De nævnte udfordringer resulterer ifølge de interviewede behandlere i, at man skal passe på, hvad man tolker ud af FIT data. Samtidig ser de stadig en stor værdi i FIT. En behandler forklarer det således: *"FIT kan være et ekstra redskab i behandlingen, men selve data er ikke altid valide af forskellige årsager. Det hjælper at gøre opmærksom på nogle ting, som man måske ikke ellers ville have øje for (...). FIT må derfor ikke stå alene som redskab til at bedømme, hvorvidt en familie er blevet behandlet nok"* (Gribskov).

Behandlerne fremhæver her, at kommentarfunktionen i FIT er nødvendig for at forstå det fulde billede af scoringerne. I kommentarerne noterer behandlere f.eks., hvis en særlig begivenhed gør, at borgeren har angivet en dårlig score i en bestemt session. Således bliver det muligt at forstå, hvorfor graferne kan have store udsving.

Manualbaseret metode og FIT

Interviews med en gruppe behandlere samt spørgeskemaundersøgelsen til behandlere peger også på, at der kan være en udfordring mellem et ønske og krav

i projektet om at bruge en manualbaseret metode parallelt med I-NET eller Model Hel Familie.

63 % af de 19 behandlere svarer, at ORS fungerer 'rigtig godt' (11 %) eller 'godt' (53 %), når det anvendes parallelt med I-NET eller Model Hel Familie. 16 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 11 % svarer 'dårligt', 5 % svarer 'rigtig dårligt', og 5 % svarer 'ved ikke'. Svarene på dette spørgsmål viser, at der er signifikant forskel på, om behandleren har brugt I-NET eller Model Hel Familie.

En behandler forklarer, hvordan det særligt i starten var udfordrende i forhold til SRS-spørgsmålene, som stilles sidst i behandlingssessionen: *"Normalt, når man bruger FIT, er det som en invitation til borgeren om, hvorvidt vi skal gøre noget anderledes næste gang. Men vi kan ikke gøre noget anderledes næste gang, for vi skal følge metoden [I-NET]. Vi kan ikke lave tilpasninger. For eksempel kan der være en, der siger: "Jeg synes ikke, at det med livslinjen eller rebet er en god idé," og så sidder vi og siger "hmm, ja okay," og så gør vi det igen næste gang, fordi det skal vi ifølge metoden (...). Der er noget signalværdi til borgeren, der er forvirrende. I beder om feedback, men vil I egentlig have det?"* (Horsens).

En behandler i samme gruppe forklarer desuden, at et problem også er, at spørgsmål i FIT overlapper med spørgsmål i I-NET, og at behandlingsforløbet på den måde nogle gange allerede går i gang, når borgerne scorer på ORS. En behandler illustrerer det på følgende måde: *"Nogle gange træder traumet frem allerede ved FIT i starten. Nogle gange kan man komme ind i nogle episoder, hvor man er nødt til at lukke folk ned. Og det er ikke så godt, når man så, under selve behandlingen, igen skal tale om samme tema."* (Horsens).

Modsat er der behandlere, som ser en sammenhæng mellem FIT og delkomponenter i den metode, de bruger. Her bliver det fremhævet, at dialogdelen af FIT kan bruges i øvelsen 'De Tre Huse' under Model Hel Familie (Greve).

Dertil kommer, at nogle behandlere har oplevet modstridende signaler om teorien bag FIT og de i projektet udviklede metoder. Teorien bag FIT siger, at behandlingsmetoden ikke er vigtig, og at det primært er relationen mellem borgeren og behandleren, der er vigtig for at opnå gode behandlingsresultater. Samtidig får behandlerne i projektet understreget vigtigheden i at følge en bestemt metode (Horsens).

Det fremgår af interviewene med behandlerne, at nogle har oplevet et tidspres ved både at skulle anvende FIT og en manualbaseret metode. De forklarer, at der gerne skulle være dialog på baggrund af FIT-scoringerne, men at denne dialog kunne optage for meget tid, hvis de også skulle nå at følge den modelbaserede metode. Dette har nogle gange resulteret i, at de ikke nåede SRS-spørgsmålene sidst i sessionen.

Borgeres udfordringer ved FIT

Borgere har i interviewene givet udtryk for forskellige udfordringer ved brugen af FIT. En fortæller, at han ikke er glad for, at FIT skal indtastes på en iPad.

Hans vurdering er, at det ville være mere personligt at tale om tingene frem for at skulle besvare spørgsmålene på en skærm (Horsens). En anden borger mener, at FIT blev for gentagende. Det var de samme spørgsmål hver gang, og det var kedeligt. Derfor udviklede han modvilje mod at skulle besvare spørgsmålene (Frederikshavn). Derudover oplevede to borgere fra en ungegruppe, at FIT ikke gav anledning til at tale med deres behandlere om, hvordan de havde det (Grib-skov).

Der var ét eksempel på en borger, som gennemførte et behandlingsforløb, men ikke scorede i FIT. Det skyldtes, at hun reagerede negativt på, at der blev gemt personlige data om hende i projektet (Frederikshavn).

7 Effekt af behandlingen

I dette afsnit beskrives effekten af behandlingen på en række personlige parametre gennem scoringer på de fire ORS-spørgsmål og de fire SRS-spørgsmål, de ti identifikationsspørgsmål, der skal afdække tegn på traumer, og på 13 indikatorer om forandringer i den voksne borgers liv.

Der skelnes i afsnittene ikke mellem resultater af de to behandlingsmetoder hver for sig, da datatræk fra november 2017 ikke påviser forskelle på resultaterne af at anvende hhv. I-NET eller Model hel Familie. Dertil kommer, at datagrundlaget for at kunne skelne mellem effekten af at implementere enten I-NET eller Model hel Familie, ikke er tilstrækkeligt stort.

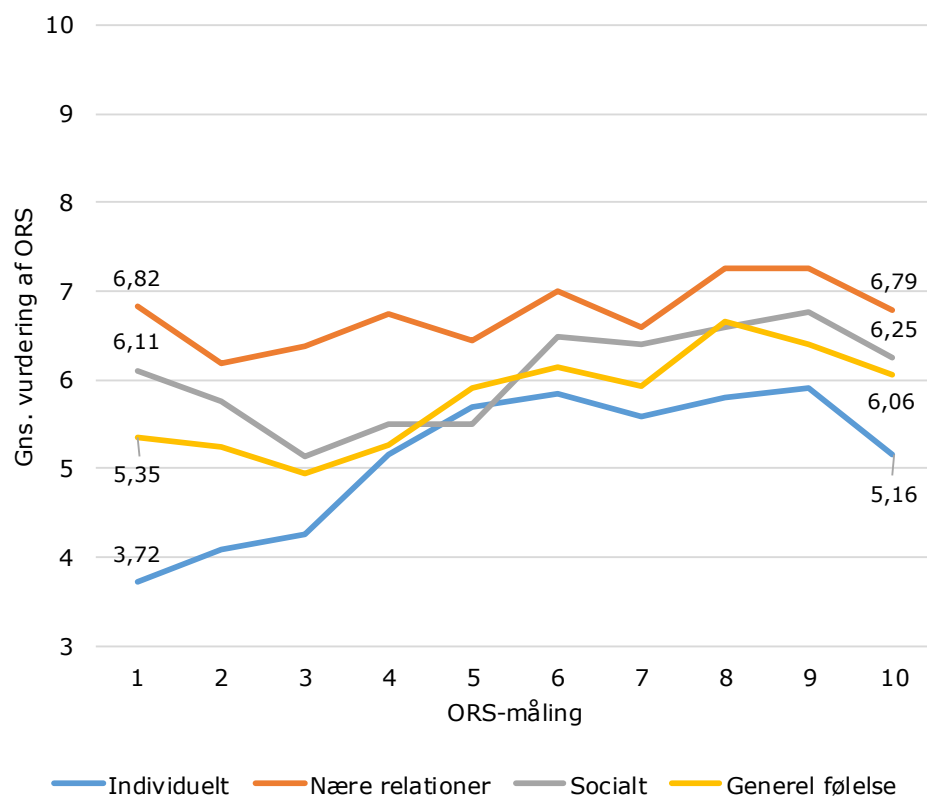
7.1 ORS og SRS

7.1.1 ORS-scorer

Under behandlingsforløbet er voksne 18+ år og børn mellem 6-17 år blevet bedt om at udfylde ORS ved starten af hver behandlingssession.

ORS måler borgernes velbefindende siden sidste møde med behandleren på fire parametre: i) Individuelt; ii) Nære relationer; iii) Socialt; og iv) Generelt. Borgeren har angivet en score mellem 1-10, hvor ti er bedst.

Figur 3: Gennemsnitlig udvikling i ORS-scoring fordelt på de fire parametre. Borgere med mindst 10 ORS-målinger i aldersgruppen 18+ år. n: 32



Figur 3 viser udviklingen i ORS for borgerne 18+ år. Den største positive udvikling har fundet sted på parameteren 'Individuelt', som er blevet scoret 1,44 point højere ved tiende måling sammenlignet med første måling. Derudover er parametrene 'Generel følelse' og 'Socialt' steget med hhv. 0,71 point og 0,14 point. Parameteren 'Nære relationer' har udviklet sig med -0,03 point fra første til tiende måling. Samtidigt er scorerne 'Individuelt', 'Socialt' og 'Generel følelse' lettere nedadgående fra niende til tiende måling.

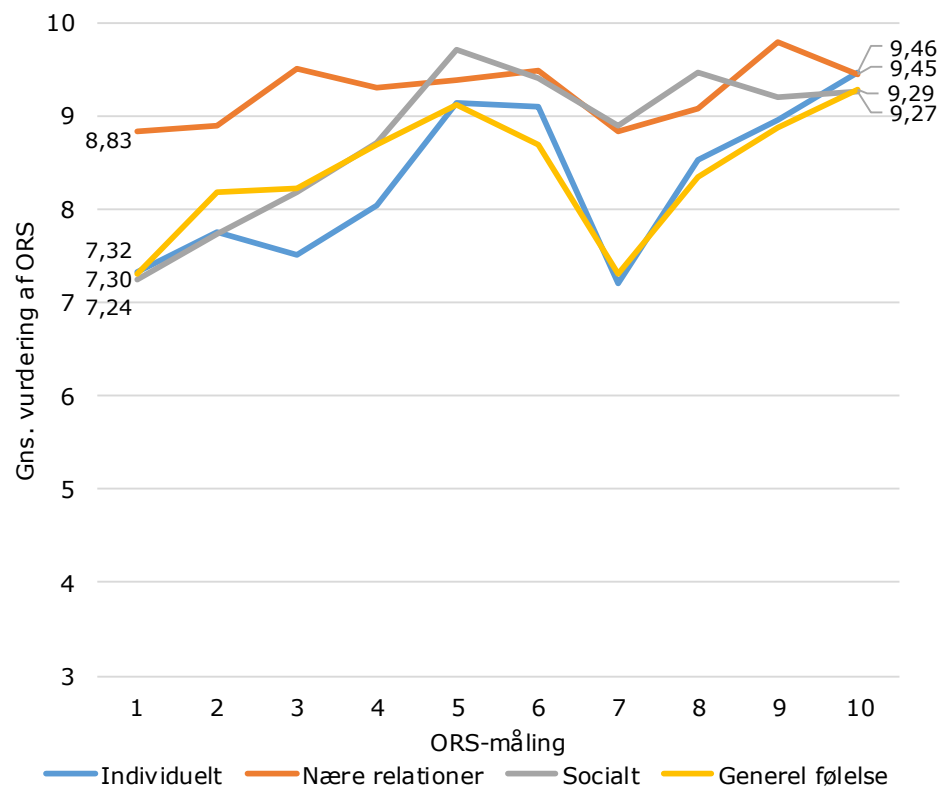
Dertil kommer, at der fra ottende til tiende måling har været en negativ udvikling på samtlige fire parametre. Således har parameteren 'Socialt' udviklet sig med -0,35 point, 'Nære relationer' med -0,47 point, 'Generel følelse' med -0,60 point og 'Individuelt' med -0,65 point. Det kan pege på, at behandlingen for voksne borgere har størst effekt, hvis den afsluttes efter ottende session.

Figur 4: Gennemsnitlig udvikling i ORS-scoring fordelt på de fire parametre. Borgere med mindst 10 ORS-målinger i aldersgruppen 13-17 år. n: 7



Figur 4 viser udviklingen i ORS for de 13-17-årige borgere. Parameteren 'Socialt' er den, hvor den største stigning på 1,11 point fra første til tiende måling har fundet sted. Parameteren 'Generel følelse' er blevet scoret 0,5 point højere ved tiende end ved første måling. Scorerne for parametrene 'Individuelt' og 'Nære relationer' er samlet set næsten uændret fra første til tiende måling (stigning på hhv. 0,03 point og 0,08 point). Samtidig gælder det for samtlige parametre, at der sker en stor stigning fra sjette til syvende måling, og at scorerne herefter samlet set er faldende frem til tiende måling.

Figur 5: Gennemsnitlig udvikling i ORS-scorer fordelt på de fire parametre. Borgere med mindst 10 ORS-målinger i aldersgruppen 6-12 år. n: 10



Figur 5 viser udviklingen i ORS for de 6-12-årige borgere. Her ser vi, at den største udvikling har fundet sted på parameteren 'Individuelt', hvor vi ser en udvikling på 2,14 point fra første til tiende måling. Dernæst følger parameteren 'Socialt' med en stigning på 2,03 point, parameteren 'Generel følelse' med en stigning på 1,99 point, og til sidst parameteren 'Nære relationer' med en stigning på 0,62. Altså ser vi, at de parametre, hvor borgerne på 6-12 år havde scoret lavest ved første måling, er dem, hvor den største udvikling har fundet sted.

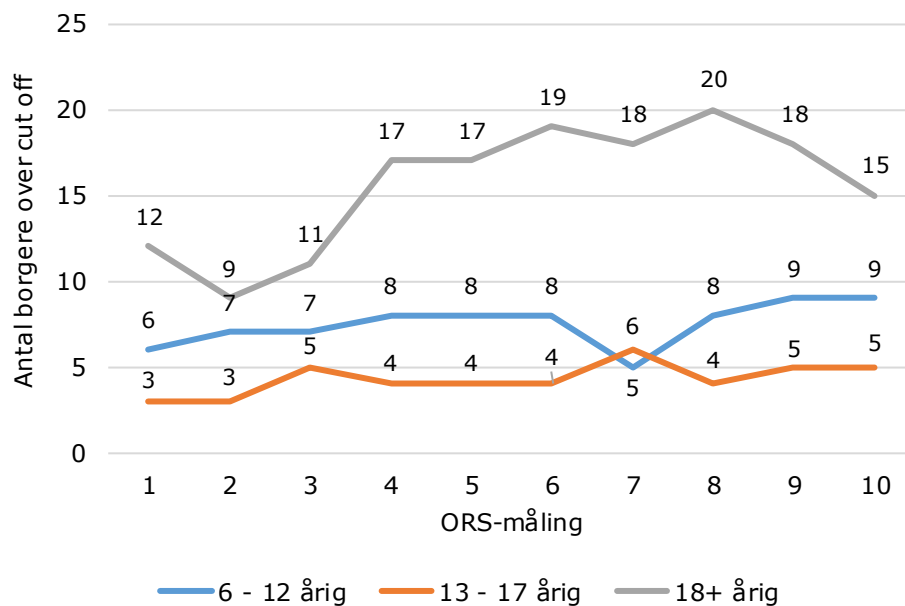
Af de tre ovenstående figurer, der alle viser udviklingen i ORS-scorer fordelt på forskellige aldersgrupper med mindst ti ORS-målinger, fremgår det, at borgerne 18+ år generelt scorer lavere ved første og sidste måling end de andre aldersgrupper. Dermed er de 18+-årige den aldersgruppe i projektet, som generelt har den dårligste trivsel (se yderligere om dette i afsnit om cut-off). Børnene på 6-12 år er den aldersgruppe, der scorer højest ved start, og de ender også ved tiende session med at vurdere deres ORS tæt på maks., som er 10, på samtlige parametre. De 6-12-årige er dermed fra start til slut den aldersgruppe med den bedste trivsel i projektet.

Borgerne 18+ år oplever en ændring på samtlige parametre på mellem -0,03 til 1,44 point. Børnene 13-17 år oplever en stigning på samtlige parametre på mellem 0,03 og 1,11 point. For børnene 6-12 år er der på de fire parametre en stigning på mellem 0,62 til 2,14 point. For samtlige aldersgrupper i projektet gælder hermed, at deres trivsel forbliver ved status-quo eller er forbedret efter behandlingsforløb med mindst ti ORS-målinger.

7.1.2 ORS cut-off

Den kliniske cut-off-værdi for ORS er 25 for voksne, 28 for 13-17-årige, og 32 for 6-12-årige. Det betyder, at voksne borgere med en ORS på over 25 regnes for at have et normalt niveau af trivsel. Cut-off-skalaen går fra 0-40 og er udtryk for den samlede ORS-score, hvor tal for de fire parametre på skalaen fra 1-10 er lagt sammen.⁶⁴

Figur 6: Antal borgere med mindst 10 ORS-målinger, som er over cut-off ved en eller flere målinger. n: 32 på 18+ år, 7 på 13-17 år og 10 på 6-12 år



Note: ORS Cut-off ligger som baggrundsdata for figuren. Den måles ud fra borgernes samlede ORS-score (max 40) og er vurderet til 25 point for voksne 18+ år, 28 for 13-17-årige og 32 for 6-12-årige. 12 ud af 32 borgere 18+ er over cut-off ved måling 1.

