



Traumeundersøgelse

Undersøgelse af indsatsen for flygtninge med traumer i Danmark

September 2013

Udgivet af Social-, Børne- og Integrationsministeriet, september 2013
Forfatter: LG Insight
ISBN: 978-87-7546-449-4
Rapporten er udgivet i elektronisk udgave.

Indholdsfortegnelse

	Side
Indledning	2
Del 1. Undersøgelsens baggrund	3
Resumé – Undersøgelsens hovedresultater	9
Del 2: Traumatiserede flygtninge - Følgevirksomheder af traumer og vurdering af antallet af flygtninge med traumer i Danmark	18
Del 3: Kontaktformer og afdækning - Fokus på kommunernes kontakter til flygtninge med traumer og på kommunernes afdækningsmetoder	26
Del 4. Tilbud til traumatiserede flygtninge - Fokus på tilbud til flygtninge med traumer i kommuner og i det sundhedsfaglige system	40
Del 5. Tværfagligt samarbejde - Det tværfaglige samarbejde mellem aktører med kontakt til flygtningefamilier med traumer	55
Del 6. Styrket traumeindsats - Fokus på tiltag, der kan styrke traumeindsatsen i Danmark	68
Bilag – Uddybende metodebeskrivelse	75
Litteratur	



Del 1. Undersøgelsens baggrund

Undersøgelsens formål, metode og hovedresultater

Indledning

En gruppe flygtninge har været udsat for traumatiserende forhold som krig, tortur og overfald. I familier kan en eller begge forældre som følge heraf være traumatiserede, og det påvirker livet og hverdagen for alle i familien. Desuden lever flygtningefamilierne i eksil, der indebærer tab af socialt netværk, sprog, job, uddannelse, social status og private ejendele. Flygtningens liv i eksil er selvsagt yderligere en belastning, der er vigtig at tage i betragtning i forståelse af en traumatiseret flygtningefamilies situation.

Kombinationen af komplekse problemer og mange aktører i både kommunen og i det sundhedsfaglige system kan gøre det vanskeligt for aktørerne at få et samlet billede af den enkelte traumatiserede flygtninges situation og behov. Det udfordrer det tværfaglige samarbejde i forhold til de traumatiserede flygtninge, der typisk kan have mange forskellige aktører at samarbejde med på samme tid. Manglende koordinering af indsatsen eller forkerte tilbud kan i sig selv virke retraumatiserende på flygtninge. Derfor er det afgørende, at aktørerne evner at samarbejde på tværs og koordinere indsatser.

Denne kortlægning af traumeområdet i Danmark er finansieret af satspuljemidler fra satspuljeaftalen for 2012 og er iværksat af Social-, Børne- og Integrationsministeriet. Formålet med undersøgelsen er dels at få overblik over, hvilke typer af kommunale indsatser traumatiserede familier tilbydes og dels at få afdækket organisering og samarbejde internt og på tværs af kommuner, regioner og staten om indsatsen. Kortlægningen er således igangsat med ønsket om at få en mere systematisk viden om flygtningefamilier med traumer, indsatserne til dem og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring disse traumeindsatser.



Baggrund

Undersøgelsens formål og metode

Undersøgelsens formål

Undersøgelsen har haft til formål at afdække tre hovedområder, nemlig:

1. Målgruppen af traumatiserede flygtninge
2. Indsatser til målgruppen
3. Organiserings- og samarbejdsformer

Ad. 1) Afdækningen af målgruppen giver viden om:

- Typer og omfang af følgevirkninger og problemstillinger hos traumatiserede flygtningefamilier i forhold til deres trivsel og deltagelse i samfundslivet, dvs. både beskæftigelsesmæssige, sociale og sundhedsmæssige følgevirkninger
- Antallet af traumatiserede flygtninge i Danmark (estimeret)
- Hvordan aktørerne arbejder med at identificere de traumatiserede flygtningefamilier, herunder aktørernes brug af metoder, redskaber og kompetencer
- Hvilke screeningsmetoder kommunale og sundhedsfaglige aktører anvender for at diagnosticere følgevirkninger af traumer og tilknyttede problemstillinger

Ad. 2) Afdækningen af indsatser til traumatiserede flygtninge giver viden om:

- Hvilke relationer kommuner, regioner og staten har i forhold til traumatiserede flygtningefamilier, herunder omfanget af kontakten med og typer af relationer til målgruppen
- Hvilke grupper af flygtninge, som kommunerne (sam)arbejder med (har kontakt til) – både i forbindelse med enkelte tilbud (fx offentlig forsørgelse) og indsatser til enkeltpersoner og/eller i forbindelse med helhedsorienterede indsatser til familien

-
- Omfang og typer af kommunale tilbud og indsatser til traumatiserede flygtninge, herunder tværfaglige og helhedsorienterede indsatser
 - Kommunernes dokumentation af formaliserede tværfaglige samarbejdsformer, indsatser og effekter af tilbud.

Ad. 3) Afdækning af organiserings- og samarbejdsformer giver viden om:

- Kommunernes og regionernes organisering og samarbejdsformer i forhold til indsatsen for traumatiserede flygtningefamilier, herunder ansvarsfordeling og arbejdsgange
- Kommunernes, regionernes og statens dokumenterede samarbejdsrelationer om indsatser for traumatiserede flygtninge(familier), herunder ansvarsfordeling og arbejdsgange.
- Samarbejdsrelationer mellem offentlige myndigheder, frivillige sociale organisationer og/eller private leverandører af tilbud og indsatser til traumatiserede flygtninge(familier), herunder ansvarsfordeling og arbejdsgange mellem aktørerne.
- Relevante aktørers vurderinger af organiserings- og samarbejdsudfordringer i forhold til arbejdet med traumatiserede flygtninge(familier), herunder eventuelle lovgivningsmæssige barrierer i forhold til det tværgående samarbejde

Undersøgelsens aktørkreds

Undersøgelsen omfatter centrale aktører med kontakt til og/eller viden om flygtninge med traumer i Danmark, deriblandt aktører med kontakt til pårørende (børn i familierne og ægtefælle). Det omfatter såvel kommunale aktører, sundhedsfaglige aktører og frivillige organisationer som eksperter.

De mest centrale overordnede regelsæt i forhold til flygtninge med traumer er integrationsloven, lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik, lov om danskuddannelse til voksne udlændinge, lov om social service (service-loven), og sundhedsloven. I undersøgelsen er aktørernes lovbestemte opgaver og eventuelle relationer til flygtninge med traumer afdækket.

Kommunale aktører

LG Insight har søgt at inddrage alle relevante kommunale aktører, der kan have kontakt til flygtningefamilier med traumer. I rapporten kategoriseres de kommunale aktører i følgende tre aktørgrupper:

-
- Beskæftigelses- og integrationsfaglige aktører – dvs. aktører i jobcentre, der arbejder med tilbud under lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB), lov om danskuddannelse og integrationsloven
 - Socialfaglige aktører – dvs. kommunale aktører, der giver social- og sundhedsfaglige tilbud til voksne i henhold til serviceloven (f.eks. bostøtte, socialpsykiatri el.lign.).
 - Børne- og ungefaglige aktører i kommunerne – dvs. sagsbehandlere der foretager børnefaglige undersøgelser, udarbejder handleplaner og iværksætter foranstaltninger efter serviceloven, Pædagogisk, Psykologisk, Rådgivning (PPR), skoleområdet (typisk på centralt niveau i kommunerne – dvs. skolechefer eller skolekonsulenter).

Sundhedsfaglige aktører og tilbud i kommuner og regioner

Undersøgelsen omfatter samtlige behandlingstilbud i regi af regionerne og leverandører af behandlingstilbud til flygtninge med traumer, herunder de specialiserede behandlingstilbud, der har driftsoverenskomst med regionerne. I undersøgelsen er ligeledes inddraget planlæggere i regionerne, der bl.a. udarbejder sundhedsaftaler i samarbejde med kommuner og dimensionerer behandlingstilbud til flygtninge med traumer.

En række sundhedsfaglige tilbud er private behandlingstilbud, der tilbyder primært rehabiliterende tilbud i snitflader mellem behandlingstilbud og mere socialfaglige tilbud. De private behandlingstilbud finansieres ved kommunernes køb af ydelser hos dem, f.eks. SYNerGIA og Integrationsnet.

Frivillige og organisationer

Undersøgelsen omfatter desuden de landsdækkende organisationer Dansk Flygtningehjælp og Dansk Røde Kors, som organiserer frivilligt arbejde, der også omfatter traumatiserede flygtningefamilier

Ekspertes

LG Insight har gennemført interviews med personer, der har særlig faglig ekspertise vedrørende traumatiserede flygtningefamilier og professionelle aktørers tilbud. Ekspertes repræsenterer en bred viden om traumeområdet i Danmark. Det er eksperter, der har opnået viden gennem forskning og/eller gennem et mangeårigt erfaringsbaseret arbejde inden for området.

Undersøgelsens metode

Undersøgelsen bygger på analyser af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse og på kvalitative interview. Derudover indgår en desk research med inddragelse af registerdata fra Danmarks Statistik samt studier af relevant forskning, konsulentlitteratur og relevant materiale fra kommunerne (f.eks. værktøjer til opmærksomhed på traumesymptomer, funktionsbeskrivelser m.m.).

Nedenfor gives en kort introduktion til undersøgelsens metode. For en uddybende beskrivelse af undersøgelsens metodegrundlag henvises til bilag A.

Spørgeskemaundersøgelse

Kortlægningen af traumeområdet i Danmark bygger på en omfattende spørgeskemaundersøgelse dækkende 96 kommuner i Danmark¹.

Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen er kommunale aktører inden for de tre sektorområder: Beskæftigelse (herunder modtagelse af nyankomne flygtninge), socialindsatsen for voksne samt børne-, unge- og familieområdet.

De konkrete deltagere i undersøgelsen er blevet udvalgt af centrale ledere (direktører eller områdeledere) i kommunerne. Udvælgelseskriteriet har været aktører i kommunen, der har kontakt med og/eller myndighedsopgaver i relation til flygtningefamilier med traumer. De centrale ledere i kommunerne har inden for denne gruppe udpeget aktører, der efter deres vurdering har henholdsvis en central rolle og en mindre central rolle ud fra graden af kontakt til og samarbejde med flygtninge(familier) med traumer.

Disse to grupper af kommunale aktører har modtaget hver sit spørgeskema. De udvalgte, centrale aktører har besvaret et spørgeskema, der dækker alle undersøgelsens temaer. Til gengæld har de kommunale aktører, som centrale ledere vurderede havde mindre kontakt til flygtninge med traume, besvaret et kortere spørgeskema. Det korte skema dækker alene udvalgte aspekter af undersøgelses-temaerne². I alt er der udsendt et spørgeskema til 328 personer - heraf et reduceret spørgeskema til 220 personer. Der er opnået en svarprocent på 95 pct. ved det store skema, mens ca. 84 pct. har besvaret det reducerede skema.

I spørgeskemaundersøgelsen indgår en større andel aktører fra det integrations- og beskæftigelsesfaglige område i forhold til de to øvrige sektorområder. Statistiske analyser viser, at denne forskel ikke har nogen signifikant betydning, idet de tre aktørgrupper i meget stor udstrækning svarer ens. Der er derfor ikke foretaget nogen vægtning af de tre aktørgruppers besvarelser (jf. bilag A).

¹ Kun Lejre Kommune og Skanderborg Kommune har valgt ikke at deltage i undersøgelsen.

² Bl.a. kontaktgrader til flygtningefamilier med traumer, tilbud til målgruppen og tværfaglige samarbejdsformer

Kvalitative interview

LG Insight har gennemført en række interview med hhv. kommunale aktører, sundhedsfaglige aktører og tilbud, frivillige organisationer og eksperter.

Interviewene har haft til formål at forklare og nuancere spørgeskemaundersøgelsens resultater. Interviewene har desuden bidraget med konkrete eksempler på samarbejdsformer, tilbudstyper m.m., ligesom interviewene har inddraget flere aktørperspektiver end det kommunale i undersøgelsen.

Der er i alt gennemført 95 interview. Tabellen nedenfor viser fordelingen heraf på de valgte aktørgrupper.

Aktørgruppe	Antal personlige interview
Kommuner (kommunale aktører)	45 interview
Sundhedsfaglige aktører – behandlingssteder m.m.	20 interview
Sundhedsfaglige planlæggere i regi af regionerne	5 interview
Ekspertter med særlig faglig ekspertise vedrørende målgruppen og/eller tilbud til målgruppen	10 interview
Organisationer – frivillige	5 interview

Desk research

LG Insight har inddraget registerdata fra Danmarks Statistik og relevant forskningslitteratur til estimering af omfanget af flygtninge med traumer i Danmark.

Herudover er der indsamlet materiale fra kommuner m.m. Materialet omfatter bl.a. metodebeskrivelser af indsatser, værktøjer el.lign. Der er desuden indsamlet materiale fra kommuner, som i spørgeskemaundersøgelsen har svaret, at de har udarbejdet værktøjer, metodebeskrivelser eller lignende, eller som i forbindelse med de kvalitative interview har fortalt om konkrete eksempler

Afgrænsning og centrale definitioner

I rapporten anvendes begrebet traumer og ikke PTSD. I afsnittet "Traumatiserede flygtninge" gives en kort introduktion til traume-diagnosen.

Undersøgelsen omfatter alene flygtninge og indvandrere med traumer, der har fået traumer som følge af krig, tortur, flugt, overgreb m.m. Afdækningen omfatter alene flygtninge med opholdstilladelse i Danmark. Flygtninge og indvandrere, der har fået traumer som følge af bilulykke i Danmark, voldtægt i Danmark, vold i familien el.lign., er ikke omfattet af undersøgelsen. Tilsvarende er danske soldater hjemvendt fra krig heller ikke omfattet af undersøgelsen.

Undersøgelsen afdækker ikke indholdet i de sundhedsfaglige tilbud – dvs. psykoterapiformer, fysioterapeutisk og psykomotorisk terapi, somatiske og psykiatriske behandlingsformer m.m. Undersøgelsen giver dog en kort beskrivelse af de centrale metoder i de rehabiliterende indsatser, men mere uddybende beskrivelser

af sundhedsfaglige metoder og behandlingsformer findes i anden litteratur – f.eks. MTV-rapporten om behandling og rehabilitering af PTSD³.

I rapporten anvendes begrebet ”*sekundært traumatiserede*” om pårørende til traumatiserede flygtninge. Det kan være ægtefælle eller børn i familien, hvor f.eks. én eller begge forældres traumer har påført traumer hos pårørende.

I rapporten anvendes begrebet ”*rehabiliterende*” indsats. Rehabilitering defineres som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet med rehabiliteringen er, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv i forhold til f.eks. beskæftigelse, samfundsdeltagelse m.m. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats⁴.

Rapportens struktur – læsevejledning

Rapporten er inddelt i følgende hovedafsnit:

Resumé: I umiddelbar forlængelse af nærværende afsnit gives en kort fremstilling af centrale undersøgelsesresultater.

Del 2: Indledes med en kort beskrivelse af symptomer på traumer, herunder PTSD- og DESNOS-diagnosen. Afsnittet omhandler de traumatiserede flygtninges ressourcer (vurderet af de kommunale aktører), ligesom undersøgelsen giver en vurdering af omfanget af flygtninge med traumer i Danmark.

Del 3: Afdækker, hvilke kontakter forskellige (primært kommunale) aktører har til flygtninge med traumer, hvilke metoder eller opmærksomhedsmarkører aktørerne anvender i afdækningen af eventuelle traumer

Del 4: Afdækker, hvilke tilbud kommunerne og de sundhedsfaglige aktører har til flygtningefamilier med (risiko for) traumer. I afsnittet præsenteres aktørernes vurdering af tilbudsviftens kvalitet og kapacitet.

Del 5: I afsnittet er der fokus på det tværfaglige samarbejde – både internt i kommunerne og mellem kommunale og sundhedsfaglige aktører. Arbejdes der rehabiliterende og sker indsatsen koordineret? Eller er indsatsen præget af monofaglige og usammenhængende indsatser?

Del 6: Aktørerne er i undersøgelsen blevet bedt om at pege på områder, hvor de selv eller andre kan styrke traumeindsatsen. I afsnittet præsenteres aktørernes fremadrettede anbefalinger på indsatser, der kan styrke indsatsen i Danmark for traumatiserede flygtninge og deres familier.

³ ”MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge”, Region Syddanmark, Center for Kvalitet, november 2008.

⁴ Jf. ”Hvidbog om rehabilitering”, Marselisborgcenteret, 2004, og læs mere om rehabilitering på www.socialebegreber.dk



Resumé

Undersøgelsens hovedresultater

I dette afsnit gives en kort præsentation af undersøgelsens hovedresultater – struktureret efter undersøgelsens tre hovedformål. Derudover sammenfattes både de kommunale og de sundhedsfaglige aktørers anbefalinger til fremadrettede indsatser, der kan styrke traumeindsatsen i Danmark.

Afdækning af viden om målgruppen

Traumesymptomer hos flygtninge med traumer

Der findes en række symptomer på traumer. De kan være:

- Kroniske symptomer på smerter, søvnløshed, koncentrationsbesvær
- Paralleldiagnoser som f.eks. depression
- Alvorlig følelsesmæssig ustabilitet (vrede, humørsvingninger), manglende engagement i familie og ude af stand til at tale om sine følelser (opleves tom og uden engagement)
- Tilbøjelighed til nye traumatiseringer foranlediget af tilsyneladende mindre og ubetydelige hændelser
- Grundlæggende mistillid til andre mennesker, herunder også påvirkning af personens relationer til ægtefælle og egne børn

Endelig oplever mange torturoverleverne en eksistentiel krise, grundlæggende forstyrrelse af det meningsfulde ved livet og tilliden til andre mennesker. Det påvirker personens kognitive meningsdannelse, hans eller hendes oplevelse af sig selv og af hans eller hendes tilstedeværelse i verden.

De flygtningefamilier, som lever i Danmark er en meget differentieret gruppe. Nogle flygtninge er for nylig ankomne som boligplacertes i kommunen via danske asylcentre eller direkte fra flygtningelejre uden for Europa. Andre flygtninge har boet her i landet i en årrække. Traumer kan være latente og først komme til udtryk længe efter ankomsten til Danmark

Typen og omfang af følgerne af traumer for familielivet

Ifølge eksperter og behandlingstilbud kan traumer "smitte" pårørende, herunder børn i familien. Sekundær traumatisering sker, når f.eks. børnene bliver så påvirkede af én eller begge forældres psykiske problemer, at de selv begynder at udvise bl.a. de samme symptomer, som forældrene har.

I spørgeskemaundersøgelsen bekræfter de kommunale aktører, at traumer har betydning for hele familiens trivsel. 92 pct. vurderer, at én eller begge forældres traumer har indflydelse på hele familiens trivsel. Tilsvarende mener 92 pct. at en eller begge forældres traumer har indvirkning på børnenes generelle trivsel.

Børn i familier, hvor én eller begge forældre har traumer, kan ifølge eksperterne have vanskelige opvækstbetingelser. Pårørende må almindeligvis tage udstrakte hensyn til de(n) traumatiseredes følsomhed og deres reaktioner på f.eks. støj eller andre sansninger. Hjemmet kan udvikle sig til en ufri ramme, hvor der ikke er plads til, at børnene kan give udtryk for glæde og leg.

Traumatiserede forældre kan ifølge eksperterne ligeledes reagere voldsomt på selv mindre uro eller uheld. Det kan være med opfarende adfærd, råb, skældud og i mange familier kan hjemmet være præget af vold.

Typen og omfang af følgerne af traumer for deltagelsen i samfundslivet

De kommunale aktører oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at flygtninge med traumer kan have begrænsede integrationsressourcer. 88 pct. af de kommunale aktører med stor kontakt til målgruppen vurderer, at traumet kan have betydning for deltagelse i samfundslivet – både tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet. Det skyldes ifølge eksperter og behandlingstilbud, at en typisk reaktion på et traume kan være isolation, hvor de traumatiserede flygtninge f.eks. ikke engagerer sig i fritids- og foreningsliv i samvær med andre, ligesom de typisk ikke deltager i skolearrangementer.

Følgevirkninger af traumer som indadvendthed, vrede og aggressivitet kan også blive misforstået af medborgere og fagfolk og tolkes som manglende integrationsinteresse eller ligefrem fjendtlighed i forhold til danske normer, regler og kultur. Omgivelsernes reaktion kan være afvisende, og fagfolkenes reaktion kan være (yderligere) pres eller sanktioner. Disse reaktionsmønstre kan være med til at forværre traumet og mindske integrationsressourcerne.

Antallet af flygtninge med traumer i Danmark

Det er vanskeligt præcist at beregne, hvor mange flygtninge der har traumer i Danmark. På baggrund af statistik, forskningslitteratur og interview med eksperter har LG Insight anslået, at 30.000-45.000 flygtninge kan have traumer i Danmark. Antallet omfatter voksne flygtninge med traumer. Derudover kan et større antal

pårørende til flygtninge med traumer være (sekundært) traumatiseret. Det drejer sig især om børn og ægtefælle.

Det skal understreges, at der er betydelige metodiske vanskeligheder ved at beregne antallet af flygtninge med traumer i Danmark. En gruppe flygtninge har ikke fået afdækket deres eventuelle traumesymptomer, ligesom flygtninge med traumer kan have fået andre diagnoser end PTSD/traumer.

Kommunernes arbejde med opsporing, screening og diagnosticering af flygtninge med (symptomer på) traumer

Undersøgelsen viser, at hovedparten af kommunerne ikke gør en særlig indsats for at opspore flygtninge med traumer. I interview begrundede enkelte kommunale aktører det med, at de henviser til praktiserende læger, og at de alene har fokus på de flygtninge(familier), der har behov for støtte og bistand – f.eks. flygtninge med traumer med nedsat arbejdsevne.

Undersøgelsen viser også, at de kommunale aktører kun i begrænset omfang systematisk og metodisk afdækker symptomer på traumer hos flygtninge.

74 pct. af de kommunale aktører finder i spørgeskemaundersøgelsen, at kommunens screening af mulige traumesymptomer er utilstrækkelig, mens 6 pct. af de kommunale aktører finder deres screening dækkende.

70 pct. af de kommunale aktører oplyser, at det alene er overladt til de enkelte medarbejdere, hvordan de er opmærksomme på eventuelle traumesymptomer. Kun 21 pct. af kommuner har retningslinjer eller faste rutiner i forhold til at være opmærksom på eventuelle traumesymptomer hos flygtninge.

12 pct. af de kommunale aktører anvender udviklede screeningsværktøjer til opmærksomhed omkring traumesymptomer. LG Insight har indsamlet værktøjer i disse kommuner, og undersøgelsen viser, at kommunerne anvender simple værktøjer med opmærksomhedsmarkører på traumesymptomer.

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at de kommunale aktører primært har kontakt med voksne flygtninge på offentlig forsørgelse. Afdækningen af eventuelle traumer påbegyndes typisk kun, hvis følgevirkningerne har betydning for deres arbejdsevne og arbejdsmarkedstilknøytning.

Når de kommunale aktører er blevet opmærksomme på evt. traumesymptomer hos flygtninge, benytter de i nogen grad lægefaglig bistand til at afdække og stille en lægefaglig diagnose. Det gælder for 62 pct. af de kommunale aktører, mens 32 pct. i mindre udstrækning eller slet ikke benytter lægefaglig ekspertise.

Afdækningen af indsatser til traumatiserede flygtninge

Kommunernes dokumentation af effekterne af tilbud/indsatser

Undersøgelsen har ikke afdækket kommuner, der har dokumenteret effekter af tilbud til traumatiserede flygtninge. Enkelte kommuner har dokumenteret effekter af det tværfaglige samarbejde⁵, men ingen kommuner har egentlige analyser specifikt med fokus på effekter af indsatser for traumatiserede flygtninge.

Aktørernes relationer til flygtninge med traumer

Spørgeskemaundersøgelsen har afdækket aktørernes relationer til flygtninge med (symptomer på) traumer. Undersøgelsen viser, at det primært er de beskæftigelses- og integrationsfaglige aktører, der har kontakt til flygtninge med traumer. 85 pct. af disse aktører oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de har stor kontakt til flygtninge med (symptomer på) traumer.

Kommunale socialfaglige aktører for voksne har også noget kontakt til flygtninge med traumer – f.eks. ydelseskontorer og socialpsykiatri (66 pct.). Derimod er der færre kommunale aktører inden for børne-/unge-området i f.eks. skoler, PPR og familieafdelinger med ansvar for børn med mistrivsel, der oplyser, at de har kontakt til børn, unge og familier med (symptomer på) traumer (45 pct.).

Aktørernes roller og betydning for traumeindsatsen

Afhængig af følgevirkningerne af traumet kan flygtninge have kontakt med en række kommunale aktører. Det omfatter typisk aktører i jobcentret, ydelseskontoret, socialpsykiatrien m.m., ligesom det for familier kan omfatte sagsbehandlere i børne-/familieafdelingerne, PPR m.m. Derudover kan flygtninge med traumer have kontakt til en række sundhedsfaglige aktører – bl.a. praktiserende læger, sygehuse, specialiserede traume-behandlingstilbud osv.

I spørgeundersøgelsen er de kommunale aktører blevet bedt om at vurdere, hvilke aktører, der er vigtige i traumeindsatsen.

De kommunale aktører vurderer, at de sundhedsfaglige aktører er en vigtig samarbejdspartner i traumeindsatsen. Således peger hele 92 pct. på, at de praktiserende læger er en vigtig samarbejdspartner, men også regionernes behandlingstilbud vurderes vigtige af de kommunale aktører (85 pct.).

Til gengæld anses statsforvaltningen, politi, retsvæsen og Kriminalforsorgen samt frivillige organisationer som de mindst vigtige samarbejdspartnere. Over halvdelen af de kommunale aktører anser disse aktører som ikke vigtige. Der er dog samtidig

⁵ Leif Olsen og Nanna Kold (2013) Implementering af processuelle netværksmøder - Erfaringer fra seks kommuners implementering af processuelle netværksmøder i perioden 2008-2012 og "Evaluering af hele familiens integration i Assens Kommune", 2012 og LG Insight: "Evaluering af udviklingsprojektet Job og rehabilitering", LG Insight 2009

en stor andel kommunale aktører, som svarer ”ved ikke” til disse statslige og frivillige aktørers vigtighed som samarbejdspartnere.

Inden for kommunen fremhæves især socialafdelingen for voksne (88 pct.), børne-/unge-afdelingen (85 pct.) og Jobcentret (79 pct.) som vigtige samarbejdspartnere. De kommunale aktører er delt i vurderingen af, hvorvidt skoleområdet (herunder PPR) er en vigtig samarbejdspartner i traumeindsatsen. 53 pct. af de kommunale aktører finder, at skoleområdet er en vigtig aktør, mens 37 pct. af aktørerne vurderer, at skoleområdet ikke er en vigtig aktør.

