

**RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 - 2004
MONITORERINGS-PROJEKT FOR TRAUMATISERED
FLYGTNINGE I BEHANDLING**

København
Foråret 2005

Indholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	4
<i>Resumé</i>	5
<i>Læsevejledning</i>	6
<i>1. Indledning</i>	8
<i>2. Deltagere i projektet</i>	8
<i>3. Baggrund for projektet</i>	9
<i>4. Økonomi</i>	9
<i>5. Mål for monitoreringsprojektet som helhed</i>	10
<i>6. Formål med Pilotprojekt 1</i>	10
<i>7. Metode og procedure</i>	10
7.1 Målgruppe	10
7.2 Beskrivelse af vor fremgangsmåde - de områder, der skulle registreres.....	10
og de instrumenter vi valgte	10
7.3 Beskrivelser af tidligere undersøgelser af traumatiserede flygtninge.....	13
med anvendelse af HTQ.....	13
7.4 Procedurer ved indsamlingen af oplysninger.....	14
<i>8. Resultater fra Pilotprojekt 1</i>	16
8.1 Resultater fra Populationsskema	16
8.2 Resultater fra Harvard Trauma Questionnaire-Revised (HTQ-R)	19
8.3 Resultater fra Evalueringsskema - Behandlernes vurdering af	25
anvendelsen af HTQ-R i en terapeutisk situation.....	25
<i>9. Seminar 25 marts 2003 til evaluering af pilotprojekt 1</i>	31
9.1. Formål med seminaret	31
9.2. Resultater fra diskussionerne og den opsamlende plenumdiskussion	32
<i>10. Samarbejdsprocessen og opbygning af organisationen</i>	33
10.1. Organiseringen og ledelsen af projektet	33
10.2 Organisationens ideologi.....	35
10.3 Styregruppens mødeaktivitet.....	35
<i>11. Formidling af resultater</i>	36
<i>12. Konklusion på pilotprojekt 1</i>	37
12.1 Populationsskemaet	37
12.2 HTQ-R og det psykologiske fagområde.....	37

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

12.3 ”Settingen”. HTQ-R anvendt i en terapeutisk sammenhæng.....	38
12.4 Tolkningen.....	39
12.5 Organiseringen af projektet	39
12.6 Økonomi	40
12.7 Pilotprojekt 2	40
13. anbefalinger.....	40
<i>14. Bilag</i>	<i>43</i>
14.1 Ansøgning til Indenrigs- og sundhedsministeriet	43
14.2 Procedurer for gennemførelse af monitoreringsprojektet.....	48
14.3 Mundtlig information til klienter	49
14.4 Skriftlig information til klienter.....	50
14.5 Populationsskema	51
14.6 HTQ-R.....	54
14.7 Evalueringsskema.....	65
14.8 Rapport fra Seminar for Styregruppen 16. og 17. juni 2003.....	71
14.9 Forberedelse af Pilotprojekt 2	74

Forord

Monitoreringsprojektet for traumatiserede flygtninge i behandling begyndte i 2000 som en ide på et interinstitutionelt ledermøde for landets rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge. Det omfatter nu 8 ud af landets 14 centre.

Det er et meget nødvendigt projekt, idet traumatiserede flygtninge i Danmark i over 20 år har kunnet modtage behandling på forskellige centre, men der er hidtil ikke systematisk indsamlet data til en oversigt over og en samlet beskrivelse af den population, der er i behandling samt en vurdering af virkningen af behandlingen.

Det er et omfattende projekt og en stor opgave for de deltagende centre. Arbejdet er startet som et fælles og frivilligt projekt, der har krævet mange ressourcer både i form af arbejdstimer og som engagement, diskussioner, afklaringer og udfordringer for personalet blandt de deltagende centre. Det har været en grundlæggende ide, at det er et fælles projekt, hvorfor det har krævet megen organisering at holde kontinuiteten i projektet.

Tidsrammerne har ændret sig således, at projektet er blevet mere langstrakt end planlagt. Det hænger sammen med begrænsede ressourcer og forhold på de enkelte deltagende centre.

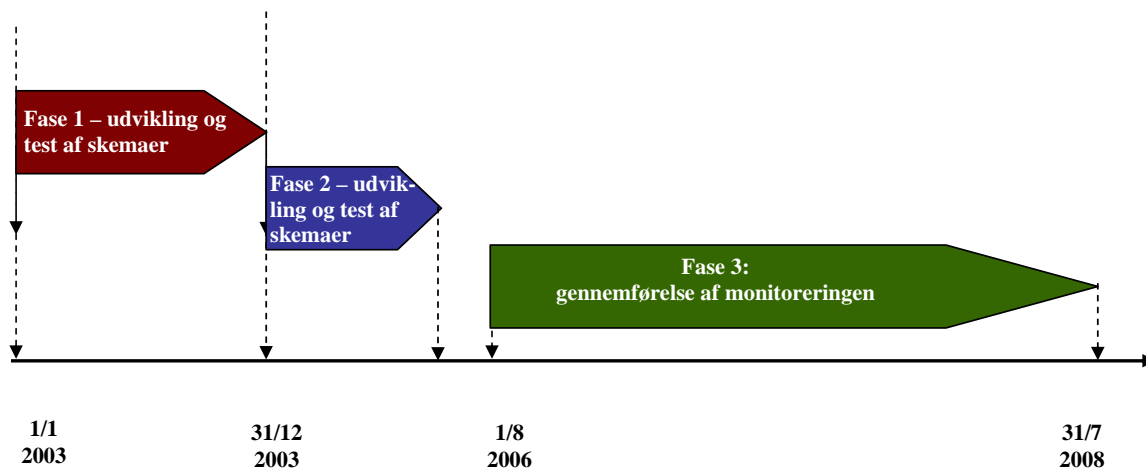
I januar 2003 fik vi tildelt 422.020 kr. fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets udviklings- og analysepulje til at gennemføre den første fase: pilotprojekt 1. Det er vi meget taknemmelige for. Uden denne bevilling havde vi ikke kunnet gennemføre pilotprojekt, idet centrene allerede havde lagt og fortsat lægger mange ressourcer i projektet. Da vi modtog bevillingen i 2003 indeholder denne rapport hovedsagelig beskrivelser af aktiviteter for året 2003.

Rapporten er skrevet af projektleder Else Ryding og statistisk medarbejder Henrik Leslye og Malin Wiking har været konsulent.

Vi vil gerne takke lektor Tom Teasdale og forskningsprofessor Ph.d. Gretty Mirdal for støtte til udarbejdelse af rapporten.

Else Ryding
Maj 2005

Resumé



Ovenstående figur viser den seneste tidsplan for projektet. I den første udarbejdede tidsplan regnede vi med at kunne fortsætte med pilotprojekt 2 umiddelbart efter pilotprojekt 1, men især på grund af begrænsede økonomiske ressourcer har vi måttet udsætte iværksættelsen af pilot projekt 2.

Den foreliggende rapport beskriver aktiviteter i pilotprojekt 1 i perioden år 2003.

Projektet blev besluttet og udarbejdet af 9 ud af landets 14 rehabiliteringscenter i fællesskab i år 2000. Man ønskede en registrering af populationen af flygtninge i behandling og en monitorering af behandlingen.

Det overordnede formål var, at synliggøre populationen over for offentligheden, forbedre behandlingen og skabe fundament for fremtidig forskning.

Ved egne ressourcer og en bevilling fra Indenrigs og sundhedsministeret blev det muligt at gennemføre det første pilotprojekt. Formålet med pilotprojekt 1 var at afprøve et Populationsskema til indhentning af demografiske oplysninger, at afprøve Harvard Trauma Questionnaire- Revised (HTQ-R) og indhente behandlernes vurdering af at anvende HTQ-R i en terapeutisk sammenhæng. 92 klienter blev bedt om at deltage, 11 faldt fra og 81 indgik idet statistiske materiele. 30 psykologer og ligeså mange tolke deltog. Målgruppen var alle klienter over 18 år henvist til behandling på centrene. Resultaterne blev bearbejdet i SPSS program version 11.01

Resultaterne viste som tendens, at i populationen er gennemsnitsalderen 40 år, størstedelen er gift og har 2-3 børn, de har i gennemsnit et mellemlang skoleuddannelse og en del

tidligere erhvervs erfaring. De fleste har permanent ophold, bor i lejebolig, er på kontanthjælp, har et dårligt netværk og mestrer i ringe grad det danske sprog.

88% af klienterne lider af Post Traumatic Stress Disorder og de fleste viste en høj score af lidelsen. Alle har været udsat for mange forskellige traumatiske hændelser, to tredjedele har været udsat for mindst 15 forskellige alvorlige traumatiske hændelser. Mange har oplevet eftervirkninger af traumer mod hovedet.

Psykologerne vurdering af at anvende HTQ-R viste, at de fleste oplevede, at det belastede klienten, men at det samtidig skabte en bedre kontakt til klienten og påvirkede den terapeutiske alliance positivt eller slet ikke. Ved evalueringen af forløbet, blev der peget på, at HTQ-R kunne anvendes til at dokumentere klienternes symptomer og traumatiske hændelser, men det var utilstrækkeligt og kunne ikke stå alene som monitoreringsinstrument. Man savnede instrumenter til at registrere dybere angst- og depressionstilstande, ressourcer og funktionsniveau. Det blev efterfølgende besluttet, at behandlingen skulle monitoreres på hovedområderne: symptomer, reressourcer og funktionsniveau.

Organiseringen af projektet foregik ved en styregruppe, hvor hvert center havde en repræsentant. Styregruppen havde det overordnede økonomiske og faglige ansvar og en projektleder blev ansat til den daglige ledelse. Projektets grundlæggende ide var både at være et udviklingsprojekt for arbejdet med rehabilitering af flygtninge og et samarbejdsprojekt de deltagende centre imellem. Til at realisere disse ideer lagde man vægt på en demokratisk styreform, da man mente, dette ville fremme erfaringsudvekslingen, diskussionerne og ansvarligheden til at udvikle området bedst muligt.

De konklusive erfaringer fra pilotprojektet er, at der er opbygget en levedygtig organisation, som betyder at projektet fortsætter, der er skabt interesse og engagement på centrene for området og dets problemstillinger, der er vilje til at fortsætte trods få ressourcer. Den vigtigste foreliggende opgave er at skabe økonomi til at igangsætte pilotprojekt 2.

Læsevejledning

Rapporten henvender sig til medarbejderne på rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge, ministerierne og andre interesserede.

Den er detaljeret skrevet, fordi den især skal tjene som redskab til at arbejde videre med udviklingen af monitoreringsprojektet.

I rapporten bruges udtrykket "behandlere" som fællesbetegnelse for psykologer og psykiatere, da de har haft samme funktion i projektet.

I kapitlerne 2-4 redegøres for deltagerne i projektet, den historiske baggrund og initiativet til hele monitoreringsprojektet og de økonomiske ressourcer, der var nødvendige for at gennemføre pilotprojekt 1.

I kapitel 5-6 beskrives formålet med monitoreringsprojektet og med pilotprojekt 1. Denne rapport omhandler pilotprojekt 1, som er det første af to pilotprojekter til at forberede instrumenter til monitoreringsprojektet.

I kapitel 7 gives en detaljeret beskrivelse af og begrundelse for fremgangsmøde, metode og instrumentvalg til gennemførelse af pilotprojekt 1.

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGSPROJEKT FOR TRAUMATISERED E FLYGTNINGE I BEHANDLING

Kapitel 8 beskriver resultatet af undersøgelsen af instrumenterne: Populationsskema, HTQ-R og Evalueringskema. De statistisk bearbejdede oplysninger om populationens symptomer og hændelser gengives samt eksempler på klienternes egne beskrivelser. Behandlernes vurdering af klienternes tilstand og vurdering af påvirkningen af den terapeutiske alliance ved gennemførelsen af interview med HTQ-R beskrives og illustreres med grafer.

I kapitel 9 redegøres for evaluering af Pilotprojekt 1 og forslag til retningslinjer for det videre forløb.

I kapitel 10 beskrives organisationen og samarbejdet i monitoreringsprojektet og pilotprojekt 1.

Kapitel 11 kort om international formidling.

I kapitel 12-13 redegøres der på udførlig måde for konklusioner på pilotprojekt 1 og anbefalinger for det videre arbejde.

Bilag gengives udførligt.

Der foreligger rapport over Seminar over pilotprojekt 1 25. marts 2003, som kan rekvireres

1. Indledning

Traumatiserede flygtninge har i ca. 20 år været tilbudt behandling på landets rehabiliteringscentre. Størstedelen lider af post traumatisk stress forstyrrelser og ekstrem belastning som følge af krig, vold, fængsling, tortur, flugt m.m. De lever desuden i en fremmed kultur, hvor de skal etablere sig, ofte som familier, og har som følge af vanskeligheder i integrationsprocessen problemer af forskelligt omfang på hele livsområdet.

Rehabiliteringscentrene har udviklet tværfaglige modeller og metoder til behandling af traumatiserede flygtninge. De integrerer psykoterapeutisk, kropsterapeutisk, social og medicinsk behandling.

Imidlertid er der aldrig tidligere udarbejdet en samlet oversigt over den population af flygtninge, som modtager behandling på centrene, ligesom der ikke findes systematiske registreringer af de forandringer, der finder sted under behandling af klienterne. Derfor har man ikke tilstrækkelig systematisk og dokumenteret viden om populationens sammensætning og dens psykiske, fysiske og sociale problemer samt den optimale behandling.

Dette projekt vil søge at udarbejde metoder til at opbygge denne viden.

2. Deltagere i projektet

På landsplan er der for tiden 14 centre til rehabilitering af flygtninge. Følgende 9 centre har deltaget: ETICA, CEPAR (Center til psyko-social rehabilitering af flygtninge og indvandrere), CETT (Center for traume- og torturoverlevende), Dansk Røde Kors, 4D Rehabiliterings- og Integrationscenter, Københavns Kommunes Integrationsenhed, OASIS (Behandling og rådgivning for flygtninge), RCF (Revacenter for flygtninge) og RRCF (Rehabiliteringscenter for flygtninge.).

RRCF meddelte i august at de udgik af projektet og RCT Fyns amt tilmeldte sig projektet i oktober måned 2003.

Projektet involverede direkte 92 klienter, 30 psykologer og tolke samt indirekte alle medarbejdere på centrene

3. Baggrund for projektet

I forbindelse med at man i 1999 begyndte at afholde regelmæssige ledermøder for alle landets rehabiliteringscentre for flygtninge, blev det tydeligt, at der var et stort fælles behov for registrering af data om klienterne og vidensopsamling fra centrene.

På et møde den 31. marts 2000 blev det besluttet, at lave en fælles registrering af grunddata om centrenes population af klienter. Populationen blev defineret som flygtninge henvist til behandling. Dansk Flygtningehjælp Psyko-sociale projekt, som strakte sig over to år fra 1999 til 2001, tilbød at stille ressourcer og organisatoriske rammer til rådighed. På mødet formulerede man som formål:

*Vi ønsker en registrering af populationens grunddata, dens lidelser og problemer og ønsker at monitorere behandlingsforløbet for klienterne.
Overordnet er formålet at synliggøre populationen over for offentligheden, at vurdere virkningen af behandling for at forbedre den og at skabe et fundament for fremtidig forskning.*

De områder man ønskede at registrere var: Demografisk data af populationen, klienternes symptomer, traumeoplevelser, ressourcer, henvisningsårsager og status ved behandlingens afslutning.

Det blev besluttet at begynde med at koncentrere sig om en *populationsbeskrivelse* og en registrering af *traumeoplevelser og psykiske symptomer* hos de enkelte klienter.

Dette blev planlagt og udformet som et projekt i tre faser. Første fase bestod af pilotprojekt 1 med start i maj 2002, hvor man ville afprøve skemaer til indhentning af disse data. Denne periode skulle vare et halvt år og afsluttes med et evaluerings seminar i februar 2003.

Derefter skulle pilot 2 indledes, hvor *sociale og kropslige problemstillinger* skulle registreres, og afsluttes med evalueringsseminar i december 2003.

Selve *monitoreringsprojektet* kunne begynde foråret 2004 og vare to år og afsluttes i 2005.

I juni 2002 blev der indsendt ansøgning til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om bevilling. Denne blev bevilliget januar 2003. Pilotprojekt 1 blev afviklet i 2003. Da der endnu ikke er fundet midler til at gennemføre pilotprojekt 2 og selve monitoreringen, er tidsplanen ændret en del.

4. Økonomi

De tildelte midler fra Indenrigs- og sundhedsministeriet på 422.020 kr. har været anvendt til projektledelse, transport til møder for styregruppen og faggrupper, afholdelse af seminarer, konsulenthjælp, dataregistrering og bearbejdning og rapportskrivning.

Centrene har selv finansieret de øvrige udgifter til forskellig mødevirksomhed og stillet centrenes faciliteter til rådighed. Gennemførelsen af undersøgelsen er indgået som en del af den daglige behandling, men har krævet ekstra personaleressourcer.

5. Mål for monitoreringsprojektet som helhed

Det ene formål er en **systematisk registrering af populationen** mht. demografiske data, sociale og kulturelle baggrund samt fysiske, psykiske symptomer og sociale problemstillinger. Derved kan der **opbygges en database** der både er landsdækkende og lokal for de enkelte centre. Denne viden om populationen kan gøre det muligt at oplyse offentligheden om flygtninge i behandling og kan give materiale til forskning.

Det andet mål er at **monitorere ændringerne** i de psykiske, fysiske symptomer og sociale problemstillinger under behandlingsforløbet. De kan give baggrundsviden til at udvikle behandlingen.

Det tredje mål er at opbygge **et samarbejde og et netværk** for rehabiliteringscentre for flygtninge i en landsdækkende organisation, der kan udveksle erfaringer og lære af hinanden.

6. Formål med Pilotprojekt 1

Formålet var:

- at afprøve anvendeligheden af et til opgaven udarbejdet **Populationsskema** til beskrivelse af populationen
- at afprøve anvendeligheden af **Harvard Trauma Questionnaire-revised** (HTQ-R) til at registrere traumatiske hændelser og psykiske symptomer hos klienterne.
- at få en vurdering af den ”setting”, som vi anvendte. Hertil blev et **Evalueringsskema** udarbejdet.