Fordelt på cut-offs for 18+-årige, 13-17-årige, og 6-12-årige, ser mønstret således ud for de borgere, der har gennemført mindst 10 ORS-målinger (illustreret ved Figur 6):

- > For borgere 18+ år var der 12 borgere, hvis ORS-score var over den kliniske cut-off ved første måling og 15 ved tiende måling. Dvs. at antallet af borgere 18+ år, som har fået et almindeligt niveau for trivsel, er øget med tre personer fra første til tiende måling. Samtidig var der ved ottende ORS-måling 20 voksne borgere over cut-off, altså en stigning på otte fra første måling. Dette falder dog herefter til 15 borgere.
- > For børnene på 13-17 år gælder, at der er fundet en positiv udvikling sted. Tre vurderede ved første måling deres ORS-score til at være over cut-off og fem vurderede den over cut-off ved tiende måling. Dvs. at der er to 13-17-

⁶⁴ Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). 2012: 21

årige mere, som har fået et almindeligt niveau for trivsel fra første til tiende måling.

- > For børnene på 6-12 år gælder, at der ved første måling var seks, der vurderede deres ORS-score til at være over cut-off, mens der ved tiende måling var ni, der vurderede den over cut-off. Ved tiende session er der altså tre flere borgere på 6-12 år, der har fået et almindeligt niveau for trivsel sammenlignet med første session.

I alt er antallet af borgere, som lå over cut-off efter ti målinger øget med otte personer. Således har i alt tre 18+-årige; to 13-17-årige og tre 6-12-årige fået et almindeligt niveau for trivsel efter deltagelse i behandlingsforløbet. Dog lå i alt 12 18+-årige; tre 13-17-årige og seks 6-12-årige allerede ved behandlingens start over cut-off. Det kan afspejle, at familiemedlemmer, der ikke er traumatiserede, indgår i behandlingsforløb. At flere ved begyndelsen af et behandlingsforløb har været over cut-off tilbyder også en forklaring på, at det kun har været muligt at rykke en mindre gruppe over cut-off.

7.1.3 SRS-scorer

Under behandlingsforløbet er voksne 18+ årige og børn mellem 6-17 år blevet bedt om at udfylde SRS ved slutningen af hver behandlingssession, undtagen ved første session.

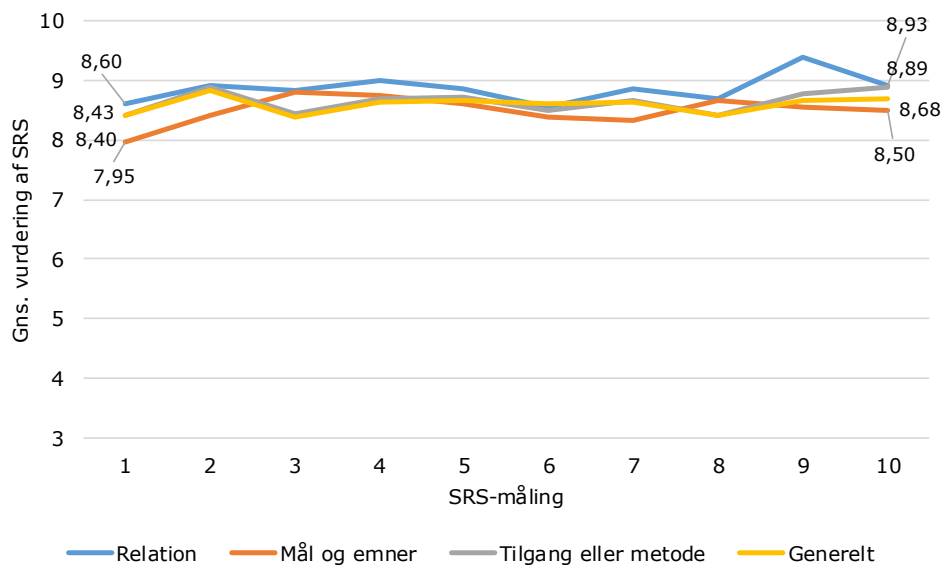
SRS måler udviklingen i borgerens relation til behandleren og behandlingsmetoden på fire parametre, hvor borgeren skal angive en score mellem 1-10, hvor ti er bedst: i) relation til behandleren; ii) formål og emner; iii) tilgang og metode; iv) generelt.⁶⁵ SRS anvendes af behandlerne til at få en dialog om og feedback på, om behandlingen har fungeret godt eller mindre godt for borgeren.

Der er i alt 22 voksne og ni børn, der har scoret i SRS mindst ti gange.

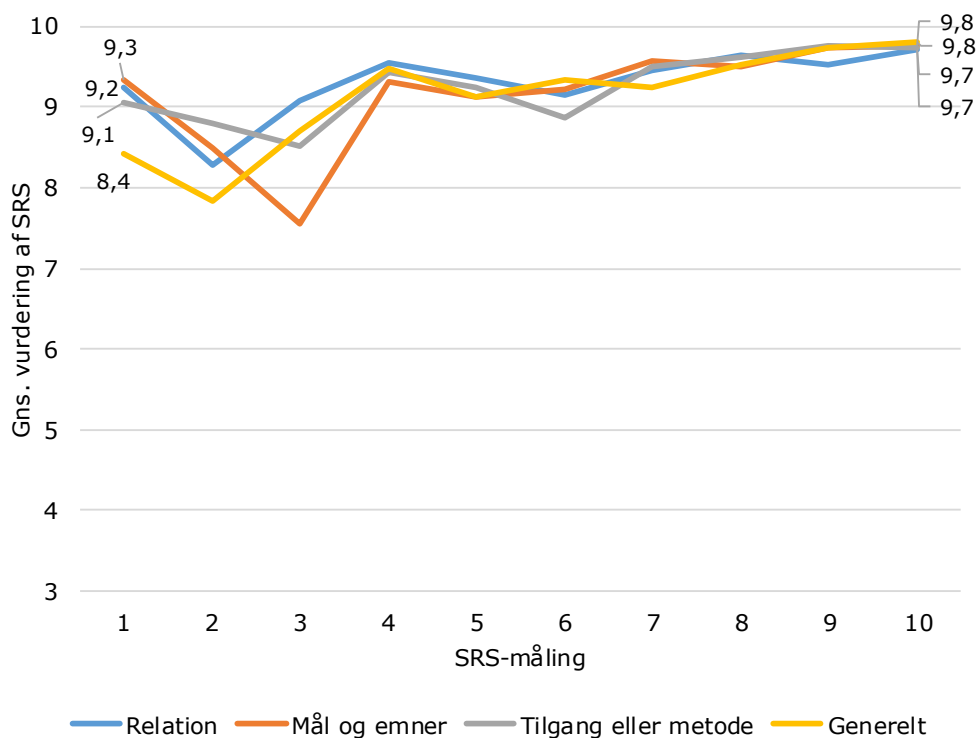
SRS-scores for voksne 18+ årige, børn 13-17 og børn 6-12 år fremgår af følgende figurer 7, 8 og 9.

⁶⁵ Session Rating Scale (SRS), Duncan et al, 2003

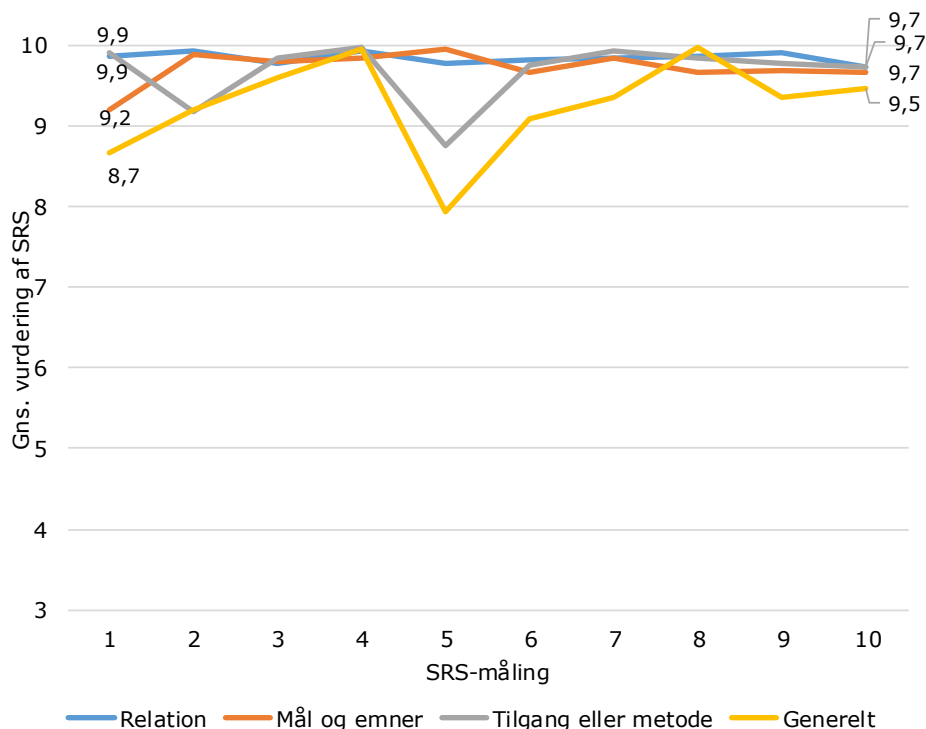
Figur 7: *Udvikling i SRS-scoring fordelt på de fire parametre. Voksne 18+-årige med mindst 10 SRS-målinger. n: 22*



Figur 8: *Udvikling i SRS-scoring fordelt på de fire parametre. Børn og unge 13-17 år med mindst 10 SRS-målinger. n: 4*



Figur 9: Udvikling i SRS-scorer fordelt på de fire de parametre. Borgere på 6-12 år med mindst 10 SRS-målinger. n: 5



Ifølge Figur 7, Figur 8 og Figur 9 er der samlet set sket en positiv udvikling på de fire parametre, henholdsvis med 1,62 point for voksne 18+ årige, 3 points for 13-17-årige og 0,9 points for de 6-12-årige. Samlet set er det de ni 6-17-årige, der scorer højest.

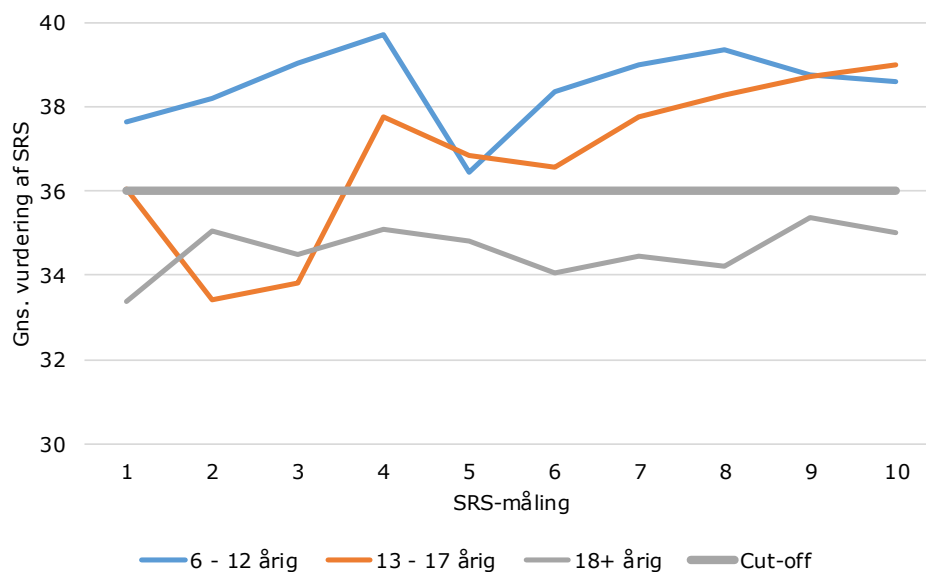
7.1.4 Cut-off SRS

Cut-off-værdien for SRS er i forskning anslået til at være 36, hvor tal for de fire parametre på skalaen fra 1-10 er lagt sammen. At SRS cut-off er sat højt til 36 skyldes, at kun 24 % statistisk set scorer under 36.⁶⁶ Desuden ved vi fra tidligere interviews med behandlere, at der oftest er yderst små varianter i SRS-scorerne.⁶⁷

⁶⁶ Manual 2: Feedback-Informed Clinical Work: The Basics. The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). 2012: 7. Bl.a. står der følgende i manual 2: "Scores that fall at or below 36 are considered "cause for concern" and should be discussed with clients prior to ending the session"; "In sum, SRS helps clinicians identify problems in the alliance ...". Manual 2 henviser desuden til forskning udført af Miller, Duncan & Hubble, 2007. Der er ikke angivet en særlig score for børn i manualen.

⁶⁷ Før-måling: Evaluering af Modelprojekt for Traumatiserede Flygtninge, Delrapport, COWI, 2.11.2016

Figur 10: Gennemsnitlig SRS-målinger. Minimum 10 sessioner: 22 på 18+ år, 4 på 13-17 år og 5 på 6-12 år



Ifølge Figur 10 er de gennemsnitlige scorer for voksne 33,38 ved første session og 35 ved tiende session og ligger således 1 point under den anslåede cut-off på 36 ved tiende session. For 'relationen til behandleren' ligger scoren ved tiende session 0,07 point under tallet 9, som udgør 25 % af cut-off (se Figur 7).

At de aggregerede tal for voksne flygtninge konstant ligger under cut-off kan formentligt forklares ved, at der er tale om en særdeles sårbar gruppe. Dette stemmer overens med den (begrænsede) forskning, der er på dette område.⁶⁸ Derudover er den gennemsnitlige SRS-score med sin høje cut-off-værdi sårbar overfor enkeltpersoner, der scorer lavt.

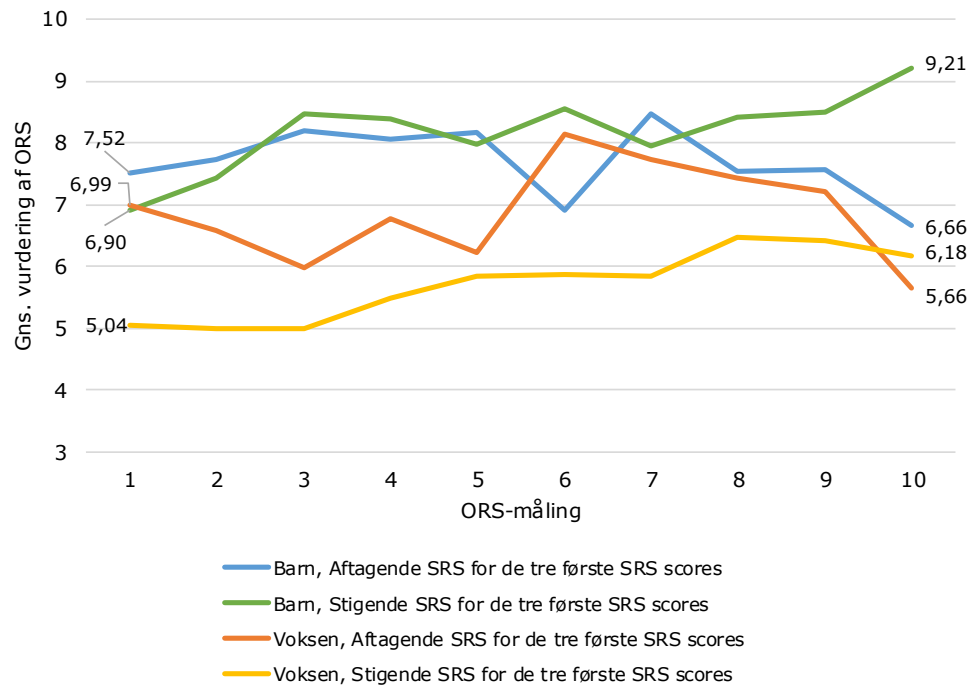
For de fire 13-17-årige og fem 6-12-årige er SRS-scorerne sammenlagt på eller over cut-off ved første session (hhv. 36 og 37,7) og har bevæget sig yderligere over cut-off med henholdsvis 3 og 0,9 points ved tiende session.

7.1.5 Relation med ORS og SRS

Borgernes vurdering af ORS opdelt på, hvorvidt de havde aftagende eller stigende SRS ved de tre første scores har ifølge forskning bag FIT en betydning for, om borgeren forventeligt vil få et positivt udbytte af et behandlingsforløb (se afsnit 6.3.1).

⁶⁸ "The result suggest that the therapeutic alliance in therapy with refugees and asylum seekers is of poorer quality compared to the other treatment groups." Therapeutic Alliance with Traumatized Refugees and Asylum Seekers in relation to Treatment Change. M. Douma, Utrecht University, July 31, 2013.

Figur 11: Gennemsnitlig udvikling i ORS for borgere med mindst ti ORS-målinger, fordelt på aftagende SRS for de tre første SRS-scoringer, sammenlignet med stigende SRS for de tre første SRS-scoringer. n: 32 voksne og 17 børn (6-17 år)



Figur 11 viser, at borgere 18+ år, der samlet set havde en stigende SRS-score ved de tre første SRS-målinger, i gennemsnit har oplevet en stigning i ORS på 1,14. Modsat har borgere 18+ år med en faldende SRS ved de første tre SRS-målinger oplevet en udvikling i ORS på -1,33 points fra første til tiende måling.