Kommunale tilbud til flygtninge med traumer

Undersøgelsen har afdækket enkelte eksempler på kommunale tilbud specialiseret til flygtninge(familier) med traumer. Det gælder f.eks. Verdande i Haderslev Kommune, der er et sprogtilbud og et rehabiliterende tilbud til flygtninge med traumer. Undersøgelsen viser imidlertid, at hovedparten af kommunerne ikke har særlige tilbud til flygtninge med traumer, men at flygtninge med traumer får eksisterende kommunale tilbud i form af beskæftigelsesfaglige tilbud (praktik eller løntilskud), familiebehandling, pædagogiske tilbud m.m.

I interview peger de kommunale aktører på, at nogle tilbud forudsætter et særligt kendskab til flygtninge med traumer, mens andre ikke gør det. De tilbud, som det er lettest at håndtere, fordi de i mindre grad forudsætter et særligt kendskab til flygtninge med traumer, er f.eks. hjemmehjælp og ydelsesrådgivning. Omvendt forudsætter familiebehandlingstilbud og pædagogisk støtte i hjemmet i højere grad en viden om etniske minoriteter generelt, herunder også eksil-problematikker og kulturelle strategier i forhold til håndtering af traumer.

Spørgeskemaundersøgelsen har afdækket, om kommunernes eksisterende tilbud også er dækkende i forhold til flygtninge(familier) med traumer. Indenfor børne-, unge- og familieområdet vurderer ca. 75 pct. af de kommunale aktører, at de eksisterende tilbud kun i ringe grad eller slet ikke er dækkende for traumatiserede flygtningefamiliers behov. Det gælder primært tilbud med elementer af familiebehandling og pædagogisk støtte til familier, behandling af (sekundært) traume hos børn og unge samt tværfaglige forløb.

Aktører med tilbud til voksne inden for det integrations-, beskæftigelses- og socialfaglige område finder i nogen grad, at de eksisterende kommunale tilbud er dækkende til flygtninge med traumer.

Gennemgående peger både de kommunale og de sundhedsfaglige aktører på et stort behov for at ”tænke på tværs” og ”ud af boksen”. De efterlyser en større grad af fælles tilbud med rehabiliterende tilgang, hvor hver enkelt myndighed ikke monofagligt arbejder med afgrænsede dele af flygtningefamiliens problemer, men at aktørerne (sam)arbejder rehabiliterende med hele livssituationen for borgeren og med hele familien i fokus.

Regionale behandlingstilbud til voksne flygtninge med traumer

Regionerne har en række (specialiserede) behandlingstilbud til flygtninge med traumer. Behandlingsstederne oplyser i undersøgelsen, at ca. 500 flygtninge med traumer venter på visitationssamtale pr. 1. maj 2013, og at der på flere behandlingssteder er ventetider på mellem 6-12 mdr. på behandlingstilbud.

Behandlingsstederne oplyser i interview, at der mangler både behandlingstilbud med fokus på hele familien og tilbud til børn og unge.

66 pct. af de kommunale aktører har en oplevelse af, at der er manglende kapacitet i behandlingstilbuddene. I interview peger kommunale aktører på, at ventetider reelt forlænges ved indledende visitationsprocesser i det sundhedsfaglige system, men at der kan gå lang tid inden egentlig behandling startes.

Utilstrækkelig indsats for flygtningebørn/unge med (sekundært) traumer

Undersøgelsen dokumenterer, at der generelt er for lidt opmærksomhed på og tilbud til flygtningebørn og unge med risiko for traumer. Det gælder i kommunerne, hvor aktører med tæt kontakt til børn og unge kun i meget begrænset omfang har særlig opmærksomhed på børn og unges risiko for (sekundært) traumer. Det gælder også for kommunernes tilbud til børn og unge, hvor tilbuddene kun i ringe grad er specialiseret til at dække traumatiseredes behov.

Det samme gør sig gældende i det sundhedsfaglige system, hvor ikke alle behandlingssteder har tilbud til børn og unge.

Kommunale aktører inden for børne-/unge- og familieområdet fremhæver i interview, at der er brug for at styrke samarbejdet med de frivillige organisationer om bl.a. fritidsaktiviteter, udflugter og sommerture for familier og børn i udsatte flygtningefamilier. Familiernes livssituation med sygdom og ofte også fattigdom kan betyde, at børnene ikke får de samme oplevelser som andre børn. Undersøgelsen har afdækket eksempler på sommerture arrangeret af frivillige for familier med traumer. Aktørerne ser gerne, at sådanne frivilligt baserede fritidsaktiviteter i højere grad kan tilbydes flygtningefamilierne

Organiserings- og samarbejdsformer

Formaliserede samarbejdsformer

Spørgeskemaundersøgelsen har afdækket, hvor hyppigt centrale kommunale aktører mødes med samarbejdspartnere om traumeindsatsen. Det vedrører både strategiske møder, hvor de generelt fastlægger traumeindsatsen og samarbejdsformer, og konkrete møder om enkeltsager, hvor aktørerne drøfter indsatser for flygtninge med traume og samordner deres indsatser.

Undersøgelsen viser, at de kommunale aktører har mest kontakt til jobcentret (68 pct.), hvor de mindst én gang årligt afholder strategiske møder. Omvendt har hovedparten (59 pct.) slet ingen strategiske møder med pasningstilbud til børn, ligesom 50 pct. af de kommunale aktører slet ikke mødes med skole og fritidstilbud for at drøfte overordnede strategiske emner.

Det er også med jobcentret, som flest kommunale aktører angiver, at de mødes med mindst én gang årligt for at drøfte enkeltsager for flygtninge med traumer, mens færrest mødes med pasningstilbud til børn samt skoletilbud.

I spørgeskemaundersøgelsen er de kommunale aktører blevet spurgt, om de har formaliserede mødeformer med de sundhedsfaglige aktører. 51 pct. af de kommunale aktører oplyser, at de holder strategiske møder mindst én gang årligt med praktiserende læger, og 41 pct. holder strategiske møder sygehus/behandlingstilbud. 29 pct. holder møder med planlæggere i regi af regionerne, hvor de strategisk drøfter traumeindsatsen.

38 pct. af de kommunale aktører holder desuden enkeltsagsmøder mindst én gang årligt med de praktiserende læger.

Begrænset tværkommunalt samarbejde

Boligplacering af nyankomne flygtninge i kommunerne betyder, at der kan være meget store forskelle på, hvor mange flygtninge med (risiko for) traumer, kommunerne har. I nogle kommuner er andelen af flygtninge fra asyllandene således beskeden, og det kan derfor være vanskeligt for disse kommuner at opbygge en særlig indsats for traumatiserede flygtninge. Set i det lys er det overraskende, at kun få kommuner samarbejder om traumeindsatsen.

Kun 5 pct. af kommunerne samarbejder med andre kommuner om traumeindsatsen, mens 82 pct. slet ikke samarbejder herom med andre kommuner.

I de personlige interview med kommunerne fremkommer flere forklaringer på, hvorfor kommunerne ikke samarbejder mere på tværs. Det forklares dels med, at der kun er begrænset tradition for tværkommunale samarbejder omkring udvikling af integrationsfaglige tilbud. Dels forklares det med, at der er behov for lokale tilbud i kommunen. Samtidig er der en frygt for, at den fleksibilitet, som lokale tilbud giver, forsvinder med tværkommunale aftaler, fordi det risikerer at begrænse deres lokale handlemuligheder. Endelig betaler nogle kommuner private leverandører for at varetage de mere specialiserede opgaver for flygtningefamilier med traumer, hvilket aflaster behovet for tværkommunale samarbejder.

Det tværfaglige samarbejde er en udfordring internt i kommunerne

Ifølge eksperter er det for traumatiserede flygtninge særligt vigtigt, at indsatsen er struktureret og overskuelig, ligesom aktørernes indsats skal være koordineret i

sammenhængende (rehabiliterende) forløb. Undersøgelsen viser, at det er en udfordring for kommunerne at efterleve disse fordringer/krav.

I Spørgeskemaundersøgelsen tilkendegiver 63 pct. af de kommunale aktører, at de er enten overvejende uenig eller helt uenig i, at kommunens indsats bygger på et tværfagligt samarbejde. Hovedparten (72 pct.) af de kommunale aktører er enten overvejende uenig eller helt uenig i, at kommunens indsats for flygtninge med traumer er helhedsorienteret og koordineret.

De kommunale aktører fremhæver i interview, at det tværfaglige samarbejde generelt er en udfordring i de komplicerede borgersager – og ikke alene i sager med flygtninge med traumer. Det kan dog være særligt vanskeligt for flygtninge med traumer, fordi kombinationen af komplekse problemer, mange aktører og manglende kendskab til traumer kan gøre det vanskeligt for aktørerne at få et samlet billede af den enkeltes situation og behov. Det udfordrer også det tværfaglige samarbejde, at traumatiserede flygtninge har tendens til isolation og ofte kun har begrænsede forudsætninger for at være ”herre i eget forløb” – dvs. selv i nogen grad være bindeled mellem flere forskellige aktører.

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 45 pct., at lovgivningen giver de nødvendige muligheder for at tilbyde den optimale indsats for flygtninge med traumer eller symptomer på traumer, men hele 36 pct. er i tvivl og svare ”ved ikke”. 19 pct. af de kommunale aktører finder, at der er lovgivningsmæssige barrierer for det tværfaglige samarbejde. I interview peger kommunale aktører på, at lovgivning ikke gør det muligt fysisk og organisatorisk at samordne beskæftigelsesfaglige, socialfaglige og økonomiske indsatser i samme enhed.

Samarbejdet mellem kommuner og sundhedsfaglige aktører

Koordineringsudfordringerne er store mellem det kommunale system og de sundhedsfaglige aktører. I begge systemer kan der være flere aktører involveret på samme tid. Både de kommunale aktører og de sundhedsfaglige aktører kritiserer hinanden gensidigt for ikke at etablere ”tovholderfunktioner”, der kan skabe mere enkle samarbejdsrelationer mellem systemerne.

Generelt udtrykker alle aktører respekt for hinanden og forståelse for de vilkår, der bestemmer samarbejdspartners indsatser. Flere af de sundhedsfaglige aktører efterlyser dog mere forståelse hos de kommunale samarbejdspartnere for de traumatiserede flygtninges behov for stabilitet i behandlingsforløbet. Kommunernes pres om progression og hurtig raskmelding kan være hindrende for et tilfredsstillende og effektivt behandlingsforløb.

Flere kommunale aktører udtrykker forundring over, at der er store og uforklarlige forskelle mellem de sundhedsfaglige aktørers brug af diagnosen PTSD. Flere af de kommunale aktører finder også, at behandlingsstederne er for lukkede omkring

de kliniske behandlingsforløb og ikke ser værdien af brede rehabiliterende indsatser med bl.a. beskæftigelsesfaglige elementer.

Aktørernes egne anbefalinger til en styrket traumeindsats

De kommunale og de sundhedsfaglige aktører peger i personlige interview og i spørgeskemaundersøgelsen på følgende fremadrettede anbefalinger, der kan styrke indsatsen for traumatiserede flygtningefamilier i Danmark:

Tilbud til børn og unge med (sekundært) traumer

Der er brug for mere opmærksomhed på børn og unge i flygtningefamilier med traumer – både gennem styrkelse af aktørernes kompetencer til at afdække børn/unges eventuelle traumesymptomer, men også gennem udvikling af specialiserede tilbud til børn og unge i både det kommunale system og i de sundhedsfaglige behandlingstilbud (håndtering af primært og sekundære traumer).

Metoder/værktøjer til øget opmærksomhed på traumesymptomer

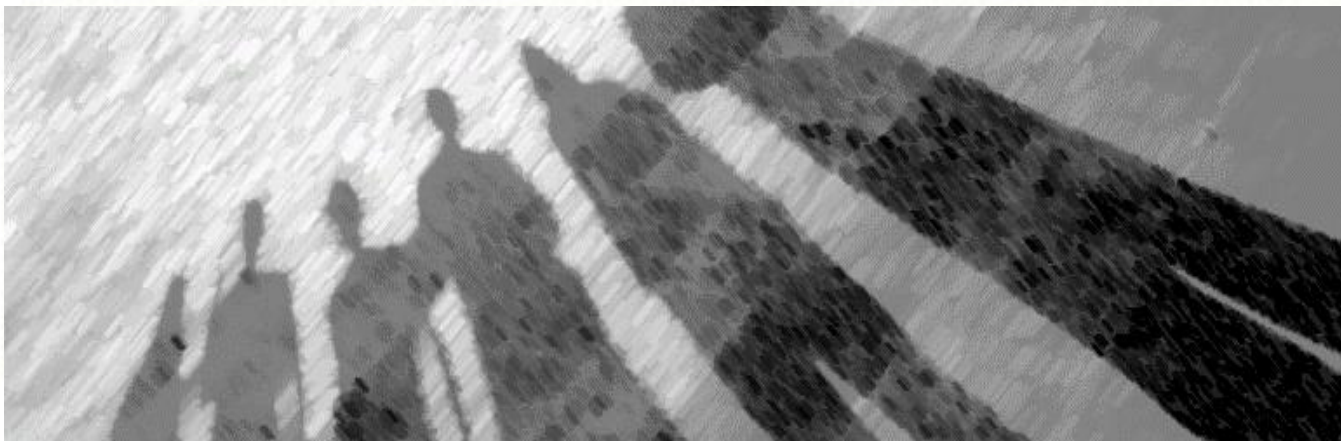
Aktørerne anbefaler fokus på udvikling af screeningsmetoder eller værktøjer, så fagpersonalet i kontakt med flygtninge med traumer kan øge deres opmærksomhed på eventuelle traumesymptomer hos flygtninge. Aktørerne påpeger, at aktører med kontakt til flygtningefamilier er en meget bred faggruppe bestående af lærere, pædagoger, psykologer og sagsbehandlere m.m. Værktøjerne skal derfor være enkle og kunne anvendes bredt af relevante fagaktører.

Udvikle rehabiliterende kultur, faglighed og praksis

Flygtninge med traumer har brug for forløb, der tager udgangspunkt i hele livssituationen. Det er nødvendigt, at aktørernes indsatser og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. Både de kommunale aktører og de sundhedsfaglige aktører efterlyser en mere rehabiliterende kultur, faglighed og praksis i indsatsen for traumatiserede flygtninge. Aktørerne efterlyser konkrete modeller eller metodebeskrivelser af traumeforløb, der kan danne grundlag for udvikling af "eksemplariske" rehabiliteringsforløb.

Styrke det tværfaglige samarbejde mellem aktørerne

Generelt fremhæver alle aktører på tværs af fag- og myndighedsgrænser, at der er behov for at øge det tværfaglige samarbejde. Enkelte peger på erfaringer fra andre områder, der med fordel kan benyttes i traumeindsatsen (f.eks. erfaringer fra senhjernesgadeområdet, hvor der er udviklet tværfaglige samarbejdsformer mellem kommunale og sundhedsfaglige aktører). Aktørerne peger på behov for mere formaliserede samarbejdsformer med faste mødeformer – både i forhold til strategiske møder og enkeltsagsmøder. Desuden peger aktørerne på behov for mere tydelige rolle- og ansvarsfordelinger og tovholderfunktioner i de komplicerede borgersager, hvor der skal skabes koordinering og sammenhæng.



Del 2: Traumatiserede flygtninge

Følgevirkninger af traumer og vurdering af antallet af flygtninge med traumer i Danmark

Undersøgelsen har til formål at afdække følgevirkningerne af traumer hos flygtninge – både i relation til voksnes deltagelse i samfundslivet og på arbejdsmarkedet, men også i forhold til familiernes trivsel og børns opvækstvilkår. Nærværende undersøgelse har haft fokus på følgevirkninger af traumer og undersøgelsens resultater præsenteres i dette afsnit.

LG Insight har beregnet et estimat af antallet af flygtninge med traumer i Danmark på baggrund af forskningslitteratur, interview med eksperter og statistik. Til sidst i afsnittet præsenteres undersøgelsens resultater.

Hvad er traumer?⁶

Det diagnostiske grundlag for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) i Danmark er diagnosticeringssystemet ICD-10⁷, og er WHO's klassifikationssystem for sygdomme og andre helbredsrelaterede lidelser.

PTSD er karakteriseret ved 3 hovedkategorier af symptomer:

- *Øget stress*, fx konstant nervøs uro, svært ved at sove, pludselige vredesudbrud, angst og svedeture
- *Genoplevelsesfænomener*, såkaldte flashbacks, hvor man genoplever traumatiske oplevelser samt

⁶ Portalen: "Traume.dk" indeholder en bred beskrivelse af PTSD-/traumediagnosen, ligesom portalen indeholder faglige bidrag om traumatiserede flygtninge formidlet til forskellige målgrupper

⁷ ICD-10 - International Classification and Diseases

- *Undgåelsesreaktioner*, hvor man søger at undgå situationer, der kan minde som traumatiske begivenheder, fx steder med mange mennesker eller bestemte aktiviteter.⁸

Centralt for symptomer hos traumatiserede flygtninge er de eksistentielle dilemmaer (grundlæggende forstyrrelse af det meningsfulde ved livet og tilliden til andre mennesker). Disse adskiller sig fra symptomerne ved PTSD-diagnosen. De eksistentielle dilemmaer giver nogle diagnostiske vanskeligheder, fordi symptomerne adskiller sig fra de adfærdsmæssige og medicinske kriterier, som PTSD-diagnosen ellers er baseret på.⁹

WHO's diagnose på PTSD har imidlertid vist sig at være utilstrækkelig til at beskrive symptomer hos mennesker, der har været udsat for omfattende og systematisk overgreb¹⁰. Flygtninge, som i længere perioder har været udsat for vold og overgreb forårsaget af andre mennesker, kan efterfølgende i mange år få kraftige traumatiske reaktioner, som ikke er indeholdt i PTSD-diagnosen. Der er derfor udarbejdet en beskrivelse af komplekse traumer under betegnelsen DESNOS, Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified. I denne rapport bruges betegnelsen "traumer" i stedet for betegnelsen DESNOS,

Diagnostiske karakteristika for DESNOS:

1. Ændringer i affektregulering:
 - Vedvarende dysfori (generel ubehagelig stemning)
 - Kronisk optagethed af selvmordstanker
 - Selvbeskadigelse
 - Eksplosiv eller ekstremt tilbageholdt vrede (kan veksle)
 - Tvangsmæssig eller ekstremt hæmmet seksualitet (kan veksle)
2. Ændringer i bevidsthed:
 - Amnesi (hukommelsesforstyrrelser) eller hyperamnesi med hensyn til traumatiske begivenheder
 - Forbigående dissociative episoder
 - Depersonalisation/derealisation
 - Genoplevelse af begivenheder
3. Ændringer i selvopfattelse:
 - En følelse af hjælpeløshed eller handlingslammelse
 - Skamfølelse
 - En følelse af at være blevet besudlet eller stigmatiseret

⁸Jf. Traume.dk/hvad er traumer/symptomer.

⁹Jf. Traume.dk, redaktion: Afdeling for Traume- og Torturoverlever, Psykiatrien i Region Syddanmark, Læge Helena Galina Nielsen

¹⁰"Traumer og børn", Viden fra uddannelsesforløbet: "Børn på tværs af grænser2011" Center for Traume- og Torturoverlever, Vejle

-
- En følelse af at være totalt anderledes end alle andre (kan omfatte en følelse af at være noget specielt)
4. Ændringer i opfattelsen af gerningsmanden eller krænkeren:
 - Optagethed af forholdet til gerningsmanden eller krænkeren (inklusive optagethed af hævntanker)
 - En urealistisk tro på at gerningsmanden eller krænkeren har total magt (advarsel: ofrets bedømmelse af magtforholdene kan være mere realistisk end klinikerens)
 - Idealisering eller paradoksalt taknemmelighed
 - En følelse af et specielt eller overnaturligt forhold
 - Accept af gerningsmandens eller krænkerens anskuelser eller efterrationaliseringer
 5. Ændringer i forholdet til andre:
 - Isolation og tilbagetrækning
 - Afbrydelse af intime forhold
 - Gentagen søgen efter en redningsmand (kan veksle med isolation og tilbagetrækning)
 - Vedvarende mistillid
 - Gentagne mislykkede forsøg på at beskytte sig selv
 6. Ændringer i betydningssystemer
 - Tab af tro og tillid
 - En følelse af håbløshed og fortvivlelse

Hvor udbredt er traumer hos flygtninge i Danmark?

Et formål med undersøgelsen har været at estimere antallet af flygtninge med traumer. Der er en række metodiske vanskeligheder ved præcist at opgøre antallet af flygtninge med traumer i Danmark. Det skyldes flere forhold:

- Ikke alle flygtninge med risiko for at have været udsat for traumatiserende hændelser får nødvendigvis traumer som følge heraf
- Ikke alle flygtninge med (risiko for) traumer får afdækket eller behandlet deres traumer, ligesom ikke alle flygtninge med traumer er i kontakt med de kommunale aktører eller sundhedssystemet.
- "Mørketallet" kan være stort, fordi flygtninges symptomer på traumer måske vurderes som asylproblematikker eller diagnosticeres under andre sygdomskategorier som f.eks. angst eller depression.

LG Insight har, på baggrund af en statistisk metode udviklet af Danmarks Statistik i 2007, beregnet, hvor stor en andel af flygtninge i Danmark, der kommer fra såkaldte asyllande og har asyl i Danmark.

Asyllande er lande, hvor befolkningen lider overgreb på grund af krigshandlinger, og/eller hvor befolkningen udsættes for overgreb, tortur o. lign. af regimer, der ikke overholder internationale konventioner om menneskerettigheder.

LG Insight har på baggrund af Danmarks Statistiks metode beregnet, at der i 2012 var godt 85.000 flygtninge fra såkaldte asyllande i Danmark. Som anført indledningsvis er det ukendt, hvor stor et antal flygtninge fra asyllande i Danmark, der lever med traumer. Forskellige undersøgelser har dog tidligere forsøgt at estimere andelen af asylansøgere med traumer i Danmark.

Amnesty International udgav i 2008 en rapport med resultater af helbredsundersøgelser blandt 142 flygtninge i Sandholmløjren. Undersøgelsen viste, at 34 pct. af de undersøgte asylansøgere havde symptomer på traumer¹¹.

Region Syddanmark har i MTV-rapporten¹² sammenfattet viden fra internationale undersøgelser. Rapporten konkluderede, at "mørketallet" er stort, fordi en række flygtninges symptomer på traumer tolkes som "kulturelle" reaktioner på asylforhold eller kategoriseres under psykiske lidelser som angst og depression. MTV-rapporten når ved sammenvejning af de internationale resultater frem til, at flere flygtninge end antaget har traumer – helt op til 50 pct. af asylansøgerne.

En arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsministeriet vurderede i 2001, at ca. 50 procent af flygtninge fra asyllande lider af angst eller depression, og at ca. 20 pct. opfylder kriterierne for PTSD¹³.

Dansk Røde Kors har gennemført en intern undersøgelse af helbredstilstanden blandt nyankomne flygtninge til Danmark. Ifølge denne undersøgelse har børn og unge i flygtningefamilier en lang række psykiske lidelser som følge af egne traumatiske oplevelser eller som følge af forældrenes traumer. Undersøgelsen viser også, at 80 pct. af de unge uledsagede flygtninge har en eller flere alvorlige traumatiske oplevelser og belastninger bag sig¹⁴.

LG Insight har interviewet en række fagfolk inden for traumeområdet – både forskere og eksperter med stor viden. Eksperterne er generelt tilbageholdende med at give en præcis vurdering af antallet af flygtninge med traumer, men refererer til bl.a. føromtalt forskningslitteratur. Tre eksperter er i interview blevet bedt om at vurdere omfanget af flygtninge med traumer i Danmark. De tre eksperter er: Edith Montgomery, ph.d., dr.med., forskningschef, Dignity, Mette

¹¹ Asylansøgere i Danmark, En undersøgelse af nyankomne asylansøgere helbredstilstand og traumatiseringsgrad, juni 2008, Amnesty International Dansk Afdeling

¹² "MTV (medicinsk teknologivurdering) om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge", Region Syddanmark, Center for Kvalitet, november 2008.

¹³ "Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge", Sundhedsministeriet, april 2001

¹⁴ Ebbe Munk-Andersen, overlæge, speciallæge i psykiatri, Dansk Røde Kors

Blauenfeldt, Center for Udsatte Flygtninge, Ebbe Munk-Andersen, overlæge/-speciallæge i psykiatri, Dansk Røde Kors.

Eksperterne fremhæver i interview, at det er svært at give en præcis vurdering af antallet af flygtninge med traumer i Danmark. Sammenvejet vurderer de tre eksperter med stort kendskab til traumeområdet i Danmark, at mellem 30-50 pct. af flygtninge fra asyllande har traumer. Deres vurderinger ligger således også inden for de andele, som de nævnte undersøgelser har estimeret.

Med resultaterne fra undersøgelsen samt ekspertvurderingerne vil 30.000-45.000 flygtninge have traumer – beregnet som 30-50 pct. af de 84.000 flygtninge fra asyllande, der opholdt sig i Danmark i 2012.

LG Insights beregninger viser, at hovedparten af flygtninge fra asyllande – og derved med vurderet risiko for traumer – kommer fra lande med krigstilstande som f.eks. Irak, Somalia, Iran, Afghanistan, Bosnien-Hercegovina, Tjetjenien og statsløse (overvejende statsløse palæstinensere), Burma, Syrien og en række afrikanske nationer.

Tabel 1 viser antallet af estimerede flygtninge med risiko for traumer fordelt på regioner i Danmark. Fordelingen er baseret på viden om, hvor flygtninge fra asyllande boede i 2012:

Tabel 1: Vurderet antal flygtninge med traumer fordelt på regioner, 2012

Kommune	Vurderet antal flygtninge med traumer
Region Hovedstaden	Ca. 14.000-21.000
Region Sjælland	Ca. 2.100-3.200
Region Syddanmark	Ca. 5.400-8.000
Region Midtjylland	Ca. 6.200-9.300
Region Nordjylland	Ca. 2.300-3.500
I alt	Ca. 30.000-45.000

Kilde: LG Insight på baggrund af data fra Danmarks Statistik om flygtninge fra asyllande

LG Insight har med undersøgelsen ligeledes forsøgt at afdække, hvor stor en gruppe flygtninge med traumer, som aktørerne har kontakt til. Det har imidlertid ikke været muligt at afdække dette undersøgelsestema. Det skyldes dels en række metodemæssige usikkerheder ved aktørernes vurderinger, der i for stor udstrækning baseres på usikkert skøn. Dels skyldes det risiko for sammenfald mellem aktørernes vurderinger, fordi en flygtning med traumer på samme tid kan have kontakt med flere forskellige aktører.