7. Metode og procedure

7.1 Målgruppe

Målgruppen var flygtninge over 18 år, som havde været udsat for traumatiske oplevelser, og som var visiteret til behandling på et af centrene.

Alle klienter, som blev henvist til behandling i projektperioden, indgik i projektet.

Flygtninge, hvor den primære problemstilling var en psykotisk tilstand eller et alvorligt misbrug, ville ikke indgå i undersøgelsen. Disse flygtninge tilhører som oftest heller ikke centrenes målgrupper.

7.2 Beskrivelse af vor fremgangsmåde - de områder, der skulle registreres og de instrumenter vi valgte

Populationsskemaet skulle indhente oplysninger om følgende *demografiske data*: flygtningestatus, civilstand, familieforhold, økonomiske, sociale, boligmæssige, uddannelsesmæssige, erhvervmæssige forhold, brug af det kommunale servicesystem og årsager til henvisning. Dette skema blev udarbejdet til projektet på basis af de skemaer, som allerede blev anvendt på de deltagende centre og var således ikke afprøvet tidligere.

Harvard Trauma Questionnaire – revised (HTQ-R) blev valgt til at registrere *de psykiske tilstande og traumatiske hændelser*.

HTQ-R er en videreudvikling af HTQ, som er et velgennemprøvet og internationalt anerkendt redskab til undersøgelse af traumatiserede flygtninge. Skemaet er valideret i

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

forhold til PTSD diagnosen i American Psychiatric Associations diagnosesystem for psykiske forstyrrelser, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)¹. Dette gør vores resultater sammenlignelige med andre undersøgelser og beskrivelser af traumatiserede flygtninge i behandling.

HTQ-R findes kun i en engelsk og serbo-kroatisk udgave. Det blev derfor oversat til dansk til brug for projektet. Derved sikrede vi os, at vi tog udgangspunkt i den samme skriftlige tekst. Det havde som konsekvens, at administrationen af skemaet involverede mundtlig tolkning til klientens eget sprog.

HTQ-R indeholder fire dele.

- 1) En **"Hændelses-del"** med 46 spørgsmål med beskrivelser af meget forskellige potentielle traumatiserende hændelser, hvor klienten ja eller nej svar skal angive, om de har oplevet det.
- 2) En del, hvor klienten med egne ord skal give en **beskrivelse af de værste oplevelser** i hjemlandet og i asyllandet.
- 3) En del *med seks* spørgsmål om **traumer mod hovedet**, som kan afdække evt. følgevirkninger og skader.
- 4) En **"Symptom-del"** del
 - a. En kort del med tre spørgsmål, hvor klienten med egne ord skal beskrive, hvad der er mest generende fysisk og psykisk og i forhold til andre mennesker.
 - b. Dernæst 40 spørgsmål, der beskriver forskellige psykiske symptomer. De første 16 spørgsmål, er centrale for at vurdere, om klienternes svar kan siges at være valide i forhold til PTSD-diagnosen. De følgende 24 spørgsmål om andre relevante psykiske symptomer giver supplerende oplysninger om klientens funktioner.. Klienten skal til alle spørgsmålene give et graderet svar på en firepunkts skala – (slet ikke - lidt - noget - i høj grad) for at angive i hvilken grad, de lider af den beskrevne psykiske tilstand..

Ud fra bevarelsen af disse spørgsmål regnes en samlet score, der angiver om og i hvilke grad, klienten lider af PTSD svarende til DSM-IV diagnosen. Hvis score er over 2,5 vurderes personen til at lide af PTSD.

¹ Post Traumatic Stress Disorder er en lidelse, der rammer personer, der har oplevet, været vidne til eller er blevet konfronteret med en eller flere hændelser, som indebærer faktisk død eller trussel om død eller alvorlig legemsbeskadigelse eller en trussel mod fysisk integritet af personen selv eller andre. Personens reaktion indebærer frygt, hjælpeløshed eller rædsel.

Lidelsen er karakteriseret ved fire grupper af symptomer:

1. Den traumatiske hændelse genopleves igen og igen og som spontan indtrængen i bevidstheden (som erindringer, tanker, drømme, flashbacks og ved aktivering fra påvirkninger der ligner den traumatiske situation)
2. Undgåelse af påvirkninger, der er forbundet med traumat
3. Forøget årvågenhed og vagtsomhed (som søvnevanskeligheder, koncentrationsvanskeligheder letvakt irritation og forskrækkelse)
4. Tilstanden har været mere end en måned

Overvejelser over HTQ-R.

Udover skemaet var internationalt anerkendt og dækkede symptomer på PTSD, var valget af HTQ-R begrundet med, at det gav oplysninger om de hændelser, som havde traumatiseret klienterne. Dette syntes at være gunstigt både mht. dokumentation af klienternes symptomer og give nødvendige oplysninger som baggrund for behandling.

Når andre – relevante – skemaer ikke blev anvendt i Pilot 1 fasen var det primært af praktiske grunde. Det skyldtes hensyn til at forenkle proceduren i pilotfasen ved at undgå at forsinke gennemførelsen af projektet yderligere, give overskuelige data ved kun at afprøve et skema og undgå at belaste klienterne med for mange spørgsmål.

Vi valgte at anvende HTQ-R frem for HTQ, selv om HTQ har fordel ved at have færre spørgsmål i symptomdelen og er nemmere at administrere, da det er oversat til en hel række sprog, så klienten selv kan udfylde det. Begrundelserne for valg af HTQ-R var, at Hændelses-delen i HTQ-R er mere klar og enkel at svare på og at Symptomdelen indeholdt de samme 16 spørgsmål som kunne diagnosticere PTSD samt flere spørgsmål, som gav oplysninger om andre relevante psykiske tilstande ud over selve PTSD- symptomerne.

Ved en personlig henvendelse til Mollica, som havde konstrueret HTQ, blev vi desuden anbefalet at anvende HTQ-R.

Vi var bevidste om at valget af HTQ-R var en prioritering, som indebar en begrænsning. HTQ-R dækker nemlig ikke i tilstrækkeligt grad de dyberegående angst og depressive tilstande, som de fleste henviste flygtninge lider af, tilstanden betegnes som DESNOS². Vi fravalgte således en grundigere beskrivelse af disse tilstande.

Vi fravalgte også at undersøge ressourcer og mestringsstrategier, som er væsentlige at afdække i et behandlingsperspektiv.

Disse nævnte områder vil imidlertid senere blive tilgodeset i konstruktionen af selve monitoreringsprojektet.

Når vi anvendte HTQ-R oversat til dansk i en interviewsituation, blev det anvendt på en måde, som det oprindeligt ikke var konstrueret til – nemlig selvudfyldning. Vi mente dog, at det var mere betryggende for klienten, at interviewet indgik i en terapissammenhæng, hvor der i forvejen var tolkning.

Den mundtlige tolkning indebar dog mange usikkerhedsmomenter mht. beskrivelser, begreber og dermed forståelse af spørgsmålene. Vi erkender, at vi ikke i dette projekt har undersøgt nærmere, hvordan dette påvirkede vore data.

² DESNOS er betegnelsen for Ekstrem stressforstyrrelse med depression og angst. Den beskriver en lidelse hos personer, som i længere tid har været udsat for organiseret vold, levet under livstruende forhold eller levet indelukket og afspærret fra almindeligt liv – og derfor i en ekstrem angstfyldt situation med kronisk alarmberedskab i en konstant overlevelsestilstand.

Tilstanden er kendetegnet ved store og radikale ændringer i affektregulering, bevidsthed, selvopfattelse, opfattelse af udøverne af volden, eget forhold til andre mennesker og betydningssystemer, således at personen bl.a. bliver deprimeret, isoleret og hjælpeløs.

7.3 Beskrivelser af tidligere undersøgelser af traumatiserede flygtninge med anvendelse af HTQ

Der er foretaget en søgning på IRCT database og PsychINFO Database record med søgeordene: HTQ, refugee, therapy og monitoring og en gennemgang af udvalgte artikler. Artiklerne beskrev for de flestes vedkommende undersøgelser, der undersøgte sammenhænge mellem at være flygtning, udvise PTSD symptomer, traumatiske hændelser og specielt at have været udsat for tortur samt sociale forhold i eksillandet. Undersøgelserne viste, at flygtningepopulationen har en høj PTSD-score ifølge HTQ og at jo flere traumer og jo mere tortur flygtningen har været udsat for, desto højere er PTSD-scoren. Desuden kan der konstateres en sammenhæng mellem aktuelle dårlige sociale forhold (ingen arbejde, dårlig bolig, ingen samliv med familie) og høj PTSD-score. En del undersøgelser inkluderer udover HTQ også Hopkins Check-list og Beck's depressionsskema og finder høje scores for angst og depression.

Undersøgelser over seksuel dysfunktion hos torturofre³ peger på, at op til 51 % kan have dette symptombillede. Seksuel dysfunktion kan skyldes både direkte seksuel tortur eller anden slags tortur, nogle undersøgelser peger på, at 61-76% har været udsat for seksuel tortur. Men det er meget vanskeligt at få et klart billede af direkte seksuelle overgreb og seksuelle dysfunktioner, da klienterne som oftest er utilbøjelige til at fortælle om det. Det er behæftet med megen skam og skyld og angst for stigmatisering. Man regner således med, at der er en tendens til stærk underreportering af både seksuel tortur og seksuel dysfunktion.

Enkelte undersøgelser viser at ressourcer f.eks. i form af social støtte, familierelationer og arbejde er vigtige parametre, idet flygtninge synes at blive mindre traumatiseret, hvis der er tilgang til sådanne ressourcer.

Nogle få undersøgelser⁴ har undersøgt anvendeligheden af HTQ på en population, der spreder sig over forskellige kulturer, sprog og har fundet, at HTQ og Hopkins Check List er valide i forhold til flygtningepopulationen i et europæisk land.

Der var ingen undersøgelser, der anvendte HTQ-R, hvilket kan skyldes, at den reviderede version er ret ny og indtil videre kun findes på to sprog ud over vor egen oversættelse til dansk.

Der er ikke fundet undersøgelser, som monitorerer behandlingen af traumatiserede flygtninge.

³ Lotte D. Arlø Theilade. Seksuel dysfunktion hos torturofre. Ugeskrift for læger 41/2002

⁴ Kleijn et al., Psychiatrische symptomen bij vluchtelingen aangemeld bij het psychiatrisch centrum De Vonk, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde nr. 30, 1998.
Kleijn et al., Posttraumatic Stress symptoms in refugees: Assessments with the harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages i Psychological Reports 2001, 88,
Dijk et al De Harvard Trauma Questionnaire als transcultureel screeningsinstrument voor de posttraumatische vluchtelingen i Tijdschrift voor psychiatrie, vol. 41, nr. 1, 1999

Forskningstilgangen synes generelt at være kendetegnet ved at fokusere på symptomer og patologiske faktorer, mens fokus på ressourcer, mestringsstrategier og ”reciliency” dvs. evnen til at klare sig, er meget lidt repræsenteret.

Vi har i dette pilotprojekt lagt os tæt op ad den snævre symptomfokuserede tilgang, som giver viden om præcise velbeskrevne PTSD-symptomer.

Men det er langt mere kompliceret og vanskeligt at beskrive og udvælge de mangefacetterede fænomener, som viser sig at være afgørende i et behandlingsforløb - men som måske også er et mere genuint udtryk for klientens tilstand.og muligheder for at profitere af en behandling.

For at undersøge dette felt nærmere, har vi givet plads til behandlernes forskellige erfaringer og indtryk af klienten og samspillet med klienten i den terapeutiske kontekst.

Hertil anvendte vi Evalueringsskema.

Evalueringsskema

Evalueringsskemaet blev konstrueret til projektet og skulle give oplysninger om behandlernes erfaringer med og vurdering af at administrere HTQ-R i en terapeutisk sammenhæng.

”Settingen” for indsamling af oplysninger skal her forstås som den situation, hvor klienten blev interviewet af behandleren med HTQ-R ved begyndelsen af et etableret behandlingsforløb. Hovedsageligt var det klientens sædvanlige terapeut, som via tolk interviewede klienten med HTQ-R, men i særlige tilfælde, hvor behandleren ikke ønskede selv at gennemføre interviewet kunne en kollega fra samme center gøre det.

Det særlige ved denne situation var, at behandleren skulle fokusere på udvalgte aspekter hos klienten i en helhedssituation, som hun selv var en del af. Det skal derfor fremhæves, at svarene således var udtryk for behandlerens *subjektive* oplevelser af klienten og den gensidige relation i denne kontekst.

Behandleren skulle vurdere interviewets indvirkning på klienten samt den terapeutiske alliance – her måtte hun altså inddrage sig selv - på en 5-punkt skala fra ”lidt” til ”meget”. Behandleren skulle vurdere klienten med hensyn til: forpintthed, motivation for behandling, kontakt, PTSD, depression, angst og reaktion på klientinformation samt den belastning, interviewet havde haft på den terapeutiske alliance. Behandleren registrerede dette umiddelbart før og efter interview med HTQ-R.

Ved tilrettelæggelsen af selve monitoreringsprojektet var det en grundlæggende forudsætning for os, at bruge behandlernes kliniske erfaringer som udgangsposition til at beskrive de fænomener, vi skulle registrere. Behandlerne har mange detaljerede erfaringer med, hvilke fænomener, der er væsentlige i en traumatiseret tilstand og hvilke fænomener, der er relevante at fokusere på, når man skal monitorere et behandlingsforløb. Derfor er også behandlernes erfaringer ved evalueringen af ”settingen” vigtige resultater.

7.4 Procedurer ved indsamlingen af oplysninger

- Projektet blev tilmeldt Datatilsynet, som accepterede projektet.

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

- Alle klienter, der i projektperioden var henvist til behandling på centrene, skulle interviewes med HTQ-R og registreres med Populationsskemaet. Hvert center havde på forhånd lovet at levere skemaer på 10-20 klienter.
- Der blev indhentet koder til registrering af oplysninger i populationsskema.
- Der blev lavet en skriftlig manual til behandlerne om fremgangsmåde ved præsentation af information til klienterne og administrationen af HTQ-R
- Der blev udarbejdet to informationer til klienterne, en kort version som skulle præsenteres mundtlig og en længere, som blev præsenteret skriftligt på klientens sprog
Begge fulgte datatilsynets retningslinier
Det blev betonet her, at deltagelsen var anonym og frivillig og at den enkelte på ethvert tidspunkt kunne undlade at svare, eller helt trække sig ud, uden nogen form for konsekvens.
- Behandleren kunne vurdere om klienten var uegnet til at indgå i undersøgelsen. De klienter, som udgik, blev registreret og begrundelserne for dette skulle beskrives.
- Ejerskab til projektet blev defineret således, at de deltagende centre – projektgruppen - ejede alle data, mens hvert center kunne bruge egne data.
- Der blev udarbejdet retningslinjer for publikationer på baggrund af projektets data.

Anonymisering

For at gennemføre en total anonymisering, blev hvert testbatteri givet en kode, der kun på de enkelte centre kunne associeres med klientens navn. Den enkelte klient kan således ikke spores nogen steder i det samlede materiale.

De udfyldte skemaer blev overgivet direkte til projektlederen, der opbevarede materialet forsvarligt.

Behandling af data

Efter indsamling af alle data, blev data indkodet i den til formålet konstruerede datamatrice i programmet SPSS version 11.01.

Indkodningen foregik uden fortolkning af data. Enhver tvivl om resultat (eksempelvis afkrydsning midt imellem en 'ja' og 'nej'-rubrik) førte til udeladelse af data. Ligeledes udelukkedes nogle få dele af de kvalitative oplysninger på grund af tvivl om det anførte, i stedet blev det erstattet med [?] eller [forklaring].

Administration

Populationsskema blev udfyldt enten af henviseren eller af centres socialrådgiver ud fra foreliggende journaloplysninger. Manglende oplysninger blev suppleret ved at spørge klienten selv.

HTQ-R blev administreret som interview som del af et behandlingsforløb, da vi vurderede, at det var vigtigt i en terapeutiske sammenhæng at tage vare på de reaktioner, klienten kunne få ved udfyldelsen af skemaet.

Interviewet skulle foretages indenfor de første 5 sessioner for ikke at forstyrre den terapeutiske proces.

HTQ-R anvendes oprindeligt som selvudfyldning. Da vi som nævnt brugte en dansk oversættelse, var vi afhængig af tolkeoversættelse og tolkene blev på hvert center briefet med hensyn til forståelse af spørgsmålene.

Hovedreglen var, at klientens behandler skulle være interviewer. Da nogle behandlere havde forbehold overfor at anvende et systematisk interview ved indledningen af den terapeutiske situation, og da settingen var et af de forhold vi ville undersøge, stillede vi behandlerne frit mht. om de selv ville interviewe eller en kollega fra samme arbejdsplads kunne tage interviewet med deres klient.

I princippet skulle alle klienter i projektperioden inddrages i projektet. Psykologen kunne dog afgøre om klienten var for dårlig til at deltage.

Tidsrum

Da projektet var klar til at starte sommeren 2002, begyndte afprøvningen af Populationsskema og HTQ-R i efteråret 2002, og afsluttedes 28. februar 2003. Selve registreringsperioden har strakt sig over 9 måneder.

De væsentligste aktiviteter i 2003 var udover registrering af skemaerne, evalueringsseminar for psykologer, seminar for styregruppen og forberedelser til pilotprojekt 2.

8. Resultater fra Pilotprojekt 1

De klienter, der i projektperioden blev henvist til behandling, blev af centrene bedt om at deltage i projektet. I alt er 92 klienter blevet inddraget i projektet, men 11 personer heraf er ikke interviewet med HTQ-R. Udeladelsen skyldes dels psykologens vurdering af psykotisk tilstand hos klienten eller at spørgsmålene blev for belastende, dels at klienten havde modstand mod at svare på spørgsmålene.

Det statistiske materiale udgøres således af svar fra 81 personer.

Resultaterne gennemgås ud fra de enkelte skemaer; først Populationsskemaet, dernæst HTQ-R og sidst Evalueringsskemaet.

8.1 Resultater fra Populationsskema

Demografiske oplysninger om klienterne er opgjort som kvantitative data. Materialet er ikke opgjort på køn, land og kultur, da grupperne ville blive for små på grund af det begrænsede samlede antal personer i undersøgelsen.

Dernæst gengives klientens egen begrundelse for at ville modtage behandling og sagsbehandlernes begrundelser for at henvise klienten i tekst og med eksempler.