Figur 11 viser også, at børn 6-17 år, der samlet set havde en stigende SRS-score ved de tre første SRS-målinger, i gennemsnit har oplevet en stigning i ORS på 2,31 points fra første til tiende måling. Modsat har børn på 6-17 år med aftagende SRS for de første tre SRS-målinger haft en udvikling i ORS på -0,86 point fra første til tiende måling.

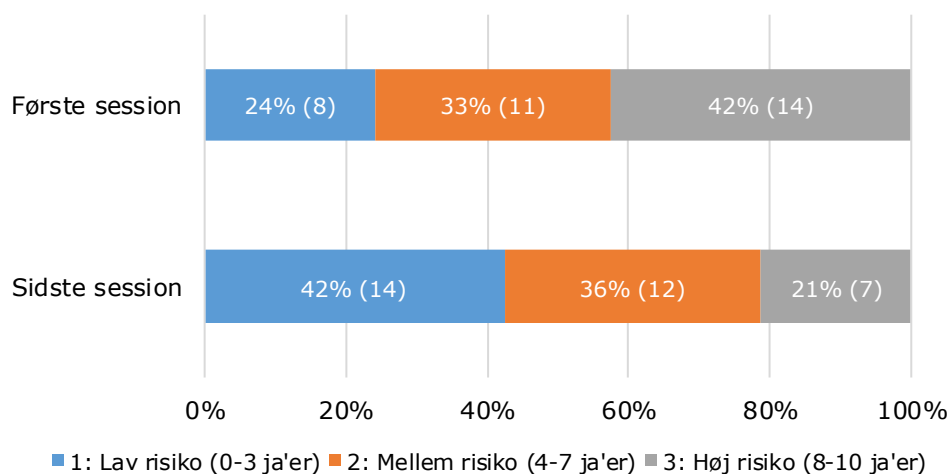
Den aggregerede ORS- og SRS-data peger dermed på, at en god relation til behandleren er en forudsætning for et godt behandlingsresultat. Dette følger den generelle erfaring, som peger på, at hvis SRS-scoren er aftagende ved de første behandlinger, bør behandlingen revurderes eller ophøre.⁶⁹

7.2 Identifikationsspørgsmål

⁶⁹ Dette følger anvisningerne i Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. ICC Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT), Bob Bertolino and Scott D. Miller, ICCE, 2012.

De ti identifikationsspørgsmål, der indikerer, om en borger viser tegn på traumer, er besvaret af voksne 18+ samt af unge 13-17 år⁷⁰ ved første session samt ved sidste session, hvis de har gennemført et behandlingsforløb. Svarene indikerer, om borgerne oplever en reduktion i traumesymptomer fra første til sidste session.

Figur 12: *Andel borgere 18+ år fordelt efter, om de er i høj, mellem eller lav risiko for traumer ved første og sidste session. I parentes ses antallet af borgere i hver kategori. n: 33*

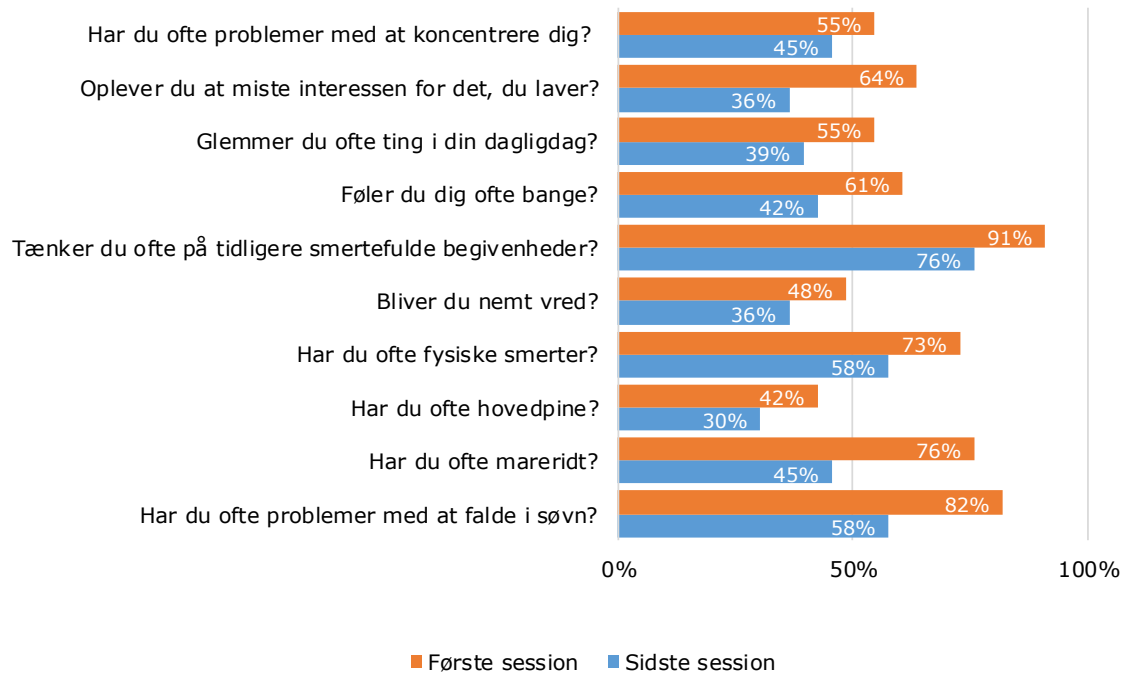


Af **Error! Reference source not found.** fremgår det, at ud af 33 borgere på 18+ år er andelen af borgere i 'lav risiko' for traumer øget med 18 procentpoint. Andelen af borgere i gruppen med 'høj risiko' er faldet med 21 procentpoint. Dermed er gruppen af borgere 18+ år i gruppen 'høj risiko' blevet halveret.

Nedenfor ses udviklingen for hver af de ti spørgsmål, som udgør identifikationsredskabet:

⁷⁰ Flere unge på 13-17 år har besvaret de ti spørgsmål vedrørende indikation på traumer i det sidste år af projektgennemførelsen, idet det på et projektledermøde i slutningen af 2017 blev besluttet, at denne gruppe unge systematisk skulle besvare de ti spørgsmål.

Figur 13: Sammenligning af andelen, der har svaret 'ja' på ti identifikationsspørgsmål ved første og sidste session for borgere 18+ år, der har gennemført og planmæssigt afsluttet en behandling. n: 33



Overordnet viser Figur 13, at samtlige ti identifikationsspørgsmål har udviklet sig i positiv retning fra første til sidste session. De tre spørgsmål, hvor der er sket den største positive udvikling er:

- > "Har du ofte mareridt?": Her er andelen af borgere, der svarer 'ja', faldet med 31 procentpoint.
- > "Oplever du at miste interessen for det, du laver?": Her er andelen af borgere, der svarer 'ja', faldet med 28 procentpoint.
- > "Har du ofte problemer med at falde i søvn?": Her er andelen af borgere, der svarer 'ja', faldet med 24 procentpoint.

Selvom "Tænker du ofte på tidligere smertefulde begivenheder?" er faldet med 15 procentpoint og "Har du ofte problemer med at falde i søvn?" er faldet med 24 procentpoint, er det stadig to af de spørgsmål, som slår mest negative ud ved sidste session, hvor hhv. 76 % og 58 % stadig svarer 'ja'. Dertil kommer, at 58 % svarer 'ja' til, at de ofte har fysiske smerter. Det er dermed de tre spørgsmål, som ser ud til at udgøre borgernes største udfordringer ved behandlingens afslutning.

7.3 Forandringer i den voksne borgers liv

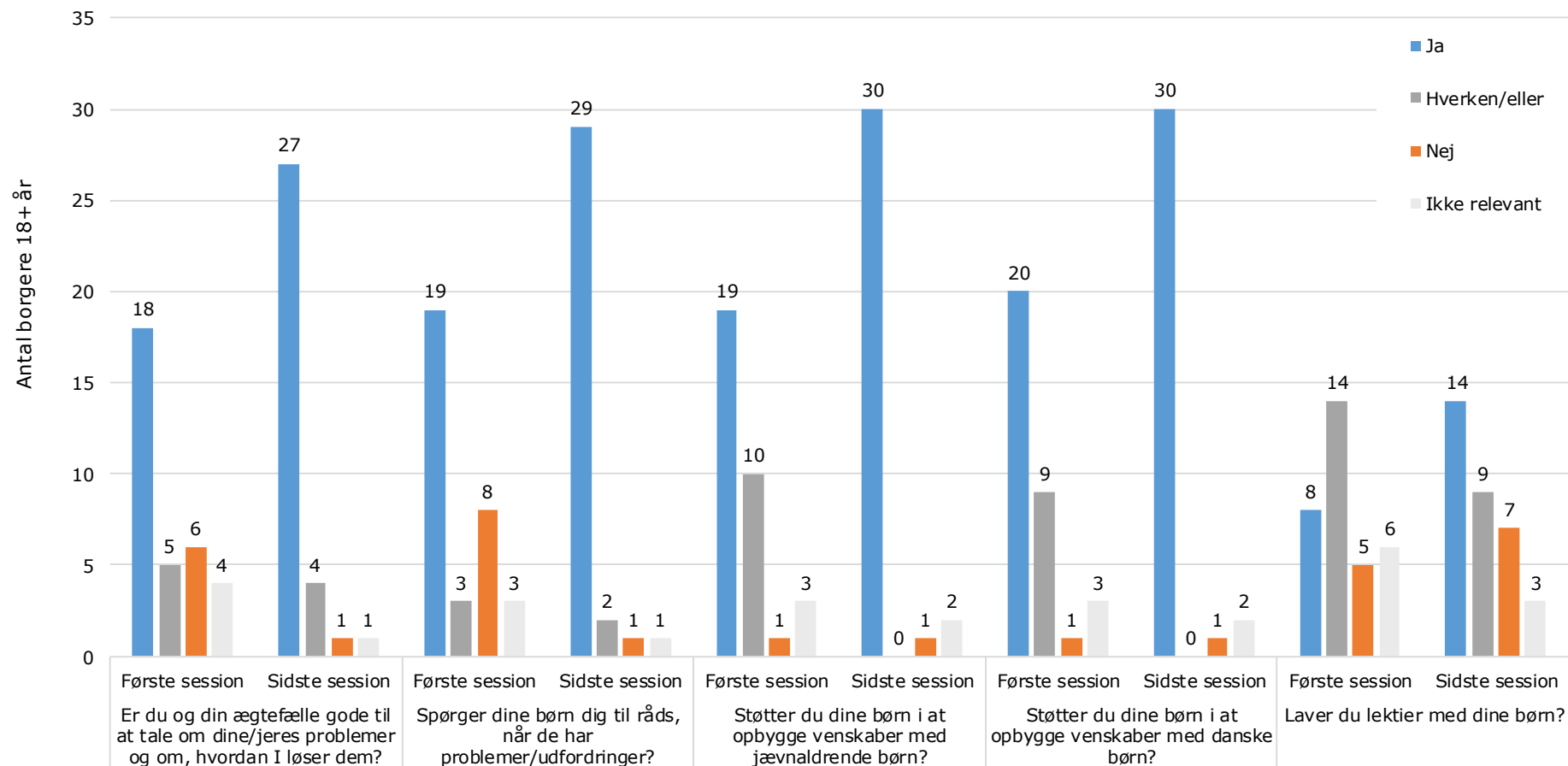
Nedenstående spørgsmål om forandringer i den voksnes borgers liv (18+) er ligeledes blevet besvaret ved første og sidste session af planmæssige afsluttede behandlingsforløb. Antallet af besvarelser er uens for de enkelte spørgsmål, både ved første og sidste session.

Følgende er besvarelser på tre sæt spørgsmål (i alt 13), som er besvaret af 33 voksne. De viser en generel positiv tendens:

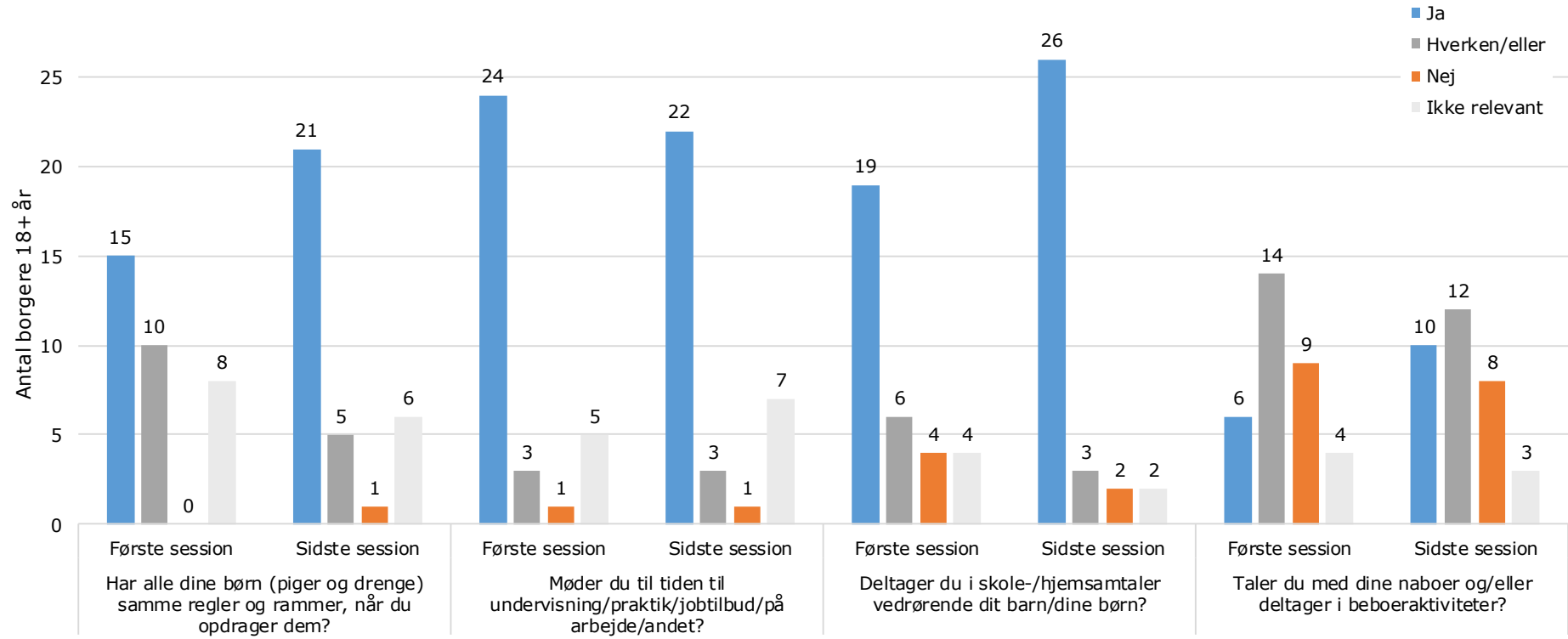
- > Den største positive udvikling har fundet sted vedrørende 'borgernes nære relationer'. De inkluderer spørgsmål om, hvorvidt borgeren 'ofte taler med sin ægtefælle om sine problemer' eller 'taler om problemer med børnene, om de støtter deres børns venskaber'. For disse spørgsmål gælder det, at antallet af borgere, der svarer 'ja', er steget med mellem 9-11 borgere fra første til sidste session. For spørgsmålene "Laver du lektier med dine børn" og "Har dine børn (piger og drenge) samme regler og rammer, når du opdrager dem?" er der sket en mere moderat stigning af borgere, der svarer 'ja', på i alt 6 borgere fra første til sidste session.
- > For de resterende spørgsmål, der vedrører borgerens sociale og hverdagsmæssige situation, inklusive spørgsmål om, hvorvidt borgeren deltager i skole-/hjemsamtaler, naboskab, tilfredshed med bolig, deltagelse i idrætsliv eller fritidsaktiviteter og følelse af fred og ro, er der også sket en positiv, omend for nogle af spørgsmålene moderat, udvikling sted.
- > Der er sket en lille negativ udvikling på spørgsmålet "Møder du til tiden til undervisning/praktik/jobtilbud/på arbejde/andet?". Her er antallet af borgere, der svarer 'ja', faldet med to. Der er ingen udvikling fundet vedrørende spørgsmålet "Indeholder din dagligdag aktiviteter, som interesserer dig og gør dig glad?"

Se Figur 14, Figur 15 og Figur 16 på de næste sider.