Traumer påvirker pårørende og familielivet

Børn kan selv have været ofre for alvorlige hændelser, der har påført dem traumer. Ligeledes kan pårørende, herunder ægtefælle og børn, også være sekundært traumatiserede. Sekundær traumatisering sker, når f.eks. børnene bliver så påvirkede af én eller begge forældres psykiske problemer, at de selv begynder at vise de samme symptomer, som forældrene har.

Symptomerne ved primære og sekundære traumer er meget identiske. Børnene kan have vanskeligt ved at indgå i sociale sammenhænge og svært ved reagere konstruktivt i forskellige situationer, hvor deres følelser bliver påvirket. Symptom-mønstret er afhængigt af barnets alder¹⁵:

- Symptomer hos små børn (under 5 år) kan være angst, hvor de udvikler klæbende adfærd og klynger sig fast til en forælder eller andre tæt på. De er angst for adskillelse og gør ting, som de ellers er vokset fra. De kan fremstå yngre end de virkelig er, ligesom de ikke har alderssvarende færdigheder eller mister nye færdigheder. Det er ligeledes almindeligt, at børnene kan have uhyggelige drømme og ofte mareridt.
- Traumatisering af børn i alderen 6-12 år kan betyde, at de får koncentrationsproblemer. De får samtidig svært ved at indlære og følge med i skolen. Angst kan præge børnenes adfærd, og mange udvikler desuden fysiske lidelser, der ikke har nogen åbenlys forklaring (psykosomatiske forstyrrelser i form af smerter eller svimmelhed). Børnenes adfærd ændrer sig også. De kan optræde aggressivt og udadreagerende, eller de kan få depressive reaktioner (indadvendthed) og aldrig vise deres følelser.
- Nogle unge (teenagere) vil reagere på deres traumer med selvdestruktiv adfærd. De kan optræde med stor impulsivitet og konfronterende i forhold til autoriteter som lærer eller politi. Andre unge vil reagere på deres traumer ved at trække sig ind i sig selv og blive mere forbeholden i kontakten med andre. Deres selvforståelse er præget af manglende selvværd og selvtillid, ligesom deres fremtidsperspektiv kan være negativt eller udsigtsløst. Mange unge oplever både fysiske og psykiske lidelser som f.eks. diffuse smerter, depression og angst.

Børn og unge i familier, hvor én eller begge forældre har traumer, kan have vanskelige opvækstbetingelser. Pårørende må almindeligvis tage udstrakte hensyn til de(n) traumatiseredes følsomhed og deres reaktioner på f.eks. støj eller andre sansninger. Hjemmet kan udvikle sig til et sted, hvor der ikke er plads til, at børnene kan give udtryk for glæde og leg.

¹⁵ Eva Malte, psykolog, Grete Svendsen, socialrådgiver, traume.dk

Traumatiserede forældre kan ligeledes reagere voldsomt på selv mindre uro eller uheld. Det kan være med opfarende adfærd, råb, skældud og i mange familier kan hjemmet være præget af vold¹⁶.

Børn er afhængige af deres forældre i forhold til kærlighed, beskyttelse og opdragelse. Hvis begge forældre er traumatiserede, kan det have alvorlige følger for børnenes trivsel, og deres udvikling kan tage skade.

Traumers følger for flygtninges integration

Undersøgelsen har haft til formål at afdække følger af traumer, herunder hvilke konsekvenser traumer kan have for flygtninges tilknytning til arbejdsmarkedet eller til uddannelsessystemet. Endelig kan traumer have indvirkning på forældreressourcer, trivslen i familien samt børn og unges skolegang.

Følgevirkningerne af traumer vil ikke være ens for alle flygtninge. Traumatiserede flygtninge kan således have forskellige ressourcer i forhold til at blive integreret i samfundslivet, på arbejdsmarkedet eller i uddannelsessystemet. Følgevirkningerne vil dels afhænge af, hvor funktionsnedsættende traumet er, dels af en række beskyttende forhold i og omkring den traumatiserede flygtning. Eksilforhold kan f.eks. både være kritiske eller beskyttende i forhold til traumets følger for flygtninges integration i samfundet.

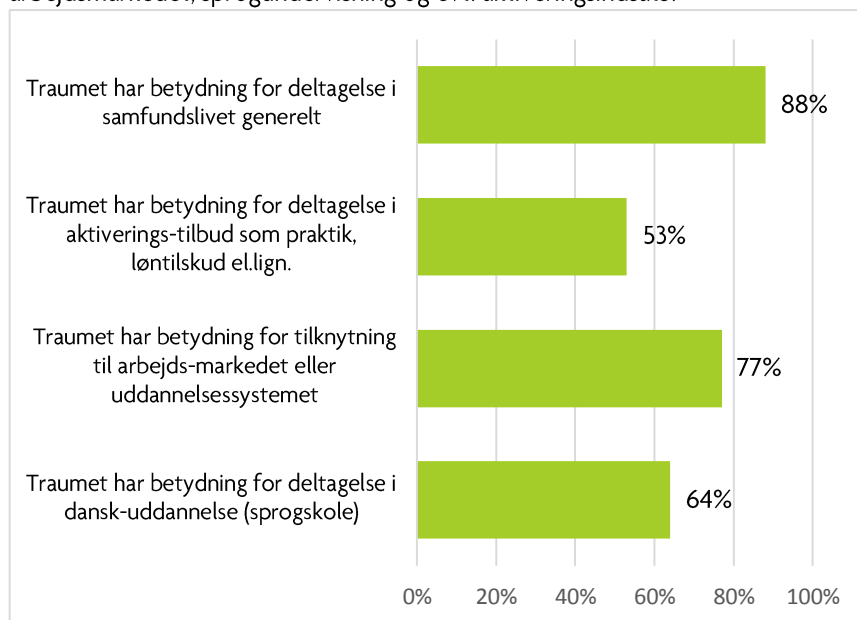
Betydning for samfundslivet

I spørgeskemaundersøgelsen er aktører, som har stor kontakt til flygtninge (familier), blevet bedt om at vurdere, hvilken betydning et traume har for flygtninges deltagelse i samfundslivet generelt, deres deltagelse i aktiveringstilbud som praktik, løntilskud eller lignende, deres tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet samt deres deltagelse i danskuddannelse (sprogskole). Deres svar fremgår af figur 1 på næste side.

Figur 1 viser, at hovedparten af de kommunale aktører med stor kontakt til målgruppen, mener, at traumer hos flygtninge kan have betydning for deres deltagelse i samfundslivet generelt (88 pct.), for deres deltagelse i aktiveringstilbud (53 pct.), deres tilknytning til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet (77 pct.) samt deres deltagelse i danskuddannelse (64 pct.). De to områder, som de fleste kommunale aktører i spørgeskemaundersøgelsen hæfter sig ved, er dermed traumets betydning for deltagelsen i samfundslivet (88 pct.) og tilknytningen til arbejdsmarkedet eller uddannelsessystemet (77 pct.).

¹⁶ "Flygtningebørn – virkningsfulde indsatser": forskningsregistrant for børn og unge med flygtningebaggrund. Dansk Flygtningehjælp, Center for Udsatte Flygtninge, 2011

Figur 1. Hvilken betydning har evt. traume hos flygtninge for deres tilknytning til arbejdsmarkedet, sprogundervisning og evt. aktiveringsindsats?



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, 2013, N=151. Med "Stor kontakt" menes aktører, der i spørgeskemaundersøgelsen har svaret, at de har stor kontakt til flygtningefamilie(r) med traumer.

I forhold til samfundsdeltagelsen peger eksperter og behandlingstilbud i interviewene på, at en reaktion på traumer kan være isolation, hvilket betyder, at de traumatiserede flygtninge ikke engagerer sig i fritids- og foreningsliv i samvær med andre, ligesom de typisk ikke deltager i skole-hjem-samarbejdet. En yderligere udfordring er, at indadvendthed, vrede og aggressivitet kan blive misforstået af medborgere og fagfolk samt tolkes som manglende integrationsinteresse eller ligefrem fjendtlighed over for danske normer, regler og kultur. Omgivelsernes reaktion kan være afvisende, og fagfolkene reaktion kan være (yderligere) pres eller sanktioner. Disse reaktionsmønstre kan være med til at forværre traumet og forøge de integrationsmæssige følgevirkninger af traumet.

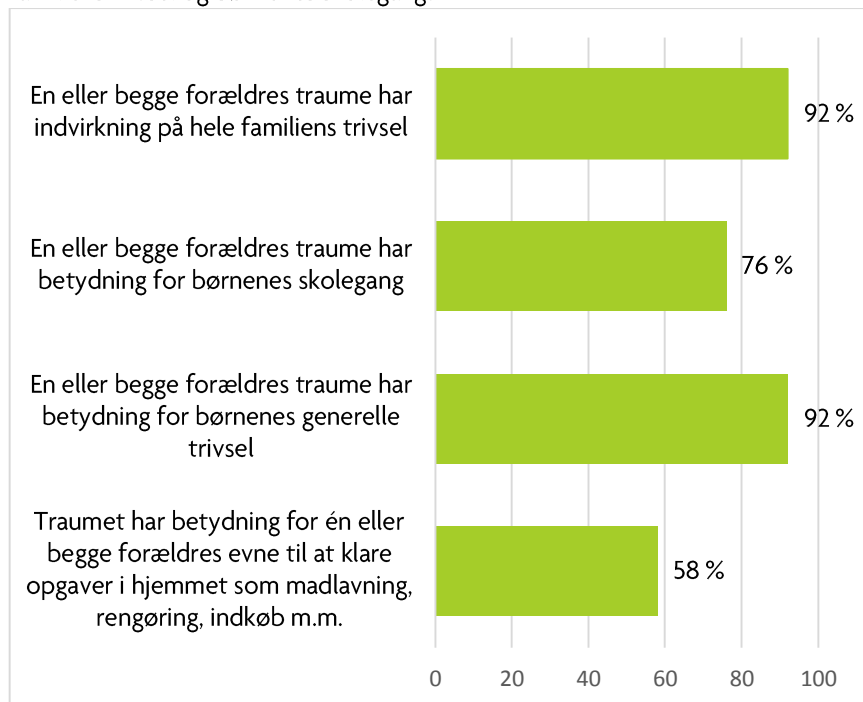
I forhold til tilknytningen til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet peger eksperter og fagfolk i behandlingstilbud på, at et aktivt arbejds- eller uddannelsesliv generelt kan være vanskeligt – både på grund af stressreaktioner, somatiske lidelser, koncentrations- og indlæringsvanskeligheder, men også på grund af ringe overskud som følge af søvnproblemer. Koncentrations- og indlæringsproblemer kan også være forklaring på, at 64 pct. af de kommunale aktører med stor kontakt til målgruppen mener, at traumet har betydning for traumatiserede flygtninges deltagelse i danskuddannelse.

Betydning for familielivet

I undersøgelsen er kommunale aktører blevet spurgt til, hvordan forældres traumer påvirker familielivet samt børnenes trivsel og opvækstbetingelser.

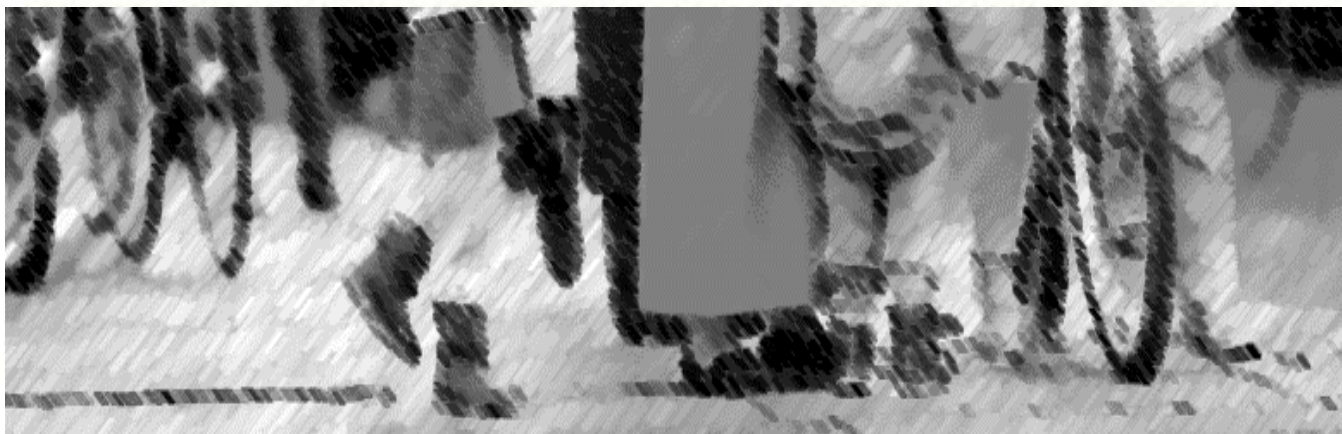
De kommunale aktører bekræfter i spørgeskemaundersøgelsen, at traumer har betydning for familiens generelle trivsel. Hele 92 pct. af aktørerne vurderer således, at én eller begge forældres traumer har indvirkning på hele familiens trivsel. Tilsvarende mener hovedparten (henholdsvis 92 pct. og 76 pct.) af aktørerne, at en eller begge forældres traumer har betydning for børnenes generelle trivsel og deres skolegang. Resultaterne fremgår af figur 2.

Figur 2. Hvilken betydning har evt. traume hos flygtninge for forældreevne, hele familiens trivsel og børnenes skolegang?



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, 2013, N=151

Leverandører af sundhedsfaglige og/eller rehabiliterende tilbud vurderede i interview ligeledes, at traumer i familien kan have stor betydning for familiens hverdag og generelle trivsel. Flere af leverandørerne har behandlingstilbud med fokus på hele familien, mens andre af ressourcemæssige hensyn er nødt til at fokusere på den primært traumatiserede, men udtrykker bekymring for pårørendes (børnenes) trivselsforhold.



Del 3: Kontaktformer og afdækning

Fokus på kommunernes kontakter til flygtninge med traumer og på kommunernes afdækningsmetoder

Flygtninge med traumer kan have behov for at samarbejde med en række forskellige aktører. Det omfatter dels en række kommunale aktører og aktører inden for det sundhedsfaglige system (f.eks. praktiserende læge, psykolog/psykiater og sygehuse m.m.) og dels frivillige, der kan varetage en række sociale og mellem-menneskelige relationer, som offentlige myndigheder ikke kan varetage (f.eks. venskabsrelationer, værtsfamilier m.m.)

I dette kapitel beskrives hvilke roller og ansvarsområder henholdsvis kommunale, regionale, statslige og frivillige aktører kan have og har i forhold til flygtninge(familier) med traumer eller symptomer på traumer. Kapitlet giver også et indblik i, hvilke kommunale forvaltninger, der har mest kontakt til flygtninge(familier) med traumer eller symptomer på traumer, og i hvilken grad de enkelte forvaltningsmyndigheder ved, om andre myndighedsområder i kommunen har kontakt til de samme flygtninge(familier) med traumer.

For en uddybende gennemgang af, hvordan samarbejdet på tværs af aktørgrupperne fungerer, henvises til jf. kapitel 5 (Tværfagligt samarbejde).

Afdækningen og beskrivelsen af organiseringen og samarbejdet tager afsæt dels i de roller og ansvarsområder, der er defineret af lovgivningen og dels i aktørernes egne forståelser af deres roller og ansvarsområder.

Myndighedernes roller i traumeindsatsen

Kommunernes rolle

Kommunerne varetager hovedansvaret for modtagelse af nyankomne flygtninge. Modtagelsesopgaverne er bestemt af integrationsloven og lov om dansk-uddannelse og består af en række praktiske opgaver i forbindelse med familiens

etablering i bolig. Modtagelsen skal sikre, at der så hurtigt som muligt grundlægges en hverdag i familien med tilbud om sprogundervisning, beskæftigelsestilbud til voksne samt skole- og fritidstilbud til børn og unge.

Kommunerne og flygtningefamilierne skal udarbejde en integrationskontrakt allerede inden for den første måned efter ankomsten til kommunen. Kontrakten bygger på en vurdering af borgerens ressourcer og rummer tilbud om dansk-uddannelse og relevante beskæftigelsestilbud. Kommunen kan basere ressourcervurderingen på f.eks. socialrapporten fra asylcentret, der rummer en række oplysninger om bl.a. helbredsforhold m.m. Derudover kan kommunen indhente helbredsoplysninger hos praktiserende læge.

Integrationsloven er ændret med virkning fra 1. juli 2013. Den bevirker, at kommunerne fremover skal tilbyde en mere helheds- og familieorienteret integrationsindsats. Lovændringerne betyder, at kommunen skal tilbyde en integrationsplan, der skal have et bredt fokus på alle aspekter af borgeren og dennes families integrationsforhold. Ændringen af integrationsloven betyder også, at kommunerne fremover er forpligtet til at tilbyde alle nyankomne flygtninge og deres familiedlemme en helbredsmæssig vurdering hos en læge. Der er således med lovændringen kommet et større fokus på den tidlige vurdering af nyankomne flygtnings helbredsmæssige forhold. Endelig har ændringen af integrationsloven medført et krav om, at kommunen skal udpege en koordineringsansvarlig forvaltning, der skal varetage koordinerende op-gaver og skabe sammenhæng i borgerens integrationsforløb.

Afhængig af følger virkningerne af traumat kan flygtninge have kontakt med en række kommunale aktører. Organiseringsformerne kan variere meget mellem kommunerne, men typisk vil indsatsen være opdelt i tre søjler:

- De beskæftigelsesfaglige aktører i regi af jobcentrene har ansvar for at kvalificere borgeren til job eller uddannelse. Det vedrører afklaring af traumatiserede flygtnings funktionskompetencer i forhold til beskæftigelse, herunder arbejdsprøvning og indstilling til eventuel pension. Det omfatter desuden sygemeldte borgere, der modtager sygedagpenge¹⁷.
- De socialfaglige aktører kan have mange forskellige opgaver i relation til voksne flygtninge med traumer. Det omfatter forsørgelse og bevilling af enkeltydelser¹⁸, botilbud og støtte-/kontaktordninger samt bostøtte, hjemmehjælp m.m. Derudover kan det omfatte handicapkompenserende

¹⁷ Beskæftigelsesfaglige tilbud som opkvalificering og vejledning, virksomhedstilbud, arbejdsprøvning (lov om aktiv beskæftigelsespolitik eller sygedagpengeloven).

¹⁸ F.eks. bevilling af enkeltydelser over lov om aktiv socialindsats (§§ 81-82) eller støtte til kommunal befording (serviceloven § 117) eller andre særlige merudgifter (serviceloven § 84)

ydelser¹⁹ og beskæftigelsesfaglige tilbud efter serviceloven²⁰. Endelig kan det omfatte tilbud om genoptræning eller behandlingstilbud²¹ og støtte under socialpsykiatrien til flygtninge med traumer.

- De børne-/unge- og familiefaglige aktører varetager opgaver i relation til børn og unge under 18 år. I forhold til børn og unge med (sekundært) traumer vil Pædagogisk, Psykologisk, Rådgivning (PPR) oftest være involveret i forhold til at afdække pædagogiske og psykologiske problemer samt vurdere behov for indsatser. I tilfælde af problemer med trivsel kan sagsbehandlere med ansvar for børnefaglige undersøgelser være involveret, herunder iværksætte forskellige foranstaltninger med fokus på børnenes trivsel²².

Kommunerne har således mange servicetilbud til flygtninge med traumer. Når det handler om tilbud over integrationsloven, lov om aktiv beskæftigelsesindsats, lov om aktiv socialpolitik og serviceloven er det kommunerne, der selv dimensionerer tilbudsviften – enten ved etablering af egne tilbud eller ved at købe tilbud hos eksterne (private) leverandører. Kommunerne kan finansiere udgifter til afdækning af traumer, men når det gælder behandlingsindsatser i det sundhedsfaglige system, tilsiger sundhedsloven, at kommunerne som hovedregel udelukkende kan visitere til behandlingstilbuddene, og ikke selv finansiere deres drift.

Behovet for at skabe koordination mellem de mange aktører er stort. Undersøgelsen viser også, at flere kommuner og behandlingstilbud etablerer funktioner eller tilbud, der skal forbinde ("kitte") de forskellige aktører. Det kan være støtte- og kontaktpersoner bevilliget over serviceloven eller lov om aktiv beskæftigelsesindsats, eller det kan være socialrådgivere ansat på behandlingsstederne. Nye reformer²³ har tydeliggjort og ansvarsfordelt de koordinerende tovholderfunktioner, så det bliver mere klart, hvilke aktører, der har ansvaret for koordinering på tværs af myndighedsgrænser.

Regionernes rolle

Regionerne har ansvaret for at dimensionere og udbyde behandlingstilbud til flygtninge med traumer. Regionerne kan enten etablere behandlingstilbud i eget regi i tilknytning til f.eks. sygehuse og/eller indgå overenskomst med leverandører af behandlingstilbud. I de 5 regioner i Danmark er der 11 behandlingstilbud under sundhedsloven – jf. mere uddybende beskrivelse senere i afsnittet: "Behandlingstilbud i regi af regionerne".

¹⁹ Hjemmehjælp, socialpædagogisk støtte (serviceloven § 85), hjælpemidler, ledsagerordninger og boligændringer

²⁰ Beskyttet værksted eller beskæftigelse (serviceloven § 103) og aktivitets- og samværstilbud (serviceloven § 104)

²¹ Kommunal genoptræning (serviceloven § 86), anden behandling (fysioterapi, psykolog, hjemmevejleder, fitness m.m. over serviceloven § 102)

²² F.eks. støtte-/kontakttilbud, familiebehandling, pædagogisk støtte i hjemmet, anbringelse uden for hjemmet m.m.

²³ Jf. Fleks- og førtidspensionsreform, integrationslov og regeringens udspil til ny kontanthjælpsreform

Det sundhedsfaglige system er specialiseret i en række fagspecialer. En undersøgelse fra Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital (2013) viser imidlertid, at den store specialiseringsgrad, sprog- og kommunikationsvanskeligheder og manglende kulturkendskab i det sundhedsfaglige system giver risiko for, at flygtninge med traumer ikke får den rette opmærksomhed og behandling i det sundhedsfaglige system²⁴. Undersøgelsen dokumenterer, at der mangler grundlæggende viden om og erfaringer med flygtninge/indvandrere i det danske sygehusvæsen i en grad, så det dels går ud over patientsikkerhed samt kvaliteten af undersøgelser og behandling, dels forsinker diagnoser, øger hyppigheden af medicinfejl og medfører sværere bivirkninger og komplikationer. Undersøgelsen viser desuden, at læger og sygeplejersker mangler grundlæggende viden om, hvilke vilkår flygtningepatienter kommer fra, og hvordan livet i eksil udfordrer patienters egenomsorg og evne til at lære nyt.

En central indgang til det sundhedsfaglige system er de privatpraktiserende læger. De praktiserende læger kan visitere de traumatiserede flygtninge videre til mere specialiseret afdækning af traumer og/eller til behandlingstilbud. Kommunale aktører og repræsentanter fra behandlingstilbuddene fremhæver i interview, at de praktiserende læger generelt de senere år har fået mere fokus på eventuelle traumesymptomer hos flygtninge, og ca. halvdelen af alle visitationer til behandlingstilbud i dag sker via de praktiserende læger.

Der findes på nuværende tidspunkt to indvandrermedicinske klinikker i Danmark med specialiseret ekspertise i afdækning af traumer hos flygtninge, ligesom de kan varetage tovholderfunktioner i komplicerede sager. De to klinikker ligger i henholdsvis Odense (Region Syddanmark) og i Hvidovre (Region Hovedstaden) Indvandrermedicinsk klinik i Odense uddanner endvidere andre sundhedsfaglige aktører i metoder til afdækning af traumer hos flygtninge.

Statslige aktører

En række statslige aktører som f.eks. Statsforvaltningerne og retsvæsenet kan ligeledes have kontakt til og samarbejde med flygtninge med traumer. Statsforvaltningerne varetager bl.a. opgaver i forbindelse med tildeling af midlertidig værge til unge uledsagede flygtninge, mens retsvæsenet, Kriminalforsorgen og politiet har kontakt til kriminelle flygtninge med traumer²⁵.

²⁴ "Tak fordi I lavede en bedre version af mig", Indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitetshospital, juni 2013.

²⁵ Unge med flygtningebaggrund er overrepræsenteret i kriminalitetsstatistikkerne. En undersøgelse fra Teori- og Metodecentret fra 2006, fastslår, at syv ud af ti anbragte unge på de sikrede ungdomsinstitutioner i Danmark er indvandrere, og 40 procent af dem er flygtninge. Samtidig er én ud af fire registreret i det psykiatriske behandlingssystem, inden de fylder 23 år. Hver sjette har psykisk syge forældre, og blandt flygtningene mangler "en meget stor del" deres far eller mor, dokumenterer rapporten. "De glemte børn i flygtningefamilier", Teori og Metodecentret, 2006.

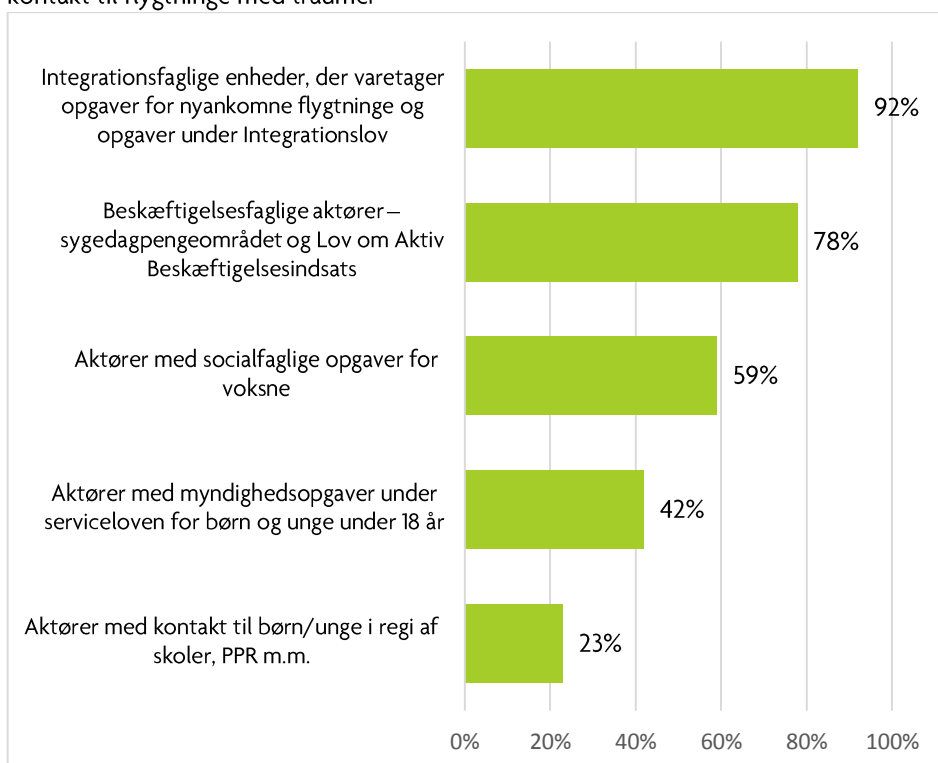
Frivilliges rolle (civilsamfundet)

Frivillige kan også spille en vigtig rolle for traumatiserede flygtninge og/eller som støtte for pårørende til flygtninge med traumer. Frivillige kan varetage typer af opgaver som offentlige myndigheder ikke kan eller skal varetage. Det omfatter besøg, udflugter, venskabsrelationer m.m. De to største organisationer, der organiserer frivillige og bl.a. tilbyder en række aktiviteter for flygtningefamilier, er Dansk Røde Kors og Dansk Flygtningehjælp²⁶.

