



Kartlegging av tilbudet til traumatiserte ofre for vold, overgrep, ulykker og katastrofer, flyktninger og torturofre

November 2006

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

Innhold

Tabelloversikt.....	4
1 Innledning.....	8
2 Fremgangsmåte, dekningsprosent og utvalg.....	9
2.1 Fremgangsmåte.....	9
2.2 Skjemadistribusjon, dekning og svarprosent	9
2.2.1 Frafall.....	10
2.2.2 Begrunnelser for ikke å delta	10
2.3 Utvalg	11
3 Behandlingen av pasienter med potensielt traumatiserende opplevelser.	13
3.1 Traumatiserte ofre for vold og overgrep	13
3.1.1 Søknader, utredete pasienter og avslag.....	13
3.1.2 Behandlingstilbudet	17
3.1.3 Avslutning av behandlingen	19
3.1.4 Samarbeidet med andre instanser.....	20
3.1.5 Vurdering av behandlingen.....	22
3.2 Traumatiserte ofre for ulykker og katastrofer	24
3.2.1 Søknader, utredete pasienter og avslag.....	24
3.2.2 Behandlingstilbudet	25
3.2.3 Avslutning av behandlingen	26
3.2.4 Samarbeidet med andre instanser.....	26
3.2.5 Vurdering av behandlingen.....	27
3.3 Traumatiserte flyktninger og torturofre	29
3.3.1 Søknader, utredete pasienter og avslag.....	29
3.3.2 Behandlingstilbudet	31
3.3.3 Avslutning av behandlingen	33
3.3.4 Samarbeidet med andre instanser.....	34
3.3.5 Vurderingen av behandlingen	35
3.4 Bruk av tolker	37
3.5 Forekomsten av spesialiserte kliniske tilbud til volds- og traumeutsatte i den enkelte region, herunder behandling av somatiske torturskader.	38
4 Oppsummering	40
4.1 Omfang av tilbud og dekning av behov	40
4.2 Behandlingstilbudene til volds- og traumeutsatte.....	41
4.3 Samarbeidet med andre instanser om volds- og traumeutsatte	41
4.4 Tolketjenesten - behov, bruk og kvalitet.....	42
4.5 Spesialiserte kliniske tilbud til volds- og traumeutsatte i den enkelte region.	43
5 Vurderinger og anbefalinger.....	44
5.1 Særsilt om spørsmålet om å gi ett DPS i hver region status som kompetansemiljø.....	44
5.2 Traumatiserte flyktninger og torturofre	45
5.3 Generelle anbefalinger	47
Vedlegg 1 Tabeller - volds- og overgrepsofre.....	50
Vedlegg 2 Tabeller ulykkes- og katastrofeofre	59

Vedlegg 3	Tabeller traumatiserte flyktninger og torturofre	65
Vedlegg 4	Spørreskjema	75

Tabelloversikt

Tabell 2.1	<i>Institusjonstype</i>	11
Tabell 2.2	<i>Helseregion</i>	11
Tabell 2.3	<i>Institusjonstype fordelt på helseregion. Antall</i>	12
Tabell 3.1	<i>Har fått søkt inn antatt traumatiserte ofre for vold eller overgrep siste år</i>	14
Tabell 3.2	<i>Antall antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep søkt inn siste år</i>	14
Tabell 3.3	<i>Antall antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep søkt inn siste år fordelt på type enhet</i>	15
Tabell 3.4	<i>Antall antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep mottatt til utredning eller behandling siste år</i>	15
Tabell 3.5	<i>Antall søknader om behandling av antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep avslått siste år</i>	16
Tabell 3.6	<i>Andelen enheter som har avslått søknader i forhold til hvor mange søknader de har mottatt</i>	16
Tabell 3.7	<i>Andelen av ulike typer enheter som har avslått søknader fra antatt traumatiserte ofre for vold eller overgrep siste år</i>	17
Tabell 3.8	<i>Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene? ...</i>	17
Tabell 3.9	<i>Andel av volds- og overgrepsutsatte som får følgende behandling:</i>	18
Tabell 3.10	<i>Hvor store andeler av ofrene for vold og overgrep sluttet av følgende grunner:</i>	19
Tabell 3.11	<i>Samarbeid med andre instanser om ofre for vold og overgrep</i>	20
Tabell 3.12	<i>Vurdering av samarbeidet med andre instanser om ofre for vold og overgrep</i>	21
Tabell 3.13	<i>Vurdering av samarbeidet med konsultasjonsteamet i Helseregion Nord</i>	21
Tabell 3.14	<i>Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for vold og overgrep?</i>	22
Tabell 3.15	<i>gitt den ønskede behandling til ofre for vold og overgrep for de ulike instanstyper</i>	22
Tabell 3.16	<i>Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for vold eller overgrep</i>	23
Tabell 3.17	<i>Viktigste hindring for å gi et bedre tilbud til ofre for vold eller overgrep for de ulike instanstypene</i>	23
Tabell 3.18	<i>Har fått søkt inn antatt traumatiserte ofre for ulykker eller katastrofer siste år?</i>	24
Tabell 3.19	<i>Andel av ulykkes og katastrofeutsatte som får følgende behandling</i>	25

Tabell 3.20	<i>Hvor store andeler av ofrene for ulykker og katastrofer slutter av følgende grunner.....</i>	26
Tabell 3.21	<i>Samarbeid med andre instanser om ofre for ulykker og katastrofer</i>	26
Tabell 3.22	<i>Vurdering av samarbeidet med andre instanser om ulykkes- og katastrofeofre</i>	27
Tabell 3.23	<i>Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for ulykker og katastrofer?</i>	27
Tabell 3.24	<i>Andelen som får gitt den behandling dere ønsker til ofre for ulykker og katastrofer av de ulike instanstype.....</i>	28
Tabell 3.25	<i>Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for ulykker og katastrofer?</i>	28
Tabell 3.26	<i>Har fått søkt inn antatt traumatiserte flyktninger og torturofre siste år.</i>	29
Tabell 3.27	<i>Antall søknader fra antatt traumatiserte flyktninger eller torturofre avslått siste år.</i>	30
Tabell 3.28	<i>Andelen av ulike typer enheter som har avslått søknader fra antatt traumatiserte flyktninger eller torturofre siste år.</i>	30
Tabell 3.29	<i>Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene? ...</i>	31
Tabell 3.30	<i>Andel av flyktninger og torturofre som får følgende behandling</i>	32
Tabell 3.31	<i>Hvor store andeler av flyktningene og torturofrene sluttet av følgende grunner</i>	33
Tabell 3.32	<i>Samarbeid med andre instanser om flyktninger og torturofre</i>	34
Tabell 3.33	<i>Vurdering av samarbeidet med andre instanser om traumatiserte flyktninger og torturofre</i>	35
Tabell 3.34	<i>Får dere gitt den behandling dere ønsker til traumatiserte flyktninger og torturofre?.....</i>	35
Tabell 3.35	<i>Andelen av de ulike typene enheter som får gitt den behandling de ønsker til traumatiserte flyktninger og torturofre</i>	36
Tabell 3.36	<i>Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til traumatiserte flyktninger og torturofre?</i>	36
Tabell 3.37	<i>Løsning når tolketjeneste ikke er tilgjengelig.....</i>	37
Tabell 4.1	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får tidlig intervensjon/krisehjelp</i>	50
Tabell 4.2	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får kortvarig utredning eller krisebehandling.....</i>	51
Tabell 4.3	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får traumespesifikke behandlingsmetoder</i>	51
Tabell 4.4	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får medisinering.....</i>	52
Tabell 4.5	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får henvisning til annen behandling.....</i>	52
Tabell 4.6	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får samarbeidsmøter</i>	53
Tabell 4.7	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får familiesamtaler.....</i>	53
Tabell 4.8	<i>Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd</i>	54