Populationsskemaet er ikke konsekvent eller klart udfyldt for alle klienterne og kan derfor være mangelfuld i forhold til populationsskemaets kategorier. Dog er der så mange

besvarelser, at det for langt de fleste spørgsmåls vedkommende er meningsfuldt at opgøre dem statistisk. Undtagelser herfra vil blive kommenteret undervejs.

I det følgende angives ”n =” som lig med det antal personer, der har svaret på pågældende spørgsmål.

8.1.1 Demografiske oplysninger om populationen

Køn: 66 er mænd og 20 er kvinder (n=86)

Oprindelsesland: 18 er fra Irak, 15 fra Jugoslavien, 8 fra Afghanistan, 6 fra Libanon , 3 fra Iran, 1 fra Syrien og 1 fra Vietnam. (n=52).

Opholdstilladelse: 45 har permanent ophold, 7 er familiesammenført, 8 har midlertidig ophold og 9 er asylansøgere. (n=69)

Alder: Gennemsnitsalderen er 40 år og aldersmæssigt fordeler populationen sig således at 50 % ligger mellem 34-46 år. (n=71)

Ægteskabelig status: 58 er gift, 5 er separeret eller skilt, 3 enke/enkemand og 7 er ugifte. De allerfleste lever i familie med to – tre børn. (n=73)

Boligforhold: Langt hovedparten, 63 personer bor på lejet værelse eller i lejebolig, 3 har midlertidig bolig og 7 bor på asylcenter. (n=73)

Forsørgelse: 61 er på kontanthjælp, 6 er på lommepege, 2 er førtidspensioneret og 1 har arbejde. (n=70)

Uddannelse: Populationen er som helhed uddannet. 35 har grundskole (over fem års skolegang), 26 har fuldendt gymnasiet og 11 har mindre end 5 års uddannelse eller slet ingen.(n=72). 8 har en akademisk uddannelse (n=80). (svarene bygger på fem adskilte spørgsmål, så vi går ud fra svarene ikke inkluderer hinanden.)

En hel del angives at have en faglig eller tillært uddannelse, men skemaet er noget uklart udfyldt.

Det gennemsnitlige antal arbejdsår i hjemlandet er 10 år.

Danskundervisning: Næsten alle - 65 personer - har fået tilbudt danskundervisning (n=68). Men 47 vurderer deres danskkundskaber til 'intet' eller 'lidt'.

Populationen som helhed er karakteriseret ved et dårligt **socialt netværk** både blandt landsmænd og danskere.

Netværk blandt danskere karakteriseres som 'lidt' eller 'intet' og netværket blandt landsmænd karakteriseres som 'lidt' eller 'noget'.

Desværre er nogle vigtige spørgsmål for ringe udfyldt, til at der kan laves en meningsfuld statistisk opgørelse:

Det gælder spørgsmål om **tidligere erhvervsuddannelse**, hvor der kun er svar fra 51 personer. Det er ærgerligt, idet det er et meget vigtigt spørgsmål at få besvaret i forbindelse med rehabilitering af flygtninge. Af de svar, der er givet, kan det dog ses, at 22 personer har mere end 10 års erhvervs erfaring, og 11 har mere end 20 års erhvervs erfaring. Det kunne pege i retning af, at populationen generelt er vant til at klare sig selv med arbejde.

Spørgsmål om **militærtjeneste eller milit** er kun udfyldt for 37 personer – dette er igen desværre en beklagelig manglende oplysning, da krigserfaringer i høj grad bidrager til traumatisering.

På **spørgsmålet om afbrydelse af danskundervisning af helbredsmæssige grunde**, siger over halvdelen af de afgivne besvarelser (28 ud af 45 besvarelser), ja til dette. Spørgsmålet er kun besvaret for 45 personer, dette er beklageligt, idet afbrydelse af danskundervisning ofte er en grund til henvisning til behandling.

Spørgsmål om **forældre uden for eller i Danmark** er ringe udfyldt. Det kan skyldes, at det er et meget sårbart emne, idet mange har mistet deres forældre ved vold eller lider stærkt under savn af dem, eller at det ikke er oplyst fra socialforvaltningen.

Kommentar

Det bør bemærkes, at størstedelen af de henviste flygtninge lever i familier med flere børn. Det peger på, at hjælp til børnefamilierne er et vigtigt indsatsområde, da vi i forvejen ved, at dårligt fungerede forældre præger deres børns udvikling uheldigt.

Det er også bemærkelsesværdigt, at mange er veluddannet med gennemført gymnasieskole og nogle med akademisk uddannelse. Når dette sammenlignes med at over halvdelen har måttet afbryde danskundervisning af helbredsmæssige årsager, fortæller det om et stort intellektuel potentiale, som ikke bliver brugt i samfundsmæssigt.

Næsten ingen har arbejde og det peger også på et spild af ressourcer, da vi ved fra andre undersøgelser⁵ at arbejde mindsker virkningen af traumatisering.

8.1.2 Oplysninger om henvisningsårsager

Klientens egen formulering af sine problemer.

Mange klienter oplyser, at de generelt har det dårligt, er angste, er deprimerede har hukommelses- og koncentrationsvanskeligheder, er irritable, har søvnproblemer herunder mareridt, har smerter i hovedet og i kroppen og andre fysiske vanskeligheder. Dette er symptomer, der svarer til PTSD symptomer og ekstrem stressbelastning.

Mange har desuden problemer i forbindelse med at leve i eksil og udtrykker ønsker om at arbejde og blive selvforsørgende.

⁵ N.Sveaas og M. Castillo. From war hero to Cripple: An interview study on psychological intervention and social reconstruction in Nicaragua. I: N.Sveaas. Restructuring meaning after uprooting and violence. Psychological interventions in refugee receiving and in post-conflict societies. Inst. of Psych. Faculty of Soc. Sc. Univ. Oslo 2000

Eksempel på begrundelse for henvisning

Der gengives en mandlig klients beskrivelse af sine problemer, der rummer mange af ovennævnte symptomer” (Klienten) *føler sig dårlig både fysisk og psykisk og har gjort det i 10 år. Har konstante smerter, der medfører at [han] ikke kan sove, samt har svært ved at bevæge sig. Skuffelser over egen afmagt fører til [at han] trækker sig tilbage fra omverdenen. Tilbringer megen tid i sengen, savner lyst og kræfter til at foretage sig noget. Føler samtidig dette ’meget skamfuldt og nedtrykkende’ ift. venner og familie. ’Mit liv er borte’. Oplever sin personlighed meget ændret. Kan ikke koncentrere sig, ikke huske tidligere viden, ikke indlære nyt, ikke orientere sig og derfor ikke færdes udenfor hjemmet. Kan ikke huske at tage sin nødvendige daglige medicin. Kan ikke klare små opgaver i hjemmet og slet ikke funktioner på en arbejdsplads. Er meget ulykkelig over dette. Savner tidligere aktive arbejdsliv, samt familie og venner i hjemlandet. Vil helst repatriere, men det er umuligt, ville bringe ham i livsfare.”*

Sagsbehandlerens formulering af problemer

Mange henviser til klientens symptomer på PTSD og ekstrem stressbelastning, og den viden de har om, at klienten har været udsat for tortur og andre traumatiske hændelser, således at de vurderer, at vedkommende har behov for behandling.

En stor del henviser desuden til, at der er behov for afklaring i forhold til aktivering og arbejdsevne og påpeger problemer i forbindelse med integration og belastninger som følge af ventetiden på asyl.

Eksempler på begrundelser for henvisning

Traumeramt. Personlighedsændringer på grund af krigsoplevelser.

Har gået på sprogskole uden at tilegne sig dansk på grund af koncentrationsbesvær og vanskeligheder med at huske.

Har behov for en koordineret behandlingsindsats for at hun kan vende tilbage til en mere almindelig integrationsplan.

8.2 Resultater fra Harvard Trauma Questionnaire-Revised (HTQ-R)

Som nævnt ovenfor giver HTQ-R oplysninger om fem forskellige områder:

- **Hændelses-delen** med spørgsmål om de hændelser klienten har været udsat for.
- **Beskrivelser med egne ord, hvad der var klientens værste hændelser før og under asyl**
- **Symptomdelen** med spørgsmål om klientens aktuelle symptomer
- **Beskrivelser med egne ord, hvad der aktuelt plager klienten mest.**
- **Traumer med hovedet.**

Præsentationen vil følge denne inddeling. Der gøres opmærksom på, at rækkefølgen af områderne af fremstillingsmæssige grunde er anderledes end i selve skemaet.

Svarene er opgjort i procenter af svar på de enkelte spørgsmål i HTQ-R. Besvarelsen fra én person kan følgelig optræde flere gange, idet den samme person som regel kan have oplevet mange traumatiske hændelser og have flere forskellige symptomer.

Af de 81 personer, der deltog i interviewet har 12 personer ikke svaret på hele Event-delen og 2 personer har ikke svaret på spørgsmål 1-16 i Symptom-delen (der som nævnt danner basis for vurdering af PTSD-diagnosen) og 6 personer har ikke svaret på spørgsmål 17-40 i symptomdelen.

HTQ-R er dog som helhed udfyldt fyldestgørende til at besvarelserne kan bearbejdes statistisk.

8.2.1 Hændelses-del

N = 69 personer i denne del.

Neden for er opgjort svar på 46 spørgsmål om forekomsten af traumatiske hændelser og kun for de hændelser som har fået mindst 70 % bekræftende svar.

• Tvunget til at skjule sig	94 %
• Indespærret i hjemmet på grund af fare udenfor	86 %
• Krigs- eller krigslignende situation	85 %
• Tvungen adskillelse fra familiemedlemmer	85 %
• Vidne til slag mod hoved eller krop	85 %
• Dårligt helbred uden adgang til læge	84 %
• Mangel på tilflugtssted	84 %
• Tvungen evakuering under farlige forhold	82 %
• Alvorlig fysisk skade på familiemedlem eller ven på grund af krig, krigslignende situation eller landmine	80 %
• Konfiskering eller ødelæggelse af personlig ejendom	78 %
• Mangel på føde og vand	77 %
• Været udsat for at blive aftvunget eller frarøvet sine ejendele	75 %
• Vidne til tortur	72 %
• Til stede mens nogen søgte efter folk eller ting i dit hjem	72 %
• Andet familiemedlem eller ven myrdet eller død som følge af vold	72 %
• Tortur	70 %

Kommentar

Seksuelle traumatiske hændelser angives med lave tal: voldtægt 8 %, anden seksuel misbrug 9 % og vidne til voldtægt og misbrug 17%.

Disse tal er som tidligere nævnt lave sammenlignet med kliniske erfaringer og undersøgelser, der viser, at mange har været udsat for seksuel tortur. De lave tal i denne undersøgelse kan skyldes, at klienterne først efter længere tids terapi og en veletableret kontakt til terapeuten vil oplyse om disse hændelser.

8.2.2 Klientens beskrivelser med egne ord af de mest ubehagelige og voldsomme hændelser vedkommende har været udsat for.

Inden ankomsten til Danmark

Besvarelserne er inddelt i kategorier for de mest anvendte beskrivelser:

Uvished

Mit liv var meget usikkert, hvad gør de ved mig, man vidste aldrig om man var død om en time.

Angst uden at vide, hvad der vil ske om 5 minutter.

Adskillelse og tab

Da de tog min far og min lillebror, jeg var seks år, senere adskilte de min far og bror og satte ham i isolation.

"At miste min mand, jeg blev lammet, da jeg fik beskeden

En kvinde søgte at redde sit barns liv ved at skjule ham:" Jeg måtte gemme min søn i en tønde på grund af krigen. Nu er han væk, jeg ved ikke hvor".

Krigshandlinger med bombardementer, skyderi og vold

"Jeg lå og sov på 2. sal i en bygning. Fjenden kom ind og minerede 1. sal med TNT. Stedet eksploderede (...) Vågnede og kunne ikke trække vejret på grund af støv. En ven råbte. Kunne ikke orientere sig – begyndte at skyde."

En kvinde var som 7-8 år gammel på besøg hos bedsteforældrene i bjergene: "En dag smed de bomber.[Vi] gemte os i beskyttelsesrum. Dette blev ramt. Vågnede efter at være bevidstløs. Bedsteforældrene var døde. Mørkt – blodigt – var alene."

Tortur

Tortur ved at hans hoved holdes under vandet. Han var ved at dø under torturen.

"Da de hængte mig fra loftet i mine kønsdele – bange for at jeg mistede dem."

Samme klient blev udsat for flasketortur, hvor to personer tvang ham til at sidde på en flaske.

"Gennem næsten tre år tilbagevendende ført ud i skov og udsat for skinhenrettelse ved skydning – efterfulgt af voldsomme psykiske ydmygelser verbalt."

Vidne til mishandlinger af andre

Oplevelserne indebærer rædsler, hvor klienterne har været vidne til beskydninger, drab og mishandlinger: "Specielt når en anden fange bliver sat under tortur og man skal se på det, der foregår, man ønsker hellere, at det skulle være en selv, der blev tortureret. Det ville være nemmere."

En klient var fra sit skjul "vidne til nedskydning af min nærmeste familie og venner."

En anden beretter om politibrutalitet: "Politiet skubbede far ned af trappen, da de kom for at lede efter bror, der var flygtet."

Forfølgelse, chikane og ydmygelser

En fortæller " jeg arresteres uden grund, bliver falsk anklaget, og udsat for trusler og de vil tvinge mig til tilståelser."

Jeg har set, hvordan de brænder folks huse ned, deriblandt mit eget hjem

En anden fortæller, at han har været fanget og ført til genopdragelseslejr, isoleret fra familien og sendt i krigen som slave

Under og efter asylperioden

Besvarelsene er inddelt i kategorier efter de mest hyppige svar.

Ventetid

Ventetiden nævnes som det værste – oftest begrundet i den usikkerhed, der er i den ofte meget lange periode.

”Ventetiden – har ikke mulighed for at gøre noget. Ventetiden er en slags tortur for mig – værre end torturen i hjemlandet. Hver eneste dag vågner man i samme situation; man ønsker at gøre noget for sit liv, men er magtesløs. Det er det værste.”

En anden siger: *”Det hele’ har været og er fortsat svært. Livet er tungt for ham i Danmark. De få år han har været her, føles som 15 år – ventetid, usikkerhed i asyl- og familiesammenførings sag.”*

Den sociale situation i asylperioden

”Der var trange, dårlige boligforhold (16 kvm. til 4 personer) uden hjælp fra myndigheder. Jeg har haft flere oplevelser, hvor jeg følte afmagt, hjælpeløshed, dårlig behandling. Der var meget støj og larm hele natten. Og et voldsmiljø på centeret på grund af alkoholdrikkeri .

Eksiltilværelsen

Eftervirkningerne fra afskeden med hjemlandet og tilpasningen til et nyt land føles overvældende.

Ensomheden, isolationen og adskillelsen fra det øvrige samfund er pinefuld *”Jeg lever i et land uden familie og slægt. Har forladt mit land for at få sikkerhed, men oplever ikke Danmark som sikkert. Har mistet håbet.”*

Eksil indebærer adskillelse og smerte *”når barnet i Pakistan græder, fordi han savner sin mor”.*

Den danske flygtningepolitik

Det handler om usikkerhed om fremtiden

En har fået *” en slags følelse af at jeg skal sendes tilbage til Irak.”* og en anden er bange for at *”den danske regering vil sende afghanere hjem.”*

Chikane og racisme

Flere har oplevet chikane – ofte med racistiske undertoner

Da klienten søgte om asyl i Lufthavnen var *”manden som afhørte ham racistisk – råbte og var meget provokerende, mistænkeliggørende og truende.”*

En var udsat for, at en ansat i asylcentret sagde nogle dårlige ting til hende så hun græd på sit værelse.

En anden oplevede, at en forbipasserende spyttede på jorden foran ham og så foragteligt på ham

Den psykiske tilstand

Den psykiske tilstand er så belastende, at den hæmmer dagligdagen

"Efter at have boet i Danmark i efterhånden lang tid, føler jeg stadig stor angst og nervøsitet ved bare at bevæge mig ud på gaden."

"Min kone og vores tre børn har det alle dårligt. Ingen af os har glemt hvad vi oplevede i krigen, men vi snakker ikke om det derhjemme.

"At jeg ikke kan finde mig selv igen"

Eksiltilværelsen opleves som god

Nogle siger, at der ikke er noget de vil betegne som 'værste' og at man ikke kan sammenligne opholdet her med de tidligere hændelser. En enkelt siger at *"her var kun godt. Det var som at blive genfødt. Der er taget godt imod os"*.

8.2.3 Symptom-del

n = 73 for hele symptomdelen.

I denne del beskrives klienternes svar på 40 udsagn om, i hvilken grad de inden for den sidste uge har været plaget af de beskrevne lidelser.

Hovedresultatet af denne del af undersøgelsen er, at 88% af den undersøgte populationen har en score på 2,5 eller derover, hvilket er karakteristisk for PTSD.

Nedenfor angives i procent de symptomer, der er hyppigst nævnt på kategorien "i høj grad", hvilket svarer til punkt 4 på skalaen, sammenlignet med svar procenten på "slet ikke", der svarer til punkt 1 på skalaen på samme spørgsmål.

Symptomer der er hyppigst nævnt

<i>Symptomer</i>	<i>i høj grad</i>	<i>slet ikke</i>
	Procent	Procent
• Søvnbesvær	75	5
• Smerter i kroppen	66	5
• Svært ved at koncentrere sig	65	4
• Bruger tid til at tænke på hvorfor disse ting skete for mig	65	7
• Tilbagevendende tanker eller erindringer om de mest ubehagelige og voldsomme begivenheder	63	3
• Føler som om du ikke har nogen fremtid	63	6
• Generet af fysiske problemer	63	3
• Pludselige følelsesmæssige eller kropslige reaktioner, når du bliver mindet om de ubehagelige og voldsomme begivenheder	60	0
• Dårlig hukommelse	58	3
• Føler dig irriteret eller har vredesudbrud	57	8

8.2.4 Klienternes egne beskrivelser af hvad der for tiden plager dem mest psykisk, fysisk og i relation til andre mennesker

Psykisk

Der nævnes søvnproblemer, mareridt, støjfølsomhed, koncentrationsbesvær, flash-backs, tilbagevendende tanker om fortiden, vrede eller ophidselse samt manglende tro og håb for fremtiden – alle sammen typiske symptomer på PTSD.