Kommunale aktører med kontakt til flygtninge med traumer

Et formål med undersøgelsen har været at afdække, hvilke kommunale aktører, der har kontakt til forskellige målgrupper af flygtninge med traumer eller symptomer på traumer. Figur 3 præsenterer resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor forskellige kommunale aktører har svaret, om de i deres afdeling har kontakt til og samarbejde med flygtninge med (symptomer på) traumer.

Figur 3. Har din afdeling kontakt til borgergrupper med flygtningebaggrund, der har traumer eller symptomer på traumer? – Andel af kommunale aktører med kontakt til flygtninge med traumer



Kilde: LG Insight, Spørgeskemaundersøgelse, N=328

²⁶ For et dybere indblik i deres arbejde for og med flygtninge(familier) med traumer i Danmark, besøg hjemmesiderne <http://flygtning.dk/danmark/frivilligt-arbejde/> og <http://www.rodekors.dk/bliv+frivillig>

Figur 3 viser, at det især er de integrations- og beskæftigelsesfaglige aktører som har kontakt til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer (henholdsvis 92 pct. og 78 pct.). Dette ligger i tråd med, at kommunernes opgaver i forbindelse med modtagelse af nyankomne flygtninge typisk er specialiseret i særlige enheder, der enten er forankret i jobcentret eller samarbejder tæt med jobcentret. Samtidig må det forventes, at flere flygtninge med traumer vil være på offentlig forsørgelse og derfor skal samarbejde med jobcentret. Kontaktansvaret er således bestemt af både integrationsloven og lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats (LAB).

Hovedparten (59 pct.) af de kommunale aktører med opgaver indenfor socialområdet for voksne angiver også, at deres afdeling har kontakt til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer. Det fremgår af yderligere analyser af disse respondents svar, at det især er ydelseskontorerne med administration af forsørgelsesydelse og bevilling af enkeltydelser til f.eks. køb af medicin, der har kontakt til flygtninge med traumer, mens færre aktører inden for det socialpsykiatriske område svarer, at deres afdeling har kontakt til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer.

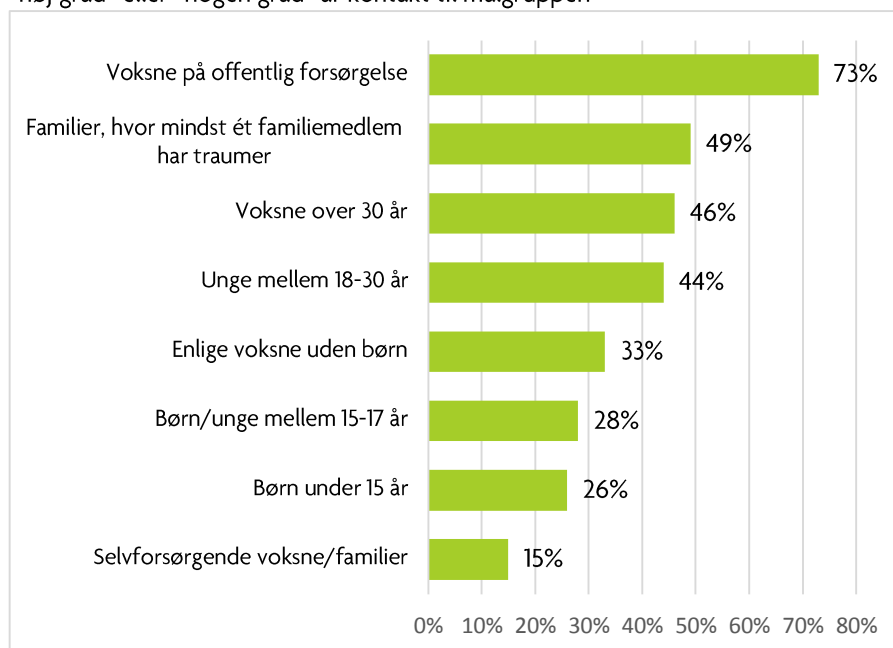
De aktører, der har mindst kontakt til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer, er ifølge spørgeskemaundersøgelsens resultater aktører med kontakt til børn/unge i regi af skoler og PPR. Her angiver 23 pct. at have kontakt med flygtninge med traumer eller symptomer på traumer. En anden gruppe med begrænset kontakt til målgruppen er de aktører, der varetager opgaver under serviceloven for børn og unge under 18 år (såsom børnefaglige undersøgelser, evt. udarbejdelse af handleplan med udgangspunkt i den børnefaglige undersøgelse og iværksættelse af foranstaltninger) – her svarer 42 pct. at de har kontakt til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer. Resultaterne viser ikke, om børne- og familieenhedernes mindre kontakt skyldes et reelt mindre behov for kontakt blandt flygtninge(familier) med traumer eller symptomer på traumer eller om det skyldes et mindre fokus hos disse afdelinger på flygtninge(familier) med traumer eller symptomer på traumer.

De kommunale aktørers kontakter til forskellige målgrupper

De kommunale aktørers opgaveområde angiver i nogen grad, hvilke grupper af flygtninge de har kontakt til. De beskæftigelsesfaglige aktører har primært kontakt til voksne flygtninge med traumer og oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de kun har begrænset kontakt til børn og unge under 18 år.

Det fremgår af figur 4, at de kommunale aktører primært har kontakt med voksne flygtninge på offentlig forsørgelse. Kommunernes kontakt til flygtningefamilier med traumer etableres typisk, når én eller begge af forældrene er på offentlig forsørgelse. Bemærk ligeledes, at kun et begrænset antal kommunale aktører har kontakt til selvforsørgende flygtninge med traumer.

Figur 4. I hvilken grad har din afdeling kontakt til følgende grupper af flygtninge med traumer eller symptomer på traumer? - Andel af kommunale aktører med "høj grad" eller "nogen grad" af kontakt til målgruppen



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, N=151

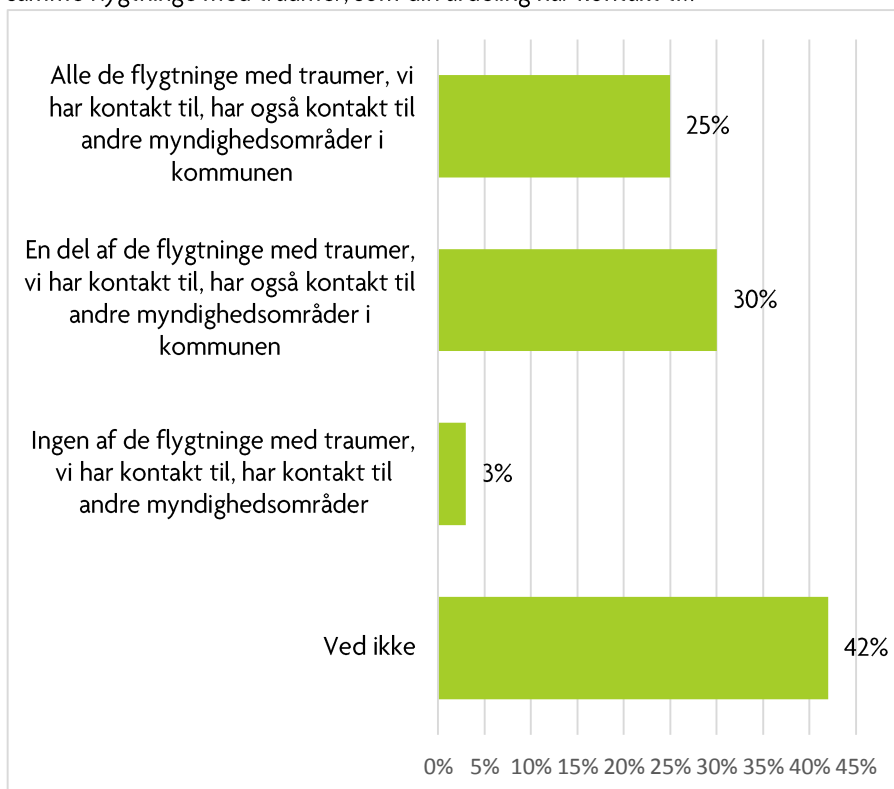
28 pct. af de kommunale aktører oplyser i spørgeskemaundersøgelsen, at de har kontakt til unge i alderen 15-17 år. 26 pct. af de kommunale aktører angiver, at de har kontakt til børn under 15 år med risiko for (sekundært) traumer.

Interview med kommunale aktører viser, at kommunernes kontakt til flygtningefamilier med traumer typisk etableres i forbindelse med, at én eller begge forældre modtager offentlig forsørgelsesydelse – enten ved ankomsten til Danmark, ved sygdom (sygedagpenge) eller ved arbejdsløshed. Hvis flygtningefamilien er selvforsørgende eller på førtidspension, er de kommunale aktørers kontakt til flygtningefamilier med traumer derimod begrænset.

Flere kommunale aktører i spil på samme tid

Én ting er, om de kommunale aktører ved, om de i deres afdeling har kontakt til flygtninge(familier) med traumer eller symptomer på traumer. Noget andet er, om aktørerne også er bekendt med, om andre myndighedsområder i kommunen har kontakt til de samme flygtninge med traumer. Dette er de kommunale aktører også blevet bedt om at svare på i spørgeskemaundersøgelsen. Besvarelserne giver et indblik i, hvor meget koordination og dialog der er på tværs i kommunen om flygtninge(familier) med traumer.

Figur 5. Vurderer du, at andre myndighedsområder i kommunen har kontakt til de samme flygtninge med traumer, som din afdeling har kontakt til?



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, N=151

I alt vurderer 55 pct. af de kommunale aktører, at alle eller en del af de flygtninge med traumer eller symptomer på traumer, de har kontakt til, også har kontakt til andre kommunale aktører. Det fremgår af figur 5.

42 pct. af de kommunale aktører oplyser dog, at de ikke ved, om andre kommunale aktører også har kontakt til de samme flygtninge med traumer. I kapitel 5. præsenteres resultaterne fra undersøgelsen vedrørende samarbejdsgrader mellem de kommunale aktører. Det fremgår her, at de kommunale aktører kun i begrænset omfang og alene i meget komplicerede sager afholder møder i enkeltsager, hvor de bl.a. kan få overblik over involverede aktører i sagerne.

I kapitel 5. ses der nærmere på, hvordan det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde fungerer – både inden for de kommunale forvaltninger og serviceområder og mellem kommunen og regionerne.

Kommunernes former for kontakt til målgruppen

Resultater af spørgeskemaundersøgelsen viser, at hovedparten (61 pct.) af de kommunale aktører ikke gør en særlig indsats for at styrke kontakten til målgrupper af flygtninge med risiko for traumer, og som kommunen ikke i anden sammenhæng allerede har kontakt med – jf. tabel 2.

Blandt de kommunale aktører, der gør en særlig indsats for at styrke kontakten, peger flertallet (henholdsvis 61 pct. og 55 pct.) på, at de foretager opsøgende kontakt til målgruppen, herunder til pårørende, ligesom de udveksler viden med deres samarbejdspartnere om eventuelle traumer hos flygtninge. Et mindretal (henholdsvis 37 pct. og 39 pct.) peger på, at de giver særlig information målrettet flygtninge med traumer, herunder til pårørende, og/eller giver information til deres samarbejdspartnere om deres tilbud til flygtninge med traumer.

Tabel 2. Gøres der i din afdeling en særlig indsats for at styrke kontakten til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer? – Andel blandt kommunale aktører med en særlig opsøgende kontaktindsats

	Pct.
Vi foretager opsøgende kontakt til målgruppen, herunder til pårørende	61 %
Vi giver særlig information målrettet flygtninge med traume, herunder til pårørende	37 %
Vi giver information til vores samarbejdspartnere om vore tilbud til flygtninge med traumer	39 %
Vi udveksler viden med vores samarbejdspartnere om eventuelle traumer hos flygtninge	55 %

Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, N=128

I interview fremhæver nogle kommunale aktører, at de i forsøgsordninger eller i særlige projekter har (haft) opsøgende kontakt til flygtninge med traumer på bl.a. sprogskoler eller i udsatte boligområder. Det er f.eks. tilfældet i Skive Kommune eller i Varde Kommune, hvor der har været afholdt fælles informationsmøde med relevante samarbejdspartnere om traumer hos flygtninge.

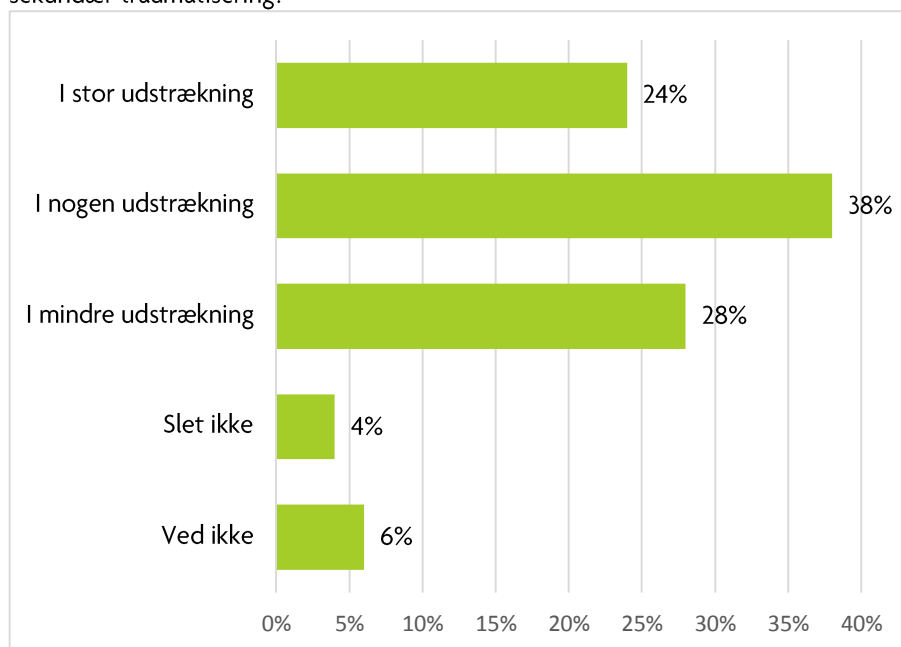
Andre aktører mener ikke, at det er en kommunal opgave at foretage opsøgende kontakt til en målgruppe med det primære formål at visitere dem videre til sundhedsfaglige tilbud. En gruppe aktører peger desuden i interview på, at det kan kræve samtykke fra borgeren at udveksle informationer, og at ikke alle flygtninge med traumer vil give deres samtykke hertil.

Kommunernes opmærksomhed på traumer hos flygtninge

Undersøgelsen har haft til formål at afdække, i hvilket omfang kommunerne er opmærksomme på symptomer på traumer hos flygtningene, og hvilke metoder de kommunale aktører eventuelt anvender ved screeningen.

2 ud af 3 respondenter (62 pct.) angiver i spørgeskemaundersøgelsen, at flygtningene med traumer eller symptomer på traume ”i stor udstrækning” eller ”i nogen udstrækning er lægefagligt afdækket og har fået stillet traumediagnosen eller er under udredning i det sundhedsfaglige system. 32 pct. angiver, at dette ”i mindre udstrækning” eller ”slet ikke” gør sig gældende, mens 6 pct. svarer, at de ikke ved, om flygtninge med traumer eller symptomer på traumer er lægefagligt afdækket eller er under udredning i det sundhedsfaglige system.

Figur 6. I hvilken udstrækning har flygtninge med traumer, som din afdeling har kontakt med, fået stillet en lægefaglig traumediagnose, herunder diagnose for sekundær traumatisering?



LG Insight, spørgeskemaundersøgelse (N=151)

Undersøgelsen afdækker ikke årsagen til, at 32 pct. af de kommunale aktører svarer, at flygtninge med traumer eller symptomer på traumer i mindre udstrækning eller slet ikke er lægefagligt afdækket. I interview siger nogle aktører, at kommunerne har visiteret borgerne videre til det sundhedsfaglige system, men afventer tilbud grundet ventetider i behandlingssystemet.

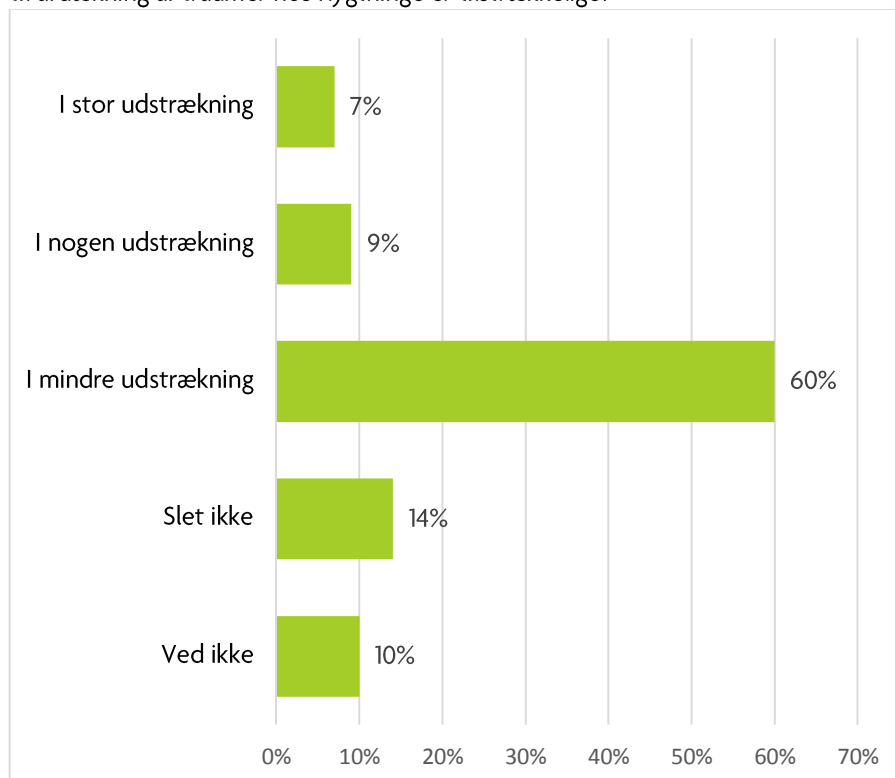
Kommunernes metoder til afdækning af traumesymptomer

I spørgeskemaundersøgelsen er de kommunale aktører blevet bedt om sammenfattende at vurdere, om deres afdækkende indsats af traumer er tilstrækkelig.

Samlet vurderer 74 pct. af de kommunale aktører, at indsatserne kun i mindre udstrækning er tilstrækkelig eller slet ikke er tilstrækkelig. 16 pct. vurderer, at

kommunens indsatser i forhold til afdækning af traumer hos flygtninge i stor eller i nogen udstrækning er tilstrækkelige, mens 10 pct. svarer "ved ikke".

Figur 7. I hvilken udstrækning vurderer du, at kommunens/afdelingens indsatser til afdækning af traumer hos flygtninge er tilstrækkelige?

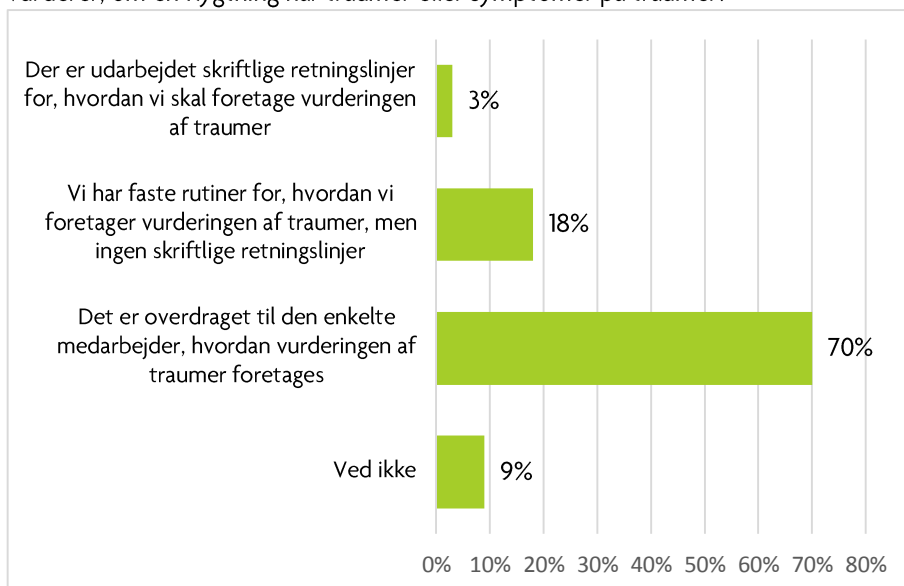


LG Insight, spørgeskemaundersøgelse (N=328)

Forrige afsnit viste, at en overvejende del af de kommunale aktører vurderer, at de flygtninge med traumer eller symptomer på traumer, som de kommer i kontakt med, har fået en lægelig udredning eller er i gang med en udredning i det sundhedsfaglige system. Men i alle andre tilfælde må de kommunale aktører forventeligt skulle støtte sig meget til deres egne eller kollegers afdækning af flygtningenes problemstillinger og traumesymptomer.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 70 pct. af de kommunale aktører vurderer, at det er overladt til den enkelte medarbejder i afdelingen, hvordan vurderingen af traumer foretages. Kun 3 pct. af aktørerne oplyser, at der i afdelingen er skriftlige retningslinjer for, hvordan de skal foretage vurderingen af traumer, mens 18 pct. oplyser, at der er faste rutiner, for hvordan medarbejderne i afdelingen screener for traumesymptomer, men ingen skriftlige retningslinjer.

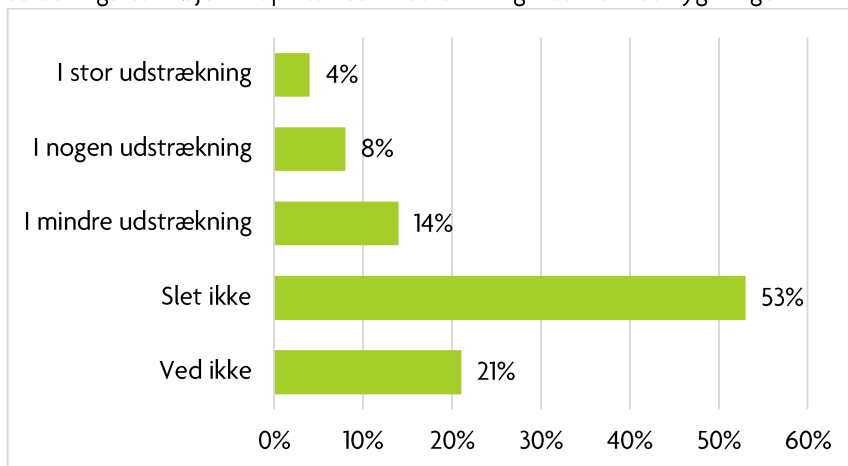
Figur 8. Er der i kommunen eller i din afdeling fælles retningslinjer for, hvordan I vurderer, om en flygtning har traumer eller symptomer på traumer?



Kilde: LG Insight, spørgeskemaundersøgelse, 2013, N=328

Der findes validerede screeningsmetoder, der kan hjælpe med at indikere, om en person har traumer eller ej. Det fremgår ikke af undersøgelsen, om disse anvendes og i givet fald hvilke, men det fremgår, at ca. halvdelen (53 pct.) af aktørerne "slet ikke" anvender særlige screeningsværktøjer (f.eks. opmærksomhedspunkter på traumesymptomer ell.ign.) i forbindelse med afdækning af eventuelle traumer hos flygtninge. Herudover svarer hver femte (20 pct.), at de ikke ved, om de gør det. Resultatet fremgår af figur 9 (jf. nedenfor).

Figur 9. I hvilken udstrækning anvender medarbejderne i afdelingen udviklede screeningsværktøjer til opmærksomhed omkring traumer hos flygtninge?

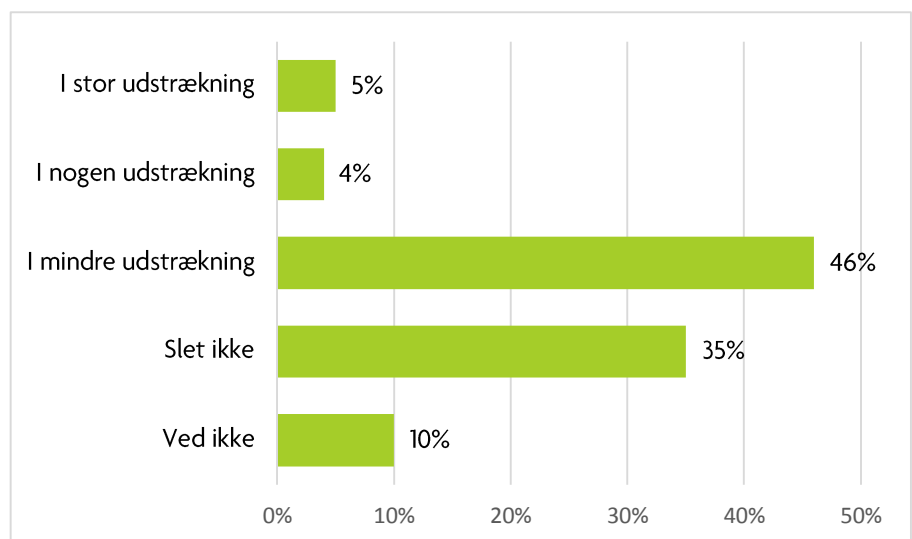


LG Insight, spørgeskemaundersøgelse (N=328)

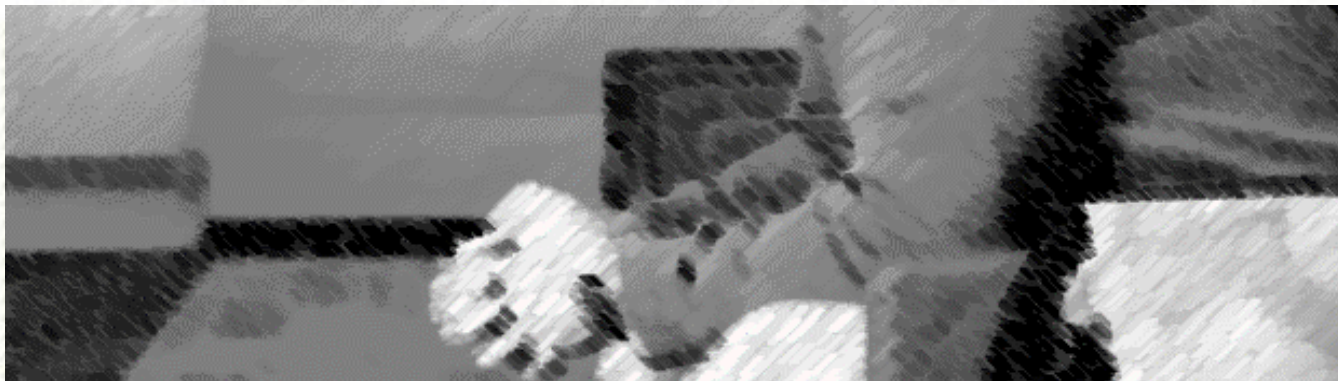
Undersøgelsen viser altså, at det i alt (kun) er omkring hver fjerde (26 pct.), der i en eller anden udstrækning anvender særlige screeningsværktøjer i forbindelse med afdækning af traumer hos flygtninge. LG Insight har indsamlet eksempler fra kommunerne på screeningsværktøjer. I f.eks. Jammerbugt Kommune er en række symptomer på traumer fra portalen traume.dk nedskrevet, så sagsbehandlerne kan bruge opmærksomhedsmarkørerne i deres screening.