Tabell 4.9	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd	54
Tabell 4.10	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold overgrep får oppfølging med samtalebehandling > 20 t/1 år	55
Tabell 4.11	Hvor store andeler av ofrene for vold og overgrep sluttet av ulike grunner innen de ulike typene av enheter	56
Tabell 4.12	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får tidlig intervensjon/krisehjelp	59
Tabell 4.13	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får kortvarig utredning eller krisebehandling	60
Tabell 4.14	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får traumespesifikke behandlingsmetoder	60
Tabell 4.15	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får medisinering	61
Tabell 4.16	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får henvisning til annen behandling	61
Tabell 4.17	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får samarbeidsmøter	62
Tabell 4.18	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får familiesamtaler	62
Tabell 4.19	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får oppfølging med samtalebehandling 6-10t/3-5mnd	63
Tabell 4.20	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd	63
Tabell 4.21	Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får oppfølging med samtalebehandling > 20 t/>1 år	64
Tabell 4.22	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får tidlig intervensjon	65
Tabell 4.23	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får psykososial utredning	66
Tabell 4.24	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får støttesamtaler	66
Tabell 4.25	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får traumespesifikke behandlingsmetoder	67
Tabell 4.26	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får kortvarig samtalebehandling	67
Tabell 4.27	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får medisinering	68
Tabell 4.28	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får henvisning til annen behandling	68
Tabell 4.29	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får samarbeidsmøter	69
Tabell 4.30	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får familiesamtaler	69
Tabell 4.31	Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd	70

-
- Tabell 4.32 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får **oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd*** 70
- Tabell 4.33 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får **oppfølging med samtalebehandling >20 t/1 år*** 71
- Tabell 4.34 *Hvor store andeler av flyktningene og torturofrene sluttet av ulike grunner innen de ulike typene av enheter* 72

1 Innledning

På oppdrag for Sosial- og helsedirektoratet gjennomførte NKVTS i samarbeid med regionale helseforetak våren 2006 en kartlegging av behandlingstilbudet til volds- og traumeutsatte. Undersøkelsen hadde imidlertid en svært lav svarprosent, blant annet på grunn av stramme tidsrammer. NKVTS foreslo derfor overfor direktoratet å videreføre kartleggingsarbeidet med en ny undersøkelse for å kunne gi et bedre grunnlag for vurdering av det kliniske tilbudet og eventuelle behov for styrking.

Direktoratet ga på den bakgrunn i brev av 18. sept. 2006 NKVTS i oppdrag å gjennomføre en ny kartlegging. Kartleggingen skulle gjennomføres innen 15. november 2006. I tillegg til de punkter som var tatt opp i den første kartleggingen skulle en i den nye undersøkningen også belyse hvor det var etablert spesialiserte kliniske tilbud til volds- og traumeutsatte, behov for og faktisk bruk av tolk, og hvordan kvaliteten på tolkene ble vurdert.

Det ble også bedt om at det med basis i kartleggingen ble foretatt en vurdering av

- hvorvidt det er hensiktsmessig å gi ett DPS i hver region status som kompetansemiljø for behandling av traumatiserte med særskilt veiledning fra de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
- hvordan sikre og styrke helhetlig (somatisk og psykisk) behandling av torturofre
- anbefalinger mht tolketjenester i psykisk helsevern

Prosjektet er gjennomført i samarbeid med de regionale helseforetakene og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Deltakere i prosjektgruppen har vært: Inger Elise Birkeland, Marianne Jacobsen, Nora Sveaass, Tore Indregård og Ole Kristian Hjemdal fra NKVTS, Anne Aasen og Roar Fosse fra Helse øst, Birgit Lie fra Helse sør, Dag Øystein Nordanger fra Helse vest, Håkon Stenmark fra Helse midt-Norge og Aud Karin Bjørn fra Helse nord.

Prosjektgruppen har avholdt tre møter/telefonmøter og medlemmene i prosjektgruppen har i tillegg gitt innspill til kartleggingen via e-post.

2 Fremgangsmåte, dekningsprosent og utvalg

2.1 Fremgangsmåte

Undersøkelsen ble gjennomført dels som en webbasert undersøkelse, dels som en vanlig papirbasert undersøkelse. Enhetene fikk tilsendt en e-post med en lenke til spørreskjemaet. I tillegg hadde e-posten et vedlegg med spørreskjemaet i word-format. For de som av ulike grunner heller ville fylle ut skjemaet i papirformat kunne skjemaet enten fylles ut og returneres elektronisk, eller skives ut og sendes i vanlig post.

I alt var det 203 enheter som besvarte undersøkelsen innen tidsfristen. Av disse var det 105 enheter som svarte via web og 98 som brukte papirskjemaene.

2.2 Skjemadistribusjon, dekning og svarprosent

I samråd med prosjektgruppen ble følgende distribusjon gjennomført E-post ble sendt til alle helseforetak v/direktør og divisjonsleder for psykisk helse. Disse ble bedt om å fremskaffe e-postadresser til de enhetene som skulle besvare kartleggingen. De enhetene som vi fikk tilsendt e-postadresser til fikk så tilsendt e-post med lenke og vedlegg.

Gjennom en sammenfatning av oppdaterte organisasjonsoversikter presentert på helseforetakenes hjemmesider er det anslått at det finnes 767 separate behandlingsenheter. 192 av disse enhetene er dekket gjennom de innsendte svarskjemaene, en dekningsgrad på 25 prosent. Det er ingen skilnad på dekningsgrad mellom BUP- eller VOP-enheter. Regionalt varierer dekningsgraden fra 17 til 37 prosent. Dekningsgraden i hvert enkelt helseforetak varierer sterkt, fra 0 til 83 prosent. Åtte helseforetak har null til 10 prosent dekningsgrad, seks har over 50 prosent.

En komplisert distribusjonsprosess førte til at det ble problematisk å opprettholde en eksakt oversikt over enheter som mottok spørreskjema, følgelig kan ikke svarprosent beregnes.

En webbasert kartlegging med oppfølging krever at hver enhet får tilsendt sin unike link. Fordi ingen samlet e-postliste til behandlingsenhetene fantes, og for å forankre

undersøkelsen i linjen, ble alle helseforetak kontaktet på ledernivå med forespørsel om oversikt over behandlingsenhetene. De fleste helseforetakene ga oss e-postadresser til avdelingsledere, og disse ble anmodet om å oppgi adressene til enhetslederne som var primær målgruppe.

En rekke helseforetak har et datasystem som umuliggjør besvarelser over Internett, derfor ble et filvedlegg med et utskrivbart skjema også lagt ved. Avdelingene distribuerte papirskjemaet til enhetene, ofte uten å gi NKVTS oversikt over hvem disse var.

Distribusjonsmetoden innebar i praksis også mange runder med ulike nivåer, fra divisjon til avdeling, poster og enheter. Hver runde tok tid, og det ble følgelig stor variasjon i tiden enhetene hadde til å svare, likeså tid til purring og oppfølging fra vår side.

2.2.1 Frafall

75 % av enhetene er ikke dekket av besvarelsene. Et viktig trekk er en stor variasjon mellom ulike helseforetak, både i responstid fra avdelingsledernivå, men også i svarprosent fra de enhetene vi med sikkerhet vet mottok spørreskjema. Dette indikerer ulike holdninger i helseforetakene i forhold til å ville delta i undersøkelsen. Nedenfor gjengis en oppsummering av kommentarer og begrunnelser NKVTS har mottatt for hvorfor man har valgt ikke å delta.

2.2.2 Begrunnelser for ikke å delta

Begrunnelser for ikke å delta faller i fire hovedgrupper:

1. At det ikke var mulig å fremskaffe tallene det ble spurt om uten å gå gjennom journalene, noe som ikke lot seg gjøre innenfor den korte fristen
2. At dette vurderes som for ressurskrevende og ikke kan prioriteres
3. At det uansett ikke ville være mulig å fremskaffe de aktuelle tallene fordi slikt ikke blir registrert, og at dette vil kreve en prospektiv undersøkelse i et angitt tidsrom eller omlegging av registreringssystemet
4. En generell skjematrethet, og etterlysning av en samlet plan og koordinering for slike kartlegginger fra sentrale myndigheter.

2.3 Utvalg

Respondentene fordeler seg på de ulike typene av enheter som følger:

Tabell 2.1 *Institusjonstype*

	Antall	Prosentandel
BUP - poliklinikk	30	14,8
BUP - døgntilbud	11	5,4
VOP-sykehus - poliklinikk	14	6,9
VOP-sykehus - døgnavdeling	24	11,8
DPS-poliklinikk	23	11,3
DPS-døgnavdeling	14	6,9
Akuttmottak	3	1,5
Privatpraktiserende	68	33,5
Annet	16	7,9
Total	203	100,0

68 av de som svarte var privatpraktiserende. Dette omfatter ikke bare enkeltmannsforetak, også enkelte større enheter, den største med 9 hele årsverk, inngår i kategorien. Kategorien ”annet” omfatter blant annet ambulante team, rusinstitusjoner, regional sikkerhetsavdeling, DPS døgnavdeling og poliklinikk samlet, og familieklinikk dag eller døgntilbud.