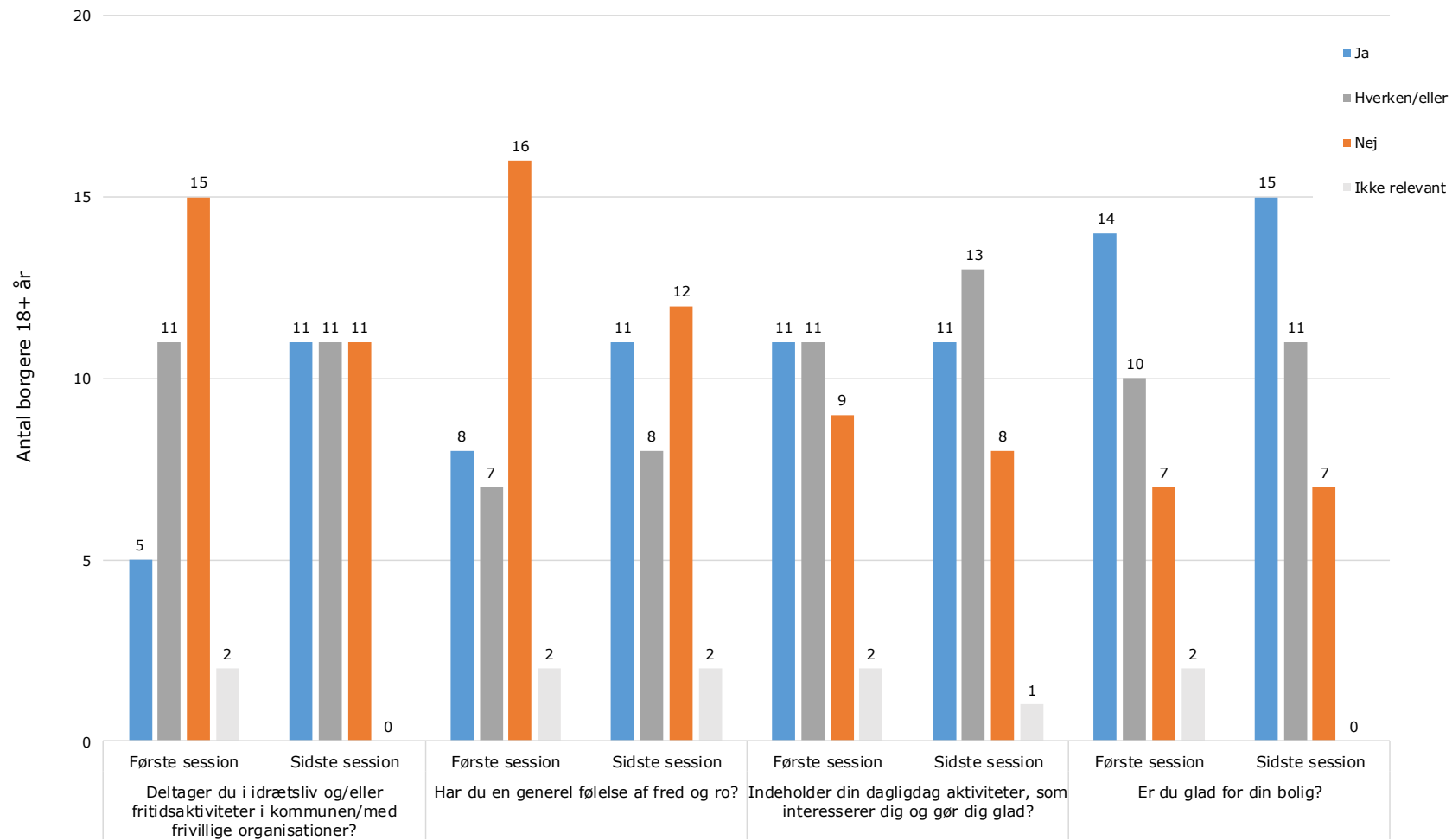
Figur 14: Indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv (I). n: 33



Figur 15: Indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv (II), n: 33



Figur 16: Indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv (III). n: 33



7.4 Uddannelse og beskæftigelse

Data for deltagelse i uddannelse og beskæftigelse er medtaget for at se, om behandlingen kan have bidraget til, at voksne flygtninge er blevet selvforsørgende efter afslutningen af et behandlingsforløb. Rapporteringen er opgjort for gruppen af flygtninge, som var 18+ år ved starten af et behandlingsforløb, og som planmæssigt har afsluttet et behandlingsforløb.

Tabel 11: Status for uddannelse og beskæftigelse for borgere, der var 18+ ved opstart af et behandlingsforløb, og som planmæssigt har afsluttet et behandlingsforløb. n: 83⁷¹

Antal voksne borgere 18+ i uddannelse eller beskæftigelse i november 2018		
Kategorier	Sum	Pct.
Folkeskole, gymnasium, HTX, VUC mv.	7	
Kort eller videregående uddannelse	*	
I alt	8	10
Praktik, jobtilbud, mv. herunder med løntilskud	19	
Deltidsjob med supplerende understøttelse	*	
IGU (integrationsuddannelse)	*	
I alt	22	27
Lønnet arbejde	12	
I alt	12	14
Overførselsindkomst / offentlig forsørgelse	38	
I alt	38	46
Fravalgt offentlig forsørgelse (f.eks. hjemmegående)	*	
Andet (f.eks. fraflyttet kommunen)	*	
I alt	*	3
I alt antal voksne 18+	83	100
Borgerne var 18+ ved opstart af behandlingsforløb og har planlagt afsluttet et behandlingsforløb. Ud af disse borgere, er der borgere, som ikke har udfyldt de ti identifikationsspørgsmål ved planlagt afsluttet behandlingsforløb. Data trukket af jobcentre den 15. november 2018. I Gribskov er data trukket den 30. november 2018.		

Tabel 11 viser, at 10 % er i ordinær uddannelse, 27 % er i gang med en virksomhedsrettet indsats, 14 % i ordinær understøttet beskæftigelse/lønnet arbejde, 46 % er på overførselsindkomst og 3 procent har fravalgt offentlig forsørgelse eller er fraflyttet kommunen.

Med et så begrænset statistisk grundlag er det vanskeligt at sammenligne data med tal på landsplan. Dog kan vi fremhæve, at 14 % er kommet i ordinær be-

⁷¹ Antal under fem vises af diskretionshensyn ikke ifølge datasikkerhedsinstruks.

skæftigelse/lønnet arbejde, mens tallet på landsplan var 36,5 % for flygtninge og familiesammenførte i november 2018.⁷²

Da den deltagende gruppe af traumatiserede flygtninge må antages at være en af de allermest sårbare målgrupper, er det muligt, at indsatsen har løftet denne gruppe så meget, at flere er kommet i uddannelse og beskæftigelse end det ellers kunne have været forventet.

Vi har ikke tal for, hvordan billedet så ud før indsatsen. Men da hovedparten af de deltagende flygtninge lige havde påbegyndt et integrationsforløb, da de startede op i et behandlingsforløb, må vi formode, at de voksne deltagere endnu ikke var i gang med et uddannelsesforløb eller var i beskæftigelse.

7.5 Eksterne faktorer og barrierer

Af interviewene, spørgeskemaundersøgelsen og førmålingen (2016) fremgår det, at der er en række faktorer uden for projektet, som påvirker mulighederne for at opnå de forventede effekter.

De seneste års reformer vedrørende offentlig forsørgelse for flygtninge og regeringens målsætning om, at flygtninge har pligt til at udnytte sine arbejdsmuligheder, har bl.a. bevirket, at kommunerne, ofte i samarbejde med virksomheder, har fået systematisk fokus på, at flygtninge skal blive selvforsørgende.

Det betyder, at jobcentrene, når voksne flygtninge starter i et integrationsprogram, straks skal arbejde for at finde en praktikplads eller anden beskæftigelse eller uddannelse til de pågældende. Det har betydet, på landsplan, at langt flere flygtninge og familiesammenførte end tidligere kommer i praktik eller i beskæftigelse.⁷³ Dette, og fordi der ikke er en kontrolgruppe i projektet, betyder, at det ikke er muligt at vurdere, om behandlingen i sig selv har ført til øget deltagelse i uddannelse og beskæftigelse.

Interviews med behandlere viser på den anden side, at det øgede fokus på beskæftigelsesrettede aktiviteter kan have haft indflydelse på nogle af borgernes udbytte af behandlingen. Flere af behandlerne fortæller, at de oplever, at en borgers/families boligsituation og økonomi kan blokere for traumebehandlingen. En projektleder fortæller: "*Det rammer behandlingen, når bolig fylder i bevidstheden. Når de ikke kan få bolig eller ikke har råd.*" (Horsens).

Flere borgere udtaler også, at de oplever pres fra kommunens side, som de ikke føler, de kan leve op til i forhold til at deltage i traumebehandlingen - sideløben-

⁷² Jobindsats.dk. Udlændingeregisteret, EstherH, CPR-registeret, DetailCOR (e-indkomst), november 2018.

⁷³ www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=29335/2.kvt.2017; <https://bm.dk/nyheder-presse/nyheder/2018/07/markant-flere-flygtninge-er-kommet-i-beskaeftigelse-med-hjaelp-fra-virksomhedspartnerskab> 2.7.2018; integrationsbarometer.dk/aktuelt/ December 2018; <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=193999#id22338da2-e3ff-4f8f-b552-90f7966c7d8b> Kap 5 om "Pligt til at udnytte sine arbejdsmuligheder".

de med sprogskole og praktik eller uddannelse. En far fortæller: "*Hvis hun [behandleren] skal gøre det frugtbart, og vi er presset på andre fronter, så lykkes familiebehandlingen ikke. Så længe jeg ikke kan få de andre ting, jeg har brug for, så lykkes det ikke her. Jeg sagde fra starten: Hvis ikke I gør noget ved vores sociale- og arbejdsmarkedsproblematikker, hvis ikke det bliver gradvist bedre, så kommer behandlingen ikke til at hjælpe.*" (Greve).

En behandler i Frederikshavn Kommune fremhæver, at de problemer, borgerne har, også kan være udtryk for eksilstress eller en hård asylansøgningsperiode og ikke nødvendigvis er traumer, der kan behandles. Mange af borgerne i projektet er kommet i behandling kort tid, efter at de har fået asyl. Det gør, at de ved behandlingens start endnu ikke har haft tid til at finde sig til rette i Danmark. Derfor springer nogle fra, fordi de får det bedre, når de har haft lidt tid i landet, mens andre først er klar til at få behandlet deres traumer, når der er kommet styr på bolig og økonomi.

Borgere og behandlere fortæller, at det kan være en udfordring, at der er tolk inde over af forskellige årsager. Et aspekt af dette er den tid, det tager at tolke, som gør, at der ikke er nok tid til behandlingen. En anden udfordring er, at det nogle gange kan være svært at få den rigtige relation mellem borgere og behandlere, når kommunikationen går gennem en tolk. Det kan påvirke behandlingsresultatet.⁷⁴

Der er også eksempler på, at der under behandlingen sker voldsomme fald i en borgers ORS som konsekvens af begivenheder i hjemlandet eller dødsfald i familien (se afsnit 6.3.3).

7.6 Årsager til at afslutte et behandlingsforløb

Behandlere har i 18 sager i FIT noteret en eller flere årsager til, at lukke et behandlingsforløb, herunder angivet årsager til, at borgere har valgt ikke at fuldføre et behandlingsforløb. Der er i alt 21 årsager noteret i FIT, som fordeler sig således:⁷⁵ I otte sager er borgere stoppet, fordi de manglede motivation til at fortsætte behandlingen, eller fordi familiemedlemmer ikke ønskede at deltage; tre er stoppet på grund af sygdom eller lignende; i to sager er borgere stoppet, fordi de i stedet deltog i andre indsatser eller uddannelse; i to sager er de stoppet på grund af, at et barn er blevet anbragt; i to sager søgte borgeren kun praktisk støtte; i en sag er de stoppet på grund af tegn på re-traumatisering; i en sag, fordi der var problemer med tolkningen; i en sag, fordi vedkommende ikke fik udbytte af behandlingen; og i en sag, fordi vedkommende blev varetægtsfængslet.

Se Bilag C for en oversigt.

⁷⁴ Dette fremgår også af 'Førmåling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge', for SIRI, COWI, 5.7.2016

⁷⁵ Der er ved enkelte sager noteret flere årsager, som har ligget til grund for, at borgeren er stoppet i behandlingen.

Derudover ved vi fra interviews, at nogle borgere stopper, fordi de har fået et positivt udbytte af 2-3 møder med en sagsbehandler eller en behandler og derefter ikke har haft behov for at gennemføre et behandlingsforløb.

8 Forankring efter projektophør

8.1 Forankring

Interviewene med ledere og projektledere viser, at der er bred opbakning blandt deltagerkommunerne til, at traumebehandling for traumatiserede flygtninge efter projektophør den 31. december 2018 fortsat skal være en del af kommunernes tilbud. Kommunerne har derfor allerede arbejdet med eller er i gang med at undersøge, hvordan projektet kan videreføres og integreres i den daglige drift.

For alle fire kommuner gælder, at der fra projektstart har været stor ledelsesopbakning fra kommunaldirektør, kommunalbestyrelse og den daglige ledelse.⁷⁶ Dertil kommer, at der er bred opbakning fra de forskellige enheder og institutioner i kommunerne (børne-, familie-, behandlings-, jobcentre, institutions- og skoleområder, mfl.) til indsatsen og til, at projektet fortsætter.

Flere gruppeinterviews med behandlere og projektledere peger på, at de introducerede behandlingsmetoder (I-NET og Model Hel Familie) med stor fordel kan anvendes i forhold til andre grupper af borgere, der tilbydes behandling, f.eks. borgere, der får sygedagpenge, veteraner og andre målgrupper, der før har manglet tilbud til. Desuden peger flere på, at disse indsætter og redskaber også har et forebyggende potentiale. En behandlergruppe karakteriserer det således: *"Fagligheden [i Model Hel Familie] er meget høj, og de har samlet det godt, og der er flerfaglighed i metoderne. Vi arbejder med at skrive metoderne om til almenområdet ved at tage to specifikke traumekapitler ud, som vi kan anvende i den almindelige familiebehandling."* (Gribskov).

I Frederikshavn har indsatsen fra projektstart været integreret i den daglige ledelse og drift. Her er projektet, ifølge projektleder, blevet valgt som *"Et eksemplarisk tiltag til Store Lederdag, hvor Direktionen har valgt projektet som et eksemplarisk eksempel på tværfaglighed."*

⁷⁶ Førmåling: Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, for SIRI, COWI, side 30, 5.7.2016; samt noter fra interviews.

I Greve er Model Hel Familie nu integreret i indsatsviften, hvor behandlerne trækker på metoderne ad hoc i behandlingen af alle borgere – danske såvel som flygtninge. Det er ikke klart, om en særlig behandlingsindsats for traumatiserede flygtninge vil fortsætte efter projektophør.

I Gribskov er procedurer og metoder for traumebehandlingen skrevet ind i jobcentrets håndbøger og er tilgængelige på Børn og Families intranet. Derudover arbejder man med at få de i projektet udviklede behandlingsmetoder integreret i kommunens indsatsvifte og systemer, hvor man også anvender dele af metoderne på majoritetsetniske familier.

I Horsens er ledelsen i gang med at vurdere, hvordan behandlingen kan integreres i kommunens øvrige arbejdsprocesser, herunder hvordan projektets mødeformer kan tilpasses den daglige drift. Det er besluttet, at fremtidige flygtningesager, der vedrører traumer, vil blive henvist til familiebehandlingen.

Greve, Gribskov og Horsens kommuner er desuden, i forskellig grad, ved at udbrede brugen af FIT til andre behandlingsindsatser. I Greve har kommunaldirektøren og borgmesteren vist særlig interesse for FIT, og har "*været henede, hvor vi har vist dem FIT*" (Leder af Greve Familiecenter). I Horsens har de besluttet at implementere FIT, men i en anden version (FIT-Outcome), bredt i kommunen. Frederikshavn forventer fortsat at gøre brug af FIT, men det er ikke formelt besluttet (den 10.12.2018).

8.2 Udfordringer

Alligevel er der bekymring at spore i interviews med flere projektledere i forhold til, om indsatsen kan videreføres på nuværende niveau. Det drejer sig om følgende:

Finansiering: I og med at antallet af nytilkomne flygtninge er faldende, vil finansieringsgrundlaget i kommunerne blive mindre over tid, f.eks. ophører den statslige finansiering af § 11 stk. 3 og § 52 af forløb for flygtninge, jf. servicelovens § 181 stk. 2, tre år efter opholdstilladelsen bliver givet. Desuden er der en tendens til, at kommunerne fokuserer på nytilkomne flygtninge og ikke på flygtninge, der har været i landet i længere tid, fordi der her er mulighed for at hente finansiering.

Projektleder/nøglepersoner i indsatsen: Der er i nogle kommuner usikkerhed om, hvorvidt opmærksomheden på behandlingsindsatser for traumatiserede flygtninge fortager sig, hvis der ikke længere er ansat en projektleder, som aktivt sikrer opmærksomhed på indsatsen. Ifølge interviews med projektledere og behandlere, som har været finansieret under projektet, er det usikkert, om de kan fortsætte efter projektophør. Desuden er der andre medarbejdergrupper, som f.eks. integrationsmedarbejdere, der, som følge af faldende finansiering til flygtninge, muligvis ikke vil fortsætte i deres funktioner. Dette kan betyde, at nogle af de i projektet erhvervede erfaringer kan gå tabt.

Identifikation: Langt færre flygtninge starter i dag i integrationsforløb, end da projektet startede. Da det samtidig har vist sig vanskeligt at komme i kontakt med flygtninge, når integrationsperioden på max fem år er ophørt, er det er blevet vanskeligere at identificere flygtninge, der viser tegn på traumer.