Hvis der hverken er lægefaglige udredninger eller konkrete screeningsværktøjer at støtte sig til, må de kommunale aktører basere deres vurderinger på egne kompetencer. Her viser resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen dog, at det kun er 9 pct. af de kommunale aktører, der vurderer, at medarbejderne i deres afdeling "i stor udstrækning" eller "i nogen udstrækning" har opnået særlige kompetencer i forhold til opmærksomhed på traumer hos flygtninge gennem kurser eller lignende, jf. figur 10 nedenfor.

Figur 10. Hvad lægger kommunen til grund for vurderingen af, om en flygtning har traumer eller symptomer på traumer: Medarbejderkompetencer opnået gennem kurser el.lign. om traumesymptomer hos flygtninge?



LG Insight, spørgeskemaundersøgelse (N=328)



Del 4. Tilbud til traumatiserede flygtninge

Fokus på tilbud til flygtninge med traumer i kommuner og i det sundhedsfaglige system

I dette kapitel gives et overblik over, hvilke kommunale indsatser og regionale sundhedsfaglige indsatser, der findes til traumatiserede flygtningefamilier, herunder hvor udbredte indsatserne er. Afdækningen af indsatserne er primært foretaget på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen, men suppleret med konkrete eksempler fra de kvalitative interview.

Tilbud til traumatiserede flygtninge

Kommunale tilbud til børn og unge med (sekundært) traumer

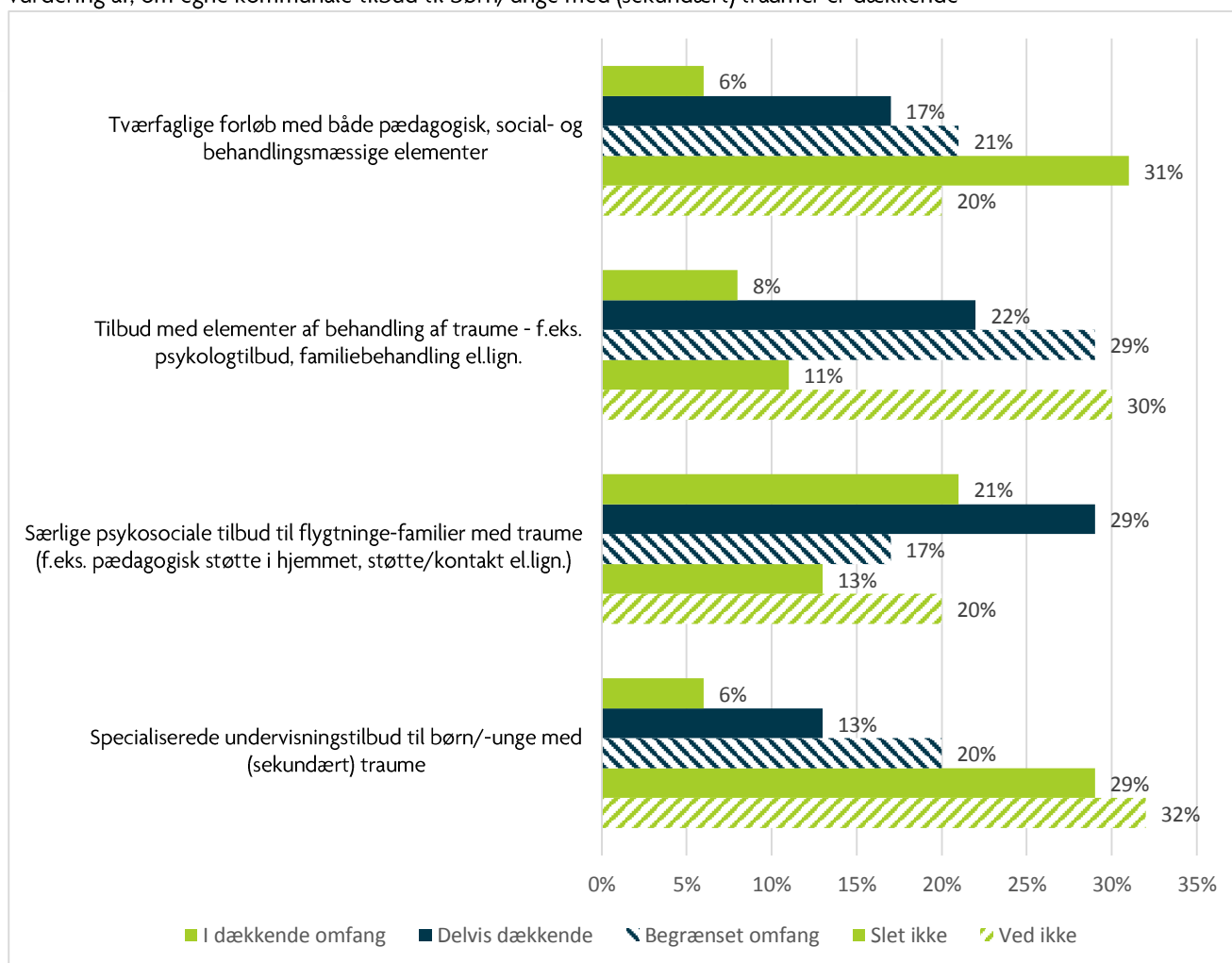
De kommunale aktører inden for børne- og ungeområdet er i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt om at forholde sig til, hvor dækkende kommunens tilbud til børn/unge med traumer er, når det gælder forskellige tilbudstyper. Deres svar fremgår af figur 11.

Resultatet viser, at 50 pct. af de kommunale aktører indenfor børne- og ungeområdet med kontakt til børn og unge med (symptomer på) traumer mener, at kommunens tilbud til børn/unge med traumer er dækkende/delvist dækkende for så vidt angår særlige psykosociale tilbud til flygtningefamilier med traumer. Indenfor de øvrige tre tilbudsformer (tværfaglige pædagogiske og socialfaglige forløb, tilbud med elementer af behandling og specialiserede undervisningstilbud, som undersøgelsen spørger ind til, vurderer et flertal til gengæld (41 pct. til 61 pct.), at kommunens tilbud enten er dækkende i begrænset omfang eller slet ikke er dækkende. Resten (20-32 pct.) svarer "ved ikke".

Børne-/ungeaktører pegede i interview på behov for tilbud, der kan "normalisere" hverdagen for børn og unge i familier med traumer. Børnenes/de unges trivsel påvirkes nemlig af forældrenes psykiske tilstand og forældrenes ringe muligheder for at give dem et "normalt" liv i Danmark (dels på grund af helbred og dels på

grund af fattigdom). Sådanne tilbud kunne være pædagogisk støtte i hjemmet, støtte- og kontaktpersoner, aflastningstilbud som f.eks. børnehuset Buen i Hillerød, fritidstilbud og udflugter i sommerferien m.m.

Figur 11. I hvilket omfang har din afdeling følgende tilbud til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer? – vurdering af, om egne kommunale tilbud til børn/unge med (sekundært) traumer er dækkende



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=130. Omfatter kommunale aktører inden for børne-/ungeområdet med kontakt til børn/unge med (sekundært) traumer

Nedenfor gives enkelte eksempler på særlige tilbud inden for børne- og ungeområdet, som undersøgelsen har afdækket i kommunerne:

- Gribskov har en psykolog med speciale i traumer ansat i børne- og familieafdelingen. Psykologen arbejder med flygtningefamilier med traumer. I Gribskov Kommune har de samtidig formaliserede tværfaglige samarbejdsformer omkring indsatser for børn og unge med traumer.

-
- Rudersdal Kommune har ansat en psykolog til at varetage opgaverne med integration af uledsagede flygtningebørn. Psykologen bruger test til at screene eventuelle traumer hos børn og unge.
 - Hillerød Kommune, Familie og Sundhed, bruger processuelle netværk til koordinering og samarbejde mellem aktører i sager med traumatiserede familier. Hillerød Kommune har ligeledes et børnehus, hvor børn i udsatte familier kan komme i hverdagen og få den støtte og de aktiviteter, som forældre med færre forældreressourcer ikke kan give dem. Børnehuset Buen er ikke behandling eller terapi – det skal give børnene ”normale” oplevelser, f.eks. udflugter eller børnefødselsdage, hvor forældrene er værter, men hvor det holdes på stedet.
 - Skive Kommune afholder et processuelt netværksmøde for alle nyankomne familier efter 3 mdr., hvor alle relevante aktører deltager og med deltagelse af familiemedlemmer. Møderne er meget ressourcekrævende, fordi de ca. tager 3 timer. Til gengæld vurderes udbyttet stort, fordi alle aktører fra start får samme viden om familierne.
 - Roskilde Kommune har styrket indsatsen over for flygtningebørn, bl.a. gennem kompetenceudvikling af lærerne, supervision af PPR og psykolog tilknyttet modtagerklasserne.

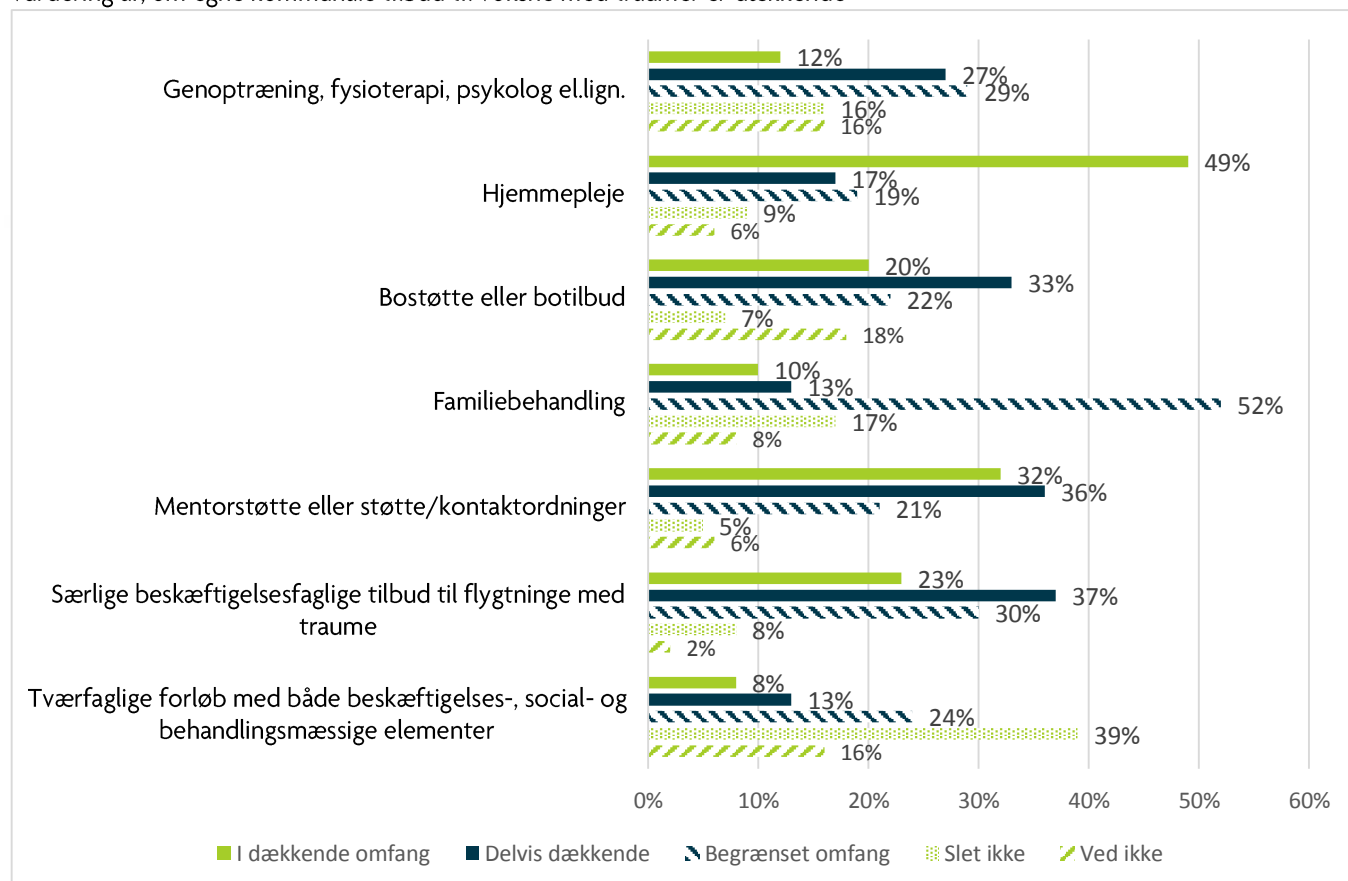
Kommunale tilbud til voksne med traumer

I modsætning til de kommunale aktører inden for børne-/ungeområdet er de kommunale aktører med kontakt til voksne flygtninge med traumer blevet bedt om at forholde sig til, hvor dækkende forskellige kommunale tilbud til voksne flygtninge med traumer er, når det gælder:

- a. Genoptræning, fysioterapi, psykolog eller lignende
- b. Hjemmepleje,
- c. Bostøtte eller botilbud
- d. Familiebehandling
- e. Mentorstøtte eller støtte-/kontaktordninger
- f. Særlige beskæftigelsesfaglige tilbud til flygtninge med traumer
- g. Tværfaglige forløb med både beskæftigelses-, social- og sundhedsfaglige elementer.

Deres svar fremgår af figur 12.

Figur 12. I hvilket omfang har din afdeling følgende tilbud til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer? – vurdering af, om egne kommunale tilbud til voksne med traumer er dækkende



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=198. Omfatter kommunale aktører inden for beskæftigelsesområdet, integration af nyankomne flygtninge og det socialfaglige område med kontakt til flygtninge med (sekundært) traumer

Flertallet af de kommunale aktører inden for det beskæftigelses- og socialfaglige område vurderer, at kommunens tilbud er dækkende eller delvist dækkende, når det gælder støtte-/kontaktordninger (68 pct.), hjemmepleje (66 pct.), beskæftigelsesfaglige tilbud (60 pct.) samt botilbud eller bostøtte (53 pct.).

Til gengæld vurderer et flertal af de beskæftigelses- og socialfaglige aktører, at kommunens tilbud kun i begrænset omfang er dækkende eller slet ikke er dækkende, når det gælder familiebehandling og tværfaglige forløb med både social-, beskæftigelses- og sundhedsfaglige elementer (63 pct.). Endelig er vurderingen mere tvetydig i forhold til dækningen af tilbud inden for genoptræning, fysioterapi, psykolog el.lign. Her vurderer 39 pct. af de beskæftigelses- og socialfaglige aktører, at kommunens tilbud enten er dækkende eller delvist dækkende, mens 45 pct. vurderer, at de kun i begrænset omfang er dækkende eller slet ikke er dækkende i forhold til flygtninge med traumer.

I interview giver beskæftigelses- og socialfaglige aktører i kommunerne overordnet en forklaring på, hvorfor de oplever nogle typer af tilbud som mere dækkende end andre. Forklaringen er, at nogle tilbud forudsætter et særligt kendskab til flygtninge med traumer (f.eks. kendskab til symptomer på traumer), mens andre ikke gør det.

Det er lettest at håndtere tilbud, der i mindre grad forudsætter et særligt kendskab til flygtninge med traumer, er f.eks. hjemmehjælp og bostøtte. I interview peger aktørerne særligt på familiebehandling som en tilbudstype, hvor der mangler specialiserede tilbud. I kommunernes familiebehandlingstilbud er der kun begrænset viden om etniske minoriteter generelt, herunder også eksilproblematikker og f.eks. kulturelle strategier i forhold til håndtering af traumer, men også behandlingsmetoder med fokus på hele familien.

Hvor dækkende de specialiserede kommunale tilbud til flygtninge med traumer er, vil afhænge af en kommunalpolitisk prioritering af de økonomiske midler. De kommuner, der har disse tilbud, har opbygget specialiserede tilbud til borgere med psykiske lidelser generelt, herunder flygtninge med traumer.²⁷

Neden for gives enkelte eksempler på særlige tilbud inden for beskæftigelses- og socialområdet, som undersøgelsen har afdækket i kommunerne:

- Kolding Kommune har én udgående støtte-/kontaktperson, som har viden om borgere med PTSD – den udgående person fungerer ofte som tovholder i komplicerede forløb med mange aktører involveret.
- Københavns Kommune har en helbredsafklarende enhed (HelbredsAfklarende Team). Hertil kan sagsbehandlere fra kommunen henvise ikke-etnisk danske borgere, der har brug for en særlig afklaring og en pædagogisk indsats for at komme videre. Oftest henvises kvinder, der kommer fra krigsområder og har været udsat for traumer og tortur.
- Haderslev Kommune har et socialt værested for traumatiserede flygtninge i tilknytning til Verdande, som er et kommunalt sprogtilbud og rehabiliterende tilbud til flygtninge med traumer.
- Biffen ("mini-Biffen") i Aarhus Kommune er et socialt værested i Aarhus Vest for 25-30 mænd med traumer. Biffen tilbyder socialt samvær og delvis sociale samtaler.
- Muhabet er et værested for flygtninge med psykiske lidelser og traumer med enheder i Frederiksberg og i Aarhus Kommune.

²⁷ F.eks. de kommunale rehabiliteringsteams og rehabiliteringsindsatser i forbindelse med "Brug for alle"-initiativet for kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3, Arbejdsmarkedsstyrelsen, august 2012-2013

- Projekt Højvang i Silkeborg Kommune, et socialboligprojekt, der tilbyder sociale aktiviteter for bl.a. traumatiserede flygtninge
- Vordingborg Kommune, hvor en praktiserende læge screener alle nyankomne flygtninge for eventuelle traumer
- Indvandrermedicinsk Klinik i Odense (OUH) afholder kurser for praktiserende læger i Varde Kommune.

Derudover er der i enkelte kommuner særlige kommunale rehabiliterende tilbud til flygtninge med traumer. Det er f.eks. Verdande i Haderslev Kommune, der er et kommunalt tilbud om pædagogisk rehabilitering til traumatiserede flygtninge. Tilbuddet består af danskundervisning kombineret med pædagogik. Verdande består af en leder af centret og to medarbejdere, der begge er dansklærere med mange års erfaring i at undervise traumatiserede flygtninge.

Et andet kommunalt tilbud er Etnisk Rådgivningscenter Noor under Københavns Kommune. I CBSI – NOOR tilbydes borgeren et individuelt og tværfagligt rehabiliteringsforløb, som typisk indbefatter kontakt med psykologer, socialrådgivere, psykomotoriske terapeuter, socialpædagoger, dansklærere og jobkonsulent. Størstedelen af målgruppen deltager ligeledes i individuelt tilrettelagt danskundervisning i mindre grupper, hvor der tages hensyn til målgruppens mange traumerelaterede problemstillinger.

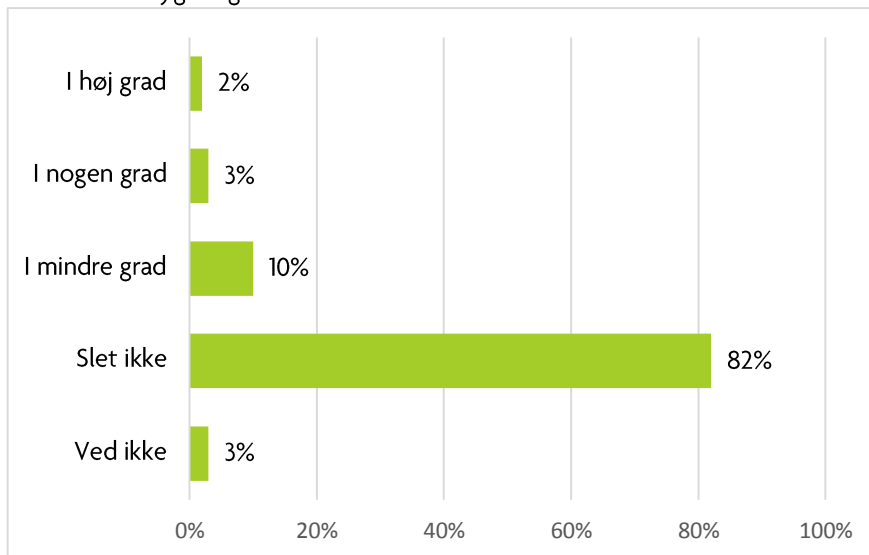
Tværkommunale tilbud

Kommunerne har svært ved at udvikle og finansiere driften af specialiserede tilbud til en forholdsvis lille målgruppe som de traumatiserede flygtninge. Det påpeger de selv i interview. Set i lyset heraf kunne tværkommunale samarbejdsformer være relevante, men spørgeskemaundersøgelsen viser, at kun få kommuner samarbejder om traumetilbud, jf. figur 13.

82 pct. af de kommunale aktører angiver, at de slet ikke har et tværkommunalt samarbejde om tilbud til traumatiserede flygtninge. Yderligere 10 pct. svarer, at de "i mindre grad" samarbejder med andre kommuner om tilbud til traumatiserede flygtninge(familier).

I de personlige interview med kommunerne fremkommer tre typer af forklaringer på, hvorfor kommunerne ikke samarbejder mere tværkommunalt. Det forklares dels med, at der kun er begrænset tradition for tværkommunale samarbejder omkring udvikling af integrationsfaglige tilbud, og dels med at der er en lokal frygt for, at fleksibiliteten i tilbudsviften forsvinder med tværkommunale aftaler, der kan begrænse lokale handlemuligheder. Endelig køber nogle kommuner eksterne private leverandører til at varetage hele indsatsen for flygtninge med traumer.

Figur 13. Det tværkommunale samarbejde: Vi samarbejder med andre kommuner om tilbud til flygtninge med traumer



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=96

Andre kommunalt finansierede tilbud

Enkelte private leverandører udbyder også rehabiliterende forløb for flygtninge med traumer. Det er tilbud, som kommunerne finansierer selv, da leverandørerne ikke har overenskomst med regionerne.

Det drejer sig om følgende leverandører:

- Integrationsnet under Dansk Flygtningehjælp udbyder tilbud til udsatte familier og traumatiserede flygtninge til kommuner over hele landet. I tilbudsviften har Integrationsnet både beskæftigelsesfaglige tilbud, hele og tværfaglige integrationsforløb for nyankomne flygtninge, psykosociale tilbud til flygtninge med traumer og bosteder til unge uledsagede flygtninge. I Integrationsnet er ansat psykologer, familiebehandlere, pædagoger, socialrådgivere og jobkonsulenter.
- SYNerGIA Rehabilitering henvender sig til flygtninge og indvandrere over 22 år, som har vanskeligheder, der kan henføres til traumer, problemer med kulturskiftet, eksiltilværelsen og almene problemer. SYNerGIA har enheder i Aarhus, Herning og Holstebro. Tilbuddet omfatter både psy-kologiske og socialfaglige tilbud og danskundervisning.
- Transkulturelt Terapeutisk Team i København: En gruppe psykologer, der udbyder specialiserede afdæknings- og behandlingstilbud til primært unge med flygtninge- og indvandrerbaggrund.

- Tværkulturel Psykologisk Rådgivning er et behandlingstilbud målrettet behandling for flygtninge og indvandrere. Tværkulturel Psykologisk Rådgivnings arbejdsområde er blandt andet psykologisk hjælp for borgere i krise, traumatiserede flygtningefamilier, borgere ramt af kultursammenstød, identitetsproblemer eller med familiemæssige konflikter m.m. Tværkulturel Psykologisk Rådgivning har kontor i København, men tilbyder ydelser til bl.a. kommuner over hele landet.

Sundhedsfaglige tilbud i regi af regionerne

Kommunerne har, som beskrevet tidligere, som hovedregel ikke hjemmel til at finansiere driften af egentlige sundhedsfaglige behandlingstilbud. Der er i regi af regionerne og private leverandører af behandlingstilbud med driftsoverenskomst med regioner i alt 11 specialiserede afdæknings- og behandlingstilbud til flygtninge med traumer. De følgende afsnit beskriver kort leverandører af specialiserede behandlingstilbud til flygtninge med traumer – både tilbud omfattet af sundhedsloven og eksempler på private leverandører af tilbud uden driftsoverenskomst med regionerne. Derefter følger resultater fra undersøgelsen, der belyser kommunernes brug og vurdering af disse tilbud.

Region Hovedstaden

Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri, Region Hovedstaden:

Startet den 1. januar 2013 og er dannet ved en sammenlægning af Videnscenter for Transkulturel Psykiatri og Psykiatrisk Traumeklinik for Flygtninge. Patienterne har 1-2 visiterende samtaler med læge. Ca. 80 pct. starter derefter et behandlingsforløb, som normalt strækker sig over 6 måneder. Patienterne tilbydes samtale med socialrådgiver med henblik på at kortlægge psykosociale problem- og ressourceområder. Behandlingen består af lægesamtaler med struktureret psyko-udvikling og anti-depressiv medicin samt psykologsamtaler med kognitiv adfærdsterapi. Somatisk behandling varetages uændret af egen læge. Der er kun tale om individuelle behandlingsforløb, men pårørende kan efter ønske og behov deltage i samtaler fortrinsvist hos læge og socialrådgiver. 195 patienter afsluttede behandling i 2012 med en gennemsnitlig varighed af forløb på ca. 7 mdr.