Enheterne fordeler seg på helseregionene som følger:

Tabell 2.2 *Helseregion*

	Antall	prosentandel
Øst	46*	22,7
Sør	52	25,6
Vest	46	22,7
Midt-Norge	37	18,2
Nord	22	10,8
Total	203	100,0

Sett i forhold til det totale antallet enheter i regionen er det Helseregion øst som har færrest innsendte skjema. Dette skyldes til en viss grad at det for Helseregion øst ikke er med privatpraktiserende spesialister, ettersom disse ble kartlagt spesielt i første runde av undersøkelsen. Det var da 32 privatpraktiserende som svarte fra denne regionen.

* Privatpraktiserende ikke med

Tar vi inn de 32 privatpraktiserende i Helseregion øst, øker andelen her til en tredjedel av respondentene, og er dermed mer overensstemmende med regionens reelle andel av enhetene. Imidlertid er spørsmålene i første runde så vidt forskjellige fra den nye runden, at det er vanskelig å inkludere de 32 privatpraktiserende i resultatoversikten. Kontroller på de variable hvor dette lar seg gjøre viser også at helhetsbildet ikke blir vesentlig endre ved at de tas inn

Fordeler vi de ulike typene enhet på region, ser vi at det er de private spesialistene som utgjør den største gruppen respondenter i alle regionene, også i øst dersom vi tar med de 32 fra forrige runde

Tabell 2.3 *Institusjonstype fordelt på helseregion. Antall*

Institusjonstype	Helseregion					Total
	Øst	Sør	Vest	Midt-Norge	Nord	
BUP - poliklinikk	11	5	5	2	7	30
BUP - døgntilbud	4	1	1	1	4	11
VOP-sykehus - poliklinikk	5	3	2	1	3	14
VOP-sykehus - døgnavdeling	6	4	8	4	2	24
DPS-poliklinikk	8	3	7	1	4	23
DPS-døgnavdeling	5	5	1	2	1	14
Akuttmottak	0	1	1	0	1	3
Privatpraktiserende	1*	25	19	23	0	68
Annet	6	5	2	3	0	16
Total	46	52	46	37	22	203

* pluss 32 fra kartleggingen i mai

Ikke alle enheter har oppgitt antall årsverk, men de i underkant av 180 enhetene som har svart på spørsmålet omfatter i alt omtrent 4400 årsverk, over 43000 pasienter blir søkt inn til dem årlig, og de oppgir å ha hatt over 62000 pasienter inne til konsultasjon siste år. I det siste tallet ligger for enkelte av instansenes del også flere konsultasjoner med den samme pasienten. Den enheten som behandlet flest oppga at de hadde hatt 3156 pasienter inne til konsultasjon siste år, i snitt lå antallet på nesten 340 pasienter per enhet.

3 Behandlingen av pasienter med potensielt traumatiserende opplevelser.

Av de 203 enhetene var det 171, eller 84 prosent, som oppga at det siste år var søkt inn traumatiserte ofre for vold og overgrep til dem. Atskillig færre, 87 enheter, eller litt under 43 prosent, oppga at de hadde fått søkt inn ofre for ulykker og katastrofer, mens 105 enheter, litt under 52 prosent, oppga at det hadde blitt søkt inn traumatiserte flyktninger og torturofre.

Ser vi på alle pasientgruppene samlet var det bare 19 enheter, litt over ni prosent, som oppga at de ikke hadde noen traumatiserte pasienter, og ytterligere åtte enheter, litt under fire prosent, som ikke visste om de hadde det eller ikke. Både i Helseregion nord og i Helseregion vest var det over 90 prosent av enhetene som oppga at det var søkt inn traumatiserte pasienter til dem, mens andelen i de øvrige regionene lå på rundt 85 prosent.

Andelene som oppgir at det siste år har vært traumatiserte blant de som er søkt inn er størst hos BUP og DPS poliklinikkene, akuttmottakene og i kategorien annet, med andeler på mellom 93 og 100 prosent. De laveste andelene finner vi blant døgnavdelingene, med fra litt over 64 til litt over 80 prosent, mens 88 prosent av de privatpraktiserende hadde fått søkt inn minst en av kategoriene traumatiserte.

For å få et mest mulig helhetlig bilde av behandlingen som tilbys de ulike gruppene av traumatiserte, vil vi i den videre gjennomgangen behandle hver av de tre gruppene for seg.

3.1 Traumatiserte ofre for vold og overgrep

3.1.1 Søknader, utredete pasienter og avslag

Andelen som hadde fått søkt inn ofre for vold og overgrep var størst blant akuttmottakene, DPS poliklinikkene og BUP poliklinikkene, lavest blant DPS døgnavdelingene.

Tabell 3.1 *Har fått søkt inn antatt traumatiserte ofre for vold eller overgrep siste år*

DPS-poliklinikk	100,0%
Akuttmottak	100,0%
BUP - poliklinikk	96,6%
Privatpraktiserende	86,8%
Annet	86,7%
BUP - døgntilbud	81,8%
VOP-sykehus - døgnavdeling	81,8%
VOP-sykehus - poliklinikk	78,6%
DPS-døgnavdeling	66,7%

N = 196

Erfaringen fra forrige kartleggingsrunde var at mange av enhetene fant det vanskelig å oppgi nøyaktige pasientantall innen de ulike kategoriene. I den nye kartleggingen ble de derfor bedt om å markere omtrent hvor antallet lå innen på forhånd gitte intervaller. Dette har den ulempen at det ikke er mulig å angi totalantall for de enkelte pasientgruppene, og heller ikke hvor store andeler av den samlede pasientpopulasjonen disse gruppene utgjør.

Over halvparten av de enhetene som hadde fått søkt inn volds- og overgrepsutsatte siste år, oppga at det dreide seg om under 10 personer, mens omtrent en tredjedel oppga at det dreide seg om mellom 11 og 50 pasienter. Under 10 prosent av enhetene hadde behandlet over 50 volds- og overgrepsutsatte.

Tabell 3.2 *Antall antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep søkt inn siste år*

Andel av enhetene	
1 - 5	32,3 %
6 - 10	24,2 %
11 - 50	34,2 %
51 - 100	3,7 %
over 100	5,6 %
Total	100,0 %

N = 161

Det er først og fremst akuttmottakene og poliklinikkene som får søkt inn mange volds- og overgrepsrammede. Dette er også å forvente ettersom de både har det største pasienttilfanget totalt og på mange måter representerer spesialisthelsetjenestens "førstelinje".

Tabell 3.3 *Antall antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep søkt inn siste år fordelt på type enhet*

	1-5	6-10	11 - 50	51-100	Over 100	Total
BUP - poliklinikk	11,5%	30,8%	53,8%	3,8%	,0%	100%
BUP - døgntilbud	55,6%	33,3%	11,1%	,0%	,0%	100%
VOP-sykehus - poliklinikk	9,1%	27,3%	45,5%	9,1%	9,1%	100%
VOP-sykehus - døgnavdeling	11,8%	23,5%	47,1%	5,9%	11,8%	100%
DPS-poliklinikk	23,8%	23,8%	42,9%	4,8%	4,8%	100%
DPS-døgnavdeling	42,9%	,0%	57,1%	,0%	,0%	100%
Akuttmottak	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100%
Privatpraktiserende	50,9%	26,3%	19,3%	,0%	3,5%	100%
Annet	36,4%	9,1%	27,3%	,0%	27,3%	100%
Total	32,3%	24,2%	34,2%	3,7%	5,6%	100%

N = 161

Bildet er omtrent det samme når vi ser på hvor mange volds- og overgrepsutsatte enhetene har tatt i mot til utredning eller behandling, som når vi ser på hvor mange som er søkt inn:

Tabell 3.4 *Antall antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep mottatt til utredning eller behandling siste år*

Andel av enhetene	
1 - 5	36,6 %
6 - 10	20,5 %
11 - 50	34,8 %
51 - 100	4,3 %
over 100	3,7 %
Total	100,0 %

N = 161

Det er altså få enheter som behandler mange traumatiserte ofre for vold og overgrep, de fleste har bare et fåtall av denne gruppen traumatiserte hvert år.