Identifikationsredskabet: Det kan over tid blive vanskeligt fortsat at anvende identifikationsredskabet, hvis der ikke længere er ansat specialiserede medarbejdere i jobcenteret eller en projektleder, som har varetaget denne funktion. Dette er en udfordring, da det fortsat vil være relevant fortsat at anvende identifikationsredskabet.

9 Konklusioner

9.1 Baggrund og formål

Styrelsen for International Rekruttering og Integration udmeldte i 2015 en åben ansøgningspulje til kommunerne for gennemførelse af et modelprojekt for behandling af traumatiserede flygtninge. På baggrund af en ansøgningsrunde blev Frederikshavn, Greve, Gribskov og Horsens kommuner valgt til at indgå i projektet.

Formålet med projektet var at styrke arbejdet med traumatiserede flygtninge, herunder sikre en sammenhængende og virkningsfuld indsats over for målgruppen af flygtningefamilier, børn og unge samt voksne enlige.

Projektet indeholdt fem indsatser:

- > Udvikling af redskaber til opsporing og identifikation af flygtninge, der viser tegn på traumer.
- > Implementering af en tværfaglig samarbejdsmodel i deltagerkommunerne
- > Behandling gennem opkvalificering af eksisterende behandlingstilbud i familiecentre til også at omfatte flygtninge samt afprøvning af to nye behandlingsmetoder.
- > Implementering af et evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab.
- > Løbende registrering af data i kommunerne med henblik på effektmåling.

Hovedparten af de deltagende flygtninge kommer fra Syrien og deltager i et integrationsprogram. Projektet er gennemført over en treårig periode (2016-2018).

9.2 Relevans

Det har været relevant at gennemføre projektet af flere grunde: i) Der lever et større antal flygtninge i Danmark, som formodes at være traumatiserede. ii) Ved projektstart havde kun 1/5 af landes kommuner udarbejdet retningslinjer for behandling af traumatiserede flygtninge. iii) Der findes ikke en systematisk landsdækkende indsats for traumatiserede flygtninge. iv) Der mangler dokumentation for, hvilke behandlingsmetoder, der giver resultater. v) Der mangler

dokumentation for, hvordan effekten kan dokumenteres i relation til målgruppen af flygtninge.

9.3 Datagrundlag og metoder

Datagrundlaget bygger på 324 registrerede flygtninge, som har været igennem en første screening. Heraf er 91 ikke blevet indstillet til at starte op eller er ikke mødt op til første behandlingsmøde. Herefter er der 233, som er mødt op til første behandlingsmøde og 148, som har fortsat behandlingen efter fire behandlingssessioner. I alt har 33 voksne og to børn 13-17 år gennemført et planmæssigt afsluttet behandlingsforløb, som har gennemført et planmæssigt afsluttet behandlingsforløb og besvaret ti identifikationsspørgsmål ved opstart og afslutning af et forløb. At tallet for afsluttede forløb ikke er højere, skyldes en jævnt faldende kurve for frafald, eller at kommunerne ikke har været systematiske i deres registrering af data.

Der er ved slutevalueringen trukket data fra FIT-databasen, gennemført interviews med 23 ledere, projektledere, myndighedspersoner, integrationsmedarbejdere, behandlere og borgere og fremkommet 19 besvarelser på spørgeskema udsendt til behandlere.

Der har været metodiske udfordringer med dataindsamlingen til evalueringen, som skyldes uregelmæssigheder i den indtastede data og forskellige måder at indhente data på i kommunerne. Det peger på, at der ikke har været systematisk kvalitetskontrol af data i alle deltagerkommunerne. Datagrundlaget for evalueringen er derfor mindre end forventet.

Unge og børn har i lavere grad end voksne scoret i ORS og SRS, ligesom unge i interviews havde vanskeligt ved at udtrykke sig om behandlingen. Samtidig er der data og interviews, som peger på, at det var vanskeligt for behandlere mfl. at finde tid til at indhente og registrere den relativt store mængde data, som projektet krævede.

Der er ikke nogen kontrolgruppe for projektet. Den udvikling, som svarene indikerer, kan dermed skyldes andre faktorer end behandlingen, f.eks. at borgere deltager i integrationsprogram, jobtilbud og uddannelse.

9.4 Opsporings-, identifikations- og samarbejdsmodel

I alt har 71 myndighedspersoner og 314 frontmedarbejdere opbygget kompetencer til at opspore og identificere tegn på traumer hos flygtninge og deres børn, ligesom myndighedspersoner er blevet i stand til at inddrage viden fra relevante aktører og forvaltninger i sagsbehandlingen. Tre kommuner har etableret og en kommune har videreført en velfungerende tværfaglig samarbejdsmodel, som alle er forankrede i beskæftigelses- og socialforvaltningerne.

Nogle kommuner har haft vanskeligt ved at rekruttere flygtninge. Det skyldes, at nogle kommuner har modtaget få flygtninge i integration, at flygtninge udenfor integration er vanskelige at identificere, at deltagerne ikke har haft positiv erfaring med at søge hjælp hos myndigheder, at de frygter at få tvangsfjernet et barn, eller at det, de siger i behandlingen, bliver kendt i deres netværk.

Dermed har projektet organisatorisk været en succes på alle parametre på nær de, som er uden for kommunernes kontrol.

9.5 Behandlingsmetoder og dialogværktøj

Der er introduceret to nye behandlingsmetoder i projektet, hhv. I-NET, udviklet af Dansk Flygtningehjælp, og Model Hel Familie, udviklet af Oasis. Behandlingsmetoderne er blevet afprøvet i hhv. Frederikshavn og Horsens og i Greve og Gribskov kommuner. Flertallet af projektledere, behandlere mfl. har været yderst tilfredse med kompetenceopbygningen og gennemførelsen af de to behandlingsmetoder, men der er også enkelte forbehold.

Der er en del sammenfald mellem de anvendte redskaber og (del)metoder i I-NET og Model Hel Familie. De to metoder er således lige anvendelige i forhold til projektets formål om at behandle traumatiserede flygtninge. Dette gælder også, da det ikke har været muligt at dokumentere forskelle i effekt på de to metoder.⁷⁷

Det har været en styrke, at behandlerne har været med til at give input til de to metodemanualer og har kunne påvirke processerne med at udforme behandlingsforløbene i dialog med hhv. Dansk Flygtningehjælp og Oasis.

Udover de to metoder er behandlerne blevet opkvalificeret i at bruge det evidensbaserede dialog- og evalueringsredskab FIT. Flertallet af behandlerne var meget tilfredse med efteruddannelsen i FIT. Det ville dog have været nyttigt, hvis der i undervisningen havde været fokus på, at behandlerne skulle anvende flere metoder og ikke blot FIT. I et fremtidigt forløb vil det dertil være hensigtsmæssigt, hvis forløbet bliver tilrettelagt, så det ligger tæt på identifikation af borgere samt med en opfølgende undervisning, når behandlerne har fået erfaring i praksis.

Behandlerne har været yderst glade for brugen af FIT, særligt som dialogværktøj. Dog er nogle behandlere mere tilfredse med brugen af ORS (fire spørgsmål om borgerens trivsel) end med brugen af SRS (fire spørgsmål om borgerens relation til behandleren og behandlingsmetoden). 85 % af behandlerne er enige i, at ORS er et nyttigt værktøj, mens tallet er 74 % for SRS. Særligt i behandlingen af voksne er der enighed om, at ORS bidrager til en konstruktiv samtale.

⁷⁷ Datarapport 2, Evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, data trukket den 16-17 november 2017, COWI, version 03.

Ved projektstart blev det anbefalet, at kommunerne anvender ICS (Integrated Children's System) og VUM (Voksenudredningsmetoden) som hhv. udredningsværktøj og til at sætte mål for behandlingen. Greve og Horsens anvendte ICS systematisk før projektstart, mens de to andre kommuner ikke har anvendt ICS. Greve har udarbejdet en light-udgave af VUM, mens de tre andre kommuner finder, at VUM-metoden er for omfattende.

Alligevel har behandlere, særligt i to kommuner, haft en oplevelse af, at der er blevet introduceret for mange nye metoder på én gang i projektet. Det har gjort det vanskeligt at udvise metodefidelitet og at anvende metoderne i deres fulde omfang. I en kommune påpeger behandlergruppen, at der er overlap mellem spørgsmål i behandlingsmetoderne og i ORS. Det har i flere tilfælde medført, at dialogen med borgere har været udfordrende, da enslydende spørgsmål, der åbnede for en vanskelig dialog, har skullet stilles to gange.

9.6 Resultater fra effektmåling

9.6.1 De ti identifikationsspørgsmål

Effekten af behandlingen kommer mest præcist til udtryk gennem besvarelser af de ti identifikationsspørgsmål, som måler på borgernes oplevelse af ti konkrete tegn på traumer ved opstarten og afslutningen af et behandlingsforløb.

I gruppen af 33 voksne flygtninge, der planmæssigt har afsluttet et behandlingsforløb, er der sket væsentlige forbedringer i deres velbefindende. Andelen med 'høj risiko for at være traumatiserede' er blevet halveret. Andelen af flygtninge i 'lav risiko for traumer' er samtidig øget med 18 procentpoint.

Svarene på de ti identifikationsspørgsmål har alle udviklet sig i en positiv retning fra første til sidste session. De tre spørgsmål, hvor der er sket den største positive udvikling er "Har du ofte mareridt?"; "Oplever du at miste interessen for det, du laver?" og "Har du ofte problemer med at falde i søvn?". Her er andelen af borgere/flygtninge, som oplever disse symptomer, faldet med hhv. 31, 28 og 24 procentpoint.

De tre spørgsmål, som slår mest negativt ud ved sidste session, er "Tænker du ofte på tidligere smertefulde begivenheder?"; "Har du ofte problemer med at falde i søvn?"; og "Har du ofte fysiske smerter". Det peger på, at disse spørgsmål udgør de deltagende flygtninges største udfordringer, som det er vanskeligt at gøre noget ved i behandlingen.

9.6.2 Indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv

13 indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv, besvaret af 33 voksne, viser en generel positiv udvikling. Den største udvikling har fundet sted i borgernes nære relationer, herunder at borgere oftere 'taler med sin ægtefælle om sine problemer', 'bliver spurgt til råds af sine børn, hvis de har problemer' og i højere grad 'støtter deres børns venskaber'. Ved disse spørgsmål er antallet af

borgere, der svarer 'ja', steget med mellem 9-11 borgere fra første til sidste session.

9.6.3 ORS og SRS

Det kan være vanskeligt at tolke aggregerede ORS-scores, da de kan have store udsving affødt af begivenheder uden for borgerens kontrol. F.eks. hvis en slægtning er blevet dræbt i krig. Blandt behandlere er der tvivl om tolkningen af både ORS- og SRS-scorer, da flere mener, at de i nogle tilfælde afspejler borgerens formål med at indgå i behandlingen, f.eks. hvis en borger har behov for at få hjælp til at finde en bolig, eller hvis de frygter at få tvangsfjernet et barn. Desuden kan en selvbedømmelse være misvisende. I disse tilfælde scorer en borger måske højere eller lavere, end det kunne have været forventet.

I nogle tilfælde beder behandlerne derfor en forælder, lærer, ægtefælle eller andre med kendskab til borgeren om at lave en parallelbedømmelse i ORS. Dette hjælper behandleren til at få et mere realistisk billede af, hvordan borgeren har det.

Det er med disse forbehold, at nedenstående resultater præsenteres:

- > Antallet af borgere, som lå over ORS cut-off efter ti målinger er øget med i alt otte personer. Således har tre voksne, to 13-17-årige og tre 6-12-årige fået et almindeligt niveau for trivsel efter deltagelse i behandlingsforløbet.
- > Ved behandlingens start lå 12 voksne, tre 13-17-årige og seks 6-12-årige allerede over cut-off. Det relativt høje antal borgere, der fra start lå over cut-off kan afspejle, at familiemedlemmer, der ikke er traumatiserede, indgår i behandlingsforløb. Det kan også være en forklaring på, at det kun har været muligt at rykke en mindre gruppe over cut-off.

ORS-scorer for de tre aldersgrupper viser, at de deltagende borgeres trivsel er forblevet status quo eller er forbedret efter behandlingsforløb på mindst ti ORS-målinger. Det gælder således, at ORS-scorerne fra første til tiende måling for:

- > 23 voksne er steget på tre ud af fire parametre med mellem 0,14 til 1,44 point. En er faldet med 0,03 point. Der er samtidigt sket et fald på mellem 0,35-0,66 på samtlige parametre fra ottende til tiende måling. Det kan peges på, at behandlingen har størst effekt, hvis den afsluttes efter ottende session.
- > Syv børn mellem 13-17 år har oplevet en stigning på samtlige parametre på mellem 0,03 og 1,11 point.
- > Ti børn mellem 6-12 år har oplevet en stigning på samtlige parametre på mellem 0,62 til 2,14 point.

SRS-scorerne viser, at der samlet set er sket en positiv udvikling på de fire parametre henholdsvis med 1,62 point for voksne 18+ årige, 3 points for 13-17-

årige og 0,9 points for de 6-12-årige. Samlet set er det de ni 6-17-årige, der scorer højst.

SRS-scoringerne viser også, at de 22 voksne flygtninge i gennemsnit ligger under SRS cut-off. Dette kan formentligt forklares ved, at der er tale om en særdeles sårbar gruppe, hvilket stemmer overens med den tilgængelige forskning på området.

For de fire 13-17-årige og fem 6-12-årige er SRS-scoringerne sammenlagt på eller over cut-off ved første session (hhv. 36 og 37,7) og har bevæget sig yderligere over cut-off med henholdsvis 3 og 0,9 points ved tiende session. Det kunne peges på, at denne gruppe børn er mindre traumatiserede end den voksne gruppe.

De aggregerede data peger også, trods forbeholdene, på, at der er en sammenhæng mellem en positiv udvikling i borgernes relation til behandleren (SRS-scores) fra første til tredje måling og et positivt udbytte (ORS-scores) af et behandlingsforløb:

- > De aggregerede data viser, at stigende SRS-scores fra første til tredje måling har resulteret i en samlet positiv udvikling i ORS-scores fra første til tiende måling (for voksne 1,14 point, for børn 2,31 point).
- > Modsat fører aftagende SRS-scores fra første til tredje måling til en samlet negativ udvikling i ORS-scores fra første til tiende session (for voksne på -1,33 point, for børn på -0,86).
- > Resultaterne er i overensstemmelse med forskning, der konkluderer, at hvis SRS-scoren er aftagende ved de første behandlinger, bør behandlingen revideres eller ophøre, eller borgerne bør få tildelt en anden behandler. Det har vist sig vanskeligt at følge denne anbefaling i kommunerne.
- > Det kan konkluderes, at en god relation til behandleren er en forudsætning for et godt behandlingsresultat.

9.6.4 Uddannelse og beskæftigelse

Data for deltagelse i uddannelse og beskæftigelse ved afslutningen af et behandlingsforløb viser, at 10 % var i ordinær uddannelse, 27 % i gang med en virksomhedsrettet indsats, 14 % i ordinær understøttet beskæftigelse/lønnet arbejde, mens 49 % var på overførselsindkomst (46 %) eller havde fravalgt offentlig forsørgelse eller var fraflyttet kommunen (3 %).

Hvis vi sammenligner med data på landsplan, var 14 % af de deltagende flygtninge kommet i ordinær beskæftigelse/lønnet arbejde ved projektafslutning, mens tallet på landsplan var 36,5 % for flygtninge og familiesammenførte.

Da den deltagende gruppe af traumatiserede flygtninge må antages at være en af de allermest sårbare målgrupper, er det muligt, at indsatsen har løftet denne gruppe så meget, at flere er kommet i uddannelse og beskæftigelse end det ellers kunne have været forventet.

9.7 Årsager til ophør af behandling

Der er ikke dokumentation for frafald ved forløb, der ikke er planmæssigt afsluttede, ligesom det ikke er alle forløb, der er gennemført ved slut-evalueringen. Ved de 22 forløb, hvor sagsbehandleren har angivet årsagen til frafald før et planmæssigt afsluttet forløb, er det primært angivet, at frafald skyldes manglende motivation og sygdom og, i to tilfælde, anbringelse af et barn, eller, ifølge to interviews, at borgere har fået et positivt udbytte af 2-3 møder med en sagsbehandler eller en behandler og derefter ikke har haft behov for at gennemføre et behandlingsforløb.

9.8 Forankring efter projektophør

Der er opbakning blandt deltagerkommunerne til, at de to behandlingsmetoder efter projektophør fortsat skal være en del af kommunernes tilbud til traumatiserede flygtninge og, i nogle kommuner, til borgere generelt. Kommunerne er i gang med at undersøge, om og hvordan behandlingen kan videreføres i den daglige drift. Der er dog ingen kommuner, hvor den konkrete, videre forankring er fastlagt ved evalueringens afslutning.

Deltagerkommunerne forventer at gøre brug af FIT efter projektophør, og flere er i forskellig grad ved at udbrede brugen af FIT til andre behandlingsindsatser.

Kommunerne har samtidig udfordringer i forhold til at forankre projektet. De inkluderer tab af specialiserede medarbejdere, herunder projektledere for projektet, finansiering af traumebehandling og udfordringer med at identificere traumatiserede flygtninge, der ikke indgår i integrationsforløb.