Dansk Institut Mod Tortur (DIGNITY) – tidligere RCT:

Driftsoverenskomst med Region Hovedstaden. DIGNITY er specialiseret i rehabilitering af traumatiserede personer, herunder traumatiserede flygtninge. DIGNITY er anerkendt af Sundhedsstyrelsen som et nationalt center med speciale i behandling af stærkt traumatiserede flygtninge. DIGNITY tilbyder rehabilitering af traumatiserede flygtninge, som har brug for tværfaglig, sundhedsfaglig, psykologisk og social rehabilitering. DIGNITY tilbyder individuelle behandlingsforløb, familierterapi, gruppepsykoterapi samt psyko-udvikling. 98

patienter afsluttede behandling hos DIGNITY i 2012 med en gennemsnitlig varighed på ca. 11 mdr.

Oasis:

Driftsoverenskomst med Region Hovedstaden. Alle patienter bliver tilbudt ambulant tværfaglig behandling i form af psykoterapeutisk, fysioterapeutisk, social og evt. lægelig behandling. Oasis bruger flere forskellige behandlingsmetoder tilpasset den enkelte klient og udarbejder en rehabiliteringsplan med mål for behandlingen. Patienten møder 1-3 gange om ugen hos psykolog, fysio-/psyko-motorisk terapeut og socialrådgiver. Konsultation hos speciallæge i psykiatri eller somatisk læge efter behov, ligesom der afholdes møder med patient og samarbejdspartnere i kommunerne undervejs og ved afslutning af behandlingen. I 2012 afsluttede 140 patienter forløb hos Oasis, der bestod af ca. 50 sessioner (1 time per session) over ca. 1,5 år i gennemsnit.

Indvandrermedicinsk Klinik på Hvidovre Hospital, Region Hovedstaden: Klinikken startede 10. april 2013. Klinikken tilbyder udredning af flygtninge med traumer samt koordinering af behandlingstilbud i sundhedssystemet.

Region Sjælland

Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Region Sjælland:

Klinikken er placeret på tre geografiske enheder: Korsør, Roskilde og Vordingborg og med central visitation i Dianalund. Efter en individuel vurdering tilpasses behandlingen den enkelte patients særlige problemstillinger. Der udarbejdes en behandlingsplan, der tilsigter en bedring af patientens psykiske, fysiske og sociale funktioner. Behandlingen består af psykoekation, herunder eventuel individuel psykoterapi, musikterapi, akupunktur, psykosociale samtaler, kropsbehandling og/eller medicinsk behandling. I forbindelse med indlæggelse og/eller ambulante besøg tilknyttes én eller flere sundhedsfaglige kontaktpersoner. Kontaktpersonen skal hjælpe patienten under forløbet og besvare spørgsmål, så patienten oplever kontinuitet, sammenhæng og trykthed i forløbet. I 2012 afsluttede 110 patienter forløb, der i gennemsnit havde en varighed på ca. 6 måneder.

Region Syddanmark

Afdeling for Traume- og Torturoverlevende (fusion mellem RCT Fyn og CETT),

ATT har enheder i Odense og i Vejle. Behandlingen på ATT er ambulant og varetages af psykologer, socialrådgivere og fysioterapeuter. ATT tilbyder tre forskellige behandlingsforløb: A) Individuel behandling ved socialrådgiver, psykolog og fysioterapeut, B) Gruppebehandling ved socialrådgiver, psykolog og fysioterapeut, C) Behandling i eget hjem ved socialrådgiver, fysioterapeut og eventuelt en familierapeut. ATT tilbyder desuden familiebehandling. I nogle tilfælde

kombineres behandlingsformerne A-C og suppleres evt. med familie-behandling. I 2012 afsluttedes i alt 240 patientforløb i Odense og 194 forløb i Vejle med en gennemsnitlig varighed på 5-6 måneder.

Rehabiliteringscenter for Torturofre (RCT Jylland):

Selvejende institution med driftsoverenskomst med Region Syddanmark. Behandlerne er psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere. Centret gør brug af lægekonsulenter både på det psykiske og på det fysiske område. Behandlingen foregår i Haderslev og Hviding og varetages af flere faggrupper. Behandlingen er tværfaglig og centret arbejder ud fra en helhedsforståelse af patienternes liv: Det psykiske, det fysiske og det sociale. Behandlingen er en kombinationsbehandling, der tager udgangspunkt i, hvad traumatet betyder for patientens hele livssituation. Der gives behandling individuelt og i gruppe. De svageste patienter tilbydes kortvarig behandling i eget hjem. I 2012 afsluttede 151 patienter forløb hos RCT Jylland og forløbene havde en gennemsnitlig varighed på ca. 6 måneder.

Indvandrermedicinsk Klinik på OUH, Odense:

Indvandrermedicinsk Klinik varetager udredning af flygtninge med traumer, som følges af klinikken, hvis der er behov for tværfaglig vurdering på tværs af specialer i hospitalsregi. Indvandrermedicinsk Klinik varetager både den koordinerende udredning og løser koordinerende opgaver i længerevarende udredningsforløb involverende flere sygehusafdelinger, herunder varetagelse af koordinerende indsats mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Region Midtjylland

Klinik for PTSD og Transkulturel Psykiatri (KFTF), Århus - Århus Universitetshospital Risskov og Horsens Sygehus: KFTF havde én afdeling med kontaktsteder i Randers og Horsens. De to kontaktsteder blev nedlagt juli 2013. KFTF yder en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, hvor et team af psykolog, fysioterapeut og socialrådgiver afklarer og behandler klienten. Typisk vil behandlingen også inkludere værkstedsaktiviteter og andre sociale aktiviteter. Indholdet af det tværfaglige behandlingstilbud justeres løbende i samråd med klienten. Klinikken inviterer under forløbet til samarbejds møder med de relevante samarbejdspartnere - oftest egen læge og kommunal sagsbehandler. I 2012 afsluttedes 600 forløb hos KFTF med en gennemsnitlig varighed på 5-6 måneder.

Klinik for traumatiserede flygtninge - Regionspsykiatrien Vest:

Undersøgelse og behandling foregår ambulant i Holstebro, Viborg, Skive eller Herning. Klinik for traumatiserede flygtninge er eneste behandlingstilbud i regi af regionerne, der er forankret i psykiatrien. Klinikken opgaver omfatter psykologisk behandling, fysioterapeutisk behandling og medicinsk behandling i tæt samarbejde med patientens egen læge og kommunale samarbejdspartnere (efter "shared care"-

metoden). I 2012 havde Klinik for traumatiserede flygtninge i alt 132 afsluttede patientforløb med en gennemsnitlig varighed af forløb på 4 måneder.

Region Nordjylland

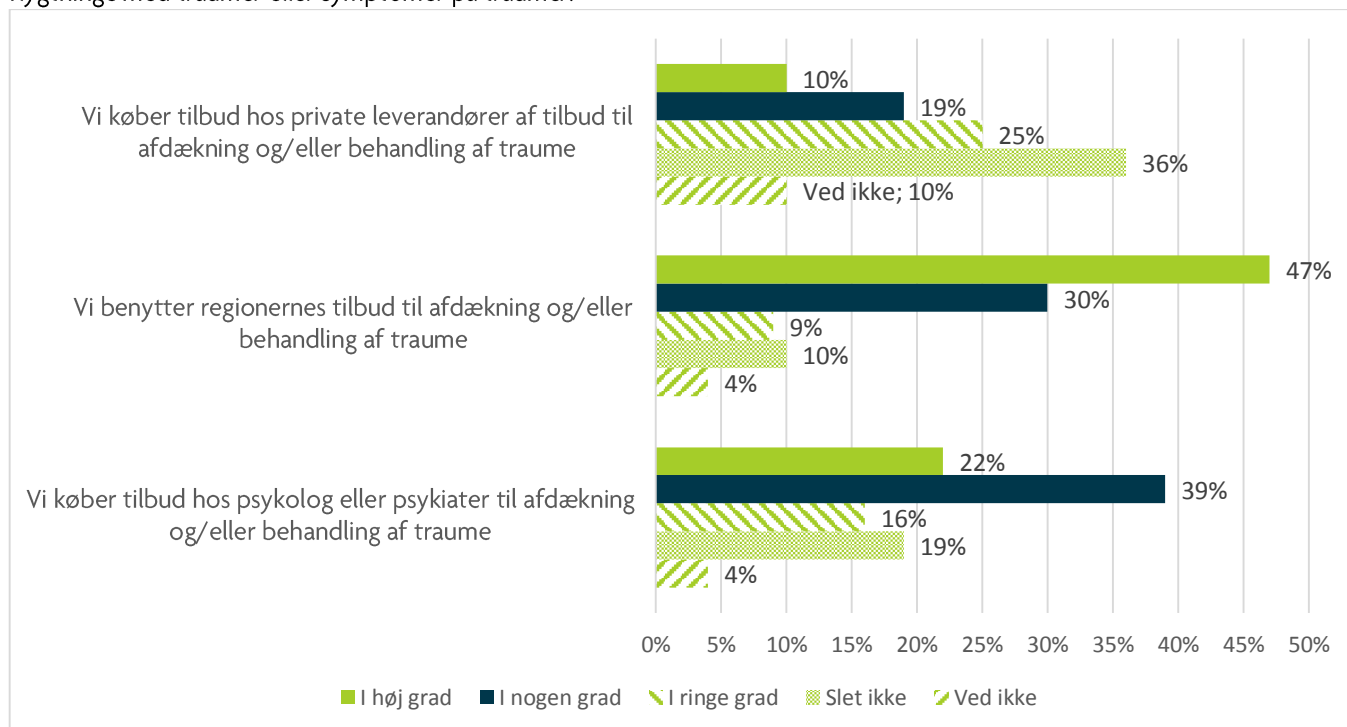
Rehabiliteringscenter for Flygtninge, Region Nordjylland:

RCF er et tværfagligt behandlingscenter med psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere og værksteder. Hos RCF kan patienten få samtalerterapi med psykolog, træning og afspænding hos fysioterapeut, rådgivning og støtte hos socialrådgiver og socialt samvær på væresteder. Rehabiliteringscenter for Flygtninge tilbyder desuden kommunerne tilkøb af beskæftigelsesrettede forløb for flygtninge med traumer. I 2012 havde Rehabiliteringscenter for Flygtninge i alt 105 patienter med traumer med en gennemsnitlig forløbsvarighed på 9 måneder

Kommunernes brug af sundhedsfaglige tilbud

De kommunale aktører er i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt om at svare på, i hvilken grad de køber sundhedsfaglige tilbud til afdækning og/eller behandling af traumer hos private leverandører, regionerne eller psykolog eller psykiater. Svarene fremgår af figur 14 nedenfor.

Figur 14. I hvilken grad benytter din afdeling sig af regionale eller private afdæknings- og/eller behandlingstilbud til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer.



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=96 kommuner.

Svarene viser, at kommunerne i høj grad eller i nogen grad benytter regionernes tilbud til afdækning og/eller behandling af traumer (77 pct.), herefter følger tilkøb af psykolog eller psykiater til afdækning og/eller behandling af traumer (61 pct.), mens alene 29 pct. af kommunerne i høj grad eller i nogen grad køber disse tilbud hos private leverandører.

Interviewene med kommunerne viser, at private leverandører af tilbud f. eks. er blevet brugt, når kvaliteten har været bedre end behandlingstilbud i regi af regionerne. Det vedrører særlige rehabiliterende forløb, hvor kommunerne f.eks. har købt en samlet indsats hos én leverandør af såvel integration-, beskæftigelses-, social- og sundhedsfaglig indsats. I interview vægter kommunale aktører, at de køber tilbud hos private leverandører, der har kunnet udbyde tilbuddene lokalt i kommunen af hensyn til grupper af traumatiserede flygtninge, hvor lang transport kan være en barriere for behandling.

Kommunernes vurdering af de sundhedsfaglige tilbud

43 pct. af de kommunale aktører er enten helt enige eller overvejende enige i, at de tilgængelige typer af sundhedsfaglige tilbud (fx afdækningstilbud, behandlingstilbud, rehabiliterende tilbud) til traumatiserede flygtninge er dækkende. I alt 47 pct. er derimod enten overvejende uenige eller helt uenige i dette udsagn. Herudover er der 20 pct., som svarer "ved ikke" (jf. tabel 3).

Tabel 3. Hvor enig eller uenig er du i nedenstående udsagn om behandlingstilbud til flygtninge med traumer – f.eks. i regi af sygehuse, private behandlingstilbud, tværfaglige kommunale tilbud el.lign.?

	Typer af tilbud er dækkende (f.eks. afdækningstilbud, behandlingstilbud, rehabiliterende tilbud)	Kvaliteten af tilbud er dækkende	Ventetid på tilbud er passende
Helt enig	6 %	5 %	4 %
Overvejende enig	37 %	39 %	21 %
Overvejende uenig	24 %	32 %	36 %
Helt uenig	13 %	10 %	30 %
Ved ikke	20 %	14 %	9 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=246 kommunale aktører

Under halvdelen af de kommunale aktører er altså ifølge spørgeskemaundersøgelsen overvejende uenige eller uenige i, at de tilgængelige typer af sundhedsfaglige tilbud er dækkende. Herudover er under halvdelen (42 pct.) af de kommunale aktører overvejende uenige eller helt uenige i, at kvaliteten af disse sundhedsfaglige tilbud er dækkende. Et flertal på 66 pct. af de kommunale

aktører angiver samtidig, at de enten er overvejende uenige eller helt uenige i, at der er passende ventetid på behandlingstilbuddene.

De kommunale aktører fortæller i interview, at de oplever, at der kan være ventetider inden visitation til behandling og/eller ventetider mellem visitationssamtale og selve behandlingsforløbet. De oplever altså, at der kan gå lang tid fra henvisningstidspunktet til egentlig behandling påbegyndes. Et eksempel herpå er, når et forløb påbegyndes med visitationssamtale og kollektive tilbud som f.eks. psykoedukation, men at det egentlige individuelle behandlingsforløb til flygtningen med traumer først starter (langt) senere.

Ifølge hovedparten af de kommunale aktører er der altså et forbedringspotentiale for de sundhedsfaglige tilbud – både ift. type, kvalitet og ventetid. Af interviewene med de kommunale aktører fremgår det, at det ikke så meget er de specialiserede sundhedsfaglige behandlingstilbud, de ser forbedringspotentialer i. Kritikerne retter mere deres blik mod behandlingsstedernes manglende rehabiliterende tilgang, herunder især, at behandlingstilbuddene i for ringe grad ser fordele ved rehabiliterende forløb med beskæftigelsesfaglige elementer (jf. mere uddybende beskrivelse af det tværfaglige samarbejde i kapitel 5).

I de personlige interview efterspørger kommunale aktører følgende tre typer af tilbud, hvor de kvalitetsmæssige og tidsmæssige aspekter kan forbedres:

1. Sundhedsfaglige tilbud med rehabiliterende indhold
2. Sundhedsfaglige afdækningsforløb
3. Behandlingstilbud til børn og unge med (sekundært) traumer

Ad 1) Dette ønske italesættes alene af de beskæftigelses- og integrationsfaglige kommunale aktører. De peger på behovet for et tættere samarbejde mellem dem selv og de sundhedsfaglige aktører. De fremhæver i interview, at de sundhedsfaglige aktører for isoleret betragter flygtningenes helbredsmæssige forhold. De mener, at de sundhedsfaglige tilbud i højere grad burde anerkende værdien af brede rehabiliterende tiltag, der inkluderer beskæftigelsesfaglige tilbud og dermed også anerkende de nødvendige skånebehov, der følger heraf.

Ad 2) Dette ønske handler om en efterspørgsel efter tværfaglige sundhedsfaglige afdækningsforløb, hvor et enkelt tilbud foretager en samlet screening af flygtningenes helbredsforhold (i lighed med tilbuddet hos Indvandrermedicinsk Klinik i Odense og i Hvidovre). Udfordringen i dag er, at flygtninge med traumer kan have mange forskellige symptomer og derfor kan cirkulere rundt mellem mange forskellige specialer og enheder i det sundhedsfaglige system, før et eventuelt traumer afdækkes.

Ad 3) Det er ikke alle behandlingssteder, der har tilbud til børn og unge. Og dem, der har, har kun et begrænset antal tilbud. Børn og unge med traumer hører under Børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der dels er store ventetider på

behandling, og dels ikke er specialiserede tilbud til behandling af flygtningefamilier og børn og unge med traumer.

Faktisk kapacitet på de sundhedsfaglige behandlingstilbud

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen i forrige afsnit viser, at flertallet (66 pct.) af de kommunale aktører er overvejende uenige eller uenige i, at ventetiden på de sundhedsfaglige tilbud er passende.

LG Insight har indhentet oplysninger om kapacitet og eventuelle ventetider i de specialiserede sundhedsfaglige behandlingstilbud til flygtninge med traumer. Undersøgelsen omfatter alene tilbud under sundhedsloven.

504 flygtninge med risiko for traumer var på venteliste til visitation 1. maj 2013 – flest i region Hovedstaden og i region Syddanmark – jf. tabel 4.

Det fremgår af tabel 4, at ventetiderne er forskellige mellem de enkelte behandlingstilbud. Der er forholdsvis korte ventetider i region Nordjylland, Region Midtjylland og (til dels) Region Syddanmark, hvor der enten ikke er ventetid eller hvor ventetiden er mellem 3-6 mdr. fra visitationssamtale til behandling påbegyndes. I Region Hovedstaden er ventetiden mellem 6-10 måneder fra visitation/behandling og i region Sjælland er der 6 mdr. ventetid på visitationssamtale.

Tabel 4. Aktuelle ventetider på behandlingstilbud (maj 2013), fordelt på regioner

Region		Ventetid
Region Hovedstad	DIGNITY	11 personer er på venteliste 5-8 uger til visitation 7-8 mdr. fra visitation til behandling
	Oasis	25 personer på venteliste 8 uger til visitation 8-10 mdr. fra visitation til behandling
	Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri	150 personer på venteliste 6 mdr. til visitation 0 mdr. fra visitation til behandling
Region Sjælland	Klinik for Traumatiserede Flygtninge	37 personer på venteliste 14 dage til visitation Op til 1 år fra visitation
Region Syddanmark	ATT Odense	151 personer på venteliste 1-3 mdr. til visitation 1-6 mdr. fra visitation til behandling
	ATT Vejle	86 personer på venteliste 1-3 mdr. til visitation 1-6 mdr. fra visitation til behandling
	RCT Jylland	10 personer på venteliste I gennemsnit 4 uger – maks. 8 uger 0-12 mdr. fra visitation til behandling
Region Midtjylland	Klinik for PTSD og Transkulturel Psykiatri	0 personer på venteliste Ca. 5 mdr. fra visitation til behandling
	Klinik for traumatiserede flygtninge – Regionspsykiatrien Vest	25 personer på venteliste Maks. 2 mdr. til visitation Maks. 1 mdr. fra visitation
Region Nordjylland	Rehabiliteringscenter for Flygtninge, Ålborg	9 personer på venteliste 1 uge fra henvisning Ca. 1-2 mdr. fra henvisning

Kilde: Rundspørge til specialiserede behandlingstilbud til flygtninge med traumer i regi af regionerne og leverandører med driftsoverenskomst med regionerne



Del 5. Tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde mellem aktører med kontakt til flygtningefamilier med traumer

Vejen mod behandling og rehabilitering af flygtnings traumer forudsætter, at der skabes gode og tillidsfulde relationer mellem borgeren og de aktører, der er involveret i forløbet. Enkle relationer er vigtige for mange flygtninge med traumer. Mange aktører samt komplekse og uoverskuelige forløb kan i sig selv virke angstfremkaldende, ligesom det kan virke retraumatiserende for flygtninge at skulle genfortælle sin traumehistorie til mange aktører.

Det kan være udfordrende for de mange specialiserede professionelle aktører i både kommunerne og i det sundhedsfaglige system at skabe enkle relationer til flygtningefamilier med traumer og koordinering mellem indsætter.

Et formål med undersøgelsen er at afdække det tværfaglige samarbejde i traumeindsatsen mellem forskellige aktører. I undersøgelsen er der primært fokus på samarbejdet mellem de kommunale aktører, men undersøgelsen har også haft fokus på samarbejdet mellem kommuner og behandlingstilbud, og samarbejdet med statslige aktører og frivillige organisationer.

I undersøgelsen har LG Insight afdækket, hvordan de centrale aktører samarbejder i behandlingsprocessen, herunder aktørernes vurdering af det tværfaglige samarbejde i traumeindsatsen. I dette afsnit præsenteres resultater fra både spørgeskemaundersøgelse samt personlige interview med repræsentanter fra det sundhedsfaglige system og kommunerne.

Vigtige samarbejdsrelationer

Kommunale aktører med kontakt til flygtninge med traumer har i spørgeskemaundersøgelsen peget på vigtige samarbejdspartnere i indsatsen i for flygtninge med traumer. Resultaterne fremgår af tabel 5.

Tabel 5. Hvor vigtigt er det for din afdeling at samarbejde med nedenstående aktører for opnåelse af en rehabiliterende indsats for flygtninge med traumer?

	Meget vigtigt/vigtigt	Mindre vigtigt/slet ikke vigtigt	Ved ikke	I alt
Jobcentret	79 %	9 %	12 %	100 %
Socialafdelingen (handicap, socialpsykiatri, m.m.)	88 %	5 %	7 %	100 %
Børne- og familieafdelingen	85 %	7 %	8 %	100 %
Skoleområdet, herunder PPR og SSP	52 %	37 %	11 %	100 %
Pasningstilbud til børn	45 %	40 %	15 %	100 %
Praktiserende læger	92 %	2 %	6 %	100 %
Regionale tilbud i regi af sygehuse	85 %	8 %	7 %	100 %
Private behandlingstilbud	50 %	30 %	20 %	100 %
Psykiater/Psykolog	87 %	7 %	6 %	100 %
Sprogskoler	87 %	7 %	6 %	100 %
Frivillige organisationer	34 %	51 %	15 %	100 %
Statsforvaltningerne	12 %	63 %	25 %	100 %
Politi, retsvæsen og Kriminalforsorgen	31 %	51 %	18 %	100 %
Asylcentre	57 %	29 %	14 %	100 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=328

De fleste kommunale aktører peger på, at de sundhedsfaglige aktører er en vigtig/-meget vigtig samarbejdspartner i traumeindsatsen. Hele 92 pct. peger på, at de praktiserende læger er en vigtig samarbejdspartner, men også de regionale tilbud på sygehuse vægtes højt af de kommunale aktører (85 pct.)

Til gengæld anses statsforvaltningen, politi, retsvæsen og Kriminalforsorgen samt frivillige organisationer som de mindst vigtige samarbejdspartnere i traumeindsatsen. Over halvdelen (henholdsvis 63 og 51 pct.) af de kommunale aktører anser dem således som mindre vigtige eller slet ikke vigtige. Der er dog samtidig en stor andel af de kommunale aktører, som svarer "ved ikke" til, om disse statslige og frivillige aktører er vigtige samarbejdspartnere.

Inden for kommunen fremhæver de kommunale aktører især socialafdelingen for voksne (88 pct.), børne-/ungeafdelingen (85 pct.) og Jobcentret (79 pct.) som vigtige samarbejdspartnere.

De kommunale aktører er delt i vurderingen af, hvorvidt skoleområdet (herunder PPR) er en vigtig samarbejdspartner i traumeindsatsen. 22 pct. finder skoleområdet meget vigtigt og 31 pct. vigtigt – svarende til i alt 53 pct. 32 pct. finder derimod skoleområdet mindre vigtigt og 5 pct. svarer "slet ikke vigtigt". Set i lyset af skoleområdets betydning, herunder betydningen af pædagogisk og psykologisk udredning og støtte, er det overraskende, at 37 pct. af de kommunale aktører ikke finder skoleområdet som værende en vigtig samarbejdspartner. Derudover ved 11 pct. af aktørerne ikke, om skoleområdet er en vigtig aktør.

I interview fortæller de kommunale aktører, at frivillige er en vigtig samarbejdspartner i den generelle integrationsindsats. I traumatiserede familier kan problemstillingerne imidlertid være så alvorlige, at det er nødvendigt med mere professionel indsats. Dog peger andre aktører på, at de professionelle aktører i større udstrækning kunne samarbejde med frivillige omkring indsatser for pårørende til traumatiserede flygtninge, herunder tilbud til børn og unge.

Statsforvaltningerne spiller kun en mindre rolle i indsatsen for traumatiserede flygtninge. Kommunale aktører uddyber i interview, at samarbejdet med statsforvaltningerne næsten udelukkende er relevant i sager om unge uledsagede flygtninge i forbindelse med tildeling af værge, men at samarbejdet i høj grad præges af administrative rutiner.

Undersøgelser har påvist²⁸, at en følgevirkning af (sekundært) traumer kan være kriminalitet. Når de kommunale aktører alligevel kun i begrænset omfang anser retsvæsen, politi og Kriminalforsorgen som en vigtig samarbejdspartner, forklarer de kommunale aktører det i interview bl.a. med manglende viden om de kriminalitetsmæssige følgevirkninger, herunder manglende fokus herpå blandt de kriminalitetsforebyggende aktører i kommunen (SSP).

53 % af de kommunale aktører gav i interview udtryk for, at skoleområdet er en meget vigtig eller vigtig samarbejdspartner i traumeindsatsen. De aktører, der kun i mindre grad anså skoleområdet som en vigtig samarbejdspartner, forklarede det bl.a. med, at ikke alle flygtninge med traumer har børn, og at mange af de traumatiserede flygtninge, der er boligplaceret i deres kommune de senere år, er unge og enlige. Derudover påpegede andre aktører i interview, at alvorsgraderne i flygtningefamilier med traumer kan være så tunge, at det ligger uden for skoleområdets generelle AKT-indsats (Adfærd, Kontakt, Trivsel).