Samtidig nævner mange angst og depression som det mest generende, hvilket der ikke screenes for i den strukturerede del af HTQ-R og som er karakteristisk for DESNOS.

Fysisk

Langt de fleste klager over hovedpine og smerter i skuldre og ryg, eller diffust udbredte smerter i hele kroppen. Mange klager også over muskelspændinger, anspændthed, pludselige svedeture eller varierende kropsfornemmelser, fleks. ”underlig smerte i hjerteområdet”, ”ryster i hele kroppen”, ”stivhed og stramhed i kroppen”. Fysisk træthed er et udbredt fænomen.

I relation til andre

Den overvejende del af klientgruppen oplever, at de isolerer sig eller har varierende problemer i kontakten med andre. Mange er støjoverfølsomme, hvilket påvirker kontakten til andre især børn, eller oplever fjendtlighed eller mistænksomhed i omgange med andre. Den sproglige barrierer er også en hindring i omgangen med andre.

8.2.5 Traumer mod klientens hoved

Der har kun været 64 besvarelser på denne del. Vi kan ikke vide, om den manglende besvarelse skyldes at spørgsmålet ikke er stillet, eller om det er udtryk for, at klienten ikke har haft hovedtraumer. Opgørelsen kan derfor kun tages som udtryk for en tendens og ikke som valide oplysninger.

	Antal svar	heraf ja til at have mistet bevidstheden
1. slået hovedet	43	28
2. kvælning eller strangulering	25	11
3. nær druknet	14	5
4. hovedskader fra eksplosion nær ved	19	13
5. andre hovedskader	18	9
6. sult	44	8

(heraf siger 13 ja til at være tæt på at dø af sult)

Disse tal kan med forsigtighed tages som udtryk for, at det er sandsynligt at flere flygtninge har haft følgevirkninger evt. som skader på grund af de påførte hovedtraumer. Det er oplysninger, som gør det påkrævet af de pågældende flygtninge bør undersøges for evt. hjerneskader, for at de kan få den rette hjælp og behandling.

8.3 Resultater fra Evalueringsskema - Behandlernes vurdering af anvendelsen af HTQ-R i en terapeutisk situation

Ud over, at vi i dette pilotprojekt fokuserede på at undersøge, om Populationsskemaet og HTQ-R var anvendelige skemaer til at indsamle data om vore klienter, var vi interesserede i at få en vurdering af "settingen", dvs. vi ønskede, at få behandlernes erfaringer og vurderinger af at administrere HTQ-R i en terapeutisk sammenhæng.

Til at belyse dette, bruger vi resultaterne fra *Evalueringsskema* udarbejdet til formålet. Behandlerne udfyldte selv skemaet før og efter anvendelsen af HTQ-R.

Som oftest var det klientens behandler, der var "rater", men nogle få valgte at lade en anden behandler gennemføre interviewet.

Frafald

De fleste frafald hos 11 personer skyldtes behandlerens vurdering af, at klienten var psykotisk eller paranoid og at det generelt var for belastende for klienten at gennemføre interviewet.

Andre frafald skyldtes, at klienten ikke ønskede at blive udspurgt, eller afbrød behandlingen.

I nogle tilfælde kunne hele interviewet trods accept i starten ikke gennemføres, fordi spørgsmålene virkede for konfronterende.

Behandlerne noterede, at nogle klienter har undladt at svare på nogle af spørgsmålene. I Event-delen er der 19 % og i Symptom-delen er der 18 %.

Behandlerne fremfører som begrundelser, at spørgsmålene har været svære at forstå, fordi klienten ikke kunne forbinde noget med det, det var vanskeligt at oversætte eller klienten kunne ikke graduere sin besvarelse trods forsøg på at forklare og uddybe spørgsmålet. Det kan handle om sproglig uklarhed, idet nogle udtryk er vanskelige at oversætte i visse sprog. Som årsag til at undlade at besvare skemaet, nævnes, at enkelte klienter har reageret med vrede eller er blevet fabulerende og springende i besvarelserne og fået flashbacks.

Tidsforbrug

Det har i gennemsnit taget 50 minutter at tage Hændelses-delen og 53 minutter at tage Symptom-delen. Det vurderes som lang tid og belastende for klienten. Nogle har derfor anvendt HTQ-R i mindre dele over flere samtaler.

8.3.1 Vurdering af klientens tilstand før og efter interview med HTQ-R

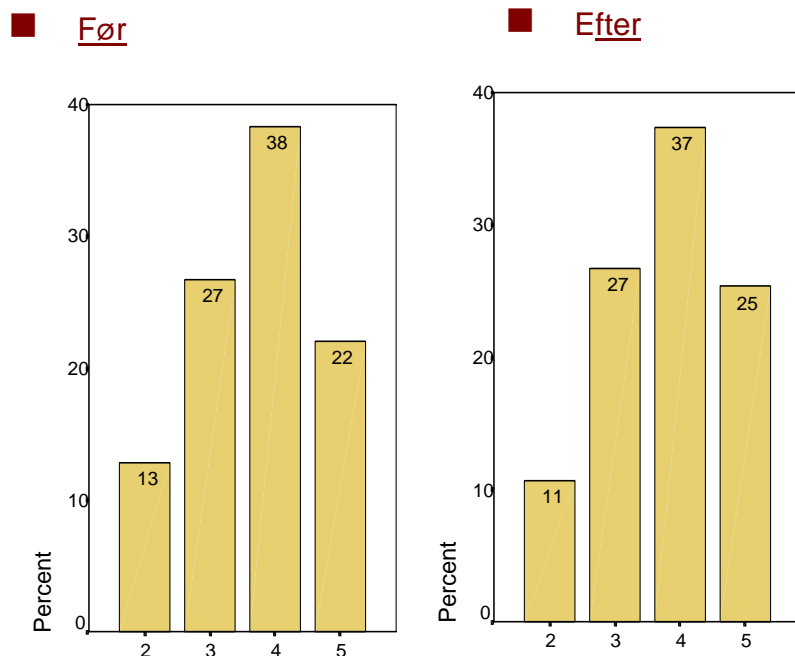
Behandleren vurderede som tidligere omtalt klientens tilstand på en skala fra 1-5 mht. forpintehed, motivation for behandling, kontakt, angst, depression og PTSD-symptomer umiddelbart før og umiddelbart efter HTQ-R interviewet for at få indtryk af, hvordan selve interviewet med HTQ-R havde påvirket klienten.

Da proceduren var, at behandleren skulle anvende HTQ-R efter en 3-5 behandlingssessioner, kunne man forudsætte, at behandleren havde tilstrækkeligt kendskab til klienten til at kunne bedømme vedkommende klinisk.

Resultaterne er vist som behandlernes svar i procent.

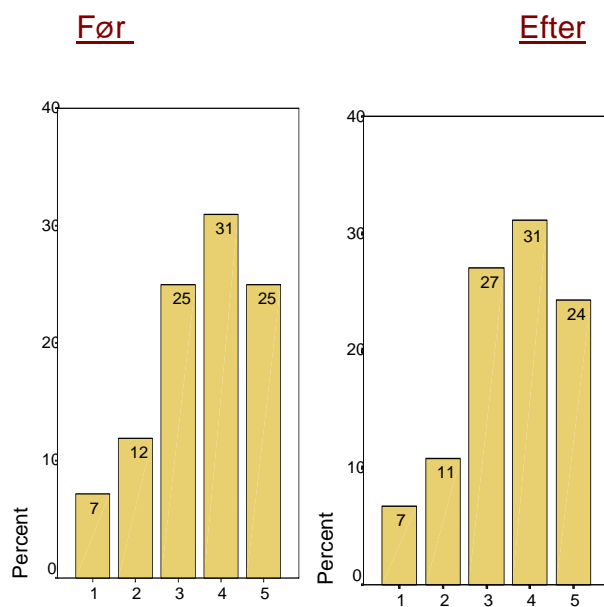
Vurdering af klientens forpintthed før og efter anvendelsen af HTQ-R

Forpintthed hos klienten

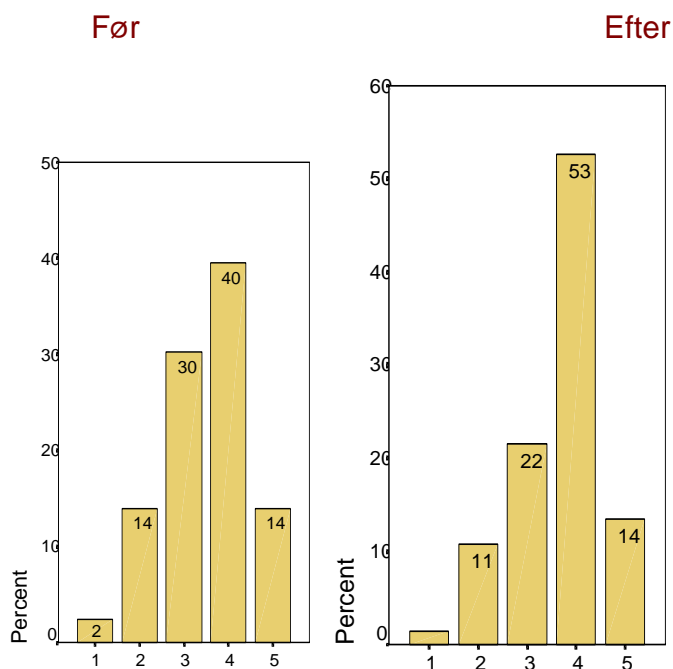


Vurdering af klientens motivation før og efter anvendelsen af HTQ-R

Klientens motivation for behandling



Klientens kontakt før og efter anvendelsen af HTQ-R **Grad af kontakt med klienten**



Kommentar

Som det kan ses, blev det vurderet, at klienternes forpinthed og motivation for behandling var den samme før og efter interviewet med HTQ-R. Der var en vis stigning i oplevelsen af depressive, angst og PTSD- symptomer, men samtidig var der en markant stigning i oplevelsen af graden af kontakt.

Det sidste resultat er særlig interessant, idet kontakten er grundlaget for et gunstigt behandlingsforløb. Når man sammenholder det med resultaterne på de andre variable kan man forsigtigt konkludere, at ved at klienten har delt de smertefulde og vanskelige emner med behandleren, som altså har forøget klientens symptomer, har behandleren oplevet, at have fået en større kontakt til klienten.

8.3.2 Vurdering af den terapeutiske alliance

Behandleren skulle her vurdere på samme måde på en skala fra 1-5 i hvilken grad, hun oplevede, at selve interviewet havde belastet klienten og i hvilken grad, det havde påvirket den terapeutiske alliance og herunder om det var i positiv eller negativ retning.

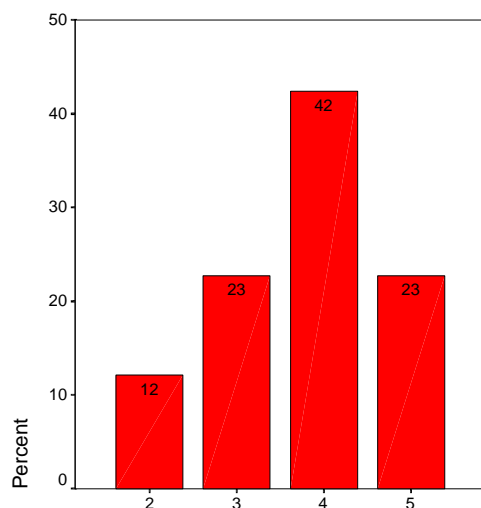
Den terapeutiske alliance er et grundbegreb i terapi. Vi definerer den her som: de aspekter af relationen mellem klient og terapeut som fremmer samarbejdet om fælles formål og retning for terapien.

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

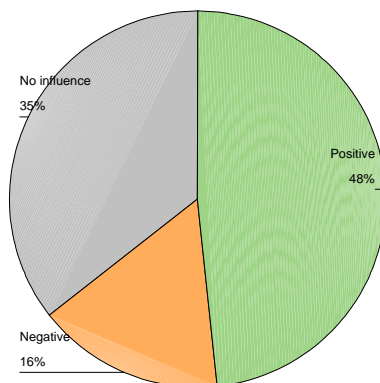
Vi valgte at vurdere reaktionen på Hændelsesdelen og Symptomdelen hver for sig, da vi formodede, at spørgsmålene om de traumatiske hændelser måtte opleves som meget mere belastende for klienten end spørgsmålene om deres egen tilstand i Symptomdelen

Hændelses-del

På spørgsmålet om, hvor belastende spørgsmålene i denne del har været for klienten vurderes *belastningsgraden* hos 88% af klienterne til at ligge på 3 – 5 og størst (42%) på 4.

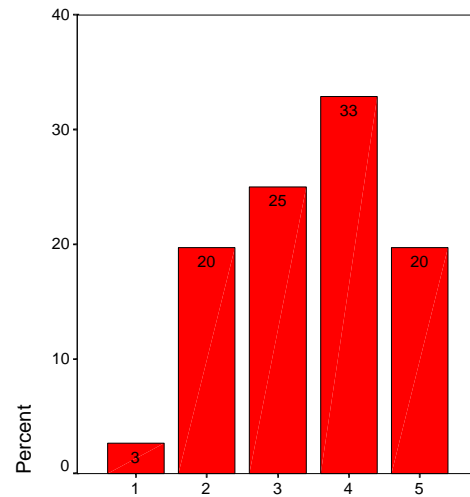


Hændelsesdelens *indflydelse på den terapeutiske alliance* vurderes samtidig hos 48% af klienterne til at være positiv, hos 36% vurderes spørgsmålene ikke til at have nogen indflydelse og hos 16% til at være negativ . Nedenstående figur viser tallene grafisk:

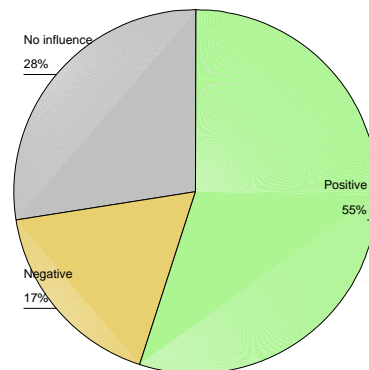


Symptomdel

På spørgsmålet om hvor belastende spørgsmålene i denne del har været for klienten vurderes *Belastningsgraden* hos 78% af klienterne til at ligge fra 3 – 5 og størst (33%) på 4.



Symptomdelens *indflydelse på den terapeutiske alliance* vurderes samtidig hos 55% af klienterne til at være positiv, hos 28% vurderes spørgsmålene til ikke at have nogen indflydelse og hos 17% til at være negativ. Nedenstående figur viser disse tal grafisk:



Kommentar

Det kan konkluderes, at de allerfleste behandlere vurderede, at interviewet af klienterne med spørgsmålene fra både Hændelses-delen og Symptom-delen havde været meget belastende for klienterne, henholdsvis 88 % og 78 %.

Det kan imidlertid samtidigt konkluderes, at de fleste behandlerne vurderede, at interviewet havde påvirket den terapeutiske alliance enten positivt: 48% i Hændelses-delen og 55% i symptomdelen eller ikke påvirket den hverken negativt eller positivt: 35% i Hændelses-delen og 28% i symptom-delen. Den negative påvirkning var altså kun 16% i Hændelses-delen og 17% i Symptom-delen.

Dette er overraskende resultater. Der var forhåndsforventninger hos mange behandlere, at det ville være for belastende og dermed ødelæggende for den terapeutiske alliance at anvende HTQ-R i en terapeutiske sammenhæng.

Resultaterne peger således på at den af behandleren oplevede store belastning i de allerfleste tilfælde ikke hænger sammen med en negativ påvirkning af den terapeutiske alliance, men tværtimod er der et omvendt forhold, således at belastningen vurderes til at hænge sammen med en neutral eller positiv påvirkningen af den terapeutiske alliance, nemlig i retning af større kontakt.

Behandlernes beskrivelser af deres erfaringer med at anvende HTQ-R

Behandlernes egne bemærkninger om erfaringerne med at administrere HTQ-R kan give nogle forklaringer på disse resultater.

Flere udtalelser peger på, at interview med HTQ-R giver klienten mulighed for at kontakte svære temaer i en tryk kontekst, og at det skaber et fælles udgangspunkt for behandler og klient og giver dermed klienten en følelse af at blive forstået og værdsat med sine vanskeligheder.

Eksempel på den positive virkning:

Klienten udtrykker, at det gennemgående har været en positiv oplevelse, fordi han fik minder frem og fordi han nu kan "gå ind i" ubehagelige ting, som han har undgået før. Det styrker hans motivation for behandling.

Klienten gav udtryk for, at det var meget udmattende at svare på alle spørgsmål og blev ked af det bagefter, men fortrød ikke, - det var blot svært

Det var indtrykket, at spørgsmålene via deres indhold befordrede en oplevelse hos klienten af, at behandler har godt kendskab til de særlige belastninger og traumer, flygtninge har været udsat for, at behandler har forståelse for de karakteristiske følgevirkninger. Dette havde igen en befordrende virkning på tilliden til og kontakten med behandler.

Den negative virkning handler især om, at klientens tilstand forværres og at behandleren oplever at påføre klienten lidelse

Eksempel på den negative påvirkning:

Den personlige beskrivelse skabte angst hos klienten samt forvirring. Klienten begyndte at erindre flere traumer på én gang og der var risiko for flashbacks. Det var meget vanskeligt, at fastholde klienten, selv om han selv ønskede at medvirke som en form for afklaring. Han magtede ikke at gennemføre, hvilket resulterede i en negativ afmægtig følelse hos ham.

Klientens udtalelser – om ubehagelige drømme, smerter der er forværret - tyder på at HTQ-R har haft en reaktiverende indflydelse i forhold til traumatiske erindringer og på en belastende måde for klienten.

Generel vurdering af anvendelsen af HTQ-R

Der blev lagt stærk vægt på, at HTQ-R altid skulle tages i tilslutning til et behandlingsforløb, så der var sikkerhed for at klienten fik opfølgning på de oplevelser og temaer, som var aktiveret ved interviewet.

HTQ-R skulle af samme årsag først anvendes, når der var etableret en bæredygtig kontakt og tillid til behandleren.

Der blev også peget på, at HTQ-R ensidigt fokuserede på traumatiske oplevelser og at der var brug for at sætte fokus på ressourcer samt copingstrategier og overlevelsesmåder.