Det er relativt få enheter som har siste år avslått søknader fra antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep, nesten to tredjedeler svarte at de ikke hadde avslått noen søknader.

Tabell 3.5 *Antall søknader om behandling av antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep avslått siste år*

Andel av enhetene	
Ingen	64,9 %
1 - 5	25,8 %
6 - 10	4,6 %
11 - 50	2,6 %
51 - 100	2,0 %
Total	100,0 %

N = 151

Det er en klar sammenheng mellom hvor mange volds- og overgrepsutsatte som blir søkt inn til instansen og hvor tilbøyelige de er til å avslå søknader.

Tabell 3.6 *Andelen enheter som har avslått søknader i forhold til hvor mange søknader de har mottatt*

Antall søknader mottatt	Antall søknader avslått					
	Ingen	1 - 5	6 - 10	11 - 50	51 - 100	Total
1 - 5	70,8%	29,2%	,0%	,0%	,0%	100%
6 - 10	71,4%	20,0%	8,6%	,0%	,0%	100%
11 - 50	56,6%	32,1%	7,5%	3,8%	,0%	100%
51 - 100	66,7%	16,7%	,0%	,0%	16,7%	100%
over 100	33,3%	,0%	,0%	33,3%	33,3%	100%

N = 148

Mens det blant de som hadde mottatt 1- 5 søknader var under 30 prosent som hadde avslått noen søknad, var det nesten halvparten av de som hadde mottatt 11 – 50 søknader og to tredjedeler av de som hadde mottatt over 100 søknader, som hadde avslått søknader.

Ser vi på de ulike typene av enheter og hvordan de fordeler seg med hensyn til å avslå søknader fra volds- og traumeutsatte får vi følgende oversikt:

Tabell 3.7 *Andelen av ulike typer enheter som har avslått søknader fra antatt traumatiserte ofre for vold eller overgrep siste år*

Type enhet	Avslåtte søknader					Total
	Ingen	1 - 5	6 - 10	11 - 50	51 - 100	
BUP - poliklinikk	88,9%	11,1%	,0%	,0%	,0%	100%
BUP - døgntilbud	33,3%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100%
VOP-sykehus - poliklinikk	40,0%	20,0%	20,0%	10,0%	10,0%	100%
VOP-sykehus - døgnavdeling	50,0%	35,7%	7,1%	,0%	7,1%	100%
DPS-poliklinikk	85,0%	10,0%	,0%	5,0%	,0%	100%
DPS-døgnavdeling	62,5%	37,5%	,0%	,0%	,0%	100%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100%
Privatpraktiserende	60,0%	30,0%	8,0%	,0%	2,0%	100%
Annet	54,5%	27,3%	,0%	18,2%	,0%	100%

N = 151

Det er blant BUP døgntilbudene og VOP'ene vi finner de største andelen som hadde avslått søknader fra volds- og overgrepsutsatte.

Den vanligste grunnen til å avslå søknadene var manglende kapasitet, svært få oppga at manglende erfaring og kompetanse var årsaken.

Tabell 3.8 *Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene?*

Ikke kapasitet	51,5%
Ikke erfaring/kompetanse med denne typen problemer	4,5%
Andre grunner	43,9%

N = 137

Blant andre grunner er at pasienten blir henvist til annen institusjon, at pasienten ikke passer inn i forhold til den pasientgruppen som ellers behandles, og at pasienten ikke er motivert for den behandlingen enheten tilbyr.

3.1.2 Behandlingstilbudet

I skjemaet ble enhetene bedt om å oppgi hvor stor andel av de ulike gruppene av traumatiserte pasienter som fikk ulike behandlingstilbud.

Tabell 3.9 *Andel av volds- og overgrepsutsatte som får følgende behandling:*

	Alle/de fleste	halvparten	De færreste/ingen	N
tidlig intervensjon/krisehjelp	49,20 %	10,00 %	40,70 %	130
kortvarig utredning eller samtalebehandling	51,60 %	12,30 %	36,10 %	130
traumespesifikke behandlingsmetoder	41,20 %	17,60 %	41,30 %	131
medisinering	30,10 %	23,80 %	46,00 %	126
henvisning til annen behandling	20,40 %	5,50 %	74,00 %	127
samarbeidsmøter	37,60 %	24,60 %	37,70 %	130
familiesamtaler	33,50 %	20,90 %	45,50 %	134
samtalebehandling 6 - 10t /3 - 5 mnd	43,00 %	18,80 %	38,30 %	128
samtalebehandling 11 - 20t /6 - 12 mnd	25,20 %	27,60 %	47,10 %	123
samtalebehandling >20 t /1 år?	23,30 %	14,70 %	62,00 %	129

Den vanligste behandlingen var tidlig intervensjon/krisehjelp og kortvarig utredning eller samtalebehandling, mens medisiner og mer langvarige behandlingstilbud med samtalebehandling var mindre vanlig. Det var også få som henviste denne pasientgruppen til annen behandling.

De ulike instanstypenes bruk av de forskjellige behandlingsmetodene varierer en del, de nærmere detaljene i dette kan leses ut av tabellene i vedlegg 1. Det er naturlig nok først og fremst poliklinikkene og akuttmtakene som nytter seg av tidlig intervensjon og krisehjelp, mens dette er mindre brukt i døgnavdelingene og blant de privatpraktiserende.

Kortvarig utredning eller krisebehandling brukes mye av de fleste instanstypene, et unntak her er BUP poliklinikkene.

Traumespesifikke behandlingsmetoder brukes i stor grad av BUP døgntilbudene og i noen grad av DPS poliklinikkene og de privatpraktiserende, men er ellers lite brukt.

Medisinering brukes i stor grad av DPS døgnavdelingene og i en viss grad også av de øvrige døgnavdelingene, i mindre grad av poliklinikkene og de privatpraktiserende.

Henvisning til annen behandling forekommer først og fremst ved døgnavdelingene. Poliklinikkene henviser i relativt liten grad.

Samarbeidsmøter nyttes primært ved døgnavdelingene og familiesamtaler først og fremst ved BUP'ene.

Oppfølging med samtalebehandling gis først og fremst ved døgnavdelingene, men lange behandlingstider, ut over 20 timer eller 1 år brukes lite også ved døgnavdelingene.

3.1.3 Avslutning av behandlingen

I skjemaet ble enhetene spurt om hvor store andeler av ofrene for vold og overgrep som sluttet av ulike grunner.

Tabell 3.10 *Hvor store andeler av ofrene for vold og overgrep sluttet av følgende grunner:*

	Alle/de fleste	halvparten	De færreste/ingen	N
fullført utredning eller behandling	67,30 %	16,70 %	16,00 %	150
overføring til annen instans	28,00 %	3,80 %	68,20 %	132
pasienten ønsker å slutte	5,90 %	8,30 %	85,80 %	120
pasienten droppet ut	0,00 %	6,50 %	93,50 %	123
praktiske hindringer	1,80 %	1,90 %	96,30 %	108

Over to tredjedeler av enhetene svarte at alle eller de fleste ofrene sluttet fordi de hadde fullført utredningen eller behandlingen.

En mer detaljert oversikt over hvor store andeler av pasientene som slutter av de ulike grunnene fordelt på de ulike typene av enheter kan leses ut av tabellene i vedlegg 2. Fullført utredning eller behandling er den grunnen til at pasientene slutter som er oppgitt oftest for alle enhetstypene, men andelene som oppgir dette varierer, fra nesten 90 prosent av BUP døgntilbudene til litt over 50 prosent for DPS poliklinikkene. De privatpraktiserende og BUP'ene oppgir denne grunnen til at de fleste pasientene slutter i større grad enn VOP' ene og DPS poliklinikkene.

At behandlingen eller utredningen ble fullført ved instansen medfører ikke nødvendigvis at pasienten skrives ut, ofte betyr det at pasientene overføres til en annen instans. Særlig for døgnavdelingene var dette vanlig. Over halvparten av BUP og VOP døgntilbudene, og nesten halvparten av DPS døgnavdelingene, oppga at dette gjaldt alle eller de fleste klientene. Det var derimot mindre vanlig ved poliklinikkene, og under en fjerdedel av dem oppga at dette gjaldt et flertall av volds- og overgrepsofrene.