Vurdering af det tværfaglige samarbejde internt i kommunen

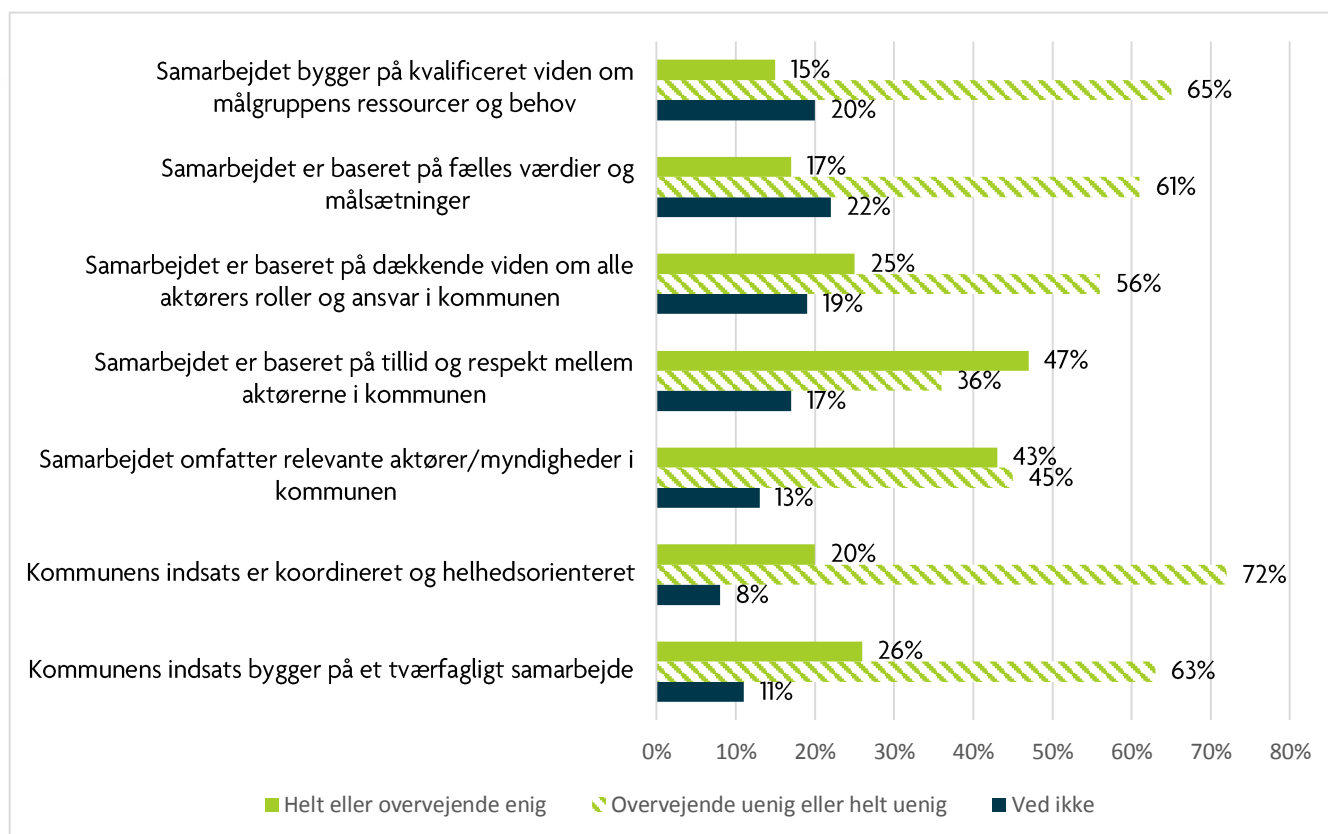
De kommunale aktørers vurderinger af forskellige elementer af det tværfaglige samarbejde omkring traumeindsatsen internt i kommunen er præsenteret i figur 15 på næste side.

Generelt viser undersøgelsen, at en overvægt af de kommunale aktører finder, at traumeindsatsen internt i kommunen ikke er tværfaglig og helhedsorienteret og ikke bygger på viden om hinandens roller og ansvar. 72 pct. af de kommunale aktører er enten overvejende uenige eller helt uenige i, at samarbejdet internt i kommunen er koordineret og helhedsorienteret.

²⁸ Teori- og Metodecentret fra 2006

Tilsvarende oplyser 63 pct. af de kommunale aktører i spørgeskemaundersøgelsen, at de enten er overvejende uenige eller helt uenige i, at kommunens indsats bygger på et tværfagligt samarbejde.

Figur 15. Hvor enig eller uenig er du i nedenstående udsagn om indsatsen og samarbejdet vedrørende flygtninge med traumer internt i kommunen?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=254

De kommunale aktører vurderer, at samarbejdet ikke i tilstrækkelig grad bygger på dækkende viden om flygtninge med traumer og deres ressourcer og behov. I interview fremhævede kommunale aktører bl.a., at integrationsindsatsen er specialiseret i særlige enheder i kommunen, der varetager store dele af kontakten til og indsatsen for flygtninge med traumer. Specialiseringens omkostning var bl.a., at aktører i "normal"-indsatsen kun i begrænset omfang blev ansvarliggjort i indsatsen og fik viden om målgruppens ressourcer. Andre peger i interview på, at målgruppen af flygtninge med traumer er en lille målgruppe blandt flere borgergrupper med problemer, og at det er svært for alle aktører i kommunen at opbygge specialiseret viden om mindre målgrupper.

Et flertal (61 pct.) af de kommunale aktører vurderer i spørgeskemaundersøgelsen, at samarbejdet bygger på fælles målsætninger og værdier. I interview fremhævede

aktører, at de kommunale myndigheder er styret af forskellige lovgivninger og af faglige traditioner, hvor mål og værdier kan være forskellige. Nogle af barriererne skyldes lovgivning – jf. del 6, afsnit: ”Muliggør lovgivning den bedste indsats? – mens andre barrierer skyldes faglige værdier – f.eks. vurderingen af, om tilknytning til arbejdsmarkedet har betydning for forældreressourcer ellign.

I spørgeskemaundersøgelsen svarer 45 pct. af de kommunale aktører, at samarbejdet ikke omfatter relevante aktører i kommunen. Aktørerne peger på ressourcer, holdninger til tværfaglighed og/eller til særlige indsatser for etniske minoriteter som forklaringer på, at der lokalt er forskel på, hvilke aktører det er muligt at inddrage i samarbejdet. I nogle kommuner vil det således være lettere at inddrage alle relevante aktører i samarbejdet end i andre kommuner.

De kommunale aktører er i interview blevet spurgt til udfordringer i det tværfaglige samarbejde internt mellem aktører i kommunen. De peger på følgende tværfaglige udfordringer i traumeindsatsen:

Lovgivning:

Lovgivning²⁹ påbyder kommunerne at beskæftigelses- og socialfaglige myndigheder fysisk og organisatorisk skal være adskilt. Den beskæftigelses- og integrationsfaglige indsats skal være adskilt fra kommunernes rådgivning om økonomi og bevilling af enkeltydelser.

Overblik og vidensdeling:

De kommunale aktører ved ikke altid, hvilke andre kommunale aktører, der samarbejder med en flygtningefamilie. Viden kan kun udveksles, hvis borgeren giver sit samtykke hertil, ligesom de kommunale edb-systemer ikke muliggør overblik over aktive aktører/myndigheder i et sagsforløb.

Prioritering/fokus på det tværfaglige samarbejde:

Der er generelt for lidt opmærksomhed på flygtninge med traumer i kommunerne, men også for lidt forståelse af værdien af det tværfaglige samarbejde. Aktørerne har en tendens til at nedprioritere det tværfaglige samarbejde og fokusere på egne kerneopgaver.

Faglige traditioner kan vanskeliggøre et samarbejde mellem aktører, der arbejder med traumatiserede flygtninge. Aktørerne kan have forskellige vurderinger af borgerens/familiens ressourcer, men kan også have forskellige opfattelser af, hvilke tilbud som er mest dækkende.

Organisering:

Centralisering og regulering vanskeliggør det tværfaglige samarbejde, fordi beslutninger om indsatser og tilbud på forholdsvis mange områder skal godkendes af ledere eller af visitationsudvalg i kommunerne. De enkelte

²⁹ Bekendtgørelse af lov om ansvaret for og styringen af den aktive beskæftigelsesindsats

medarbejdere (sagsbehandlere) oplever, at deres handlemuligheder er begrænsede, og det handlekraftige tværfaglige samarbejde vanskeliggøres ved, at processer trækkes i langdrag på grund af administrative rutiner og krav om indstillings- og godkendelsesprocedurer i kommunen.

Det tværfaglige samarbejde er i mange kommuner meget lidt formaliseret med få eller ingen faste (skriftlige) retningslinjer omkring samarbejdsformer. Det er i høj grad overladt til den enkelte afdeling (og typisk den enkelte medarbejder) selv at udvikle de tværfaglige samarbejdsformer³⁰.

Relation til borgerne og tovholderfunktion:

Kommunernes indsatser er stærkt specialiserede. For traumatiserede flygtninge kan antallet af aktører være meget dynamisk med mange udskiftninger af aktører over et forløb, og der er ingen tydelige tovholderfunktioner, der kan sikre sammenhæng og koordinering i sagsforløbet.

Kontaktmulighederne til flygtninge med traumer kan være ringe – på trods af de mange myndigheder, som er involveret i indsatsen. Familier med traumer kan isolere sig og undlade at spille aktivt sammen med de kommunale aktører – måske fordi de frygter, at de kommunale aktører vil gribe ind med mere alvorlige tvangsforanstaltninger i forhold til deres børn.

Grader og hyppighed af samarbejde mellem kommunale aktører

Kommunerne har de senere år fået mere fokus på den tidlige og forebyggende familieindsats for nyankomne familier³¹. Flere kommuner har ansat familiekonsulenter, der skal varetage brede støtte-/kontaktopgaver i relation til de netop ankomne familier. Disse familiekonsulenter ligger funktionsmæssigt tæt op ad børne-/familieafdelingernes myndighedsområde, men i mange kommuner er familiekonsulenterne forankret i jobcentret i de integrationsfaglige teams, der står for modtagelsesarbejdet i kommunerne. Det nødvendiggør et tæt samarbejde om de mere strategiske snitflader mellem f.eks. de integrations- og beskæftigelsesfaglige aktører og børne-/ungeafdelingerne.

Spørgeskemaundersøgelsen har afdækket, hvor ofte centrale kommunale aktører mødes om indsatsen for flygtninge med traumer. Det vedrører både strategiske møder, hvor de fastlægger generelle strategier på traumeområdet, og konkrete møder om enkeltsager, hvor sagen drøftes tværfagligt og indsatserne koordineres med andre kommunale samarbejdspartnere.

³⁰ Jf. "Tværfagligt integrationsarbejde i kommunerne", LG Insight for Social- og Integrationsministeriet, 2012

³¹ Ibid

Hyppighed af møder med strategisk indhold

I tabel 6 er vist, hvor hyppigt kommunale aktører med kontakt til flygtninge med traumer holder strategiske møder med andre kommunale samarbejdspartnere.

Undersøgelsen viser, at de kommunale aktører har mest kontakt med jobcentret. 68 pct. af de kommunale aktører oplyser, at de mindst 1 gang årligt afholder møde med jobcentret. Omvendt har hovedparten (59 pct.) slet ingen møder med pasningstilbud til børn, hvor de overordnede strategiske emner med relevans for indsatsen for flygtninge med traumer drøftes. En forholdsvis stor andel kommunale aktører (50 pct.) mødes desuden slet ikke med skole- og fritidstilbud for at drøfte overordnede strategiske emner.

Tabel 6. Hvor ofte har din afdeling møder med følgende afdelinger/aktører, hvor I drøfter og koordinerer enkeltsager vedr. flygtninge med traumer eller symptomer på traumer?

	Mindst 1 gang årligt	Mindre end 1 gang årligt	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Jobcentret	68 %	6 %	16 %	9 %	100 %
Socialafdelingen (handicap/socialpsykiatri)	48 %	18 %	28 %	6 %	100 %
Børne- og familieafdelingen	46 %	16 %	31 %	8 %	100 %
Skole- og fritidstilbud	26 %	18 %	50 %	6 %	100 %
Pasningstilbud til børn	21 %	12 %	59 %	8 %	100 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=254

Interviewundersøgelsen viste, at de strategiske samarbejds møder mellem aktørerne især initieres af de beskæftigelses- og integrationsfaglige aktører. Fokus for de strategiske møder er voksne flygtninge på offentlig forsørgelse, og emnerne for drøftelserne handler fortrinsvis om, hvordan f.eks. den social- og sundhedsfaglige indsats kan understøtte den beskæftigelses- og integrationsfaglige indsats for flygtningefamilier med traumer.

De beskæftigelses- og integrationsfaglige aktører har tætte samarbejdsrelationer til især ydelseskontorerne under socialafdelingerne. Det vedrører bevilling af etableringsydelse til nyankomne flygtninge, men det omfatter også et tæt samarbejde omkring bevilling af enkeltydelser m.m. Det er derfor ikke overraskende, at en forholdsvis stor andel af de kommunale aktører peger på, at de holder strategiske møder med socialafdelingen/ ydelseskontoret.

Hyppighed af tværfaglige møder om enkeltsager

Tabel 7 viser, hvor hyppigt kommunale aktører med kontakt til flygtninge med traumer mødes med centrale kommunale samarbejdspartnere, hvor de drøfter enkeltsager for flygtninge med traumer. Tendensen fra de strategiske møder går igen i hyppigheden af møder om enkeltsager. Det er således igen jobcentret, som flest kommunale aktører angiver, at de mødes med mindst 1 gang årligt for at

drøfte enkeltsager for flygtninge med traumer, mens der holdes færrest møder med aktører for pasningstilbud til børn samt skole- og fritidstilbud.

Tabel 7. Hvor ofte har din afdeling møder med følgende afdelinger/aktører, hvor I drøfter tværfagligt samarbejde omkring flygtninge med traumer.

	Mindst 1 gang årlig	Mindre end 1 gang årlig	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Jobcentret	65 %	8 %	15 %	12 %	100 %
Socialafdelingen (handicap/socialpsykiatri)	41 %	18 %	27 %	14 %	100 %
Børne- og familieafdelingen	42 %	16 %	27 %	14 %	100 %
Skole- og fritidstilbud	25 %	12 %	57 %	6 %	100 %
Pasningstilbud til børn	16 %	12 %	64 %	8 %	100 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=254

Resultaterne viser, at 65 pct. af de kommunale aktører oplyser, at de mindst 1 gang om året mødes omkring enkeltsager med jobcentret. Kun 15 pct. af aktørerne oplyser, at de slet ikke mødes med jobcentret om enkeltsager. Resultatet afspejler, at jobcentrene i komplicerede sager med voksne flygtninge med et beskæftigelsesperspektiv har en tovholderfunktion³².

Henholdsvis 41 pct. og 42 pct. mødes mindst 1 gang årligt med socialafdelingen og børne- og familieafdelingen. 27 pct. af de kommunale aktører mødes slet ikke med aktører inden for disse fag-/forvaltningsområder.

En mindre andel af de kommunale aktører mødes mindst 1 gang årligt med repræsentanter inden for skole-/fritidsområdet og pasningstilbud til børn. Henholdsvis 57 pct. og 64 pct. mødes slet ikke om enkeltsager med skole- og fritidsområdet eller med aktører inden for pasningstilbud til børn.

Undersøgelsen afdækker ikke bredden af sager, hvorom aktørerne mødes og koordinerer viden og indsats. Aktørerne kan derfor godt mødes hyppigt om et forholdsvis begrænset antal borgersager. I de personlige interview bemærker de kommunale aktører, at tværfaglige møder er ressourcekrævende, og at de almindeligvis kun afholdes i meget komplekse og alvorstunge sager. Kommunale aktører tilkendegiver i interview behov for flere enkeltsagsmøder og på et tidligere (forbyggende) tidspunkt i sagsforløbet.

Vurdering af samarbejdet med udvalgte kommunale aktører

De kommunale aktører er i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt om at vurdere samarbejdet med udvalgte og centrale kommunale samarbejdspartnere i indsatsen for flygtninge med traumer. Deres svar fremgår af tabel 8.

³² jf. "Snitflader vedrørende jobcentret og den øvrige kommunale forvaltning": "Snitfladepapiret", fra Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2006, og fleks- og førtidspensionsreform med rehabiliteringsteams (ligeledes "Brug for alle"-initiativet", AMS).

Tabel 8. Hvor tilfreds er du generelt med samarbejdet mellem din afdeling og følgende aktører i forhold til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer?

	Meget tilfreds/-tilfreds	Mindre tilfreds/slet ikke tilfreds	Ved ikke	I alt
Jobcentret	43 %	53 %	4 %	100 %
Børne- og familieafdelingen	39 %	56 %	5 %	100 %
Socialafdelingen	38 %	56 %	6 %	100 %
Skoleområdet	25 %	66 %	9 %	100 %
Pasningstilbud til børn	48 %	46 %	6 %	100 %
Lægefaglig konsulent i kommunen	28 %	62 %	10 %	100 %
Sprogskoler	38 %	58 %	4 %	100 %
Sundhedsplejen	32 %	57 %	11 %	100 %

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=254

Mere end halvdelen af de kommunale aktører er enten mindre tilfredse eller slet ikke tilfredse med samarbejdet med skoleområdet (66 pct.), børne- og familieafdelingen (56 pct.), socialafdelingen med socialfaglige tilbud til voksne (56 pct.) og med jobcentret (53 pct.).

Den kvalitative interviewundersøgelse gav meget forskellige forklaringer på de kommunale aktørers vurderinger af samarbejdet med andre kommunale myndigheder. Årsagerne er således i høj grad knyttet til lokale forhold i de enkelte kommuner, hvor faglige samarbejdsstrategier, organiseringsformer og grader af formalisering af samarbejdsformer spiller ind.

Nogle fællestræk går igen i interview i forhold til de kommunale aktørers vurdering af samarbejdspartnere. De integrations- og beskæftigelsesfaglige aktører peger bl.a. på, at der er forskellige opfattelser mellem dem og børne-/ungeafdelingerne af, hvornår forebyggende indsatser er nødvendige. Omvendt udtrykker aktører fra børne- og ungeafdelingerne kritik af de beskæftigelsesfaglige aktører og finder, at de iværksætter tilbud og sanktioner uden hensyn til bredere familiemæssige hensyn og indsatserne i børne-/familieafdelingen.

I interview peger de kommunale aktører på behov for mere og bedre lægefaglig konsulentbistand. I flere kommuner er der ansat administrative lægefaglige konsulenter – enten med en somatisk baggrund og/eller med en psykiatrisk baggrund. De lægefaglige konsulenter udfører forskellige typer af opgaver, som er forskellige i de enkelte kommuner. I nogle kommuner bistår de lægefaglige konsulenter sagsbehandlerne med at undersøge de lægefaglige papirer og omsætte lægefaglige vurderinger og undersøgelser til vurderinger af borgerens funktionsevne og mulige indsatser. I nogle kommuner er det ligeledes de lægefaglige konsulenter, der varetager samarbejdet med f.eks. de praktiserende læger (også fordi de lægefaglige konsulenter typisk rekrutteres herfra eller er delvist knyttet hertil) og det øvrige sundhedsfaglige system.

Der efterspørges både mere konkret bistand i enkeltsager, men også at de lægefaglige konsulenter får ressourcer til at løfte det strategiske samarbejde med det sundhedsfaglige system. De kommunale aktører udtrykker i interview ligeledes behov for flere ressourcer hos de lægefaglige konsulenter til at bistå sagsbehandlere i funktionsevnevurderingen og i rådgivningen om mulige indsatser. Endelig peges i interview på, at de lægefaglige konsulenter i de fleste kommuner har en somatisk uddannelsesbaggrund, men at de læger ofte kun har ringe – eller slet ingen – viden om flygtninge med traumer.

Samarbejdet mellem kommunale og sundhedsfaglige aktører

I spørgeskemaundersøgelsen er de kommunale aktører blevet spurgt til deres samarbejde med de sundhedsfaglige aktører. 38 pct. af de kommunale aktører oplyser, at de holder møde om enkeltsager mindst 1 gang årligt med praktiserende læger, ligesom 24 pct. også holder enkeltsagsmøder, men mindre end 1 gang årligt. 32 pct. af de kommunale aktører oplyser, at de slet ikke holder enkeltsagsmøder med de praktiserende læger.

28 pct. af de kommunale aktører mødes mindst 1 gang årligt med repræsentanter fra behandlingstilbud til flygtninge med traumer, og 19 pct. mødes mindre end 1 gang årligt. 36 pct. holder slet ikke møder omkring enkeltsager med sygehuse eller behandlingstilbud til flygtninge med traumer.

Tabel 9. Hvor ofte har din afdeling møder med følgende afdelinger/aktører, hvor I drøfter og koordinerer strategiske temaer eller enkeltsager vedr. flygtninge med traumer eller symptomer på traumer

		Mindst 1 gang årligt	Mindre end 1 gang årligt	Slet ikke	Ved ikke	I alt
Strategiske møder	Praktiserende læger, psykiatere m.m.	51 %	16 %	22 %	9 %	100 %
	Sygehuse og behandlingstilbud	41 %	24 %	21 %	14 %	100 %
	Planlæggere i regionerne (f.eks. I forbindelse med udarbejdelse af sundhedsaftaler m.m.)	29 %	21 %	39 %	11 %	100 %
Enkeltsager	Praktiserende læger, psykiatere m.m.	38 %	24 %	32 %	8 %	100 %
	Sygehuse og behandlingstilbud	28 %	19 %	36 %	16 %	100 %

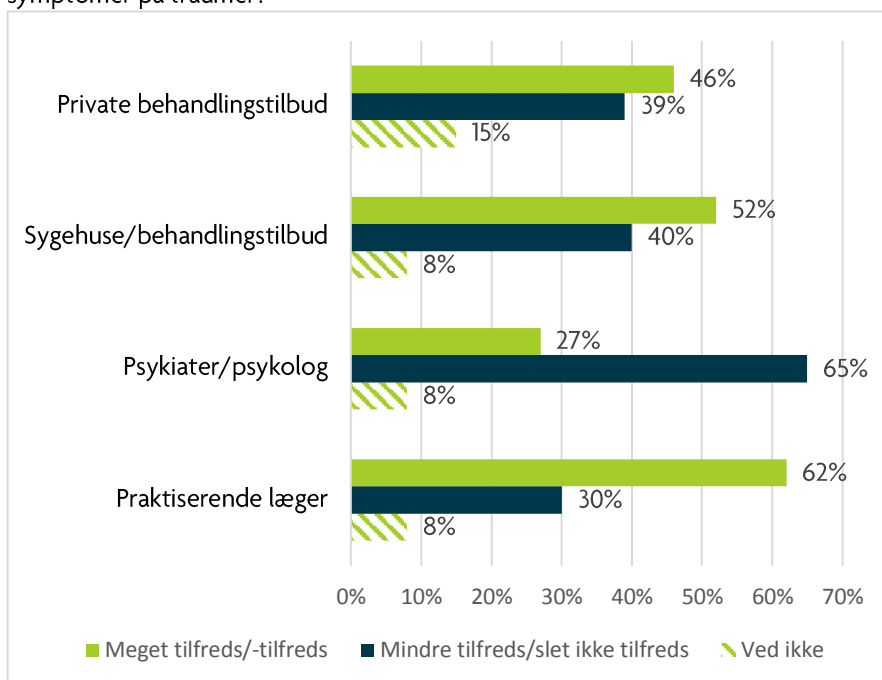
Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=254

De kommunale aktører har ligeledes vurderet samarbejdet med udvalgte sundhedsfaglige aktører – jf. figur 16. Hovedparten af de kommunale aktører er tilfredse med samarbejdet med de praktiserende læger (62 pct.),

De kommunale og sundhedsfaglige aktører giver i interview udtryk for, at de praktiserende læger i stigende grad har fokus på traumesymptomer hos flygtninge, og at de praktiserende læger i stadig højere grad visiterer videre til de

specialiserede traumetilbud i sundhedssektoren. Hvor det for 5-10 år tilbage primært var kommunerne, der visiterede til de specialiserede traumetilbud, oplyser behandlingsstederne i dag, at det ca. er halvdelen af alle flygtninge, der visiteres fra de praktiserende læger.

Figur 16. Hvor tilfreds er du generelt med samarbejdet mellem din afdeling og følgende sundhedsfaglige aktører i forhold til flygtninge med traumer eller symptomer på traumer?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=254

Både de kommunale aktører og behandlingsstederne oplever, at det kan være vanskeligt at få de praktiserende læger til at deltage i tværfaglige møder. De tilskriver det ikke manglende vilje hos de praktiserende læger, men primært at de kan have svært ved at forlade deres praksis og måske bruge lang transporttid for at deltage i et tværfagligt møde.

Besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen viser, at kommunerne er delt i deres vurdering af tilfredsheden med samarbejdet med regionernes behandlingstilbud. Det fremhæves, at en gruppe kommuner kritiserer behandlingstilbuddene for at være for fokuserede på de snævre sundhedsfaglige opgaver og ikke se værdien af den brede rehabiliterende indsats i samarbejde med de kommunale aktører og tilbud. Derudover kritiseres den geografiske dækningsgrad af behandlingstilbuddene, hvor nogle kommuner finder, at der er (for) lang transporttid fra kommunen til behandlingstilbud. Andre kommuner er derimod meget tilfredse med samarbejdet med behandlingstilbuddene i regi af regionerne. Undersøgelsens resultater

giver ikke noget klart billede af, hvilke typer af kommuner, som er overvejende tilfredse eller utilfredse med samarbejdet.

Følgende forhold kendetegner de samarbejdsrelationer, hvor samarbejdet fungerer godt mellem kommuner og behandlingssteder:

- Der afholdes regelmæssige møder på strategisk niveau mellem repræsentanter fra kommunen og behandlingsstedet, hvor mere overordnede samarbejdsrelationer drøftes og udvikles.
- Der afholdes løbende tværfaglige møder på enkeltstatsniveau, hvor medarbejdere fra både kommune og behandlingsstedet deltager og drøfter progression i forløbet og koordinerer indsatser.
- Samarbejdet bygger på en rehabiliterende tilgang, der tager udgangspunkt i borgerens hele livssituation.
- Der er enkle samarbejdsrelationer mellem borgeren, behandlingsstedet og kommunen – typisk er der én tovholder(funktion) i det kommunale system, der varetager de fleste opgaver i relation til borgeren og mellem behandlingsstedet og de forskellige kommunale afdelinger.
- Samarbejdet bygger på viden om og respekt for parternes roller og ansvar, herunder også muligheder inden for lovgivningen.

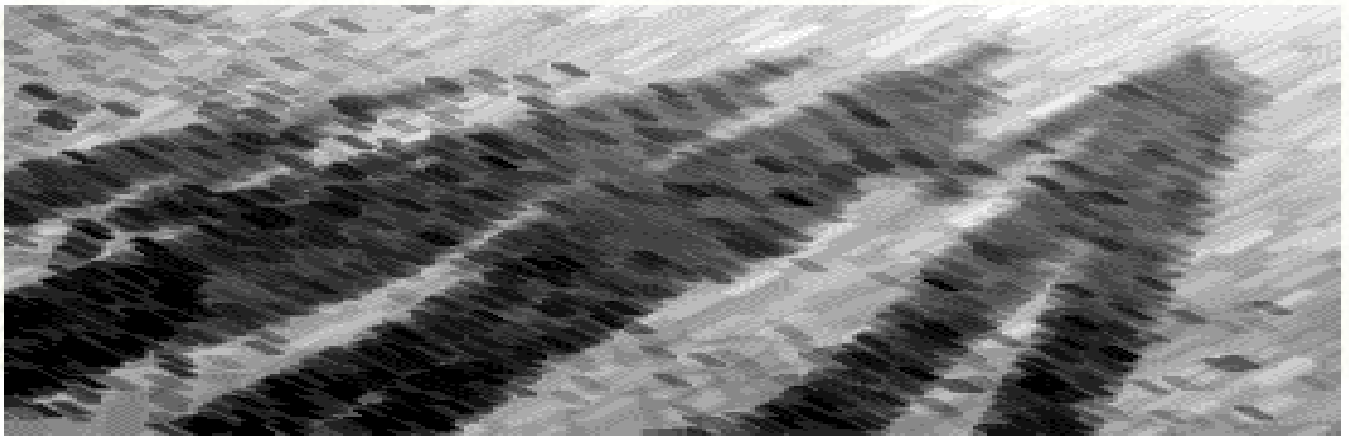
Omvendt fremhæver kritikerne følgende kritiske aspekter og udfordringer ved de tværfaglige samarbejdsrelationer. Det skal understreges, at kritikken ikke alene går mellem kommunale og sundhedsfaglige aktører. Der rejses også kritik af det tværfaglige samarbejde i det sundhedsfaglige system.