9. Seminar 25 marts 2003 til evaluering af pilotprojekt 1

Seminar til evaluering af pilotprojektet var planlagt som afslutningen på projektperioden og skulle give os erfaringer og retningslinjer for videreførelsen af monitoreringsprojektet med hensyn til den psykologiske del.

De deltagende centres behandlere blev alle indbudt til heldagsseminar til opsamling og evaluering af pilotprojektet. 35 personer inklusiv styregruppen deltog. Seminaret foregik på Københavns Universitet Amager.

9.1. Formål med seminaret

Formålet var primært at kunne evaluere brugen og anvendeligheden af HTQ-R sammen med de behandlere, der havde indhentet erfaringer med skemaet. Men der skulle også være plads til at lytte til de behandlere, som ikke havde villet bruge HTQ-R.

Af hensyn til projektets videre udvikling var det vigtigt, at der blev præsenteret så mange forskellige synsvinkler og erfaringer som muligt. Formålet var derfor også at give rum til at deltagerne kunne udveksle erfaringer med hinanden, således at styregruppen ved at lytte til deltagerne erfaringer kunne blive klogere og blive bedre rustet til at udforme det videre forløb af monitoreringsprojektet. Der blev lagt vægt på, at der var en åben, undersøgende og accepterende atmosfære.

Fokus for evalueringen var HTQ-R's anvendelighed som dokumentationsinstrument, som monitoreringsinstrument og "settingen" dvs. HTQ-R anvendt i en behandlingssammenhæng.

For at tilgodese formålet bedst muligt, blev der afsat mest tid til gruppediskussioner som blev styret ved i forvejen udarbejdes diskussionsspørgsmål. Der var oplæg, der ved at dække meget forskellige synsvinkler skulle virke inspirerende. Læge Jessica Carlsson fra RCT blev desuden inviteret som gæst til at give oplæg om sin undersøgelse med HTQ-R.

9.2. Resultater fra diskussionerne og den opsamlende plenumdiskussion

HTQ-R's egnethed som instrument til dokumentationen af populationens symptomer

Det blev vurderet overvejende positivt.

Det blev begrundet med, at HTQ-R var struktureret, systematisk, valideret internationalt og diagnostisk godt. Det gav mulighed for at få spurgt om svære emner, man ellers ikke ville komme ind på. Det kunne bidrage til udredning af klientens problemer, som grundlag for at iværksætte behandling, og det er velegnet som grundlag for erklæringer.

Det kan gøre opmærksom på evt. traumer mod hovedet.

Indvendinger og kommentarer

Den mundtlige tolkning gav ofte problemer, fordi mange sproglige formuleringer var uklare, vanskelige at oversætte og gav anledning til misforståelser.

HTQ-R opleves som tidskrævende og for detaljeret.

Der efterlystes spørgsmål til en række veldefinerede emner:

-Spørgsmål om traumatiske oplevelser påført i eksillandet, i asylperioden og efter asyl. Efter behandlernes erfaring bidrager de i høj grad til klienternes symptomer.

-Spørgsmål om psykoser, depression, angst, personlighedsforstyrrelser, seksuelle vanskeligheder og medicinforbrug

-Spørgsmål om sociale funktioner og forhold til børn.

Flere centre havde i forvejen erfaringer med HTQ og foretrak denne udgave frem for HTQ-R, fordi den var nemmere at administrere.

HTQ-R's egnethed som instrument for monitorering af behandlingen

Det blev vurderet overvejende negativt.

HTQ-R kan ikke registrere en positiv udvikling hos klienten mht. f.eks. større mening med tilværelsen og mestring af eget liv. HTQ-R kan beskrive fravær eller formindskelse af symptomer. Men det er ikke dækkende at beskrive udvikling i behandlingen *udelukkende* ved fravær af symptomer, da nogle klienter kan beholde deres symptomer og dog få det bedre.

Der peges på, at det er mere relevant at registrere ændringer i andre psykiske og sociale funktioner og få et samlet billede af funktionsniveau ved behandlingens afslutning. Igen peges der på ressourcer, mestring (coping) og der peges på resiliency (modstandskraft) samt sociale begivenheder, som påvirker klientens aktuelle liv samtidig med behandlingen.

Der blev konkluderet, at der er brug for at præciseres hvilke ændringer hos klienten, man ønsker at monitorere.

Der var forslag om at supplere med andre test, der kan afspejle de nævnte områder. Nogle centre har f.eks. suppleret med Hopkins Checklist, *MMCI*, ICF (International –Classification scale of Function).

Den positive vurdering af brugen af HTQ-R handlede om, at terapeuten i løbet af behandlingen havde mulighed for at vende tilbage til de kommentarer, klienten havde givet udtryk for under det første interviewet og således uddybe behandlingen.

”Settingen” - Behandlernes vurdering af egen rolle som ”rater” og betingelser for at gennemføre projektet i en behandlingssammenhæng

Man fandt at dobbeltrollen ved både at skulle registrere informationer om klienterne samt tage terapeutisk hensyn til dem vakte mange følelsesmæssige og fagligt etiske problemer for behandlerne.

Man vurderede, at fordelene ved HTQ-R som registreringsinstrument i en behandlingssammenhæng, var at det var igangsættende, skabte struktur og rammer for samtaler om meget vanskelige emner. Men det var provokerende, fordi det gjorde psykologen ansvarlig for at igangsætte overvældende og nogle gange skræmmende oplevelser hos klienten, hvilket er i direkte modstrid med god etik i terapi. I nogle tilfælde var det ikke klienten, som led under interviewet, men psykologen, der på klientens vegne udviste berøringsangst over for spørgsmålene.

Anbefalingerne fokuserede på, at en god kontakt mellem klient og behandler inden interview var grundlæggende vigtig og at det var vigtigt, at der var sikkerhed for opsamling og bearbejdning i en efterfølgende behandling bagefter. Faglig etik, ansvarlighed og respektfuldhed blev fremhævet som væsentlige.

Anbefalinger pegede også på praktiske løsninger som at lade en anden behandler end klientens egne behandler gennemføre HTQ-R interviewet.

Fremtidsperspektiver for monitoreringsprojektet.

Der var overvejende positiv stemning for at fortsætte og udvikle projektet. Det blev pålagt Styregruppen at arbejde videre med afklaringer og retningslinjer ud fra de meget forskellige erfaringer og holdninger til, hvordan det var bedst at gennemføre projektet.

- Der skal arbejdes videre med monitoreringsprojektet
- Der blev lagt vægt på at, det endelige monitoreringsprojekt skulle udgøre en helhed og indeholde en balance mellem psykologiske, kropslige og sociale emner.
- Der skal indgå spørgsmål om mestring, ressourcer, resiliency og funktionsniveau
- HTQ-R er egnet til dokumentation af symptomer, men ikke til monitorering af behandling
- Der skal tages stilling til om HTQ-R eller HTQ skal bruges

10. Samarbejdsprocessen og opbygning af organisationen

10.1. Organiseringen og ledelsen af projektet

Styregruppen

Styregruppen og projektlederen udgjorde den samlede ledelse. Man valgte en meget flad ledelsesstruktur uden formand. Men der blev ansat en projektleder, aut. cand. psych. Else

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

Ryding med ansvar for den daglige ledelse. Projektlederen var ansvarlig over for styregruppen i alle forhold.

Den overordnede styring af projektet blev udført af Styregruppen, der bestod af én repræsentant for hver af de deltagende centre. Den var øverst ansvarlig for gennemførelsen af projektet. Alle væsentlige spørgsmål om projektets indhold og form og alle spørgsmål om økonomi skulle drøftes og besluttes der.

På selve møderne gik mødeledelse og referat på skifte mellem styregruppens medlemmer. Projektlederen repræsenterede også et center (Cepar) i styregruppen, hvilket skyldtes, at projektlederen blev valgt blandt styregruppens medlemmer

Projektleder

Projektlederens opgaver var at administrere økonomien, være ansvarlig for dataindsamling fra de enkelte centre herunder at tidsrammer og protokol overholdes. Projektlederen var ansvarlig for planlægning og gennemførelse seminarer og havde tillige ansvar for samarbejdet med forskningsassistent og konsulent samt ansvar over for kontakt til Datatilsyn, Etisk råd og for ansøgning af fonde. Projektlederen skulle udarbejde rapporter fra evalueringsseminar og pilotprojekt 1.

Projektlederen havde kompetence til at udarbejde dagsorden til møder og kunne tage beslutning om bearbejdning af de indkomne data i et vist omfang. Men projektlederens beslutninger skulle efterfølgende konfirmeres af styregruppen og beslutninger om definition og afgrænsning af indhold, konklusioner og perspektiver, skulle først diskuteres og vedtages i styregruppen.

Repræsentanter for centrene i styregruppen

Der var de enkelte styregrupperepræsentanternes opgave at sørge for, at medarbejdere på eget center blev holdt fuldt underrettet om, hvad der skete i projektet og at referere tilbage fra centret til styregruppen, om centrets holdninger og stillingtagen. Repræsentanten havde således også til opgave, at sørge for at der blev holdt diskussioner og foretaget afklaringer blandt centrets medarbejdere om de spørgsmål, som styregruppen arbejdede med.

Hvert center havde ansvar for føre registreringsliste over de klienter, som deltog i projektet. Hvert center skulle også introducere sine tolke i problematikken i forbindelse med at oversætte HTQ-R til interview hos behandleren.

Statistisk medarbejder

Stud. psych. Henrik Leslye blev ansat til den statistiske bearbejdning af data fra skemaerne og som medforfatter til den endelige rapport, samt havde opgaver med tilrettelæggelse af evalueringsseminar.

Konsulent

Cand.psych. Malin Wiking blev tilknyttet som konsulent til planlægning og gennemførelse af seminar og udarbejdelse af rapport.

Planlægningsgruppe

Der blev oprettet en planlægningsgruppe, til at sparre og vejlede projektlederen mht. projektets gennemførelse i videnskabeligt og forskningsmæssig henseende og med hensyn til tilrettelæggelse af seminar og udarbejdelse af rapport. Gruppen bestod af konsulent

cand.psych. Malin Wiking og forskningsassistent stud.psych. Henrik Leslye. Disse deltog derfor i styregruppemøderne.

Kommunikation

Der blev oprettet en fælles e-mail adresse. Styregruppen besluttede at bruge den internetbaseret organisationsform "Groupcare" til opbevaring og udveksling af informationer og dokumenter.

Ejerskab

Alle data tilhører projektet og publikationer skal forelægges og godkendes af styregruppen. Det enkelte center ejer dog også sine egne data og kan selv publicere på grundlag af egne Data

10.2 Organisationens ideologi

Monitoreringsprojektet er grundlæggende tænkt både som et udviklingsprojekt for alle centre for rehabilitering af flygtninge i Danmark og som et samarbejdsprojekt centrene imellem. Monitoreringsprojektet er et udviklingsprojekt, da det er et forholdsvist nyt indsatsområde i Danmark at udarbejde en systematisk registrering af klientpopulationen og behandlingen. Det var derfor vigtig at bygge en organisation op, som kunne initiere en udvikling i centrene som helhed og i alle faggrupper.

De faggrupper som har ansvar for behandlingen af flygtningene har størst kendskab til de faktorer, der er afgørende for at behandlingen hjælper. Det var derfor en afgørende vigtigt at drage faggruppernes viden frem og bygge monitoreringen over dem. Men faggrupperne er ikke nødvendigvis trænet i systematisk registrering. Derfor ville det tage tid at udvikle viden, holdninger kendskab til instrumenter, der er relevante for monitoreringen. Men styregruppen valgte at bygge på faggruppernes viden og erfaringer som basis.

Rent administrativt ville det have været enklere og lettere at ansætte en forsker til at lede projektet, men det ville ikke tilgodese formålet. Styregruppen valgte derfor den langsommere og mere omfattende proces.

Den flade demokratiske styreform var derfor en væsentlig del af projektet. Den skulle bidrage til at centrene ikke kun indadtil men også centrene indbyrdes opbyggede en erfarings- og vidensbasis samt et interinstitutionelt samarbejde. Vigtigheden af dette skal forstås som en modbevægelse til tidligere oplevelser med konflikter og konkurrence mellem centrene, som har virket negativt og bremsende på udviklingen af hele området. Det har derfor været en grundlæggende holdning i projektet, at man så det som en fordel for alle centre og området som helhed, at man delte sine erfaringer og i fællesskab blev klogere.

10.3 Styregruppens mødeaktivitet

Da bevillingen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet kom januar 2003 og gjorde det muligt at gennemføre pilotprojekt 1, havde styregruppe fungeret i et par år med den idemæssige og praktiske forberedelse af Monitoreringsprojektet, og projektleder var udpeget. Projektet var forberedt i detaljer, således at man kunne koncentrere sig udelukkende om gennemførelsen af pilot 1 projektet og systematisere, opsamle og evaluere erfaringerne med pilot 1.

Der blev holdt 8 møder i 2003 og møderne har koncentreret sig om:

- Administreringen af gennemførelsen af pilotprojekt 1.
- Afklaring af indhold, og kategorier til systematisering af data.
- Gennemførelse evalueringsseminar 25 marts inkl. rapport.
- Gennemførelse af workshop på ECOTS i Berlin i maj.
- Gennemførelse af statusseminar for styregruppen i juni - til at vurdere og justere projektets videre forløb.

På seminaret blev der gjort status over projektet på baggrund af evaluering af pilot 1. Projektet blev justeret mht. indhold, styringen af projektet, organisationsmodel, udformning og videreførelse af pilot 2, økonomi, ressourcer udefra og fremtidsperspektiv

Det blev fastlagt, at de områder der generelt skulle monitoreres var: symptomer, funktionsniveau og ressourcer (herunder mestring). Det blev besluttet, at projektet fremover krævede en fuldtidsansat projektleder, en ændret organisationsmodel med inddragelse af ressourcepersoner til at ”sparre” styregruppen og projektleder, at alle tre faggrupper (behandlere, socialrådgivere og kropsbehandlere) skulle være repræsenteret i styregruppen, at projektet behøvede tilførsel af ressourcer fra konsulenter og det blev besluttet at arbejde videre med instrumenter til det psykologiske område samtidig med at instrumenter på socialrådgiver og kropsbehandlerområdet blev afprøvet i pilot projekt 2.

- Vurdere den økonomiske situation.
Udarbejde ansøgning til Helsefonden
- Planlægge rapport.
Man ønskede en rapport med tilgang til alle data med vægt på både resultater og proces. Forfattere skulle være projektleder Else Ryding og forskningsassistent Henrik Leslye med konsulenthjælp fra Malin Wiking.
- Forberede pilotprojekt 2.
Projektleder har sammen et af de andre styregruppemedlemmer deltaget i forberedelserne af pilot 2 Der har været i møder med socialrådgivergruppen og kropsbehandlergruppen. Begge grupper har arbejdet sig frem til en afklaring af hvilke fagspecifikke områder der skulle monitoreres og har forslag til udvalgte skemaer og instrumenter. Der har her været kontakt til fagkonsulenter til at hjælpe processen videre.

11. Formidling af resultater

ESTSS konference i Berlin

Styregruppen besluttede at præsentere pilotprojektet 1 på den 8. European Conference On Traumatic Stress (8.ECOTS), som blev afholdt af European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) i Berlin maj 2003⁶.

⁶ ESTSS blev grundlagt i 1993 og støtter udbredelse af forskning og behandlingsinitiativer til personer, der er blevet traumatiserede.

Vi ønskede at præsentere, hvad vi opfattede, som et nyt initiativ på vort felt. Vi deltog med en workshop med oplæg fra fire personer fra Styregruppen.

De foreløbige resultater fra pilotprojektet blev præsenteret: Formål og plan for monitoreringsprojektet, foreløbige resultater af pilotprojektet, HTQ-R's indflydelse på den terapeutiske proces og samarbejdet mellem centrene,

Til præsentationen var deltagerne i workshoppen hovedsageligt danskere, som udtrykte, at de blev godt orienteret og fandt projektet godt og relevant. Deltagerne fra England og USA gav udtryk for de samme overvejelser og problemstillinger ved anvendelsen af HTQ-R, som vi havde erfaret.

Vi havde et møde med psykolog Paula Schnur, medlem af den videnskabelige komité i 8. ECOTS og forsker i USA af effektmåling af terapeutiske behandling. Hun udtrykte stor interesse og anerkendelse af vort projekt, idet hendes erfaring var at der er meget få registreringer over virkning af behandling og støttede os i at fortsætte projektet. Vi fik nyttige vejledninger af hende.

12. Konklusion på pilotprojekt 1

Der vil blive konkluderet på anvendelsen af populationsskema, HTQ-R, den kontekst "settingen", hvor interview med HTQ-R foregik, tolkeproblematik og organisationen og økonomi.

12.1 Populationsskemaet

Det vurderes, at Populationsskemaet gav relevante oplysninger om populationen og man fik en profil af populationen. Det var en væsentlig oplysning, at de allerfleste klienter har familier og at børn og familier derfor fremover må være et fokusområde for centrene.

Det var også væsentlig oplysning, at en stor del af klienterne er veluddannede, men er alligevel er arbejdsløse og at de fleste ikke har kunnet lære dansk på grund af deres psyko-sociale problemer.

Dette retter fokus på behovet for behandling og en bedre social støtte.

Skemaet var desværre som nævnt tidligere, ikke blevet udfyldt systematisk af alle og nogle spørgsmål blev kun besvaret af få. Vi har ikke en forklaring på dette. Men der har været rejst relevante indvendinger fra socialrådgiverne på centrene imod nogle af de anvendte spørgsmål og kategorier. Skemaet ikke er godt nok og skal revideres.

Populationsskemaet blev ikke evalueret i dette pilotprojekt. Det er besluttet, at populationsskemaet skal evalueres og revideres af centrenes socialrådgivere, når de har fundet egnede skemaer til at monitorere det sociale område. På det tidspunkt kan man bedre at vurdere, hvilke spørgsmål, der skal anvendes henholdsvis i populationsbeskrivelsen og hvilke der skal anvendes ved monitoreringen af behandlingen.

12.2 HTQ-R og det psykologiske fagområde

Generelt

Der tegnes et tydeligt billede af en population udsat for overvældende overgreb og svære lidelser. Vi har at gøre med en meget traumatiseret del af befolkningen, som har et dokumenteret behov for behandling.