Bilag A Identifikationsværktøj og FIT

A.1 Identifikation af flygtninge med traumer

I projektet identificeres mulige traumatiserede flygtninge til behandling gennem et identifikationsværktøj oprindeligt kaldet "The Protect Questionnaire". På dansk oversat til de ti identifikationsspørgsmål eller traumespørgsmål. Værktøjet er udviklet i et samarbejde mellem syv europæiske rehabiliteringscentre for torturofre.⁷⁸ Det anbefales bl.a. af EU til screening af asylansøgere for traumer og anvendes af førende rehabiliteringscentre i hele verden i forbindelse med screening til behandling af flygtninge.⁷⁹

Identifikationsværktøjet består af ti spørgsmål, som tilsammen indikerer, om en flygtning eller borger kan formodes at være traumatiseret. Borgerne bliver spurgt om, hvorvidt de ofte har problemer med 1) koncentration, 2) mister interessen for det, de laver, 3) glemmer ting, 4) følger sig bange, 5) tænker på smertefulde begivenheder, 6) nemt bliver vred, 7) ofte har fysiske smerter, 8) hovedpine, 9) mareridt, eller om de 10) ofte har problemer med at falde i søvn.

Spørgsmålene besvares med et 'ja' eller 'nej'. Antallet af spørgsmål besvaret med 'ja' giver en score, der indikerer risikoen for traumer. Således indikerer 0-3 spørgsmål besvaret med ja 'lav risiko', 4-7 indikerer 'mellem risiko' og 8-10 besvaret med ja indikerer 'høj risiko'.

Der er således ingen skarpt defineret cut-off-line for identifikationsspørgsmålene. I stedet foreskriver værktøjet, at der er behov for behandling ved 'mellem og 'høj risiko', men at en 'lav' risiko ikke udelukker, at en borger kan være i risiko for at udvikle traumer. Borgere, hvis score indikerer 'lav risiko' for traumer, kan altså også blive tilbudt et behandlingsforløb i nærværende projekt.⁸⁰ Det kan f.eks. være, hvis der deltager en mor og en far i et projekt, hvor det typisk er faren, der er traumatiseret, f.eks. på grund af deltagelse i krig eller fængselsophold.

I dette projekt skal de ti identifikationsspørgsmål besvares to gange af de voksne borgere: i) ved identifikation og ii) ved planmæssig afslutning af et behandlingsforløb.⁸¹ Således kan identifikationsspørgsmålene også anvendes som indikatorer og måle udviklingen i behandlingen.

⁷⁸ Tidlig identifikation af flygtninge med traumer. Deloitte og Udlændinge-, Integrations- og Boligministeriet, 2016.

⁷⁹ <http://protect-able.eu/wp-content/uploads/2013/01/protect-questionnaire-english.pdf>

⁸⁰ Tidlig identifikation af flygtninge med traumer. Deloitte og Udlændinge-, Integrations- og Boligministeriet, 2016.

⁸¹ Dataindsamling i kommunerne til brug for evaluering af modelprojekt for traumatiserede flygtninge, Final Godkendt af SIRI, 3.8.2016, side 1.

A.2 Feedback-Informed Treatment (FIT)

Feedback-Informed Treatment (FIT) anvendes inden for familie- og individuel behandling, bl.a. af psykiske lidelser, rådgivning mv. Målgruppen er børn over seks år, unge og voksne.⁸² FIT er udviklet af Scott D. Miller og Barry L. Duncan⁸³ og er valideret gennem randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), godkendt af den amerikanske organisation SAMSHA.⁸⁴ FIT er udbredt i mange OECD-lande, inklusive Danmark, hvor det skønnes, at FIT anvendes af over 20 % af kommunerne⁸⁵, af private firmaer, som f.eks. Falck, og af den private organisation Dignity i behandlingen af asylansøgere og flygtninge. Dog er det begrænset, hvor meget forskningslitteratur der findes om brugen af FIT i behandlingen af flygtninge.⁸⁶

FIT er både et instrument til måling af en borgers velbefindende (ORS) og et dialogværktøj for behandleren og dennes klient om deres relation/alliance (SRS).

En vigtigt formål for anvendelse af FIT, er ifølge Manual 4, at en ringe terapeutisk alliance og mangel på tidlig positiv udvikling i en borgers trivsel i løbet af de første få sessioner er klare indikatorer for, at et positivt resultat af behandlingen vil udeblive.⁸⁷ Tommelfingerreglen blandt behandlere er derfor, at et behandlingsforløb bør justeres eller afsluttes, hvis der ikke finder en positiv udvikling sted på begge parametre efter tre til fem behandlinger.

Omvendt siger teorien, at hvis der er en god relation/alliance mellem borger og behandler, er der større sandsynlighed for, at der vil ske en positiv udvikling i borgerens trivsel.⁸⁸

For både ORS og SRS scorer borgerne i dette projekt på en iPad eller en PC med en visuel touch ved brug af tal eller smileys, på henholdsvis voksen- og børne-

⁸² <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-voksne-og-handicap/om/feedback-informed-treatment-fit>

⁸³ The Partners for Change Outcome Management System, Miller et al, 2005

⁸⁴ SAMSHA er en amerikansk organisation, der står for at anerkende evidensbaserede forsøg og praksis, 2012. <https://nrepp.samhsa.gov/Legacy/ViewIntervention.aspx?id=249>

⁸⁵ Se f.eks. manual udarbejdet af Københavns Kommunes Socialforvaltning (SOF). FIT Håndbog: En guide til implementering af FIT i SOF, 2017.

⁸⁶ Therapeutic Alliance with Traumatized Refugees and Asylum Seekers in relation to Treatment Change, M. Douma, Dept. Psychology, Social and Behavioral Sciences, Utrecht University, The Netherlands, July 31, 2013

⁸⁷ "A poor therapeutic alliance and a lack of early positive change in well-being in the first few sessions of therapy have both been shown to predict a poor therapy outcome and this is one of the chief reasons for tracking the quality of wellbeing and alliance." Manual 4 Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. ICC Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT), Bob Bertolino and Scott D. Miller, ICCE, 2012.

⁸⁸ "A good alliance instrument will have data showing some predictive validity for future clinical outcomes as well as a strong correlation with similarly constructed alliance instruments." Ibid.

skemaer. I nogle tilfælde scorer borgerne, så vidt vi ved, på en papirversion, hvor behandleren (eller en assistent) derefter indsætter scoren elektronisk.⁸⁹

A.3 Outcome Rating Scale (ORS)

Outcome Rating Scale (ORS)⁹⁰ er udviklet for at give terapeuten feedback på, om borgeren trives i hverdagen, og kan desuden være udtryk for effekten af et behandlingsforløb. Dvs. at ORS er en indikator for, om behandlingen bidrager til, at borgeren trives bedre (eller dårligere) fra session til session. Derimod måler ORS ikke en reduktion af bestemte symptomer⁹¹, som de ti identifikations-spørgsmål har vist sig at kunne gøre.

ORS udfyldes af borgeren i starten af en session og måler på fire punkter vedrørende borgerens trivsel. Her måles på fire parametre, hvor borgeren skal angive en score mellem 1-10 (hvor ti er bedst): i) Individuelt; ii) Nære relationer; iii) Socialt; og iv) Generelt.

Den kliniske cut-off-værdi for ORS er 25 for voksne, 28 for 13-17-årige, og 32 for 6-12-årige. Eksempelvis vil voksne borgere med en ORS på over 25 regnes for at have et normalt niveau af trivsel. Cut-off-skalaen går fra 0-40 og er et udtryk for den samlede ORS-score, hvor tal for de fire parametre for ORS på skalaen fra 1-10 lægges sammen.⁹²

ORS kan, i sammenhæng med supplerende data, danne udgangspunkt for at måle, om der kan spores en langsigtet effekt af behandlingen på en borgers trivsel, hvis denne måles igen om et år, efter at behandlingen er ophørt. En sådan måling indgår imidlertid ikke i denne evaluering.

A.4 Session Rating Scale (SRS)

SRS, som samtidig er et dialogværktøj, måler på den overordnede udvikling i en borgers relation til behandleren og behandlingsmetoden. SRS udfyldes i slutningen af hver session og måler på fire parametre, hvor borgeren skal angive en score mellem 1-10 (hvor ti er bedst): i) Relation til behandleren; ii) Mål og emner; iii) Tilgang eller metode; iv) Generelt.⁹³

⁸⁹ Sidstnævnte er dog som udgangspunkt mindre sikkert, da der på denne måde er risiko for, at svarere bliver forkert indtastet.

⁹⁰ The Outcome Rating Scale (ORS), Miller et al, 2003

⁹¹ Evaluering af Feedback Informed Treatment ved Silkeborg Kommunes familiecenter, SFI, 2016

⁹² Manual 4: Documenting Change: A Primer on Measurement, Analysis, and Reporting. The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). 2012: 21

⁹³ Session Rating Scale (SRS), Duncan et al, 2003

Resultatet af målingen af SRS er udtryk for, hvor god borgerens relation er til behandleren. Dermed kan behandleren anvende udviklingen i scoren til en dialog med borgeren om, hvad der fungerer godt for borgeren, og hvad der fungerer mindre godt, og om hvorvidt behandlingen skal fortsætte, justeres eller afsluttes.

Cut-off-værdien for SRS er vurderet til at være 36. En SRS-score på 36 eller under kan ses som en indikator for, at behandlingen ikke er lykkedes eller ikke vil lykkes. Behandleren kan således bruge SRS cut-off'en som et referencepunkt for, hvornår særlig opmærksomhed bør rettes mod den terapeutiske alliance. Således vil en SRS-værdi på under 36 betyde, at den pågældende borger har statistisk større risiko for at falde fra behandlingen eller opleve en negativ udvikling i ORS, hvis vedkommende gennemfører behandlingen.⁹⁴

Cut-offs for ORS fremgår af specifikke figurer, idet de ikke automatisk er indsat i OpenFIT-databasen af leverandøren.

A.5 Målinger i ORS og SRS

Kommunerne har aftalt med SIRI, at der skal gennemføres 10-12 sessioner med hver borger. Nogle kommuner har, med SIRIs accept, i enkelte tilfælde valgt at forlænge denne behandlingsperiode.

For at have tilstrækkeligt datagrundlag for rapporten, har vi valgt at illustrere aggregerede data for ORS og SRS for borgere med mindst 10 målinger.

I princippet skal både forældre og børn over fem år svare på ORS og SRS, henholdsvis før og efter hver session/møde med en behandler.⁹⁵ I praksis varierer dette fra kommune til kommune, og muligvis også mellem behandlere, om der bliver indtastet ORS og SRS før og efter hver session/møde med behandlere.

Kommuner måler ORS ved første møde med borgerne, mens SRS først bliver indtastet ved andet møde. Dertil kommer, at kommunerne kan have 'pausesessioner', f.eks. i form af praktiske øvelser. Nogle, men ikke alle, behandlere udfylder ORS og SRS henholdsvis før og efter pausesessionerne. Disse pausesessioner kan ikke tagges i databasen, men bliver tilknyttet en behandlingssession, så denne session får tilknyttet en (eller flere) ekstra ORS og SRS. Dermed kan fremkomme to ORS-målinger og to SRS-målinger registreret under én session.

Det er herefter ikke muligt at adskille de to eller flere tilknyttede målinger fra hinanden og dermed vide, hvilket sæt af ORS- og SRS-målinger, der dækker over den reelle behandlingssession, og hvilke der dækker over pausesessionen.

⁹⁴ Manual 2: Feedback-Informed Clinical Work: The Basics. The ICCE Manuals on Feedback-Informed Treatment (FIT). 2012: 7

⁹⁵ Behandlere er af Solutions blevet instrueret i at udfylde ORS og SRS efter hvert møde, også selvom der ikke er tale om en reel session. Mødereferat, SIRI, 12.10.2017.

Derfor er det ikke muligt at sige noget om borgernes udvikling på antallet af reelle behandlingssessioner, men kun på antallet af ORS-/SRS-målinger.

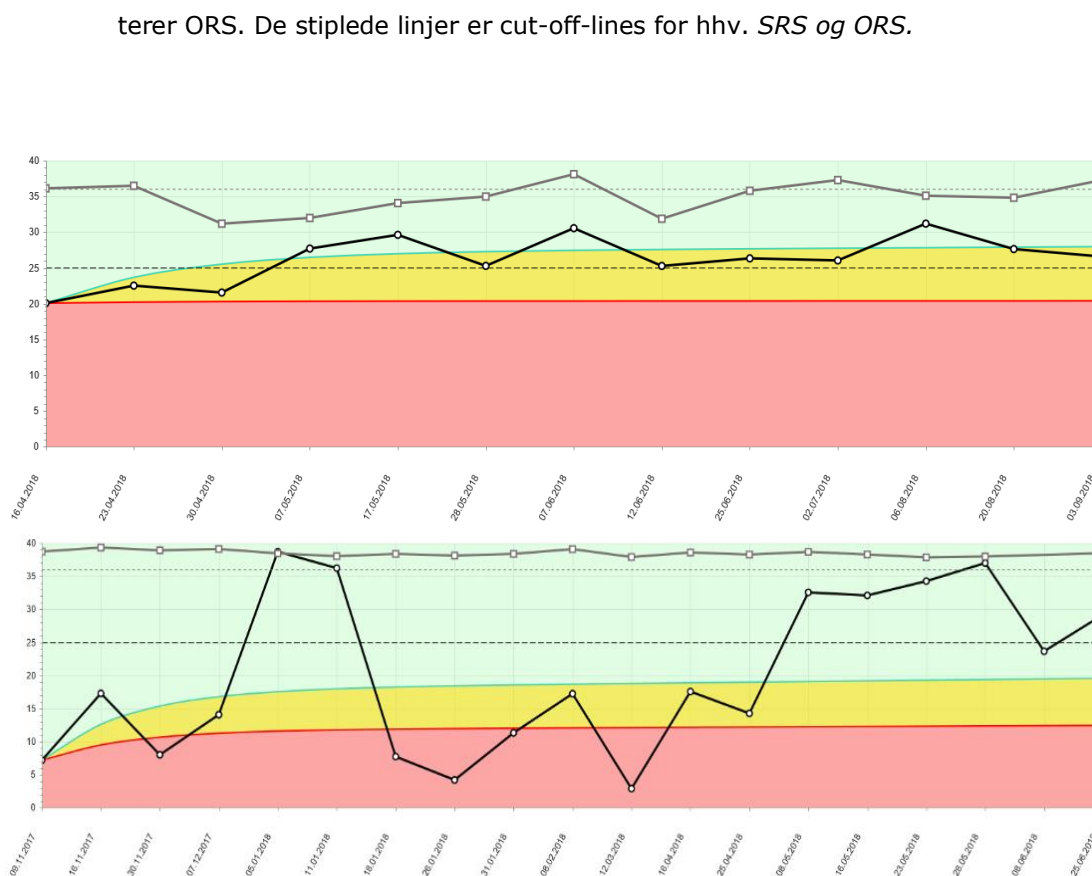
Ligeledes er der mulighed for at lave parallelmålinger med besvarelser fra forældre, fagpersoner mfl. for voksne og/eller børn. Disse data indgår dog ikke i rapporten, da det ville blive for omfattende.

Det betyder samlet set, at der er flere ORS- og SRS- målinger end antallet af reelle behandlingssessioner.

A.6 Eksempler på ORS- og SRS-scoringer

Figur 17 viser to eksempler på, hvor forskellige scoringer i Session Rating Scala (SRS) og Outcome Rating Scala (ORS) kan se ud og at der kan være store udsving i scores. Den grå kurve repræsenterer SRS, og den sorte kurve repræsenterer ORS. De stiplede linjer er cut-off-lines for hhv. SRS og ORS.

Figur 17 To eksempler på scoringer i SRS og ORS.



A.7 Indikatorer for langsigtede effekter

Data i denne rapport bliver suppleret med data om trivsel, mentalt helbred, social funktion, forældrefunktion samt uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning, som samlet set har betydning for familiens trivsel. Disse data korresponderer med de indikatorer, som SIRI har sat op for de resultater, som styrelsen ønsker at måle indsatsen på.⁹⁶

Indikatorerne måles først via spørgsmål til borgerne, som giver indblik i borgerens nære relationer. Her spørges f.eks. til, hvorvidt borgeren ofte taler med sin ægtefælle om sine problemer, samtaler om problemer med børn, støtte til børns nye venskaber, støtte til lektier og om tab af familiemedlemmer.

Indikatorer for borgerens sociale og hverdagsmæssige situation måles via spørgsmål til, om borgeren møder til tiden til undervisning/på arbejde, deltager i skole-hjem-samtaler, naboskab, tilfredshed med bolig, betaling af husleje til tiden, deltagelse i idrætsliv, andre dagligdagsaktiviteter og følelse af fred og ro.

Herudover måles andre indikatorer for forandringer i den voksne borgers liv ved spørgsmål om boligplacering, om boligen deles med andre og spørgsmål om afhængighed af stimulanser.

⁹⁶ Opgavebeskrivelse for Modelprojekt for traumatiserede flygtninge, Integrationsministeriet, november 2015. Metodepapir, COWI, 3.8.2016

Bilag B Spørgeskemaundersøgelse til behandlere

Følgende er den fulde tekst for et sammendrag af en spørgeskemaundersøgelse gennemført fra d. 9. til den 26. november 2018.