De kommunale aktører peger på typer af følgende udfordringer i samarbejdet med de sundhedsfaglige aktører:

- Når behandlingsstederne er for isolerede og fokuserede på den sundhedsfaglige behandlingsproces, og ikke tænker rehabiliterende med tværfaglige indsatser, er risikoen stor for, at behandlingsstederne stiller en traumediagnose, der kan friholde borgeren fra aktiveringstilbud eller fra en tilknytning til arbejdsmarkedet. I disse tilfælde savner især de beskæftigelsesfaglige aktører en bredere forståelse hos de sundhedsfaglige aktører af den rehabiliterende værdi af beskæftigelse (på særlige vilkår og med støtte).
- De sundhedsfaglige aktører kan have meget forskellige syn på traume/-PTSD-diagnosen, Det bevirker, at omfanget af traumediagnoser kan afvige mellem psykologer, psykiatere og behandlingssteder.

De sundhedsfaglige aktører udtrykker følgende kritik af samarbejdet med de kommunale aktører:

- Den kommunale indsats for flygtninge med traumer er præget af stadig aktørudskiftning og slingrekurs i indsatser. Samarbejdsrelationerne med kommunerne opleves meget kaotiske og omskiftelige. Dels er der mange forskellige samarbejdspartnere, og kun få kommuner arbejder med tovholder(funktioner). Dels er der konstante udskiftninger i personalet og konstante skift i de kommunale aktørers fokus og prioriteringer.
- Kommunernes indsatser er opdelt og fokuserer ikke på borgerens hele livssituation eller hele familiens situation. I familier kan der være tilknyttet mange forskellige sagsbehandlere til hvert familiemedlem, og de kan have forskellige vurderinger af familiens ressourcer.
- En gruppe af de sundhedsfaglige aktører udtrykker bekymring for, om nogle kommuners politik kan have indvirkning på deres "syn" på traume/-PTSD-diagnosen. De udtrykker desuden bekymring for, om nogle kommuner undlader at samarbejde med sundhedsfaglige aktører, der ikke støtter kommunens "holdning" til diagnosen eller de sundhedsfaglige aktørers vurdering af borgerens ressourcer.
- Kommunerne tænker meget i økonomi og refusion. Flere af de sundhedsfaglige aktører kritiserer de kommunale aktører for at lægge stort pres på borgerne og på behandlingsstedet i forhold til at opnå progression, så aktivering kan iværksættes og "raskmelding" realiseres. Det er primært sygedagpengesystemet, hvor der er stort pres på borgeren, og hvor presset i sig selv kan forværre borgerens traumatiserede tilstand og direkte modvirke effekt af behandlingen.



Del 6. Styrket traumeindsats

Fokus på tiltag, der kan styrke traumeindsatsen i Danmark

I interview og i spørgeskemaundersøgelsen er kommunale aktører blevet bedt om at pege på tiltag, der kan styrke indsatsen for flygtningefamilier med traumer. Det vedrører både aktørernes egne indsatser og deres bud på udviklingsområder hos samarbejdspartnerne. Endelig vedrører det både tilbudstyper (kvalitet og kapacitet) og tværfaglige samarbejdsformer.

Kommunale aktørers bud på egne tiltag, der kan styrke indsatser

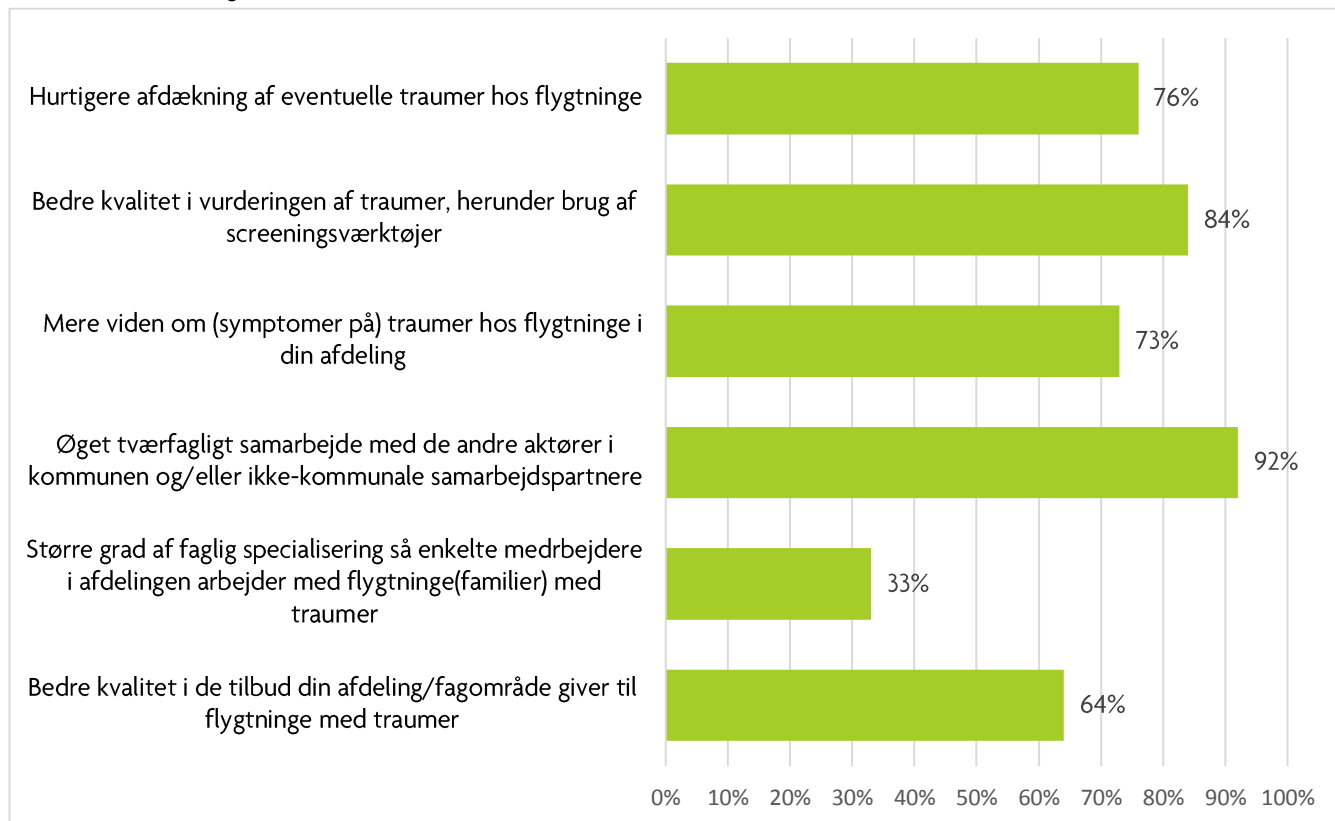
I dette afsnit præsenteres aktørernes bud på, hvad de selv kan gøre for at øge opmærksomheden på målgruppen og styrke kvaliteten i indsatsen.

De kommunale aktører er i spørgeskemaundersøgelsen blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad følgende kan styrke traumeindsatsen:

- a) Hurtigere afdækning af eventuelle traumer hos flygtninge
- b) Bedre kvalitet i vurderingen af traumer, herunder brug af screeningsværktøjer
- c) Mere viden om (symptomer på) traumer hos flygtninge i deres afdeling
- d) Øget tværfagligt samarbejde med de andre aktører i kommunen og/eller ikke-kommunale samarbejdspartnere
- e) Større grad af faglig specialisering, så udvalgte medarbejdere i afdelingen arbejder med flygtninge(familier) med traumer
- f) Bedre kvalitet i de tilbud, som deres afdeling/fagområde giver til flygtninge med traumer.

Resultaterne fremgår af figur 17.

Figur 17. Hvilke af følgende tiltag, vurderer du, kan styrke indsatsen for flygtninge med traumer eller symptomer på traumer i din afdeling?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=328

Ud fra de kommunale aktørers svar i spørgeskemaundersøgelsen er det især et øget tværfagligt samarbejde med andre aktører i kommunen og/eller ikke-kommunale samarbejdspartnere (92 pct.) som kan styrke traumeindsatsen. Desuden lægger aktørerne vægt på bedre kvalitet i vurderingen af traumer, herunder brug af screeningsværktøjer og/eller lægefaglig dokumentation (84 pct.).

I forhold til det tværfaglige samarbejde peger kommunale aktører inden for børne-/unge- og familieområdet i interview på, at der er brug for at styrke samarbejdet med de frivillige organisationer om bl.a. fritidsaktiviteter, udflugter og sommerture for familier og børn i udsatte flygtningefamilier. Familiernes livssituation med sygdom og ofte også fattigdom betyder i langt de fleste tilfælde, at børnene ikke får de samme oplevelser som andre børn. Dansk Røde Kors og Dansk Flygtningehjælp har i flere kommuner arrangeret sommerture for familier med traumer. Aktørerne ser gerne, at sådanne frivilligt baserede fritidsaktiviteter i højere grad kan tilbydes flygtningefamilierne.

Figur 17 viser, at et flertal peger på, at en hurtigere afdækning af eventuelle traumer (76 pct.) kan styrke indsatsen for flygtninge med traumer. Samtidig angiver de, at mere intern viden om (sekundære) traumer og symptomer hos flygtninge (73 pct.) også vil gøre en mærkbar positiv forskel. Endvidere peger 64 pct. på at bedre kvalitet i de tilbud, som deres afdeling/fagområde giver til flygtninge med traumer eller symptomer herpå, vil kunne styrke deres indsats. Yderligere analyser viser, at ønsket om mere viden om traumer i højere grad kommer fra aktørerne inden for børne- og ungeområdet end aktørerne inden for det integrations-, beskæftigelses- og socialfaglige område. Til gengæld er det især de beskæftigelses- og integrationsfaglige aktører, som peger på, at en hurtigere afdækning af eventuelle traumer hos flygtninge og bedre kvalitet i deres tilbud vil kunne styrke traumeindsatsen.

I de personlige interview sætter de kommunale aktører flere ord på behovet for mere fokus på afdækning af traumer. Det vedrører præasylfasen, men handler også om mere dækkende overdragelse af viden om traumer fra asylcentrene til kommunerne. Der peges dog på, at den nye integrationslov, hvor der indføres et obligatorisk tilbud om sundhedsmæssig screening af alle nyankomne flygtninge (familier), fremadrettet kan understøtte behovet for en hurtigere afdækning af eventuelle traumer hos flygtninge.

Sundhedsfaglige aktører fortæller i interviewundersøgelsen, at de hos alle faggrupper oplever et behov for mere opmærksomhed på traumesymptomer og på mere systematisk og metodisk afdækning af traumer. Det gælder altså både sagsbehandlere, fagfolk på skoler, i dagsinstitutioner og praktiserende læger. En erfaring fra behandlingsstederne er f.eks., at flygtninge med traumer i årevis – 5 til 7 år – kan cirkulere rundt i både det kommunale og i det sundhedsfaglige system, inden de bliver visiteret til dækkende tilbud med afdækning og traumebehandling.

I forhold til resultaterne vedrørende muligheden for at styrke kvaliteten i tilbuddene, peger både kommunale og sundhedsfaglige aktører på, at kvaliteten i tilbuddene kunne øges ved et større fokus på familier, børn og unges trivsel. En bedre kvalitet kobles således sammen med ønsket om et bredere perspektiv i behandlingen og i den rehabiliterende indsats for hele familien, hvor et familied medlem med traumer kan påvirke livsbetingelserne for hele familien.

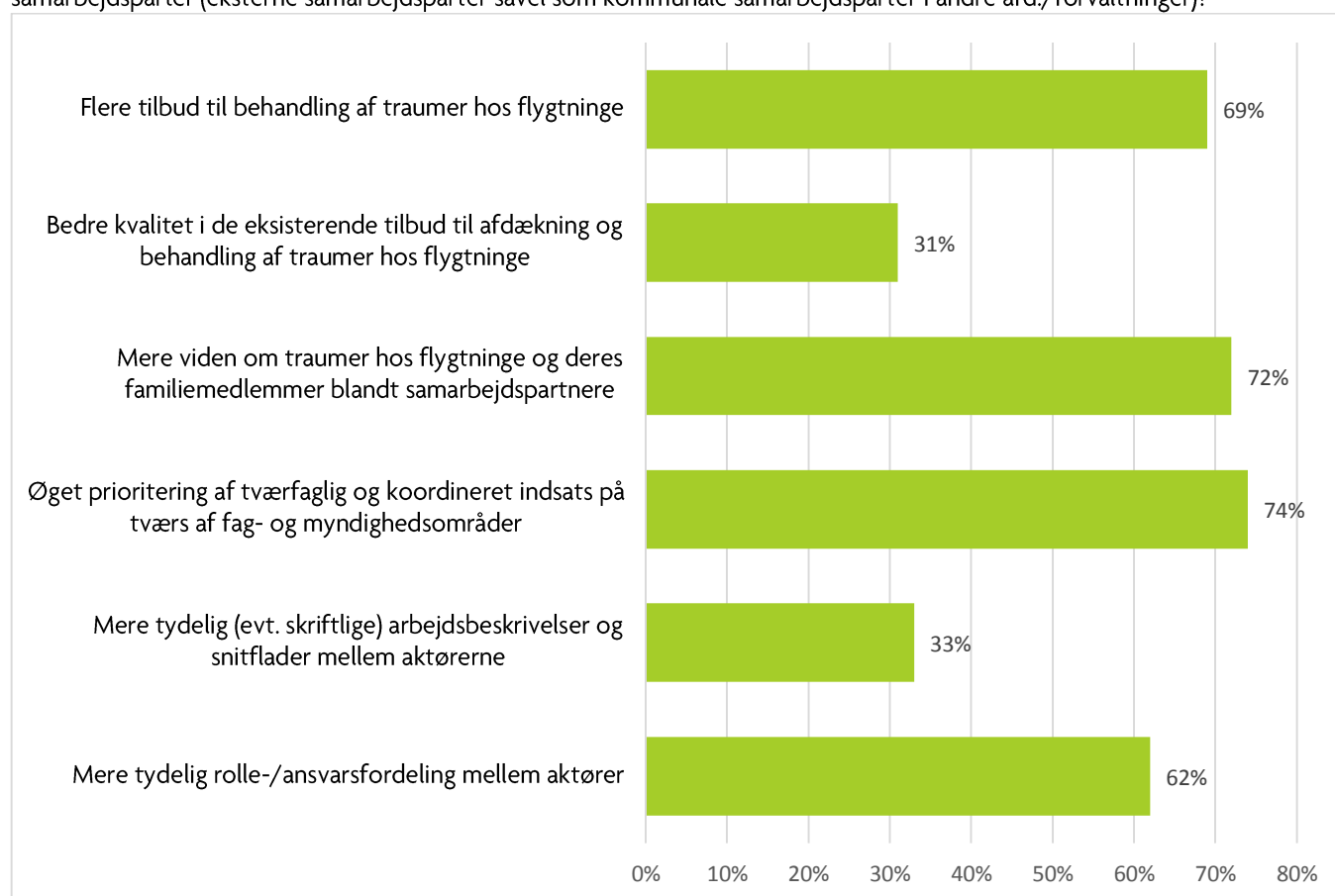
Endelig viser spørgeskemaundersøgelsen, at kun hver tredje (33 pct.) af aktørerne vurderer, at traumeindsatsen kan styrkes ved en større grad af faglig specialisering, så udvalgte medarbejdere i afdelingen primært arbejder med flygtninge(familier) med traumer. Af interviewene fremgår det, at aktørerne vurderer, at øget specialisering kan medføre endnu flere aktører og opsplitning og dermed skade koordineringen og samarbejdet. Herudover risikerer de "specialiserede medarbejdere" at miste den faglige tilknytning til det brede normalområde.

Interviewpersoner inden for socialpsykiatrien har vurderet, at tilbud inden for deres område i højere grad bør dække flygtninge med traumer og deres særlige behov for rådgivning, støtte og sociale aktiviteter. Andre interviewpersoner inden for det sociale område for voksne (handicap og psykiatri m.m.) efterlyser flere sociale aktiviteter og væresteder for flygtninge med traumer. De fleste er inspireret af "Muhabet", der er et værested for flygtninge med traumer eller psykisk lidelse med enhed i København og Aarhus.

Aktørernes bud på indsatsområder hos samarbejdspartnere

I spørgeskemaundersøgelsen har de kommunale aktører haft mulighed for at pege på indsatsområder hos relevante samarbejdspartnere, som kan styrke traumeindsatsen. Aktørerne har kunnet pege på forhold vedrørende tilbuds- viftens kvalitet og kapacitet, viden om traumer hos samarbejdspartnere, prioritering af det tværfaglige samarbejde og samarbejdsformer samt rolle- og ansvarsfordelinger m.m. Resultaterne fremgår af figur 18.

Figur 18. Hvilke af følgende indsatser, vurderer du, kan styrke indsatsen for flygtninge med traumer hos andre samarbejdspartnere (eksterne samarbejdspartnere såvel som kommunale samarbejdspartnere i andre afd./forvaltninger)?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=328

De fleste kommunale aktører – henholdsvis 74 pct. og 72 pct. – peger på, at deres samarbejdspartnere kan prioritere det tværfaglige samarbejde yderligere og få mere viden om flygtninge med traumer.

62 pct. af de kommunale aktører efterspørger tydeligere rolle- og ansvarsfordelinger mellem aktørerne, herunder udpegning af koordinatore i de komplerede borgersager. I interview peger aktører på, at kommunerne på mange måder kan sammenligne flygtninge med traumer med de udfordringer, de har for borgere med senhjerneskade – både i forhold til udredning og i forhold til det tværfaglige samarbejde. Der er aktuelt i mange kommuner iværksat udviklingsprojekter, der skal styrke udredninger af senhjerneskadede borgere og styrke de tværfaglige indsatser (bl.a. med hjerneskadecoordinatorer). Aktørerne mener, at mange af løsningsmodellerne inden for senhjerneskadeområdet også er anvendelige i indsatsen for flygtningefamilier med traumer.

Det fremgår, at 69 pct. af de kommunale aktører efterspørger mere behandlingskapacitet. De kommunale aktører oplever, at der kan gå lang tid fra visitationstidspunktet til egentlig behandling påbegyndes. På børne- og ungeområdet er der mere åbenlyse kapacitetsproblemer i børne- og ungdomspsykiatrien, hvor der kan være lange ventetider.

31 pct. af de kommunale aktører efterlyser mere kvalitet i de eksisterende tilbud om afdækning og behandling af traumer. I interview kritiserer en gruppe af de kommunale aktører behandlingsstederne for at være for fokuserede på de kliniske behandlingstilbud og ikke se værdien af mere brede og rehabiliterende forløb i samarbejde med f.eks. jobcentrene.

33 pct. af de kommunale aktører ønsker tydeligere – eventuelle skriftlige – arbejdsgangsbeskrivelser og snitfladebeskrivelser, der beskriver kerneopgaver og visitationsprocedurer mellem aktører. I fritekst til spørgeskemaet påpeger flere dog, at det "lugter af mere bureaukrati" og flere fandt større behov for at "brænde papir" og styrke de personlige og uformelle relationer mellem aktører.

I fritekst i spørgeskemaet og i de personlige interview har de kommunale aktører fremhævet andre indsatsområder hos samarbejdspartnere som vigtige for en styrket traumeindsats. De er kort fremhævet nedenfor:

- Der mangler generelt tilbud med familiebehandling, herunder behandlingstilbud til børn og unge med (sekundært) traumer
- Transport fra bopæl til behandlingssted er en barriere for flygtninge med traumer. De peger på, at den udgående distriktspsykiatri i højere grad skal være specialiseret i forhold til flygtninge med traumer

-
- Der er brug for at bryde den isolation, som mange flygtninge med traumer befinder sig i (evt. med flere sociale væresteder – enten i regi af socialpsykiatrien eller som værestedet "Muhabet")
 - Mere ledelsesmæssig fokus på området i kommunerne. Lederne (både de administrative og de politiske) har ikke tilstrækkelig opmærksomhed på flygtninge med traumer og prioriterer ikke området
 - Bedre samarbejde med asylcentrene, så viden om familiernes ressourcer og eventuelle traumeforhold overdrages til kommunerne ved modtagelsen

LG Insight har ligeledes gennemført interview med en lang række aktører inden for det sundhedsfaglige behandlingssystem. I interviewene kunne de også pege på områder, hvor deres samarbejdspartnere kunne styrke indsatsen:

- Der er mange indgange i kommunen, men kun få udgange: Indsatsen er splittet op på mange afdelinger og mange sagsbehandlere, og den er ofte for lidt koordineret. De sundhedsfaglige aktører efterlyser en koordinatorfunktion i kommunerne, der varetager koordinering og samarbejde med borgerne og med eksterne samarbejdspartnere.
- Grupper af aktører i kommunerne og i det sundhedsfaglige system mangler grundlæggende viden om traumer og er ikke opmærksomme på symptomer på traumer hos flygtninge. Det betyder, at flygtninge med traumer kan køre rundt imellem aktørerne i årevis, uden at den rette behandling iværksættes. De sundhedsfaglige aktører fremhæver, at der bør sættes mere fokus på området i "normalsystemerne", så alle relevante fagfolk får opmærksomhed på området og lærer metoder til tidligt at spotte eventuelle traumer.
- En gruppe af de sundhedsfaglige aktører påpeger vigtigheden af respekt for hinandens roller og faglighed i traumeindsatsen. Det er en lægefaglig opgave at stille en diagnose, og samarbejdspartnere bør lytte til de sundhedsfaglige aktørers vurderinger af borgernes ressourcer, herunder tage de nødvendige hensyn til borgernes behandlingsforløb.
- Lovgivning og de kommunale aktørers praksis lægger stort pres på flygtninge med traumer. Det kommunale pres kan forværre borgernes helbred og kan ødelægge effekter af behandling. Kommunerne skal i højere grad tilpasse egne indsatsen efter behandlingsmæssige hensyn.

De sundhedsfaglige aktører er enige med de kommunale aktører om, at der mangler tilbud med fokus på hele familien, herunder også behandlingstilbud til børn og unge med psykiske lidelser eller traumer.

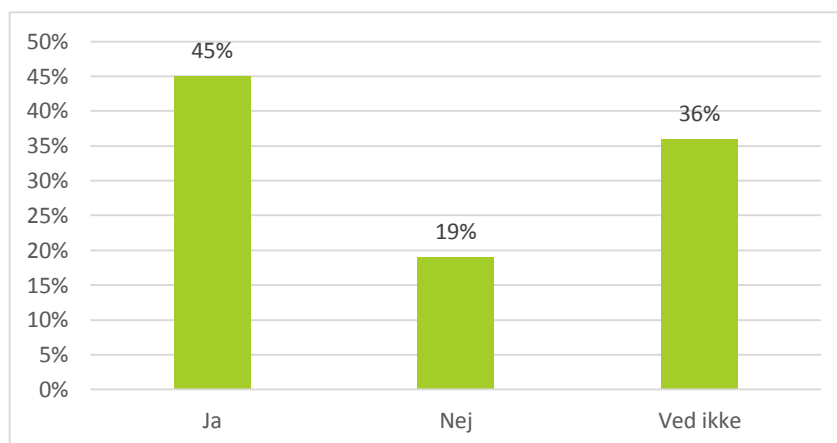
Sundhedsfaglige aktører beklager desuden i interview, at alle aktører på tværs af myndighedsområder forsøger at optimere egne indsatsen og budgetter. De

oplever en tendens til, at aktørerne lukker sig om egne kernoopgaver og nedprioriterer de tværfaglige samarbejdsopgaver. Forebyggende indsats i samarbejde mellem regioner og kommuner lukkes eller støttes ikke økonomisk (f.eks. væresteder for flygtninge med traumer lokalt i boligområder), ligesom flere af de ikke-myndighedsforpligtende "tovholder"-funktioner i stigende grad nedprioriteres (f.eks. socialrådgivere på sygehuse og på behandlingssteder).

Muliggør lovgivning den bedste indsats?

LG Insight har i spørgeskemaundersøgelsen spurgt de kommunale aktører med kontakt og tilbud til flygtninge med traumer, om lovgivningen muliggør den nødvendige indsats. Resultaterne fremgår af figur 19.

Figur 19. Giver lovgivningen de nødvendige muligheder for at tilbyde den optimale indsats for flygtninge med traumer eller symptomer på traumer?



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse, LG Insight, N=328

Figuren viser, at 45 pct. af de kommunale aktører vurderer, at lovgivningen giver de nødvendige muligheder for at tilbyde den optimale traumeindsats. 16 pct. af aktørerne svarer nej, mens hele 36 pct. er i tvivl og svarer "ved ikke". Det bemærkes især, at mange af de kommunale aktører svarer "ved ikke". Det er et bemærkelsesværdigt resultat og understøtter aktørernes egne generelle oplevelser af, at de ikke har nok viden om flygtninge med traumer, og at traumeindsatsen kun fylder meget lidt inden for nogle fagområder i kommunerne.

I fritekst i spørgeskemaet uddyber aktørerne med følgende eksempler, hvor de vurderer, at lovgivningen ikke muliggør den optimale indsats:

- Lov om styring af den aktive beskæftigelsesindsats påbyder en organisatorisk, fysisk og faglig adskillelse af den beskæftigelsesfaglige, økonomiske og socialfaglige indsats i kommunerne. Det vanskeliggør organiseringsformer, der understøtter tværfaglige indsats

-
- Lov om aktiv beskæftigelsesindsats muliggør ikke, at kommunerne kan finansiere egentlige behandlingstilbud til flygtninge med traumer. Det gør det vanskeligt at sammensætte tilbudsviften, så de enkelte tilbud favner bredere rehabiliterende elementer.
 - Egenbetaling af psykologbehandling medfører mange gange, at flygtninge med traumer ikke kommer i behandling. Kommunen har måske vurderet, at der er et rådighedsbeløb til stede og giver afslag på økonomisk støtte til psykologtilbud, men flere flygtningefamilier lever under stramme økonomiske kår og får derfor ikke den nødvendige behandling.