Det blev vurderet at HTQ-R var egnet som instrument til at dokumentere populationens traumatiske hændelser og symptomer på traumatisering. Det gav en systematisk og diagnostisk viden, der var egnet til at beskrive populationen på dette særlige felt og som var brugbart ved indledningen af en behandling.

Men det blev vurderet at skemaet ikke var egnet som eneste instrument til monitorering af behandlingen.

Generelt var der problemer med en ensartet oversættelse af spørgsmålene.

Dokumentation om traumatiske hændelser

- Det gav en omfattende og varieret viden om populationens udsættelse for traumatiske hændelser inden asyl.
- Men det blev vurderet som utilstrækkelig til at dokumentere nogle væsentlige traumatiske hændelser. F.eks. opfanges ikke seksuelle overgreb, og der mangler spørgsmål om traumatiske hændelser i asyllandet.
- Det gav indsigt i traumer mod hovedet, som kunne have forskellige følgevirkninger, i værste fald hjerneskader.
- Event-delen kunne med fordel tages senere en symptom-delen, fordi svarene sandsynligvis ville blive mere pålidelige længere inde i behandlingsforløbet.
- Det var uklart, hvorvidt skemaet ville opfange de flygtninge, der havde erfaring som krænker og bødde.

Dokumentation om symptomer. Symptom-del

- HTQ-R gav et tydeligt billede af populationens symptomer, som var samsvarende med en tilstand præget i høj grad af PTSD.
- Men HTQ-R var ikke dækkende med hensyn til de lidelser, der i øvrigt konstateres i behandlingssituationen og som er væsentlige i det samlede symptombillede: DESNOS med Angst og depression, personlighedsforstyrrelser, psykoser, seksuelle vanskeligheder og medicin og alkoholmisbrug
- Skemaet indfanger heller ikke parametre på funktionsniveau og ressourcer

Monitorering af klienten ved afslutning af behandlingen

HTQ-R er ikke afprøvet som monitoreringsinstrument, fordi de allerfleste behandlinger varer længere end de ni måneder som projektperioden varede. Men det blev gennemgående vurderet af psykologerne, at det ikke kan stå alene som monitoreringsinstrument..

- HTQ-R's relevans mht registrering af PTSD-symptomer er ikke samsvarende med flygtningepopulationens brede symptombillede og med faktorer, der er relevante til at vurdere behandlingsforløbet ved afslutningen af behandlingen..
- Man mangler at præcisere, hvilke ændringer og hvilke faktorer, man ville monitorere ved behandlingens afslutning.
- Det blev besluttet, at man skulle monitorere på symptomer, funktionsniveau og ressourcer som overordnede begreber

12.3 "Setting". HTQ-R anvendt i en terapeutisk sammenhæng

Forhåndsforventningen hos mange behandlere var, at administrationen af HTQ-R i en terapeutisk sammenhæng var skadelig for klienten og den terapeutiske alliance.

Det var derfor et overraskende resultat, at de fleste behandlere ikke kunne konstatere forværring af klienternes tilstand eller af den terapeutiske alliance. Tværtimod oplevede de fleste, at på trods af, at interviewet blev vurderet som belastende for klienten havde det påvirket den terapeutiske alliance enten positivt eller slet ikke bl.a. derved at kontakten til psykologen var forbedret.

Procedurerne i forhold til information til klienterne og administration af skemaerne syntes at fungerede tilfredsstillende.

12.4 Tolkningen

Tolkningen var ikke et område, vi havde sat fokus på. Den mundtlige oversættelse af HTQ-R viste sig imidlertid at indebære problemer, idet forskellige begreber på forskellige sprog var så vanskelige at oversætte og formidle meningsfuldt til klienterne, at de forstyrrede interviewet.

12.5 Organiseringen af projektet

I løbet af projektperioden er der opbygget en interinstitutionel organisation, netværk og samarbejde til at udvikle monitoreringsprojektet. Det er en nydannelse og vigtigt for området.

Projektet har bestået trods der har været flere ændringer og udskiftninger. RRCF meldte sig ud, 4D er blevet reduceret fra tre lokaliteter (Fredericia, Vejle og Horsens) til ét i Horsens. Cepar er gået konkurs og lukket. RCT Fyns Amt har tilmeldt sig projektet. Der har også været personudskiftninger, således, at fire fra den oprindelig gruppe er med i styregruppen og tre er kommet til inden for det sidste år.

Da projektet er tænkt som både et udviklings og samarbejdsprojekt, har organisationen været tilpasset til dette formål. Det har været et konsekvent valg at bygge den op over en flad struktur med maksimal indflydelse for de deltagende parter og der har været lagt vægt på at bygge på centrenes og behandlernes erfaringer. Det har tilgodeset udviklingsprocesserne i centrene og skabt rum for erfaringsudveksling og erfaringsopsamling. Det har således fastholdt forbindelse til praksis, men har samtidig betydet, at det har været en langsommere og mere kompliceret proces, end vi havde forudset.

Det har dog også været nødvendigt at have en projektleder, for at projektet kunne have den nødvendige fremdrift, der blev skabt et overblik og truffet de nødvendige beslutninger.

Styregruppen har fungeret godt og efter hensigten ved at skabe et fælles grundlag, føre de nødvendige diskussioner og skabe samarbejde mellem centrene. Styregruppen fungerer fortsat og der er vilje og ønske om at forsætte projektet som planlagt.

Ved afslutningen af pilotprojekt 1 er projektet gået ind i en anden fase, hvor projektet vokser og det er nødvendigt med en mere hierarkisk struktur, styring med en fuldtids projektleder og tilførsel af ressourcer udefra.

12.6 Økonomi

Tildeling af midler fra Indenrigs- og sundhedsministeriet har været afgørende for at pilot 1 projektet kunne gennemføres.

De tildelte midler har været passende i forhold til de nødvendige aktiviteter i prøveperioden. Samtidig har der været brugt megen frivillig ekstra tid og kræfter fra alle centre, hvilket centrene har været positive over for, men i slutningen af perioden har vi konstateret at aktiviteterne har belastet centrenes økonomi og personale mere, end de kunne tåle.

Det er således en hel klar forudsætning for projektets videre forløb, at der tilføres midler udefra, selvom centrene er indforstået med en vis medfinansiering. Projektet vil fremover vokse i omfang indtil monitoreringen er færdigudviklet, så også af den grund skal der tilføres midler.

Helsefonden blev søgt i august 2003 om bevilling til pilotprojekt 2 og hele monitoreringsprojektet. Der blev givet afslag.

12.7 Pilotprojekt 2

Der er allerede lavet forarbejde til en gennemførelse af pilotprojekt 2.

Arbejdsgrupperne hos socialrådgiverne og kropsterapeuterne har ved et frugtbart fagligt samarbejde hver især defineret og beskrevet de områder, de mener, der skal monitoreres. Processen skal nu føres videre ved konsulenthjælp udefra. Der skal hjælp til at vælge og udarbejde skemaer, der skal afprøves og der skal hjælp til at evaluere erfaringerne.

Helsefonden vil blive søgt igen.

13. Anbefalinger

Der er som nævnt, ikke tidligere taget initiativ til at få en oversigt over den population af traumatiserede flygtninge som modtager behandling, på trods af, at der har været behandlingstilbud i over 20 år. Derfor er der et stort behov for at udarbejde fælles retningslinjer for området med hensyn til dokumentation af populationens symptomer, registrering af behandlingseffekt og målrettet behandlingstilrettelæggelse.

Monitoreringsprojektet er begyndelsen til dette. Det er også første gang, at rehabiliteringscentre har samarbejdet om et konkret projekt og det har styrket området og samarbejdet.

Det er derfor overordentligt vigtigt at projektet fortsætter - ikke kun af hensyn til behandlingsarbejdet men også af hensyn til integrationen af traumatiserede flygtninge og samfundets og politikernes viden om og forståelse for denne del af befolkningen.

Efter at projektet er startet er to centre (Oasis og RCT-Jylland) kommet under sygehusloven, hvorved behandling af traumatiserede flygtninge to steder er blevet en del af sundhedsvæsenets gratis tilbud og et nyt center til rehabilitering af traumatiserede flygtninge RCT-Fyns amt er oprettet i Odense. Det tager vi som udtryk for, at der politisk forståelse for at denne gruppe har et særligt behov for hjælp og støtte.

Vi vil gerne understrege, at selv om antallet af nye flygtninge er reduceret meget i de sidste år, er der fortsat mange traumatiserede flygtninge, som ikke har fået den hjælp de behøver. Dette omfatter især de børn og familier som lever sammen med traumatiserede forældre.

Med dette vil vi også understrege af nødvendigheden af monitoreringsprojektet

Generelt

- Udviklingen af monitoreringsprojektet fortsætter. Dette er styregruppens ansvar.
- Styregruppen skal arbejde videre med sikring af retningslinjer for det videre arbejde
- Det endelige monitoreringsprojekt skal have en balance mellem de psykologiske, sociale og kropslige fagområder
- Der skal monitoreres på områderne: symptomer, funktionsniveau og ressourcer herunder mestringsstrategier.

Økonomi

- Ansøgninger skal udarbejdes til finansiering af pilotprojekt 2 og hele monitoreringsprojektet.
- Centrene skal afklare, hvor mange personaletimer hvert center kan tilføre projektet fremover.
- Arbejdet frem til iværksættelsen af pilot 2 bliver på centrenes egen regning

Organisation

- Organisationsmodellen fra Statusseminar gennemføres.
- Der ansættes en fuldtidsprojektleder.
- Ressourcer ved konsulenter tilføres.

Populationsskema

- Evaluering og redigering af Populationsskema
- Redigering af Populationsskema skal sammenholdes med udvælgelse af skemaer til monitorering af den sociale behandling

Det psykologiske fagområde

- HTQ-R bruges til dokumentation, men bør ikke stå alene ved monitorering.
- HTQ-R bør suppleres med skemaer, der dækker andre væsentlige tilstande.
- Det bør afklares, hvilke tilstande, som anses for væsentlige.
- Der skal findes skemaer, der dækker ressourcer, mestringsstrategier og funktionsniveau.
- Det anbefales, at HTQ-R især Hændelses-delen fortsat revideres..
- HTQ-R tages i løbet af de første 3-5 sessioner, når der er etableret en bæredygtig kontakt mellem klient og behandler og altid i et behandlingsforløb.
- Hændelses-delen kan tages senere i behandlingsforløbet.
- Der bør udarbejdes en ensartet praksis for det indledende interview for alle involvere faggrupper.
- Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der arbejder videre med det psykologiske område.
- Der skal laves en manual og træningsprogram til administration af skemaer.
- Alle klienter på de deltagende centre skal interviewes

Pilotprojekt 2

- Skemaer til registrering det sociale og kropslige område skal findes, vurderes og vælges.
- Afprøvning og evaluering af valgte skemaer skal gennemføres

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

- Der skal afholdes seminar til evaluering af erfaringer pilotprojekt 2.

14. Bilag

14.1 Ansøgning til Indenrigs- og sundhedsministeriet

14.6.02

Indenrigsministeriets og Sundhedsministeriets udviklings- og analyse pulje

Ansøgning om økonomisk dækning af udgifter til *pilotprojekt* for landsdækkende monitorering af flygtninge i behandling og beskrivelse af populationen på rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge

Traumatiserede flygtninge har i ca. 20 år været tilbudt behandling på landets forskellige rehabiliteringscentre.

Behandlingscentre har udviklet tværfaglige modeller og metoder for behandlingen af traumatiserede flygtninge, som integrerer psykoterapeutisk, fysioterapeutisk, social og medicinsk behandling. Den tværfaglige indsats er påkrævet, fordi klienterne selv møder med mangfoldige problemer og lidelser.

Størsteparten lider af posttraumatiske stressforstyrrelser som følge af krig, vold, katastrofer og tortur. Mange har forud for disse traumatiske oplevelser været udsat for undertrykkelse, fattigdom eller andre alvorlige problemer, som er medvirkende årsager til deres lidelser. Alle har måttet forlade deres hjemlande med massive tab og savn, og lever nu i en fremmed kultur og har som følge heraf ofte psykiske og sociale problemer samt aktuelle problemer i forhold til det sociale system, diskrimination o.l.

For tiden er der 15 rehabiliteringscentre og institutioner på landsplan.

På trods af denne megen aktivitet, er der aldrig blevet udarbejdet en samlet oversigt over den population af flygtninge, som modtager behandling på centrene.

Igennem de sidste to år har der været afholdt regelmæssige møder på lederplan for alle centre, hvor man har behandlet fælles spørgsmål for rehabiliteringscentre. Desuden har centrene deltaget i Dansk Flygtningehjælp Psykosociale projekt, som strakte sig over to år fra 1999 til 2001. På disse møder blev det gjort tydeligt, at der var et stort fælles behov for at udarbejde en registrering af den population, centrene har i behandling.

Der blev derfor taget initiativ til et projekt vedrørende en populationsbeskrivelse dvs. en fælles registrering af grundoplysninger om den population af traumatiserede flygtninge, som er i behandling på alle landets rehabiliteringscentre og en fælles monitorering af flygtningene i behandling, dvs. en beskrivelse af de psykiske, fysiske og sociale symptomer ved behandlingens start og ved dens afslutning.

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

1. At dokumentere populationens sociale baggrund samt dens fysiske, psykiske og sociale problemer.
2. At monitorere ændringerne i de psykiske, sociale og fysiske symptomer under behandlingsforløbet.

Registreringen kan bruges som udgangspunkt for fremtidig forskning.

Til *populationsbeskrivelsen* er udarbejdet et skema, som giver grundoplysninger om klienternes baggrund, aktuelle sociale forhold og henvisningsårsag ved behandlingens begyndelse: **Skema til Registrering af Personlige og Sociale Oplysninger (PSO)** (Bilag 1), samt en oversættelse af **Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)** (Bilag 2), som giver oplysninger om de traumatiske hændelser, personen har været udsat for og de psykiske symptomer, som personen udviser ved behandlingens begyndelse og afslutning.

Desuden skal der udarbejdes og anvendes skemaer til registrering af de **sociale og fysiske symptomer** og evt. andre relevante tilstande og symptomer for traumatiserede flygtninge, som ikke dækkes af HTQ.

Til *monitoreringen* af klienternes psykiske, fysiske og sociale symptomer før og ved afslutningen af behandling, anvendes symptomdelen af HTQ samt de skemaer, der udarbejdes om klienternes sociale og fysiske symptomer.

Projektet retter sig mod at følge ændringer i symptomerne hos alle henviste klienter og er således ikke en effektundersøgelse, da der ikke er planer om at inddrage kontrolgrupper.

Inden projektet kan iværksættes, er det nødvendigt med en fase, hvor de udarbejdede skemaer afprøves mht. anvendelsen af dem på klienterne i rehabiliteringscentre. Denne del gennemføres som *pilotprojekter over to faser*. Der indgår således ikke monitorering i pilotprojektet.

Fase 1

I denne fase afprøves PSO og HTQ (traumedel og symptomdel) på ca. 225 klienter fordelt på de 9 deltagende centre. Der er udarbejdet et evalueringsskema, som udfyldes af interviewererne med henblik på registrering af erfaringerne ved anvendelsen af skemaerne. Evalueringen handler både om klientens reaktion og behandlerens brug af skemaerne. (Bilag 3).

Fase 2

Der udarbejdes og afprøves skemaer til registrering af klienternes fysiske og sociale symptomer, som ligeledes afprøves og evalueres på baggrund af et tilsvarende evalueringsskema som i fase 1.

Kommentar

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

HTQ er valgt til monitoreringen af de psykiske tilstande fordi, det er et velgennemprøvet og internationalt anerkendt redskab, som betyder, at resultaterne kan sammenlignes med andre forløbsbeskrivelser i behandling af traumatiserede flygtninge. HTQ er valideret i forhold til PTSD-diagnosen beskrevet i American Psychiatric Associations diagnosesystem for psykiske forstyrrelser, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).

Det er imidlertid også en prioritering, som indbærer visse begrænsninger. Traumatiserede flygtninge lider f.eks. også ofte af omfattende angst - og depressionstilstande og disse dækkes ikke fyldestgørende af HTQ.

Målgruppen er flygtninge over 18 år, som har været udsat for traumatiske oplevelser og som er visiteret til behandling på centrene.

Flygtninge, hvor den primære problemstilling er en psykotisk tilstand eller et alvorligt misbrug, vil ikke indgå i undersøgelsen, da de som oftest heller ikke tilhører centrene målgrupper.

Tidsramme

Pilotprojektets 1. fase gennemføres fra 1.5.02 - 31.12.02

Pilotprojektets 2. fase gennemføres over en 6 måneders periode fra d. 1.1.03.

Projektfasen forventes påbegyndt fra 1.8.03 og afsluttes efter en 2-årig periode.

Der afholdes et seminar med de deltagende centre, når *pilotprojektet* er gennemført, hvor resultaterne evalueres. Der tages her stilling til model og plan for monitoreringsprojektet. Resultaterne fra projektet bearbejdes og publiceres inden udgangen af 2006.

Der søges om økonomisk dækning til pilotprojektet

Organisering og gennemførelse af pilotprojektet

Deltagende centre er: ETICA, Kbh., CEPAR (Center for psyko-socialt arbejde med flygtninge og indvandrere) Kbh., CETT (Center for traume og torturoverlevende) Vejle, DRK/MET (Dansk Røde Kors) Kbh., 4 D (4 Dimensioner) Vejle, Kbh. kommunes Integrationsenhed, OASIS (Behandling og rådgivning for flygtninge) Kbh., RCF (Revacenter for Flygtninge) Århus, RRCFF (Rehabiliterings- og Revacenter for Flygtninge) Ålborg. Hvert center stræber mod at have afprøvet skemaerne på i alt ca. 225 klienter fordelt på de 9 centre.

Arbejdsgruppen med deltagere fra de forskellige centre, som har udarbejdet projektet, er den øverste ansvarlige for gennemførelsen af såvel pilotfasen som selve projektfasen.

Der er udpeget en *projektleder*, som er ansvarlig over for budgettet og arbejdsgruppen og som endvidere har ansvar for kontakten til centrene og specialestuderende (se nedenfor), samt for, at de arbejdsopgaver, der knytter sig til centrene, bliver udført, herunder bl.a. indsamling og bearbejdning af data og overholdelse af tidsrammen. Desuden er projektlederen ansvarlig for kontakt til Datatilsyn og Etisk Råd og ansøgning til fonde.