Spørgeskemaet blev sendt til alle behandlere i projektet, og blev besvaret af 19 ud af 24 (79 %) behandlere fra hhv. Frederikshavn (5), Greve (3), Gribskov (8) og Horsens kommuner (3).

73 % (8) af behandlerne, der har arbejdet med I-NET, og 85 % (11) af behandlerne, der har arbejdet med Model Hel Familie, har besvaret spørgeskemaet. Når der i det nedenstående refereres til, hvad behandlerne i hhv. I-NET og Model Hel Familie har svaret, er datagrundlaget dermed otte besvarelser for I-NET og 11 besvarelser for Model Hel Familie.

Kompetenceudvikling

Adspurgt om, hvordan de vurderer kvaliteten af kompetenceudviklingsforløbet i deres respektive metode, svarer 100 %, at kvaliteten var 'meget god' (63 %) eller 'god' (37 %). For I-NET svarer 38 % 'meget god' og 63 % 'god'. For Model Hel Familie svarer 82 % 'meget god', og 18 % svarer 'god'.

Otte ud af 11 behandlere i Model Hel Familie var som en del af kompetenceudviklingen en uge i praktik hos Oasis. Heraf svarer fire, at udbyttet var 'meget højt', og fire svarer, at udbyttet var 'højt'.

Manual og håndbog

Behandlerne har svaret på, i hvilken grad de har bidraget til at udvikle familie-manualen og metodehåndbogen. 37 % svarer, at de 'i meget høj grad' (16 %) eller 'i høj grad' (21 %) har bidraget. De resterende svarer 'i nogen grad' (37 %) eller 'i mindre grad' (26 %).

38 % af behandlerne i I-NET svarer, at de 'i meget høj grad' (13 %) eller 'i høj grad' (25 %) har bidraget til at udvikle metodehåndbogen, mens 50 % svarer 'i nogen grad' og 13 % svarer 'i mindre grad'.

36 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de 'i meget høj grad' (18 %) eller 'i høj grad' (18 %) har bidraget til at udvikle metodehåndbogen, mens 27 % svarer 'i nogen grad', og 36 % svarer 'i mindre grad'.

Behandlerne har svaret på, hvor enige eller uenige de er i udsagnet "*Manualen/håndbogen er let at anvende*":

- > 88 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er 'meget enige' (63 %) eller 'enige' (25 %) i, at metodehåndbogen er let at anvende. 13 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

- > 91 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' (36 %) eller 'enige' (55 %) i, at familiemanualen er let at anvende. 9 % svarer 'hverken enig eller uenig'.

Behandlingsmetoderne

Adspurgt om, hvorvidt behandlerne vurderer, at de i projektet udviklede behandlingsmetoder fungerer for traumatiserede flygtninge, svarer 79 %, at behandlingsmetoderne fungerer 'meget godt' (32 %) eller 'godt' (47 %) for traumatiserede flygtninge. 16 % svarer 'hverken godt eller dårligt', og 5 % svarer 'ved ikke'.

88 % af behandlerne i I-NET svarer, at I-NET fungerer 'meget godt' (50 %) eller 'godt' (38 %) for målgruppen. 13 % svarer 'hverken godt eller dårligt'.

73 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at Model Hel Familie fungerer 'meget godt' (18 %) eller 'godt' (55 %) for traumatiserede flygtninge. 18 % svarer 'hverken godt eller dårligt', og 9 % svarer 'ved ikke'.

De 19 behandlere har svaret på, hvor meningsfulde de vurderer, at en række redskaber og metoder er relevante for fire målgrupper: 1) flygtningefamilier bestående af forældre, stedforældre eller andre voksne med hjemmeboende børn under eller over 17 år; 2) børn og unge fra familier, som er flygtninge, hvor de voksne ikke ønskede at deltage i behandlingen; 3) uledsagede børn og unge, som er flygtninge; 4) voksne enlige, som er flygtninge, uden hjemmeboende børn eller uden børn. Kun behandlere, der har arbejdet med I-NET, har svaret på spørgsmål om *Livslinjen* og *Bevidning og vidnesbyrd*, og kun behandlere, der har arbejdet med Model Hel Familie, har svaret på spørgsmål om *De Tre Huse* og *Ugeskema*.

I det nedenstående vises de 19 behandleres svar på, om de vurderer, at en række redskaber og metoder er meningsfulde for flygtningefamilier bestående af forældre, stedforældre eller andre voksne med hjemmeboende børn under eller over 17 år:

- > 74 % svarer, at *Psykoedukation* 'i meget høj grad' (32 %) eller 'i høj grad' (42 %) er meningsfuld. 21 % svarer 'i nogen grad', og 5 % svarer 'i mindre grad'.
- > 58 % svarer, at *Livets træ* 'i meget høj grad' (21 %) eller 'i høj grad' (37 %) er meningsfuld. 37 % svarer 'i nogen grad', og 5 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 49 % svarer, at *Kropsøvelser/Arousalregulerende øvelser* 'i meget høj grad' (21 %) eller 'i høj grad' (26 %) er meningsfuld. 32 % svarer 'i nogen grad', 16 % svarer 'i mindre grad', og 5 % svarer 'har ikke brugt'.

- > 21 % svarer, at *Musikterapi* 'i meget høj grad' (5 %) eller 'i høj grad' (16 %) er meningsfuld. 11 % svarer 'i nogen grad', 5 % svarer 'i mindre grad', 47 % svarer 'har ikke brugt', og 16 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 68 % svarer, at *Lege* 'i meget høj grad' (26 %) eller 'i høj grad' (42 %) er meningsfuld. 21 % svarer 'i nogen grad', 5 % svarer 'i mindre grad', og 5 % svarer 'har ikke brugt'.
- > 88 % svarer, at *Livslinjen* 'i meget høj grad' (50 %) eller 'i høj grad' (38 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i nogen grad'.
- > 88 % svarer, at *Bevidning og vidnesbyrd* i meget høj grad (75 %) eller i høj grad (13 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i nogen grad'.
- > 64 % svarer, at *De Tre Huse* 'i meget høj grad' (55 %) eller 'i høj grad' (9 %) er meningsfuld. 27 % svarer 'i nogen grad', og 9 % svarer 'har ikke brugt'.
- > 36 % svarer, at *Ugeskema* 'i nogen grad' er meningsfuld. 18 % svarer 'i mindre grad', og 45 % svarer 'har ikke brugt'.

I det nedenstående vises de 19 behandleres svar på, om de vurderer, at en række redskaber og metoder er meningsfulde for børn og unge fra familier, som er flygtninge, hvor de voksne ikke ønskede at deltage i behandlingen:

- > 21 % svarer, at *Psykoekation* 'i meget høj grad' (5 %) eller 'i høj grad' (16 %) er meningsfuld. 21 % svarer 'i nogen grad', og 58 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 32 % svarer, at *Livets træ* 'i meget høj grad' (16 %) eller 'i høj grad' (16 %) er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 5 % svarer 'i mindre grad', og 58 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 32 % svarer, at *Kropsøvelser/Arousalregulerende øvelser* 'i meget høj grad' (26 %) eller 'i høj grad' (5 %) er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 5 % svarer 'i mindre grad', og 58 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 10 % svarer, at *Musikterapi* 'i meget høj grad' (5 %) eller 'i høj grad' (5 %) er meningsfuld. 11 % svarer 'i nogen grad', 5 % svarer 'i mindre grad', 11 % svarer 'har ikke brugt', og 63 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 32 % svarer, at *Lege* 'i meget høj grad' (26 %) eller 'i høj grad' (5 %) er meningsfuld. 11 % svarer 'i nogen grad', og 58 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

- > 25 % svarer, at *Livslinjen* 'i meget høj grad' (13 %) eller 'i høj grad' (13 %) er meningsfuld. 25 % svarer 'i nogen grad', 13 % svarer 'i mindre grad' og 38 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 13 % svarer, at *Bevidning og vidnesbyrd* 'i høj grad' er meningsfuld. 25 % svarer 'i nogen grad', 25 % svarer 'i mindre grad', og 38 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 18 % svarer, at *De Tre Huse* 'i meget høj grad' (9 %) eller 'i høj grad' (9 %) er meningsfuld. 9 % svarer 'i mindre grad', og 73 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 18 % svarer, at *Ugeskema* 'i mindre grad' er meningsfuld. 9 % svarer 'har ikke brugt' og 73 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

I det nedenstående vises de 19 behandleres svar på, om de vurderer, at en række redskaber og metoder er meningsfulde for uledsagede børn og unge, som er flygtninge:

- > 32 % svarer, at *Psykoedukation* 'i meget høj grad' (21 %) eller 'i høj grad' (11 %) er meningsfuld. 11 % svarer 'i nogen grad', 11 % svarer 'har ikke brugt' og 47 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 16 % svarer, at *Livets træ* 'i høj grad' er meningsfuld. 11 % svarer 'i nogen grad', 26 % svarer 'har ikke brugt', og 47 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 32 % svarer, at *Kropsøvelser/Arousalregulerende øvelser* 'i meget høj grad' (16 %) eller 'i høj grad' (16 %) er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 16 % svarer 'har ikke brugt', og 47 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 16 % svarer, at *Musikterapi* 'i meget høj grad' (5 %) eller 'i høj grad' (11 %) er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 26 % svarer 'har ikke brugt', og 53 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 21 % svarer, at *Lege* 'i meget høj grad' (16 %) eller 'i høj grad' (5 %) er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 26 % svarer 'har ikke brugt', og 47 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 25 % svarer, at *Livslinjen* 'i meget høj grad' (13 %) eller 'i høj grad' (13 %) er meningsfuld. 25 % svarer 'i nogen grad', 13 % svarer 'har ikke brugt', og 38 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 38 % svarer, at *Bevidning og vidnesbyrd* 'i meget høj grad' (13 %) eller 'i høj grad' (25 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'i nogen grad', 13 % svarer 'har ikke brugt', og 38 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

- > 18 % svarer, at *De Tre Huse* 'i høj grad' er meningsfuld. 9 % svarer 'i nogen grad', 18 % svarer 'har ikke brugt' og 55 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 9 % svarer, at *Ugeskema* 'i nogen grad' er meningsfuld. 9 % svarer 'i mindre grad', 27 % svarer 'har ikke brugt', og 55 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

I det nedenstående vises de 19 behandleres svar på, om de vurderer, at en række redskaber og metoder er meningsfulde for voksne enlige, som er flygtninge, uden hjemmeboende børn eller uden børn:

- > 37 % svarer, at *Psykoedukation* 'i meget høj grad' (32 %) eller 'i høj grad' (5 %) er meningsfuld. 11 % svarer 'har ikke brugt', og 53 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 16 % svarer, at *Livets træ* 'i høj grad' er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 16 % svarer 'har ikke brugt', og 63 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 37 % svarer, at *Kropsøvelser/Arousalregulerende øvelser* 'i meget høj grad' (32 %) eller 'i høj grad' (5 %) er meningsfuld. 11 % svarer 'har ikke brugt', og 53 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 11 % svarer, at *Musikterapi* 'i meget høj grad' er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 16 % svarer 'har ikke brugt', og 68 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 5 % svarer, at *Lege* 'i meget høj grad' er meningsfuld. 5 % svarer 'i nogen grad', 5 % svarer 'i mindre grad', 5 % svarer 'slet ikke', 16 % svarer 'har ikke brugt', og 63 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 63 % svarer, at *Livslinjen* 'i meget høj grad' (50 %) eller 'i høj grad' (13 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'har ikke brugt', og 25 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 63 % svarer, at *Bevidning og vidnesbyrd* 'i meget høj grad' (38 %) eller 'i høj grad' (25 %) er meningsfuld. 13 % svarer 'har ikke brugt', og 25 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 18 % svarer, at *De tre huse* 'i meget høj grad' (9 %) eller 'i høj grad' (9 %) er meningsfuld. 9 % svarer 'har ikke brugt', og 73 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.
- > 27 % svarer, at de ikke har brugt *Ugeskema*, og 73 % svarer 'ved ikke/har ikke arbejdet med målgruppen'.

Spurgt ind til om behandlerne har anvendt andre behandlingsmetoder end I-NET og Model Hel Familie svarer 58 %, at de har 'anvendt andre behandlingsmetoder i behandlingen'. De resterende 42 % svarer, har ikke anvendt andre metoder.

For I-NET svarer 50 % 'ja' og 50 % 'nej'. For Model Hel Familie svarer 64 % 'ja' og 36 % 'nej'.

Det har til dette spørgsmål været muligt at uddybe sit svar. Besvarelserne fremgår til sidst i bilaget.

Feedback Informed Treatment

Behandlerne har svaret på, i hvilken grad de systematisk har anvendt FIT. 95 % svarer, at de har anvendt FIT systematisk 'i meget høj grad' (79 %) eller 'i høj grad' (16 %). 5 % svarer 'i mindre grad'.

Behandlerne har svaret på, hvor enige eller uenige de er i en række udsagn om brugen af ORS og SRS:

- > "ORS bidrager til en konstruktiv samtale med voksne 18+"
 - > Alle behandlere: 85 % svarer, at de er 'meget enige' (47 %) eller 'enige' (37 %) i udsagnet. 16 % svarer 'hverken enig eller uenig'.
 - > I-NET: 63 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er 'meget enige' (38 %) eller 'enige' (25 %). 38 % svarer 'hverken enig eller uenig'.
 - > Model Hel Familie: 100 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' (55 %) eller 'enige' (45 %).
- > "SRS bidrager til en konstruktiv samtale med voksne 18+"
 - > Alle behandlerne: 74 % svarer, at de er 'meget enige' (32 %) eller 'enige' (42 %) i udsagnet. 21 % svarer 'hverken enig eller uenig', og 5 % svarer 'uenig'.
 - > I-NET: 38 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er 'enige' i udsagnet. 50 % svarer 'hverken enig eller uenig', og 13 % svarer 'uenig'.
 - > Model Hel Familie: 100 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' (55 %) eller 'enige' (45 %) i udsagnet.
- > "ORS bidrager til en konstruktiv samtale med børn 6-17 år"
 - > Alle behandlere: 58 % svarer, at de er 'meget enige' (21 %) eller 'enige' (37 %) i udsagnet. 32 % svarer 'hverken enig eller uenig', 5 % svarer 'uenig', og 5 % svarer 'ved ikke'.
 - > I-NET: 38 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er meget 'enige' (13 %) eller 'enige' (25 %) i udsagnet. 50 % svarer 'hverken enig eller uenig', og 13 % svarer 'uenig'.

- > Model Hel Familie: 73 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' (27 %) eller 'enige' (45 %) i udsagnet. 18 % svarer 'hverken enig eller uenig', og 9 % svarer 'ved ikke'.
- > "SRS bidrager til en konstruktiv samtale med børn 6-17 år"
 - > Alle behandlere: 53 % svarer, at de er 'meget enige' (16 %) eller 'enige' (37 %) i udsagnet. 32 % svarer 'hverken enig eller uenig', 11 % svarer 'uenig', og 5 % svarer 'ved ikke'.
 - > I-NET: 25 % af behandlerne i I-NET svarer, at de er 'enige' i udsagnet. 50 % svarer 'hverken enig eller uenig', og 25 % svarer 'uenig'.
 - > Model Hel Familie: 73 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer, at de er 'meget enige' (27 %) eller 'enige' (45 %) i udsagnet. 18 % svarer 'hverken enig eller uenig', og 9 % svarer 'ved ikke'.

Behandlerne har svaret på, hvordan de overordnet vurderer, at ORS fungerer som evalueringsværktøj henholdsvis for behandlere, på lederniveau og i samarbejdsfora:

- > 79 % svarer, at ORS fungerer meget godt (32 %) eller godt (47 %) som evalueringsværktøj for behandlere. 16 % svarer 'hverken godt eller dårligt', og 5 % svarer 'ved ikke'.
- > 10 % svarer, at ORS fungerer 'meget godt' (5 %) eller 'godt' (5 %) som evalueringsværktøj på lederniveau. 26 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 5 % svarer 'dårligt', 26 % svarer 'har ikke anvendt ORS på dette niveau', og 32 % svarer 'ved ikke'.
- > 47 % svarer, at ORS fungerer 'meget godt' (21 %) eller 'godt' (26 %) som evalueringsværktøj i samarbejdsfora. 32 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 11 % svarer 'har ikke anvendt ORS på dette niveau', og 11 % svarer 'ved ikke'.

Behandlerne har ligeledes svaret på, hvordan de overordnet vurderer, at SRS fungerer som evalueringsværktøj henholdsvis for behandlere, på lederniveau og i samarbejdsfora:

- > 68 % svarer, at SRS fungerer 'meget godt' (21 %) eller 'godt' (47 %) som evalueringsværktøj for behandlere. 26 % svarer 'hverken godt eller dårligt', og 5 % svarer 'ved ikke'.
- > 16 % svarer, at SRS fungerer meget godt (5 %) eller godt (11%) som evalueringsværktøj på lederniveau. 21 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 5 % svarer 'dårligt', 32 % svarer 'har ikke anvendt ORS på dette niveau', og 26 % svarer 'ved ikke'.
- > 32 % svarer, at SRS fungerer 'meget godt' (16 %) eller 'godt' (16 %) som evalueringsværktøj i samarbejdsfora. 32 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 11 % svarer 'dårligt', 26 % svarer 'har ikke anvendt ORS på dette niveau', og 11 % svarer 'ved ikke'.

ligt', 26 % svarer 'har ikke anvendt ORS på dette niveau', og 11 % svarer 'ved ikke'.