Sammenholdt med det vesentlige større innslag av traumatiserte volds- og overgrepsofre ved poliklinikkene enn ved døgnavdelingene, kan dette tyde på at en stor del av disse pasientene bare behandles relativt kortvarig i poliklinikkene, uten at det vurderes som nødvendig med videre innleggelse.

3.1.4 Samarbeidet med andre instanser

I skjemaet ble det stilt spørsmål om hvor mye samarbeid om ofre for vold og overgrep enhetene hadde med andre instanser. De ble også bedt om å vurdere samarbeidet med instansene. Som følge av en teknisk feil i det elektroniske skjemaet var det svært mange av enhetene som ikke fikk spørsmålene om hvor mye samarbeid de hadde, slik at svarprosenten her er svært lav.

Tabell 3.11 *Samarbeid med andre instanser om ofre for vold og overgrep*

	Mye	Lite	Ingen kontakt
fastlege	50,0%	45,0%	5,0%
psykisk helsevern i kommunen	65,0%	30,0%	5,0%
trygdekontor	42,1%	26,3%	31,6%
sosialkontor	47,4%	36,8%	15,8%
familievern		78,9%	21,1%
barnevern	45,0%	45,0%	10,0%
'Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord'		65,0%	35,0%
somatisk spesialisthelsetjeneste		89,5%	10,5%
politi og rettsvesen	5,3%	78,9%	15,8%
rådgivningskontor for kriminalofre		36,8%	63,2%
advokater	5,3%	78,9%	15,8%
forsikringsselskap		57,9%	42,1%
krisesentre?	5,6%	72,2%	22,2%
Støttesenter mot incest	5,3%	52,6%	42,1%
annet psykisk helsevern	35,3%	52,9%	11,8%

N = 20

Det er grunn til å merke seg at samarbeidet først og fremst retter seg mot den lokale helse- og sosialtjenesten, og at instanser utenfor denne sektoren ikke inngår i samarbeidsrelasjoner med enhetene. Det er også grunn til å merke seg at samarbeidet med somatisk spesialisthelsetjeneste er svært begrenset. Mange av volds- og overgrepsofrene vil primært komme i berøring med spesialisthelsetjenesten på grunn av alvorlige fysiske skader, og et helhetlig helsetilbud bør tilstrebes, hvor de også sikres psykiatrisk oppfølging.

Enhetene i Region nord fikk også spørsmål om hvor mye samarbeid de hadde med konsultasjonsteamet. Det er imidlertid bare en instans som har besvart dette spørsmålet.

Enhetene ble bedt om å vurdere samarbeidet med de andre instansene. De tekniske problemene rammet ikke disse spørsmålene, og de ble stilt alle enhetene.

I nedstående tabell er bare tatt med de instansene som har gitt en vurdering, de som ikke har svart at det ikke var aktuelt er tatt ut av prosentueringsgrunnlaget.

Tabell 3.12 *Vurdering av samarbeidet med andre instanser om ofre for vold og overgrep*

	bra	både og	dårlig	N
fastlege	40,6%	51,6%	7,7%	155
psykisk helsevern i kommunen	37,1%	53,8%	9,1%	143
trygdekantor	26,9%	64,7%	8,4%	119
sosialkontor	22,1%	63,9%	13,9%	122
familievern	35,5%	53,8%	10,8%	93
barnevern	38,5%	53,3%	8,2%	122
psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	35,5%	36,8%	27,6%	76
somatisk spesialisthelsetjeneste	50,9%	40,9%	8,2%	110
politi og rettsvesen	44,0%	47,0%	9,0%	100
rådgivningskontor for kriminalofre	18,8%	59,4%	21,9%	32
advokater	24,0%	65,4%	10,6%	104
forsikringsselskap	12,5%	60,7%	26,8%	56
krisesentre	34,7%	56,0%	9,3%	75
Støttesenter mot incest	38,9%	47,2%	13,9%	72
annet psykisk helsevern	42,4%	54,2%	3,4%	118

Enhetene er relativt kritiske overfor sine samarbeidspartnere. Dette gjelder særlig i forhold til instanser utenfor helsesektoren, bortsett fra politiet. Holdningen er mest positiv overfor den somatiske spesialisthelsetjenesten, til tross for at kontakten som vist foran er relativt beskjeden.

Enhetene i helseregion Nord ble også bedt om å vurdere samarbeidet med konsultasjonsteamet. 19 instanser besvarte spørsmålet og de fordelte seg som følger:

Tabell 3.13 *Vurdering av samarbeidet med konsultasjonsteamet i Helseregion Nord*

	Antall enheter
bra	7
dårlig	1
ikke aktuelt	7
ubesvart	4
Total	19

3.1.5 Vurdering av behandlingen

Enhetene ble til slutt spurt om de fikk gitt den behandlingen de ønsket til ofre for vold og overgrep, og om hva som var den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud.

Tabell 3.14 *Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for vold og overgrep?*

Ja	18,9%
Delvis	71,3%
Nei	9,8%

N = 164

Ser vi på de ulike instanstypene er poliklinikkene mest sammensatt med hensyn til om de får gitt den behandlingen de ønsker til denne pasientgruppen. Mens mellom en femtedel og en fjerdedel av poliklinikkene svarer ja på spørsmålet, svarer nesten like mange nei. Døgnavdelingene er mer samlet i sitt syn, og nesten alle svarer at de bare delvis får gitt den behandlingen de ønsker.

Tabell 3.15 *gitt den ønskede behandling til ofre for vold og overgrep for de ulike instanstyper*

	Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for vold og overgrep?		
	Ja	Delvis	Nei
BUP - poliklinikk	18,5%	66,7%	14,8%
BUP – døgntilbud	,0%	100,0%	,0%
VOP-sykehus – poliklinikk	27,3%	45,5%	27,3%
VOP-sykehus – døgnavdeling	,0%	94,1%	5,9%
DPS-poliklinikk	20,0%	65,0%	15,0%
DPS-døgnavdeling	,0%	100,0%	,0%
Akuttmottak	,0%	100,0%	,0%
Privatpraktiserende	28,1%	63,2%	8,8%
Annet	25,0%	75,0%	,0%
Total	18,9%	71,3%	9,8%

N = 164

De instansene som hadde svart nei eller delvis på spørsmålet om de fikk gitt den behandlingen de ønsket, fikk også et spørsmål om hva som var den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud.

Tabell 3.16 *Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for vold eller overgrep*

Manglende kapasitet/ressurser	53,4 %
Mangelfull kompetanse	22,6 %
Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser	12,0 %
Annet	12,0 %

N = 133

Det er særlig de privatpraktiserende og DPS poliklinikkene som henviser til manglende ressurser og kapasitet som viktigste hindring, mens BUP'ene og døgnavdelingene også viser til mangelfull kompetanse. Til tross for at vurderingen av samarbeidet med andre instanser var relativt kritisk ser det ut til at dette ikke er særlig vektlagt som hindring for å gi et bedre tilbud.

Tabell 3.17 *Viktigste hindring for å gi et bedre tilbud til ofre for vold eller overgrep for de ulike instanstypene*

	Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for vold eller overgrep				Total
	Manglende kapasitet /ressurser	Mangelfull kompetanse	Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser	Annet	
BUP – poliklinikk	45,5%	36,4%	13,6%	4,5%	100,0%
BUP – døgntilbud	33,3%	44,4%	22,2%	,0%	100,0%
VOP-sykehus – poliklinikk	50,0%	25,0%	,0%	25,0%	100,0%
VOP-sykehus – døgnavdeling	35,3%	29,4%	17,6%	17,6%	100,0%
DPS-poliklinikk	68,8%	12,5%	,0%	18,8%	100,0%
DPS-døgnavdeling	25,0%	37,5%	12,5%	25,0%	100,0%
Akuttmottak	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	73,2%	7,3%	12,2%	7,3%	100,0%
Annet	44,4%	22,2%	11,1%	22,2%	100,0%
Total	53,4%	22,6%	12,0%	12,0%	100,0%

N = 133

3.2 Traumatiserte ofre for ulykker og katastrofer

3.2.1 Søknader, utredete pasienter og avslag

Det var først og fremst akuttmottakene og poliklinikkene som siste år hadde fått søkt inn traumatiserte ofre for ulykker og katastrofer. Ingen av DPS døgnavdelingene, og under en tredjedel av BUP poliklinikkene hadde fått søknader fra denne pasientgruppen.