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

Der ansættes en *specialestuderende* til – i samarbejde med arbejdsgruppen og projektleder - at indtaste alle data i SPSS statistikprogram, skrive rapport over resultaterne og deltage i planlægning af evalueringsseminar.

I pilotprojektet træffer centrene selv beslutning om, hvor mange behandlere, der deltager i afprøvningen af skemaerne.

I pilotprojektet er der åbent for forskellige modeller for, hvem der udfylder skemaerne. Klientens behandlere er ansvarlige for udfyldelsen af skemaerne, men opgaven kan uddelegeres til andre.

Klienterne præsenteres for en standardiseret information om formålet med skemaerne og projektet.

Klienterne sikres anonymitet ved et nummersystem, således at de enkelte klienter ikke kan identificeres i materialet.

Budget for pilotprojektet:

Budgetbeskrivelse	Antal	á kr.	I alt
Anskaffelse af SPSS licenser (projektleder og spec.stud.)	2	10.000,00	20.000,00
Indtastning af data (timer)	338	110,00	37.180,00
Projektleder (timer)	500	495,00	247.500,00
Bearbejdning- og sammenføring af data (specialestud.) (timer)	300	110,00	33.000,00
Udarbejdelse af projektrapport (specialestud.) (timer)	163	110,00	17.930,00
Planlægning af seminar (specialestud.) (timer)	20	110,00	2.200,00
Forplejning til evalueringsseminar			5.000,00
Udarbejdelse af beskrivelse projektfasen (specialestud.) (timer)	111	110,00	12.210,00
Transportudgifter (togrejser) til 8 møder til i gennemsnit 5 personer pr. møde	40	500,00	20.000,00
Forplejning i forbindelse med møder	8	500,00	4.000,00
Revision			3.000,00
Diverse udgifter			20.000,00
Projektudgifter i alt:			422.020,00

Projektleder

Aut. cand.psych. Else Ryding

Bilag:

- a) C.V. for Else Ryding
- b) Skema til Registrering af sociale og personlig oplysninger (PSO)
- c) Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)
- d) Evalueringsskema til brug for behandler

Kontaktadresse:

Else Ryding
CEPAR
Nørrebrogade 9F,
2200 Kbh. N

Telefon: 35 37 78 85, e-mail: else@cepar.dk

14.2 Procedurer for gennemførelse af monitoreringsprojektet

Overordnet beskrivelse af projektet og procedurer – se fondsansøgning.

Klientinformation:

Der skal gives en ensartet klientinformation i forbindelse med klienternes inddragelse i pilotprojekterne og monitoreringsprojektet. Dette både for at give klienten en ide om hvad de går ind til, og i forhold til at overholde datatilsynets retningslinier.

For at undgå at give så mange og komplicerede informationer, at klienten ”står af” inden vi overhovedet kommer i gang med projektet har styregruppen for monitoreringsprojektet valgt at opdele informationen i to dele

1. **en mundtlig information** som jvn. skitse som tidligere beskrevet i gruppen (se groupcare)
2. **en skriftlig information** som gives klienten med hjem efter det første interview eller kort herefter. Denne information lever op til datatilsynets krav og er noget mere formel end den mundtlige. Den har til hensigt at give klienten mulighed for evt. at trække tilsagn om at indgå i projektsamarbejdet tilbage. Den skriftlige information er oversat til klientens modersmål (de hyppigste – i alt fald).

Registrering i pilotprojekt 1:

Der skal på hver klient udfyldes en

1. *forside*
2. *skema over sociale data*
3. *HTQ*
4. *behandlerskema.*

Husk også at sende behandlerskema for de klienter, som ikke er inddraget i projektet og derfor ikke har besvaret HTQ. I forhold til de klienter, som ikke deltager i HTQ, udfyldes skema over sociale data + de første 10 spørgsmål i behandlerskemaet.

Dataene skal sendes til:

CEPAR

att. Else Ryding
Nørrebrogade 9F
2200 København N

Hvert center skal hos sig selv føre en liste over registrerede klienter og tildele dem et nummer. Dette skal bl.a. gøre det muligt at trække en klient ud af projektet på et hvilket som helst tidspunkt, hvis de skulle ønske dette. Liste til dette kan ligeledes findes på Groupcare.

I øvrigt er de enkelte centre ansvarlige for at overholde de retningslinier som Datatilsynet har udstukket (se Groupcare).

14.3 Mundtlig information til klienter

Mundtlig information til klienter i forbindelse med udfyldelse af HTQ:

I overensstemmelse med en aftale fra møde i forskningsgruppen, følger hermed en vejledende tekst for mundtlig information til klienter inden vi udfylder HTQ sammen med dem. Denne information skal ikke stå alene (jfn. Manual for Procedure) men suppleres af en skriftlig information som udleveres til klienterne på deres sprog efter gennemførelsen af HTQ.

Grunden til den noget enkle tekst er, at vores klienter har en meget forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Derfor er det vigtigt at sikre at alle kan forstå formålet med HTQ.

Mundtlig information:

"Det er sådan at folk, der har oplevet krig, fængsling, tortur, flugt fra deres hjemland osv. tit har mange traumatiske oplevelser tilfælles. Disse oplevelser påvirker folk på forskellig vis. Dette spørgeskema (her kan man vise HTQ) har til formål at klargøre for mig hvad du har oplevet og hvordan det har påvirket dig. De informationer kan jeg så bruge til at lære dig bedre at kende og dermed bedre at kunne give dig den behandling du har behov for.

Giver dette mening for dig?

Er det OK for dig at vi gennemfører den?

Gennemførelse af HTQ med de instrukser der findes deri.

14.4 Skriftlig information til klienter

Dokumentation af skader efter krig og tortur.

Tusind tak for dit tilsagn om deltagelse i projektet: "Monitorering af traumatiserede flygtninge".

Projektet ledes af psykolog Else Ryding, fra Cepar i København.

Ni behandlingscentre i Danmark har – sammen med Københavns Universitet - påtaget sig at beskrive og dokumentere de skader vi ser efter krig og tortur.

Formålet er dels dokumentation overfor myndighederne - dels at give os et bedre redskab i behandlingen. Aktuelt afprøver vi skemaerne i en periode på ca. 1 år. Projektet forventes dog i sin endelige form at løbe over flere år.

I det konkrete interview spørges om oplevelser fra hjemlandet (krig og tortur) og om hvilke symptomer, der præger din dagligdag. Spørgsmålene omkring symptomerne vil blive gentaget, inden du stopper behandlingsforløbet, med det formål at vurdere om der er sket en bedring.

Datatilsynet har udarbejdet love, som sikrer dig beskyttelse og anonymitet. Alle oplysninger opbevares forsvarligt og er anonymiserede – ligesom du altid kan trække dit tilsagn om deltagelse tilbage.

Efter det første år vil der blive holdt et seminar, hvor vi bearbejder erfaringer og viden. Endelig vil der blive udarbejdet et antal artikler bl.a. til fagblade og en rapport. Denne skrives af Henrik Lesley, som er specialestuderende ved København Universitet.

Følgende er involverede i projektet:

Dansk Røde Kors, København
Oasis, København
CETT, Vejle
CEPAR, København
RCF, Århus
Integrationsenheden, København
ETICA, København
4D, Vejle, Fredericia og Horsens
RRCF, Ålborg
Københavns Universitet

Venlig hilsen
(interviewers navn/underskrift)

14.5 Populationsskema

Se skemaet på de næste sider.

1. Fødselsdato

2. **Køn**
Mand
Kvinde

3. Tidspunkt for ankomst til DK

4. Tidspunkt for opholdstilladelse

5. **AKTUEL CIVILSTAND**

Ugift
Gift
Skilt/separeret
Enke/enkemand

6. **NÆRMESTE FAMILIE** Angiv antal

	I DK	Udenfor DK
Ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Børn	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

7. **NATIONAL TILHØRSFORHOLD**

Aktuelt statsborgerskab: Kode: _____

hjemland: Kode: _____

Etnisk tilhørsforhold: Kode: _____

Religion Kode: _____

Foretrukne sprog: Kode: _____

Andre sprog Kode: _____

8. **FORM FOR OPHOLDSTILLADELSE**

Ingen (asylansøger)
Midlertidig humanitær
Asyl/permanent humanitær
Familiesammenført

9. **NETVÆRK**

	Intet	Lidt	Noget	Meget
Landsmænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danskere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **DANSKKUNSKAB**

Intet Lidt Noget Taler godt dansk

11. **DANSKUNDERVISNING**

	Ja	Nej
Fået tilbudt danskundervisning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måttet afbryde/sige nej til danskundervisning af helbredsmæssige grunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. **KONTAKT TIL SUNDHEDSVÆSNET I DANMARK** (aktuelt eller tidligere)

Ambulant behandling hos psykolog eller speciallæge i psykiatri
Fysioterapi
Indlæggelse i psykiatrisk afdeling
Tidligere kontakt til rehabiliteringscenter

Hvilket: _____

13. **BOPÆLSKOMMUNE:** Kode _____

14. **BOLIGENS ART**

Asylcenter
Midlertidig indkvartering
Lejet værelse/ Klubværelse/kollegium
Lejet bolig
Ejerbolig
Boligløs

15. BOLIGFÆLLER

- Ingen
- Samlivspartner
- Ægtefælle
- Egne børn
- Forældre
- Anden familie
- Andre

**16. ØKONOMI/
FORSØRGELSESGRUNDLAG****Arbejde**

- Lønmodtager
- Selvstændig
Erhvervsdrivende
- Arbejde med tilskud
- Arbejdsløsheds-
dagpenge

Overførselsindkomst

- Kontanthjælp
- Revalideringsydelse
- Førtidspension
- Folkepension
- Sygedagpenge
- Statens uddannelsesstøtte
- Lommepenge i DRK
- Starthjælp

17. SKOLEGANG

- Ingen skolegang
- Ingen afsluttet skolegang (mindre
end 5 år)
- Grundskole (mindst 5 år)
- Gymnasium (mindst 12 år)
- Kan læse og skrive på modersmål

18. UDDANNELSE

- Ingen
- | | Af-
sluttet
inden
asyl | Af-
sluttet
i DK | Af-
brudt
inden
asyl | Af-
brudt
i DK | Igang-
væren-
de |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ufaglært/
Tillært | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faglig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mellem-
Uddannelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Akademisk
Uddannelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. ERHVERVSERFARING I HJEMLANDET

Antal år

20. MILITÆRTJENESTE/DELTAGELSE I MILITS

Antal år

21. TIDLIGERE FORANSTALTNINGER

- Kurser
- Revalidering
- Praktik
- Arbejdsprøvning
- Lønarbejde
- Danskundervisning

Andet: _____

Henvisers formulering af problemet: _____

Klientens formulering af problemet: _____

14.6 HTQ-R

Harvard Trauma Questionnaire-Revised (HTQ-R)

Dansk version

Navn: _____
Løbenr.: _____
Dato: _____
Behandler: _____

Behandlingen startet d. _____

Psykiatrisk diagnose: _____

Klientens underskrift _____

Behandlerens underskrift _____

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

Vi vil gerne have lov til at stille dig nogle spørgsmål om hvad du har været udsat for og dine nuværende symptomer. Disse oplysninger vil blive brugt til at hjælpe os til at tage vare på dig bedst muligt. Det kan være, at du vil finde nogle af spørgsmålene overvældende. Hvis det forholder sig sådan er det helt i orden at du undlader at svare på dem. Det vil på ingen måde påvirke din behandling. Svarene på spørgsmålene vil blive holdt fortrolige.

Del I: Forekomst af traumatiske hændelser

Vær venlig at anføre om du har oplevet nogle af de følgende begivenheder (sæt kryds ved JA eller NEJ):

		JA (V)	NEJ (N)
1	Mangel På et tilflugtssted		
2	Berøvet på føde og vand		
3	Dårligt helbred uden adgang til lægehjælp		
4	Konfiskering af ejendele eller ejendom		
5	Krigs- eller krigslignende situation (f.eks. beskydning og granatangreb)		
6	Brugt som menneskeskjold		
7	Tvungen evakuering under farlige forhold		
8	Seksuelle overgreb		
9	Andre former for fysisk vold		
10	Fængsling		
11	Tortur (f.eks. mens du i fangenskab forsætligt og systematisk blev påført fysisk og psykisk lidelse)		
12	Alvorlig fysisk skade der stammer fra kamp eller krig (f.eks. granatkardesk, forbrændinger, skudsår, landmine, knivstik, m.m.).		
13	Tvangsarbejde (behandlet som dyr eller slave)		
14	Tvunget til at skjule sig		

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISERED E FLYGTNINGE I BEHANDLING

15	Kidnappet		
16	Tvungen adskillelse fra familiemedlemmer		
17	Tilstede mens nogen søgte efter folk eller ting i dit hjem (eller det sted, hvor du boede)		
18	Udsat for nedgørende og ydmygende situationer		
19	Tvunget til at udføre ydmygende handlinger		
20	Nogen har forrådt dig og udsat dig for risiko for død eller lemlæstelse		
21	Hindret i at udføre væsentlige rituelle handlinger		
22	Tvunget til fysisk at gøre skade på andre		
23	Tvunget til at ødelægge andres ejendom eller ejendele		
24	Tvunget til at forråde andre og dermed udsætte dem for risiko for død eller lemlæstelse		
26	Nære familiemedlemmer eller venner myrdet eller døde som følge af vold		
27	Forsvinden eller kidnapning af nære familiemedlemmer eller venner		
28	Alvorlig fysisk skade på familiemedlem eller ven på grund af krig, krigslignende situation		
29	Vidne til død og lemlæstelse		
30	Vidne til tortur		
31	Vidne til drab eller mord		
32	Vidne til voldtægt eller andre seksuelle overgreb		
33	Har du været vidne til fysisk vold i dansk asylcenter		
34	Har du selv været udsat for fysisk vold i dansk asylcenter		
35	Har du været udsat for andre alvorlige krænkelser i asylperioden		
36	Har du været udsat for alvorlig diskrimination i Danmark		
37	Har du oplevet krænkelser fra danske myndigheder		

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGS-PROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

38	Har du været udsat for andre alvorlige krænkelser i Danmark		
39	Andre situationer, som var meget skræmmende for dig eller hvor du følte at dit liv var i fare. Beskriv:		

Del II: Personlig beskrivelse

Angiv venligst hvad du betragter som de mest ubehagelige og voldsomme hændelser, du har været ude for. Angiv hvor og hvornår disse hændelser fandt sted.

Hvad er de værste hændelser, du har været udsat for i Danmark under og efter asylperioden? Angiv hvor og hvornår disse hændelser fandt sted?

Del III: Hjerneskade

Hvis du svarer "JA" til følgende traumebegivenheder, angiv da venligst om du mistede bevidstheden og i givet fald hvor længe.

		Oplevet		Hvis ja: Mistet bevidstheden?		Hvis ja: Hvor længe	
		Ja	Nej	Ja	Nej	Timer	Minutter
1	Slået i hovedet						
2	Kvælning eller strangulering						
3	Nær druknet						
4	Hovedskader fra nærliggende eksplosion						
5	Andre former for hovedskader						
6	Sult						
6a) Hvis ja: Normal vægt: _____				Hvis ja: Vægt under sult: _____			
6b) Hvis ja: _____		Var du tæt på at dø på grund af sult?		Ja: _		Nej: ____	

Del IV: Traumatiske symptomer

Beskriv med egne ord, hvad der for tiden generer dig mest,

psykisk: _____

fysisk: _____

i relation til andre mennesker: _____

De følgende spørgsmål drejer sig om symptomer, som folk kan have efter at have oplevet ubehagelige eller voldsomme begivenheder. Vi vil bede dig afgøre nøje, i hvilken grad du har været plaget af symptomerne inden for den seneste uge.

		Slet ikke 1	Lidt 2	En del 3	I meget høj grad 4
1.	Tilbagevendende tanker eller erindringer om de mest ubehagelige og voldsomme begivenheder				
2.	Føler som om du oplever begivenhederne igen				
3.	Tilbagevendende mareridt				
4.	Føler dig afsondret eller tilbagetrukket fra andre mennesker				
5.	Ude af stand til at mærke følelser				

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGS-PROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

6.	Farer du let sammen eller bliver forskrækket				
7.	Har svært ved at koncentrere dig				
8.	Har søvnbesvær				
9.	Føler at du er på vagt				
10.	Føler dig irriteret eller har vredesudbrud				
11.	Undgår aktiviteter, der minder dig om de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
12.	Ude af stand til at huske dele af de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
13.	Formindsket interesse i dagligdags aktiviteter				
14.	Føler som om du ikke har nogen fremtid				
15.	Undgår tanker og følelser, der er forbundet med de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
16.	Pludselige følelsesmæssige eller kropslige reaktioner, når du bliver mindet om de ubehagelige og voldsomme begivenheder				
17.	Føler at du ikke kan det samme som før				
18.	Har svært ved at klare nye situationer				
19.	Føler dig udmattet				
20.	Smerter i kroppen				

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISERED E FLYGTNINGE I BEHANDLING

21.	Generet af fysiske problemer				
22.	Dårlig hukommelse				
23.	Fundet ud af eller fået fortalt af andre, at du har gjort ting, du ikke kan huske				
24.	Svært ved at fastholde opmærksomheden				
25.	Føler det som om du er splittet i to personer, hvor den ene betragter, hvad den anden gør				
26.	Vanskeligheder med at udføre et stykke arbejde eller daglige gøremål				
27.	Bebrejder dig selv for ting der er sket				
28.	Føler dig skyldig over at have overlevet				
29.	Føler håbløshed				
30.	Føler skam over de ubehagelige og voldsomme ting, der er hændt dig				
31.	Føler at andre mennesker ikke forstår, hvad du har været igennem				
32.	Føler at andre er fjendtlige overfor dig				
33.	Føler at du ikke har nogen du kan stole på				
34.	Føler at nogen, du har stolet på, har forrådt dig				
35.	Føler dig ydmyget af det der er sket				

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

36.	Føler ingen tillid til andre				
37.	Føler dig afmægtig i forhold til at hjælpe andre				
38.	Bruger tid på at tænke på, hvorfor disse ting skete for dig				
39.	Føler at du er den eneste, som har været udsat for disse begivenheder				
40.	Føler et behov for hævn				

Scoring af del IV – Traume symptomer

1. Summen af besvarede spørgsmål (= N).
2. Tildel følgende tal for hver besvaret spørgsmål:

1 = Slet ikke **2 = Lidt** **3 = En del** **4 = I meget høj grad**

3. Læg scoringerne af sammen og divider med antallet af svarede spørgsmål

DSM-IV PTSD score = $\frac{\text{Spørgsmål 1-16}}{16}$ →

Funktions score = $\frac{\text{Spørgsmål 17-40}}{24}$ →

Total score: = $\frac{\text{Spørgsmål 1-40}}{40}$ →

Personer med DSM-IV PTSD scoringer og/eller total scoring > 2,5 betragtes som symptomatisk for PTSD.