Behandlerne har svaret på, hvordan de overordnet vurderer, at ORS fungerer som dialogværktøj i behandlingen parallelt med at anvende hhv. I-NET og Model Hel Familie:

- > Alle behandlere: 63 % svarer, at ORS fungerer 'rigtig godt' (11 %) eller 'godt' (53 %) parallelt at anvende I-NET eller Model Hel Familie. 16 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 11 % svarer 'dårligt', 5 % svarer 'rigtig dårligt', og 5 % svarer 'ved ikke'.
- > I-NET: 63 % af behandlerne i I-NET svarer 'rigtig godt' (13 %) eller 'godt' (50 %). 13 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 13 % svarer 'dårligt', og 13 % svarer 'ved ikke'.
- > Model Hel Familie: 64 % af behandlerne i Model Hel Familie svarer 'rigtig godt' (9 %) eller 'godt' (55 %). 18 % svarer 'hverken godt eller dårligt', 9 % svarer 'dårligt', og 9 % svarer 'rigtig dårligt'.

Det har til dette spørgsmål været muligt at uddybe sit svar. Besvarelserne fremgår til sidst i bilaget.

Samarbejdsmodel

De 19 behandlere blev i spørgeskemaet spurgt om, hvor enige eller uenige de var i tre udsagn om deres kommunes samarbejdsmodel:

- > "Min kommunes samarbejdsmodel har bidraget til at styrke vores arbejde med rådgivning og behandling af flygtninge":
 - > Frederikshavn (n=5): 5 svarer 'meget enig'
 - > Greve (n=3): 1 svarer 'meget enig', 1 svarer 'enig', og 1 svarer 'hverken enig eller uenig'
 - > Gribskov (n=8): 2 svarer 'meget enig', 4 svarer 'enig', 1 svarer 'hverken enig eller uenig' og 1 svarer 'ved ikke/ikke relevant'
 - > Horsens (n=3): 1 svarer 'meget enig', 1 svarer 'enig', og 1 svarer 'hverken enig eller uenig'
- > "Jeg bliver som behandler inddraget tilstrækkeligt i samarbejdet med myndigheder, integrationsmedarbejdere mfl., når borgerne identificeres som traumatiserede":
 - > Frederikshavn (n=5): 5 svarer 'meget enig'
 - > Greve (n=3): 3 svarer 'enig'

- > Gribskov (n=8): 1 svarer 'meget enig', 2 svarer 'enig', 3 svarer 'hverken enig eller uenig' og 2 svarer 'uenig'
- > Horsens (n=3): 1 svarer 'meget enig', og 2 svarer 'enig'
- > "Jeg bliver som behandler inddraget i samarbejdet med myndigheder, integrationsmedarbejdere mfl. på relevante tidspunkter i behandlingen":
 - > Frederikshavn (n=5): 4 svarer 'meget enig', og 1 svarer 'enig'
 - > Greve (n=3): 3 svarer 'enig'
 - > Gribskov (n=8): 1 svarer 'meget enig', 4 svarer 'enig', 1 svarer 'hverken enig eller uenig' og 2 svarer 'uenig'
 - > Horsens (n=3): 1 svarer 'meget enig', og 2 svarer 'enig'

Uddybende svar

Der har til to spørgsmål været mulighed for at uddybe svaret. Derudover har der også været mulighed for at uddybe svarene eller komme med andre input til evalueringen sidst i spørgeskemaet. Der hvor svarere kan være genkendelige, har vi erstattet enkelte ord eller sætninger med xxx.

Til spørgsmålet om, hvorvidt behandlerne har anvendt andre behandlingsmetoder end hhv. I-NET og Model Hel Familie, har 10 valgt at uddybe, hvilke andre metoder de har brugt. Herunder fordelt på de to behandlingsmetoder:

I-NET:

- > *Sund fornuft ;) Gåture og frisk luft. Der er i begrænset omfang brugt praktisk støtte for at fjerne forhindringer, der hindrer behandlingens fremskridt.*
- > *Psykoterapi, Smerterregulering.*
- > *Mindfull-øvelsen "et sikkert sted" billeder som visualisering af psykoedukationen*
- > *Jeg har i et enkelt forløb lavet ophold i iNET- behandlingen, og lavet søvnbehandling med musik. for at stabilisere borgeren, vi havde i forløb.*

Model Hel Familie:

- > *Jeg har brugt film af egne relationer til at vise forældrene deres ressourcer og hvad deres børn kan.*
- > *Jeg ved ikke om det kan kaldes en decideret behandlingsmetode, men de nytilkomne flygtningefamilier der har været indskrevet i Model Hel Familie har ofte haft et hav af socioøkonomiske problemstillinger der har bevirket at jeg har måttet afvige fra indholdet i Model Hel Familie for at tage mig af det familierne havde behov for hjælp til. Det er brugen af FIT der indbefatter at vi forholder os til de faktorer der har indflydelse på familiernes trivsel.*
- > *Jeg har brugt FIT, hvilket kan sende behandlingen i en anden retning end Model Hel Familie.*

- > *FIT*
- > *Jeg har anvendt mine generelle kompetencer som klinisk psykolog (behandler/psykoterapeut) til relationsdannelse/opbygning af arbejdsalliance, samt til specifikke interventioner i forhold til både terapeutisk støtte og tabsbearbejdning hos flygtningefamilierne. Disse kompetencer trækker på flere metoder og teoretiske retninger, herunder kognitive, eksistentielle, systemiske og psykodynamiske behandlingsteorier.*
- > *For at bygge relationen til forældrene har det været nødvendigt også at inddrage praktisk pædagogisk hjælp til f.eks. betaling af regninger og anden kommunikation med det offentlige som familien ikke forstod. Desuden har der indgået almindelig Familiebehandling som indeholdt hjælp til at forbedre kommunikationen til skole, forklaring af nødvendigheden af at barnet får lavet lektier. Hjælpe med opstart i vuggestue/ at turde give slip på sit barn.*

Til spørgsmålet om, hvordan behandlerne overordnet vurderer, at ORS fungerer som dialogværktøj i behandlingen parallelt med at anvende henholdsvis I-NET og Model Hel Familie, har otte valgt at uddybe deres svar skriftligt. Herunder fordelt på de to behandlingsmetoder:

I-NET:

- > *Udfordringen ift. at anvende FIT ifm. en behandlingsmodel, der har sine elementer, er at man ikke markant kan forandre på tilbuddet. Der er en ramme man skal overholde. Men, det kan hjælpe til at man kan justere på de elementer der er i behandlingen, man kan tilrettelægge forløbet løbende så det passer familien bedre, ud fra de svar de giver i FIT. Samtidig kan det med denne målgruppe være vanskeligt at få "negative svar" idet nogle er meget taknemmelige for at have fået hjælp, og derfor ikke vil støde/ genere behandlerne med deres negative svar.*
- > *Det er lidt både og. Som udgangspunkt kunne man godt opsummere ugens forløb/evaluere uden brugen af FIT, i denne behandlingssammenhæng. Min samlede erfaring er, at familierne evaluerer på nogenlunde samme måde, igennem et helt forløb. Eksempelvis, at alt går godt på alle parametre. Dette er svært at udfordre, hvortil FIT lidt kan miste sin styrke i samarbejdet. Nogle knytter nogle ord til de enkelte spørgsmål, hvilket er gavnligt, så behandlerne kan få opsummeret lidt siden sidst, men denne spørgeform kunne sagtens eksistere uden brug af FIT. Omvendt er det heller ikke katastrofalt for behandlingen, at brugen af FIT eksisterer.*

Model Hel Familie:

- > *Svært at kombinere FIT som er, hvordan har du det nu og så Model Hel Familie som er mere et tema orienteret materiale. Familierne kan nemt føle at de har mere på hjertet end der er plads til i programmet.*

- > *Et rigtigt, rigtigt svært spørgsmål at besvare. FIT egner sig i udgangspunktet ikke til manualbaseret terapeutisk arbejde. Alligevel har FIT været vigtigt som værktøj for denne indsats fordi det har gjort det muligt at afstemme behov og forventninger løbende. Netop i arbejdet med kulturelt anderledes tænkende har spørgsmålene som de adresseres i FIT vedrørende livs-omstændigheder og trivsel været gode til at skabe et fælles sprog og begrebsverden mellem familiemedlemmer og behandler. Jeg er derfor stor tilhænger af at anvende FIT fordi det på mange måder er med til at rette fokus hen imod at forholde sig til det der er familiernes dagsorden og dermed at holde behandleren på sporet ift. at tilbyde en relevant indsats. Det har af samme årsag også været med til at bevirke at det var nødvendigt til tider at gøre noget andet end det der stod i manualen*
- > *Da vi integrerede FIT sammen med Model Hel Familie, er dataene ikke valide, og derfor er FIT ikke velegnet til at vurdere et behandlingsforløb i denne sammenhæng. På længere sigt, når FIT er ordentlig implementeret, kan det være en mulighed. Mht ORS parallelt med MHF, FIT pejler os ind på, hvad familien har brug for at tale om og få hjælp til i nuet. Hvis deres behov fylder rigtig meget, hvilket ofte sker, fungerer det langt fra optimalt at skifte til manualen fra MHF.*
- > *FIT fungerer som sådan fint som dialogværktøj i flygtningefamilier, men den udfordring jeg har oplevet er, at familierne dels har oplevet ting som er så slemme og dels er så taknemmelige for at modtage hjælp, at deres liv nu vurderes (for) positivt og dermed bliver det svært at måle effekten af behandlingen. Yderligere var Model Hel familie lidt mere firkantet i starten end modellen er formuleret nu. Og FIT forudsætter, at du tilpasser din behandling ud fra den feedback du får fra familierne og det er lidt svært når behandlingen er manualbaseret. Men helt klart lettere nu hvor der er løsnet lidt op for "firkantetheden"*
- > *ORS er et samtaleværktøj, som fungerer uafhængigt af metoder og værktøjer. Derfor fungerer det ikke i samarbejde med en manualiseret behandlingstilgang, hvor behandlingen er planlagt på forhånd*
- > *xxx xxx I de sager hvor der er en tolk tager FIT alt for lang tid og dermed tager den også tid fra behandlingen. Der er generelt tidspres da behandleren både skal anvende FIT og flere redskaber fra Model Hel Familie. ORS kan i nogle sager forstyrre behandlingen og der er borgere der har svært med at forstå det. Der er borgere der forholder sig neutrale til ORS og der er andre der er bange for om ORS har betydning for deres relation med myndigheder.*

Herunder fremgår de kommentarer, det har været muligt at skrive til sidst i spørgeskemaet. Fem har benyttet sig af muligheden:

- > *Model Hel Familie fungerer, efter min mening, bedst, når teorien bag, bliver brugt i situationer, hvor det giver mening. Altså som en værktøjskasse, man kan bruge viden fra efter behov. At følge manualen slavisk giver ofte ikke mening for familierne.*

- > *Jeg har oplevet Model Hel familie som en meget alsidig og god værktøjskasse som jeg kan bruge mange steder i mit arbejde. Min eneste anke er den fastlåsthed, der naturligt er i manualbaserede programmer. Jeg synes dog der er løst fint op for dette i den afsluttende version af manualen. FIT er et meget effektivt værktøj, der fungerer fint til at sætte dialogen i gang, giver et svar på om man er i gang med at lykkes med sin behandling, giver mulighed for at justere i behandlingen mm. Det er også et værktøj jeg kommer til at bruge fremadrettet i mit andet arbejde. Kombinationen af de 2 værktøjer var lidt tung i starten*
- > *Jeg har kun arbejdet med 1 familie, da der ikke har været så mange sager til MHF som forventet.*
- > *Håber på der også kommer en mulighed for at evaluere det forløb, der har været med Deloitte i løbet af projektperioden.*

Overordnet et enormt godt projekt, med den rette opkvalificering i brugen af narrativ eksponeringsterapi. Metoden rummer mange ressourcer, hvoraf en af dem er, at livslinjen er noget fysisk, som kan være det 'fælles tredje' i samarbejdet. Dette giver behandlingen en mere praktisk karakter, hvilket kan være gavnligt, særligt for de der har svært ved kun at være i samtalen. Linjen gør, at vi har noget at forholde os til, der relaterer sig til det vi snakker om, men som samtidig også bliver noget 'håndgribeligt', altså mere end blot ord, der glemmes. Bruges af FIT har skabt en del vanskeligheder i den første periode af projektet, da FIT kan fylde rigtig meget hvis man tillader det. Der skal dog samtidig være tid og plads til I-Net metoden, hvilket har givet nogle udfordringer. Flere af FITs grundprincipper handler også om at lokalisere når en indsats ikke virker, hvortil man skal gøre noget andet. Dette kan også give udfordringer, da I-Net metoden er en nogenlunde fast metode som vi helst fastholder. Hvis FIT alene skal bruges som evalueringsmetode, tænker jeg at der kan findes mere skånsomme evalueringsmetoder, til trods for at grundprincipperne i FIT er rigtig gode at stræbe efter.

Bilag C Årsager til at lukke behandlingsforløb

37 årsager angivet til at lukke et behandlingsforløb, heraf er 22 lukket uden fuld gennemførelse af et forløb (ClosedReason)

Der, hvor svarere kan være genkendelige, har vi erstattet enkelte ord eller sætninger med xxx. Vi kan ikke i alle tilfælde se, om der er tale om familier eller enkeltborgere, der er stoppet. Der er tale om både planlagte og uplanlagte afslutning af forløb

Afsluttet juni 17

Der har været en del aflysninger på grund af fars sygdom og indlæggelse. Der har desuden været udfordringer i forhold til tolk og tolks sygdom

Familien har gennemført hele behandlingsforløbet

Familien har gennemført hele behandlingsforløbet som planlagt

Far i familien har ikke længere overskud til at indgå i forløbet. Han har - som de øvrige familiemedlemmer - været meget motiveret og aktiv, men har fået det dårligere (af andre grunde end traumer og behandling)

Familien har tilegnet sig redskaber til at håndtere og dæmpe symptomerne, og afsluttes som planlagt

Familien har ikke kunnet profitere af behandlingen.

Der har primært været fokus på praktisk støtte og der iværksættes andre indsatser.

xxx ønsker ikke længere at deltage

Snak om, at deres interesse i behandling grunder i et ønske om, at beholde os i familien for at kunne få hjælp til kontakten til det offentlige og andre praktiske gøremål (f.eks. lægebesøg, praktik, breve, ansøgninger mm.) Dette bekræfter familien.

Forløbet blev afviklet uden inddragelse af far, da han ikke ønske at deltage

Forældrene magtede ikke længere at deltage, da det ville kræve, at far åbnede op, og det var han ikke klar til

Forløbet er gennemført og afsluttes efter 13 sessioner

Familien er færdigbehandlet og har oplevet bedring.

Efter 19 sessioner, Hel Familie

I udgangspunktet deltog far ikke, men efter 2 sessioner sagde også mor fra. den helt præcise grund er uklar.

Efter at forløb var planlagt, og efter at henviser og behandlerteam har besøgt familien for de sidste detaljer inden opstart beslutter far i familien, at de alligevel ikke skal deltage. Den årsag der italesættes er, at far ikke kan overskue det.

Forløbet er gennemført som planlagt

Familien har opnået det udbytte, de ønsker. Sagen afsluttes derfor

Trods ihærdigt forarbejde og løbende dialog med xxx, lykkedes det ikke at få ham til at fastholde tilsagn og motivation i forhold til at indgå i forløbet
Mor mente ikke, at kunne profitere af behandlingen. xxx ønskede i en periode, at fortsætte behandling, men var ustabil i fremmødet. Mor angav flere gange, at når far kommer til DK bliver alt godt. Da far ankom afsluttede vi behandling gr manglende motivation
Mor ønsker ikke længere at hverken hun eller sønnen deltager i forløbet
Forløb er gennemført uden ændringer
Familien ønskede ikke at deltage, da mor oplevede, at fysiske smerter forværredes. Lægen bakkede hende op i beslutning
Xxx og mor angiver, at behandlingen har været hjælpsom. De er blevet bedre til, at tale sammen, og xxx oplever ikke længere påtrængende tanker om traumatiske begivenheder.
Gruppen er afsluttet efter de planlagte forløb
På baggrund af anbringelse af det ene barn, måtte behandling til familien som helhed lukkes. To ældste børn er fortsat i eget forløb.
Xxx ønsker ikke længere at deltage
Xxx er blevet varetægtsfængslet og indsats afsluttes derfor
Hustru er påbegyndt forløb hos RCT. Behandler har understøttet opstarten, da der var sket fejl ifht. bevilling af transport.
Der opstod alvorlig sygdom i familien, der gjorde det umuligt at fastholde forløbet.
Afsluttet ifølge aftale med borger pga. endt behandling
Afsluttes i samråd med borger efter endt forløb
Kan ikke overskue behandlingsarbejdet sammen med eksamen i 9.kl.
Anbringelse af det ene barn i familien, gjorde det umuligt at færdiggøre behandlingen.
Familien trak sig efter aftale inden forløbet for alvor var kommet i gang