Tabell 3.18 *Har fått søkt inn antatt traumatiserte ofre for ulykker eller katastrofer siste år?*

DPS-poliklinikk	72,7%
Akuttmottak	66,7%
BUP - poliklinikk	51,7%
Privatpraktiserende	48,5%
Annet	44,4%
VOP-sykehus - poliklinikk	42,9%
VOP-sykehus - døgnavdeling	39,1%
BUP - døgntilbud	30,0%
DPS-døgnavdeling	,0%

N = 189

Bare 10 enheter oppga at de hadde fått søkt inn mer enn 10 ulykkes- og katastrofeofre siste år, og bare to hadde fått over 50 søknader. I og med at det er så vidt få enheter, er det vanskelig å finne noe klart mønster i hvilke typer enheter som det her er snakk om. Både BUP, VOP og DPS poliklinikker, en VOP sykehus døgnavdeling og flere privatpraktiserende tok i mot flere enn 10 søknader fra denne gruppen pasienter.

21 enheter oppga at de siste år hadde behandlet eller hatt inne til konsultasjon mer enn 10 ofre for ulykker og katastrofer. Av disse var det 11 enheter som hadde hatt mer enn 50. Dette kan tyde på at en del av enhetene her har svart på hvor mange konsultasjoner de har hatt, ikke på hvor mange pasienter.

I alt var det 22 enheter som hadde avslått søknader fra ulykkes- og katastrofeofre siste år. Syv enheter svarte at de ikke visste om de hadde det. Som for volds- og overgrepsofrene var det også her slik at de som hadde mottatt flest søknader, avslå flest. Mens under en fjerdedel av de som hadde mottatt under 10 søknader hadde avslått noen, var det samme tilfelle for halvparten av de som hadde mottatt over 10 søknader. Det er BUP'ene og akuttmottakene som i minst grad avslår søknader, de privatpraktiserende og VOP'ene som avslår flest.

Den vanligste grunnen til å avslå søknadene er manglende kapasitet og ressurser, bare en instans henviser til manglende kompetanse, men en stor andel, 11 av 26

instanser som svarer på spørsmålet, oppgir andre grunner. Blant disse er at traumene ikke har vært tema i henvisningen, at søknaden er for dårlig med for lite beskrevet symptomatologi, eller at pasienten er henvist til annen type instans.

3.2.2 Behandlingstilbudet

Tidlig intervensjon og krisehjelp samt kortvarig utredning eller samtalebehandling, var det som ble mest anvendt overfor ulykkes- og katastrofeofrene.

Behandlingstilbudet var relativt likt som for volds- og overgrepsofrene, men tidlig intervensjon og kortvarig behandling ble brukt noe mer og medisiner og langvarig oppfølging noe mindre for ulykkes- og katastrofeofrene.

Tabell 3.19 *Andel av ulykkes og katastrofeutsatte som får følgende behandling*

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	N
tidlig intervensjon/krisehjelp	64,4%	8,2%	27,4%	73
kortvarig utredning eller samtalebehandling	60,0%	12,0%	28,0%	75
traumespesifikke behandlingsmetoder	58,8%	14,7%	26,5%	68
medisinering	22,9%	17,1%	60,0%	70
henvisning til annen behandling	15,2%	10,6%	74,2%	66
samarbeidsmøter	26,5%	16,2%	57,4%	68
familiesamtaler	36,2%	13,0%	50,7%	69
oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd	44,3%	20,0%	35,7%	70
oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd	20,6%	19,0%	60,3%	63
oppfølging med samtalebehandling >20 t/1 år	15,4%	7,7%	76,9%	65

De ulike instanstypenes bruk av de forskjellige behandlingsmetodene varierer en de. De nærmere detaljene i dette kan leses ut av tabellene i vedlegg 2.

Kortvarige behandlingsopplegg og kriseintervensjon er hyppigst brukt av de fleste respondentene uansett type enhet. Traumespesifikke behandlingsmetoder nyttes i mindre grad av BUP'ene enn i psykisk helsevern for voksne. BUP'ene sammen med de privatpraktiserende bruker også minst medisiner, mens familiesamtaler brukes mest i barne- og ungdomspsykiatrien. På samme måte som for volds- og overgrepsofre er det ikke vanlig at poliklinikkene henviser pasienter til andre instanser. Ingen av instansene bruker mer langvarige behandlingsopplegg med samtaleterapi i særlig grad overfor ulykkes og katastrofeofre.

3.2.3 Avslutning av behandlingen

De aller fleste respondentene, uavhengig av type enhet, oppga at alle eller de fleste ofrene for ulykker og katastrofer sluttet fordi de hadde fullført utredningen eller behandlingen. Unntaket er til en viss grad døgnavdelingene og de privatpraktiserende, men også flere av disse som oppgir dette som vanligste årsak til at de fleste slutter. Antallet enheter innen hver enhetstype som har besvart spørsmålet er imidlertid så vidt lite at noen mer inngående analyse av ulikheter mellom de ulike enhetstype ikke har er gjort.

Tabell 3.20 *Hvor store andeler av ofrene for ulykker og katastrofer slutter av følgende grunner*

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	N
fullført utredning eller behandling	80,0%	5,7%	14,3%	70
overføring til annen instans	16,4%	8,2%	75,4%	61
pasienten ønsker å slutte	12,7%	5,5%	81,8%	55
pasienten droppet ut	1,8%	1,8%	96,4%	55
praktiske hindringer	4,0%		96,0%	50

3.2.4 Samarbeidet med andre instanser

Tabell 3.21 *Samarbeid med andre instanser om ofre for ulykker og katastrofer*

	Mye	Lite	Ingen kontakt	N
fastlege	45,7%	48,1%	6,2%	81
psykisk helsevern i kommunen	40,7%	42,0%	17,3%	81
trygdekontor	15,0%	46,3%	38,8%	80
sosialkontor	15,2%	46,8%	38,0%	79
familievern	6,3%	48,8%	45,0%	80
barnevern	17,3%	42,0%	40,7%	81
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	12,3%	29,6%	58,0%	81
somatisk spesialisthelsetjeneste	17,5%	52,5%	30,0%	80
politi og rettsvesen	12,8%	48,7%	38,5%	78
rådgivningskontor for kriminalofre	1,3%	26,3%	72,5%	80
advokater	3,8%	57,5%	38,8%	80
forsikringsselskap	2,5%	45,0%	52,5%	80
krisesentre	3,8%	33,8%	62,5%	80
Støttesenter mot incest		41,3%	58,8%	80
annet psykisk helsevern	17,5%	48,8%	33,8%	80

Også når det gjelder ulykkes og katastrofeofre er det i hovedsak andre instanser innen helsesektoren enhetene samarbeider med. Særlig psykisk helsevern for voksne har et utstrakt samarbeid med fastlegene, mens BUP'ene har det mest utstrakte samarbeidet med barnevernet.

Enhetene er jevnt over noe mer positive i vurderingen av samarbeidet med andre instanser om ulykkes- og katastrofeofrene enn de var med hensyn til samarbeidet om volds- og traumeofrene.

Tabell 3.22 *Vurdering av samarbeidet med andre instanser om ulykkes- og katastrofeofre*

	bra	både og	dårlig	N
fastlege	59,7%	36,4%	3,9%	77
psykisk helsevern i kommunen	52,3%	40,0%	7,7%	65
trygdekontor	35,4%	50,0%	14,6%	48
sosialkontor	40,4%	40,4%	19,1%	47
familievern	35,3%	47,1%	17,6%	34
barnevern	39,0%	48,8%	12,2%	41
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	58,6%	20,7%	20,7%	29
somatisk spesialisthelsetjeneste	48,9%	42,2%	8,9%	45
politi og rettsvesen	53,7%	34,1%	12,2%	41
rådgivningskontor for kriminalofre	30,8%	53,8%	15,4%	13
advokater	23,3%	67,4%	9,3%	43
forsikringsselskap	14,8%	66,7%	18,5%	27
krisesentre	40,7%	44,4%	14,8%	27
Støttesenter mot incest	33,3%	50,0%	16,7%	24
annet psykisk helsevern	40,9%	52,3%	6,8%	44

3.2.5 Vurdering av behandlingen

Vurderingen av egen behandling av ulykkes- og katastrofeofrene var litt mer positiv enn for volds- og overgrepsofrene. En tredjedel mente de fikk gitt den behandlingen de ønsket

Tabell 3.23 *Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for ulykker og katastrofer?*

	Andel av enhetene
Ja	33,3 %
Delvis	58,0 %
Nei	8,6 %
Total	100,0 %

N =81

Som det fremgår av nedenstående oversikt, er det ikke noe klart mønster med hensyn til hvordan de ulike enhetstypene vurderer den behandlingen de får gitt til ofre for ulykker og katastrofer.