Se manualen for yderligere information.

Udviklet af: Harvard Program in Refugee Trauma, Harvard School of Public Health, Harvard Medical School; Merhamet Medical Group of Rijeka; Ruke of Zagreb; Department of Psychiatry, University of Sarajevo

Dansk oversættelse: CEPAR, RCF og OASIS.

©Harvard Program in Refugee Trauma 1998

HTQ-R:

• **HTQ-R - Traumedel:**

11. Givet først

1. Ja

2. Nej

12. Har du taget alle spørgsmål:

1. Ja

2. Nej

13. Hvis nej, hvorfor:

1. Klienten ønsker ikke at besvare spørgsmålet

2. Andre grunde

14. Kommentarer og hvilke spørgsmål er udeladte:

15. Hvor lang tid har denne del taget (i minutter):

16. Hvor belastende skønnes HTQ traumedelen at have været for klienten:

1

2

3

4

5

Ikke belastende

Meget

17. Hvor meget har spørgsmålene influeret på den terapeutiske kontakt:

1

2

3

4

5

Ingen påvirkning

Meget stor påvirkning

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

18.: I positiv eller negativ retning:

1

Positiv

2

Negativ

19. Har besvarelsene bidraget med ny viden om klienten:

1

Ingen

2

3

4

5

Meget

• **HTQ - Symptomdel:**

20. Givet først

1. Ja

2. Nej

21. Har du taget alle spørgsmål:

1. Ja

2. Nej

22. Hvis nej, hvorfor:

1. Klienten ønsker ikke at besvare spørgsmålet

2. Andre grunde

23. Hvilke har du udeladt:

Kommentarer: _____

24. Hvor lang tid har denne symptomdel taget (i minutter):

25. Hvor belastende skønnes symptomdelen oplevet af klienten:

1

Ingen belastning

2

3

4

5

Meget stor belastning

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERNGSPROJEKT FOR TRAUMATISERED E FLYGTNINGE I BEHANDLING

26. Har spørgsmålene influeret på den terapeutiske kontakt:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Ingen påvirkning

Meget stor påvirkning

27. I positiv eller negativ retning:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2

Positiv

Negativ

28. Har besvarelsene tilføjet ny viden om klienten (diagnostisk):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Ingen

Meget

• **Behandlers vurdering af klienten efter anvendelse af HTQ:**

29. Grad af forpinthed:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

30. Grad af motivation for behandling:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

31. Grad af kontakt:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

32. Klinisk vurderede PTSD symptomer:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGS-PROJEKT FOR TRAUMATISEREDDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

33. Klinisk vurderede depressive symptomer:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

34. Klinisk vurderede angst symptomer:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

35. Kommentarer: _____

SUPPLERENDE INSTRUMENTER:

Kommentar:

36. Hvis der er suppleret med andre instrumenter, beskriv venligst disse og begrund:

14. 8 Rapport fra Seminar for Styregruppen 16. og 17. juni 2003

Seminar for styregruppen juni 16-17

Seminar blev afholdt som planlagt ved afslutningen af pilot 1 fasen. Formålet var gøre status over projektførelsen og planlægge det videre forløb, specielt pilotfase 2 .

Vi gjorde dette ved at evaluere processen i pilot 1, opsamle og vurdere erfaringerne med HTQ-R som registreringsinstrument på baggrund af seminar 25 marts, populationsskemaet og lave en omstrukturering af modellen for styringen og organiseringen af projektet og lave en ressourcevurdering.

Projektets proces

Der var tilfredshed med processen og resultatet. Samarbejdet mellem centrene vurderede man havde været positivt og man vurderede, at der på centrene internt havde været positiv respons og faglig udvikling. Projektet havde vokset sig større end forventet, det blev opfattet som positivt og udviklende, men det betød, at der netop var behov for en omstrukturering og ressourcevurdering.

HTQ-R og den psykologiske del

Man diskuterede anvendeligheden af HTQ-R og HTQ, og det blev besluttet at centrene skulle fortsætte med at tage HTQ-R for at få flere erfaringer med skemaet.

Samtidig skulle der nedsættes en arbejdsgruppe, der skulle arbejde med at forkorte HTQ-R så den blev mindre omfattende, bl.a. så der blev plads til at supplere med skemaer, der dækker angst, depression og ressourcer.

De 16 grundlæggende spørgsmål, som sikrer validiteten af PTSD score skulle bevares.

I det hele taget skulle det psykologiske område genvurderes, da der var megen faglig kritik af udelukkende at bygge på HTQ-R.

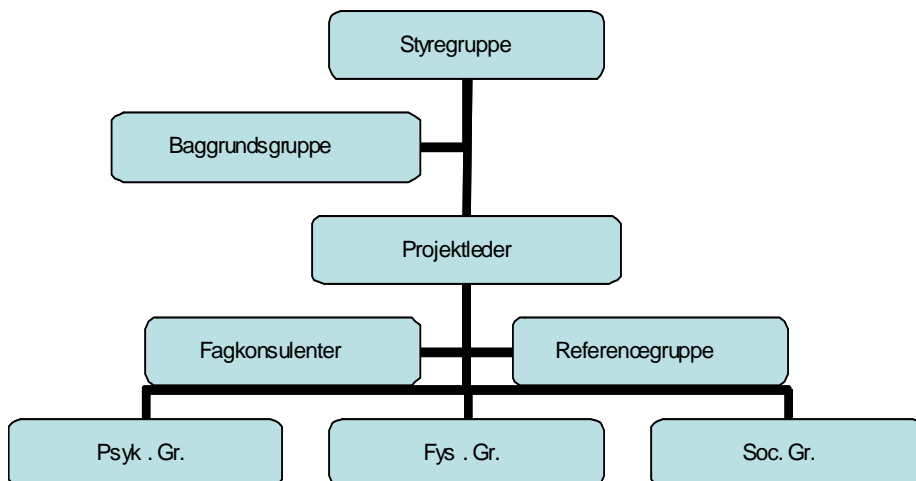
Det blev besluttet, at der skulle laves en manual og træningsprogram til administration af skemaet. Det blev også besluttet, at det er klientens psykoterapeut, der tager det første interview, men at slutinterviewet kan/skal tages af en anden behandler på samme institution. Det blev også besluttet, at alle klienter på de deltagende centre skulle interviewes

Populationsskemaet

Det blev besluttet, at populationsskemaet skulle revideres i samarbejdet med centrenes socialrådgivere, når de var kommet længere i deres proces med at finde egnede skemaer til at monitorere det sociale område. Det er vigtigt, at der bliver en klar fordeling mellem de oplysninger man samler ind via populationsskemaet og det område, man ønsker at monitorere.

Projektets organisering

Denne model blev vedtages som ny organiserings og styringsmodel for monitoreringsprojektet. Den skal iværksættes så snart, der er økonomiske midler til at fortsætte projektet.



- Hvert center udpeger en repræsentant til styregruppen. Repræsentanten skal have beslutningskompetence på centrets vegne. Repræsentanten er ligeledes ansvarlig for centrets administration af projektet på det pågældende center.
- Der skal være repræsentanter fra hver *faggruppe* (psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere) i styregruppen. Såfremt der mangler fagrepræsentanter i styregruppen, indstilles denne af faggrupperne og godkendes af lederne på pågældende centre.
- Der udvælges en *baggrundsgruppe* blandt forskere og andre kompetente fagfolk, som kan give inspiration til projektet. Baggrundsgruppen mødes 1-2 gange årligt. Baggrundsgruppen kan endvidere skabe forbindelse til kontakter nationalt og internationalt. Baggrundsgruppen inviteres af styregruppen.
- *Projektlederen* udpeges af styregruppen og aflønnes af projektmidler. Projektlederen refererer til styregruppen og er sekretær for denne, men har ikke stemmeret på styregruppemøderne. Projektlederen fungerer som daglig leder af projektet og er formand for alle faggrupper. Projektlederen kompetence defineres af styregruppen.
 - Der knyttes en *referencegruppe* til projektlederen. Referencegruppen udpeges af styregruppen på baggrund af de aktuelle behov. Referencegruppen skal have minimum et medlem fra styregruppen. Referencegruppen består af maksimum 3 medlemmer. Referencegruppen aflønnes af projektmidler for deres deltagelse.
- Faggrupperne består af en repræsentant fra hvert af de deltagende centre. Der nedsættes faggrupper for psykoterapeuter, kropsbehandlere og socialrådgivere. Faggrupperne skal udvikle og implementere metoder til dokumentation og monitorering inden for deres egne fagområder.
- Projektet kan knytte eksterne *fag- eller proceskonsulenter* til projektet. Disse aflønnes af projektmidler. Konsulenterne ansættes af styregruppen.

Der er ikke en formel reference til centerlederne. Det blev derfor besluttet, at repræsentanten i styregruppen fuldt og helt skal repræsentere sit center og har pligt til at holde sin leder orienteret. Repræsentanten skal også være projektkoordinator på sit center.

Ressourcevurdering

Man vurderede, at styregruppen ikke behøvede ligeså mange årlige møder, som var nødvendige i opbygningsfasen, men 3-5 møder a 4 timers varighed årligt ville der være brug for.

Til gengæld mente man, at der var behov for en fuldtidsansat projektleder, fordi projektet voksede og fordi styringen af fase 2 med i alt tre forskellige faggruppers afklaring og afprøvning af deres områder til monitorering krævede megen koordination og forberedelse til gruppernes arbejde.

Man skønnede også, at der ville blive brug for megen konsulentbistand ca. 300 timer, til at finde og tilpasse egnede skemaer til at monitorere socialrådgiver og kropsbehandlerområdet og revideringen af psykologområdet og til at samarbejde skemaerne til et både dækkende og overskueligt testbatteri og et som klienterne kunne bære at forholde sig til.

Deltagerne i faggrupperne regnede man med hver ville få brug for én arbejdsdag pr. måned, hvilket skulle aflønnes.

Referencegruppen skulle bestå af tre personer, som mødtes gennemsnitlig 2 timer pr. og primært var sparring til projektlederen. Disse skulle også lønnes.

Baggrundsgruppen skulle være ulønnet. Det skulle betragtes som en ærespost.

Endelig skulle der sættes midler af til afholdes af seminarer og til transport til deltagerne i møderne.

Planlægning

Det blev besluttet at de overordnede områder der skulle monitoreres var: symptomer, funktionsniveau og ressourcer herunder mestring.

Plan for den umiddelbare fremtid:

Styregruppens højst prioriterede opgave var at søge finansiering af de næste faser. Der skal udarbejdes projektbeskrivelser og ansøgninger for pilot 2 og hele monitoreringsforløbet.

Socialrådgiver- og kropsbehandlergruppen arbejder videre for at lave status på deres hidtidige arbejde og de skal have nogen konsulenthjælp til at komme videre i den proces. Men den egentlig gennemførelse af pilot 2 må afvente at der er økonomiske midler til det.

Ledergruppe skal afkræves en tilkendegivelse af, at de vil støtte projektet og implementere den i centrenes fremtidige aktiviteter.

Udover, at der skal skrives rapport over pilot 1 fasen, blev der planlagt desuden at skrive en artikel på det foreliggende materiale til publicering.

Man kunne ikke lave en bindende langsigtet planlægning, så længe der ikke forelå økonomisk dækning for videre aktiviteter.

14.9 Forberedelse af Pilotprojekt 2

Formål med pilotfase 2

1. Definere de områder, det er relevant at dokumentere og monitorere hos traumatiserede flygtninge. At finde eller udvikle skemaer om, kropslige og sociale problemstillinger. At afprøve disse skemaer, indsamle og vurdere erfaringerne og foretage en endelig justering til brug for monitorering.
2. Ud fra de indhøstede erfaringer vurdere hvordan det psykiske område monitoreres bedst og følgende justere HTQ-R og populationskemaet og supplere med andre relevante skemaer.

Ved afslutningen af fase 2 forventer vi således at have gennemtestede og justerede skemaer, som er valide i forhold til gennemførelse af fase 3, selve monitoreringsprojektet.

I modsætning til Pilot 1, hvor der var et velafprøvet internationalt skema konstrueret til traumatiserede flygtninge havde man ikke kendskab til at der på kropsbehandlerområdet og socialbehandlerområdet fandtes registreringsinstrumenter, som umiddelbart var egnede og anvendelige til populationen.

Derfor blev det besluttet, at danne en gruppe af kropsbehandlere og en gruppe af socialrådgivere med en repræsentant fra hvert af de deltagende centre til at arbejde med monitorering på hver deres fagområde. Grupperne blev ledet af projektlederen i samarbejde med et medlem fra styregruppen.

Grupperne fik som kommissorium ud fra deres behandlererfaringer at beskrive de problemstillinger de fandt relevante at monitorere. Specifikt var opgaven for begge grupper at finde og anbefale de mest anvendelige instrumenter, der kunne registrere symptomer, funktionsniveau og mestring/ressourcer.

Kropsbehandlergruppen

Kropsbehandlergruppen består af både fysioterapeuter og afspændingspædagoger da begge faggrupper arbejder på centrene. Gruppen mødtes i alt fem gange, og en mindre arbejdsgruppe yderligere 3-4 gange.

Man blev enige om at koncentrere sig om følgende relevante områder som man arbejdede med i behandlingen: søvn, vegetative symptomer, funktionsniveau, smerte, accept af livsvilkår og egenomsorg.

Man erfarede, at kropsbehandlerne brugte forskellige og anvendelige skemaer men også at der umiddelbart ikke var fælles brugbare skemaer. For de vegetative symptomer (som er oplevelser af f.eks. skælven, rysten, kulde og varme) fandtes slet ikke skemaer. På dette område kunne blive nødvendigt at udarbejde et skema, da man fandt at det var et meget centralt område ved beskrivelsen og diagnosticeringen af traumatisering.

Man fandt også at det var en væsentlig opgave var at registrere de kropslige problemstillinger, der knytter sig til PTSD-symptomer, for således at matche beskrivelserne i HTQ-R (og derfor også i DSM-IV). Samt symptomer knyttet til angst og depression

Endvidere fandt man, at det var vigtigt at tage udgangspunkt i klientens subjektive oplevelser og beskrivelser. Dette udgangspunkt ville løse problemer i forbindelse med at de to

faggrupper har forskellige undersøgelsesmetoder og at de kropslige symptomer er meget vanskelige at gøre målbare objektivt.

Det er vor vurdering at kropsbehandlergruppen er kommet meget langt i det forberedende arbejde, da de har afdækket de områder, der er nødvendige at registrere ved en monitorering. For at videreføre processen, herunder at vælge ud anvendelige skemaer og evt. konstruere et nyt skema er der brug for konsulenthjælp af fagfolk, der kender området på et videnskabeligt niveau.

Socialrådgivergruppen

Socialrådgivergruppen, som bestod af en repræsentant for hver af de deltagende centre har holdt møde fire gange i løbet af 2003. Centrene havde i forvejen forskellige erfaringer med skemaer til registrering af klienternes sociale oplysninger, men ikke materiale, som dækkede en monitorering af den sociale behandling.

Da populationsskemaet fra i pilot 1 indsamlede de nødvendige sociale baggrundsplysninger, koncentrerede gruppen sig om, hvilke områder, der var vigtige at monitorere i en social behandling.

Man forholdt sig til kommissoriet at finde instrumenter, der kunne registrere symptomer, funktionsniveau og ressourcer herunder mestringsstrategier. Man besluttede at udelade symptomer, da man mente, at sociale symptomer var helt afhængig af den aktuelle sociale situation, og derfor ikke kunne fungere som en uafhængig variabel til at monitorere et behandlingsforløb.

Til at præcisere begreberne funktionsniveau og ressourcer inden for eget fagområde koncentrerede man sig om at beskrive *sociale vanskeligheder*, dvs. hvorfor og hvordan der var behov for hjælp og *sociale kompetencer* hos klienterne.

De *sociale kompetencer* man fandt relevant at monitorere, konkretiserede man som følgende:

- Magt over eget liv, bl.a. defineret som – objektive og subjektive - betingelser for at forvalte sin sociale situation. Herunder var det vigtige at finde uværende og tidligere strategier til at mestre dette.
- Tidligere erhvervede kompetencer fra hjemlandet, som kan omsættes til eksillandet
- Borgerkompetencer i forhold til myndigheder.
- Familierelationer og øvrige netværksrelationer, herunder omfanget af relationerne.

Man ønskede desuden at kunne registrere nøjere på hvilke områder, behandlingen havde effekt på klienternes social kompetencer

Gruppen fandt desuden en del relevante brugbare skemaer.

Det er vurderingen, at gruppen kom langt både med hensyn til definering af grundlæggende områder til monitoreringen og stillingtagen til brugbare skemaer.

For at fortsætte arbejdet behøves imidlertid konsulenthjælp til at vælge og tilpasse skemaer og vejledning til at bruge dem.

Psykologgruppen

Da monitoreringsprojektet startede, bestod planlægningsgruppen, der senere blev til Styregruppen hovedsageligt af psykologer og en psykiater.

RAPPORT OVER PILOT 1 PROJEKT 2003 – 2004 ©
MONITORERINGSPROJEKT FOR TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE I BEHANDLING

Der mangler nu en selvstændig gruppe af repræsentanter for psykologerne på samme måde som for de to andre behandlergrupper. Den skal derfor etableres. Opgaven for denne gruppe bliver, at vurdere behovet for relevante og nødvendige instrumenter til at monitorere det psykiske område på basis af de indhentede erfaringer erfaringerne. Gruppen skal revurdere anvendelsen af HTQ-R og komme med forslag til andre nødvendige og brugbare skemaer.