Tabell 3.24 *Andelen som får gitt den behandling dere ønsker til ofre for ulykker og katastrofer av de ulike instanstype*

	Ja	Delvis	Nei
BUP - poliklinikk	40,0%	53,3%	6,7%
BUP - døgntilbud	,0%	100,0%	,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	16,7%	66,7%	16,7%
VOP-sykehus - døgnavdeling	37,5%	62,5%	,0%
DPS-poliklinikk	23,1%	76,9%	,0%
Akuttmottak	,0%	100,0%	,0%
Privatpraktiserende	41,9%	41,9%	16,1%
Annet	25,0%	75,0%	,0%

N = 81

Av de 51 enhetene som svarte på spørsmålet, mente nesten to tredjedeler at manglende kapasitet og ressurser var det viktigste hinderet for å gi et bedre tilbud.

Tabell 3.25 *Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for ulykker og katastrofer?*

	Andel av enhetene
Manglende kapasitet/ressurser	62,7 %
Mangelfull kompetanse	21,6%
Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser	9,8%
Annet	5,9%
Total	100,0%

N = 51

3.3 Traumatiserte flyktninger og torturofre

3.3.1 Søknader, utredete pasienter og avslag

Av de 203 enhetene som svarte på spørreskjema, oppga 105 at de det siste året hadde fått søkt inn traumatiserte flyktninger og torturofre, 11 enheter visste ikke om de hadde mottatt slike søknader og 87 enheter svarte at de ikke hadde mottatt slike søknader i det hele tatt. .

Det var først og fremst akuttmottakene, kategorien ”annet” og poliklinikkene som hadde tatt imot søknader om å ta inn traumatiserte flyktninger og torturofre siste år. Døgnavdelingene og de privatpraktiserende hadde i mindre grad mottatt søknader om denne gruppen..

Tabell 3.26 *Har fått søkt inn antatt traumatiserte flyktninger og torturofre siste år.*

Akuttmottak	100,0%
Annet	85,7%
DPS-poliklinikk	78,9%
BUP – poliklinikk	69,0%
VOP-sykehus – poliklinikk	64,3%
VOP-sykehus - døgnavdeling	57,1%
DPS-døgnavdeling	53,8%
BUP – døgntilbud	36,4%
Privatpraktiserende	33,8%

N = 192

De fleste enhetene, litt over 80 prosent, oppga at det dreide seg om mindre enn 10 søknader, og bare tre enheter hadde mottatt mer enn 50 søknader siste år.

Det er først og fremst poliklinikkene og enhetene i kategorien ”annet” som får søkt inn et større antall flyktninger og torturofre. Instansene i psykisk helsevern for voksne mottar flere søknader enn instansene innen psykisk helsevern for barn og unge.

Syv av de enhetene som hadde mottatt søknader vedrørende flyktninger og torturofre siste år, hadde ikke behandlet noen. De øvrige enhetene fordelte seg relativt likt som for søknadene, over 80 prosent hadde behandlet under 10 flyktninger og torturofre, og bare tre enheter hadde behandlet over 50.

De enhetene som hadde mottatt flest søknader hadde også behandlet flest pasienter innen denne gruppen.

Omtrent en tredjedel av enhetene hadde siste år avslått søknader fra traumatiserte flyktninger og torturofre.

Tabell 3.27 *Antall søknader fra antatt traumatiserte flyktninger eller torturofre avslått siste år.*

Andel av enhetene	
Ingen	62,5%
1 - 5	27,1%
6 - 10	7,3%
11 - 50	3,1%
Total	100,0%

N = 96

Som for de andre gruppene traumatiserte, er det også for flyktningene og torturofrene en klar sammenheng mellom hvor mange søknader enhetene har mottatt og hvor mange søknader som er avslått. Det er VOP'ene, og særlig poliklinikkene, som ved siden av døgntilbudene innen BUP som avslår flest søknader.

Tabell 3.28 *Andelen av ulike typer enheter som har avslått søknader fra antatt traumatiserte flyktninger eller torturofre siste år.*

	Ingen	1 - 5	6 - 10	11 - 50	Total
BUP - poliklinikk	73,7%	26,3%	,0%	,0%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	37,5%	37,5%	12,5%	12,5%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	54,5%	45,5%	,0%	,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	64,3%	28,6%	7,1%	,0%	100,0%
DPS-døgnavdeling	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	66,7%	19,0%	9,5%	4,8%	100,0%
Annet	50,0%	10,0%	30,0%	10,0%	100,0%

N = 96

Blant dem som hadde avslått søknader var manglende kapasitet oppgitt som viktigste grunn til avslagene (litt under en tredjedel), mens manglende kompetanse ble oppgitt av litt under en femtedel. Over halvparten oppga andre grunner.

Tabell 3.29 *Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene?*

	Andel av enhetene
Ikke kapasitet	30,6%
Ikke erfaring/kompetanse med denne typen problemer	16,7%
Andre grunner	52,8%
Total	100,0%

N = 36

Øvrige grunner som ble oppgitt var blant annet at pasienten ikke passet inn i følge prioriteringsforskriften, at andre behandlingstilbud ville passe bedre, at oppholdssituasjonen til pasienten var uavklart, eller at pasientens opphold på mottaket ville være kortvarig.

3.3.2 Behandlingstilbudet

I tilknytning til flyktningene ble det spurt om det var etablert, eller under etablering, noe særskilt somatisk tilbud for torturofre, og hva dette i så fall besto av. Som følge av tekniske problemer mottok ikke alle enhetene dette spørsmålet, slik at bare 38 enheter har besvart det.

Av de 38 var det 20 enheter som svarte at det ikke var opprettet noe særskilt somatisk tilbud mens 16 oppga at de ikke hadde noen informasjon om dette. Kun to instanser har oppgitt at et slikt tilbud fantes. Den ene, som befinner seg i helseregion Vest, oppga at tilbudet besto av somatiske utredninger av torturerte flyktninger. Den andre, i helseregion Sør, oppga at det er planlagt en utbygging av et helhetlig klinisk tilbud til torturofre og sterkt traumatiserte, som et samarbeidsprosjekt mellom somatisk, psykiatrisk og kirurgisk spesialisthelsetjeneste.

Når det gjelder den behandling som traumatiserte flyktninger og torturofre tilbys, finner vi at tidlig intervensjon og krisebehandling naturlig nok er mindre hyppig brukt for denne gruppen sammenlignet med de øvrige gruppene av traumatiserte. De vanligste behandlingsformene er psykososial utredning og støttesamtaler. Medisinering, samarbeidsmøter og henvisning til andre instanser brukes noe mer enn for de øvrige pasientgruppene, mens kortvarig samtalebehandling så vel som mer langvarige oppfølgingsopplegg med samtalebehandling brukes mindre.

Tabell 3.30 *Andel av flyktninger og torturofre som får følgende behandling*

	alle/ de fleste	Halvparten	de færreste/ingen
tidlig intervensjon	35,6%	10,3%	54,0%
psykososial utredning	67,4%	6,5%	26,1%
støttesamtaler	65,2%	8,7%	26,1%
traumespesifikke behandlingsmetoder	46,7%	11,1%	42,2%
kortvarig samtalebehandling	39,3%	16,9%	43,8%
medisinering	38,5%	16,5%	45,1%
henvisning til annen behandling	26,7%	12,8%	60,5%
samarbeidsmøter	48,9%	20,7%	30,4%
familiesamtaler	32,2%	17,8%	50,0%
oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd	28,1%	21,3%	50,6%
oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd	18,4%	27,6%	54,0%
oppfølging med samtalebehandling >20 t/1 år	17,4%	9,3%	73,3%

En detaljert oversikt over hvilke behandlingsmetoder som anvendes av de ulike enhetene kan leses ut av tabellene i vedlegg 3.

Det er først og fremst BUP og VOP døgnavdelingene og akuttavdelingene som iverksetter tidlig intervensjon. Psykososial utredning gjennomføres av de fleste, men minst av de privatpraktiserende og VOP sykehusdøgnavdelinger. Også støttesamtaler tilbys i stor utstrekning av alle enhetene, unntaket er også her de privatpraktiserende.

Når det gjelder traumespesifikke behandlingsmetoder er det store forskjeller mellom de ulike enhetstypene. Som det fremgår av tabellen er det nesten like mange som tilbys traumespesifikke metoder som dem som ikke tilbys dette. Traumespesifikke metoder anvendes mest av BUP døgntilbud og BUP poliklinikker samt av de privatpraktiserende. I mindre grad tilbys traumespesifikke metoder av DPS poliklinikkene, kategorien andre og VOP'ene, og ikke i det hele tatt av DPS døgnavdelingene og akuttmottakene.

Derimot er tilbudet om kortvarig samtalebehandling hyppigere anvendt i VOP og DPS døgnavdelingene, litt mindre med BUP'ene og poliklinikkene, lite blant de privatpraktiserende og ikke i det hele tatt på akuttmottakene.

Medisinering brukes mest i døgnavdelingene i psykisk helsevern for voksne, i liten grad blant de privatpraktiserende, og så godt som ikke blant BUP poliklinikkene.

Henvisning til annen behandling forekommer svært sjelden i BUP poliklinikkene og i begrenset grad i DPS poliklinikkene. De privatpraktiserende synes å henvise til annen behandling i meget begrenset grad. Døgnavdelingene samt akuttmottakene i

psykisk helsevern for voksne henviser derimot storparten av de traumatiserte flyktningene og torturofrene til andre enheter.

Oppfølging med samtalebehandling fra seks til 10 timer eller tre til fem måneder gis først og fremst av BUP døgntilbudene, i noen grad av DPS døgnavdelingene og BUP poliklinikkene og kategorien andre, ikke i det hele tatt av akuttmottakene, og bare i beskjeden grad av de øvrige.

Oppfølging med samtalebehandling fra 11 til 20 timer eller 6 til 12 måneder tilbys i hovedsak av DPS poliklinikkene men også i noen grad av de øvrige poliklinikkene. Også BUP døgntilbudene gir tilbud om oppfølging med samtalebehandling.

Lengre behandlingsopplegg gjennomføres bare i noen grad av VOP poliklinikkene, mens det derimot er lite eller intet tilbud om dette i de øvrige enhetene.

3.3.3 Avslutning av behandlingen

Tabell 3.31 *Hvor store andeler av flyktningene og torturofrene sluttet av følgende grunner*

	de fleste	halvparten	de færreste	N
fullført utredning eller behandling	57,3%	19,5%	23,2%	82
overføring til annen instans	29,6%	12,3%	58,0%	81
pasienten ønsker å slutte	8,6%	14,3%	77,1%	70
pasienten droppet ut		10,1%	89,9%	69
praktiske hindringer	4,5%	6,1%	89,4%	66

Det er færre av enhetene som oppgir at flyktninger og torturofre slutter fordi behandling eller utredning var fullført enn for de andre gruppene. Det er med andre ord færre som avsluttes på grunn av gjennomført opplegg i behandlingssystemet enn tilfelle er for andre pasientgrupper. Derimot ser det ut til at det er litt mer vanlig at flyktninger og torturofre overføres til annen behandling.

3.3.4 Samarbeidet med andre instanser

Tabell 3.32 *Samarbeid med andre instanser om flyktninger og torturofre*

	Mye	Lite	Ingen kontakt	N
Fastlege	44,4%	52,8%	2,8%	36
psykisk helsevern i kommunen	67,6%	27,0%	5,4%	37
trygdekontor	40,0%	40,0%	20,0%	35
sosialkontor	51,4%	34,3%	14,3%	35
familievern	5,7%	74,3%	20,0%	35
barnevern	40,5%	48,6%	10,8%	37
Psykososiale team for flyktninger/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	18,9%	56,8%	24,3%	37
somatisk spesialisthelsetjeneste	14,3%	77,1%	8,6%	35
fysioterapi	20,0%	60,0%	20,0%	35
annet psykisk helsevern	34,3%	62,9%	2,9%	35
politi og rettsvesen	8,6%	65,7%	25,7%	35
advokater	20,0%	62,9%	17,1%	35
krisesentre	11,4%	62,9%	25,7%	35
flyktningekonsulent	22,9%	60,0%	17,1%	35
UDI	11,1%	66,7%	22,2%	36

Også når det gjelder flyktninger og torturofre er det primært lokale instanser i helse- og sosialsektoren som enhetene har kontakt med. Kontakten med somatisk spesialisthelsetjeneste er beskjedne, likeså kontakten med de mer spesialiserte instansene i innvandrers- og flyktningesektoren, slik som de psykososiale teamene, flyktningekonsulentene og UDI.

Vurderingen av samarbeidet med de ulike instansene avspeiler bare i begrenset grad hvilke instanser enhetene har mest kontakt med. De samarbeidsrelasjonene som vurderes som mest positive er med det psykiske helsevesenet i kommunene, samt med de psykososiale teamene for flyktninger. Samarbeidet med UDI vurderes derimot som både og eller dårlig av de fleste.

Tabell 3.33 *Vurdering av samarbeidet med andre instanser om traumatiserte flyktninger og torturofre*

	bra	både og	Dårlig	N
Fastlege	37,9%	57,5%	4,6%	87
psykisk helsevern i kommunen	56,6%	39,8%	3,6%	83
trygdekontor	29,8%	57,9%	12,3%	57
sosialkontor	38,5%	50,8%	10,8%	65
familievern	37,8%	48,9%	13,3%	45
barnevern	46,8%	46,8%	6,5%	62
Psykososiale team for flyktninger/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	57,1%	26,8%	16,1%	56
somatisk spesialisthelsetjeneste	39,1%	50,0%	10,9%	64
fysioterapi	46,7%	35,6%	17,8%	45
annet psykisk helsevern	43,8%	45,2%	11,0%	73
politi og rettsvesen	32,0%	54,0%	14,0%	50
advokater	24,1%	62,1%	13,8%	58
krisesentre	33,3%	46,2%	20,5%	39
flyktningekonsulent	46,2%	41,5%	12,3%	65
UDI	23,1%	46,2%	30,8%	52

3.3.5 Vurderingen av behandlingen

I mindre grad enn tilfelle er i arbeidet med øvrige pasientgrupper oppgir respondentene at de får gitt den behandlingen de ønsker til flyktninger og torturofre. Det er kun i overkant av 10 prosent av enhetene som erklærer at de får ytt den behandling de selv anser som ønskelig til gruppen.

Tabell 3.34 *Får dere gitt den behandling dere ønsker til traumatiserte flyktninger og torturofre?*

Andel av enhetene	
Ja	11,5%
Delvis	66,7%
Nei	21,9%
Total	100,0%

N = 96

VOP sykehuspoliklinikkene skiller seg ut ved at en større andel enn av de øvrige enhetene oppgir at de får gitt den behandlingen som de ønsker til pasientene, mens akuttmottakene og de privatpraktiserende er minst fornøyd.

Tabell 3.35 *Andelen av de ulike typene enheter som får gitt den behandling de ønsker til traumatiserte flyktninger og torturofre*

	Ja	Delvis	Nei	Total
BUP - poliklinikk	15,0%	60,0%	25,0%	100,0%
BUP - døgntilbud	,0%	100,0%	,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	37,5%	50,0%	12,5%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	9,1%	90,9%	,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	6,7%	60,0%	33,3%	100,0%
DPS-døgnavdeling	16,7%	83,3%	,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
Privatpraktiserende	5,0%	55,0%	40,0%	100,0%
Annet	10,0%	90,0%	,0%	100,0%

N = 96

De fleste enhetene oppga at den viktigste hindringen for å yte den hjelpen behandlerne vurderte som ønskelig overfor flyktninger og torturofre, var manglende kapasitet og ressurser. Det var en noe større andel av enhetene som oppga mangelfull kompetanse enn tilfellet er i forhold til de andre gruppene traumatiserte pasienter.

Tabell 3.36 *Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til traumatiserte flyktninger og torturofre?*

	Andel av enhetene
Manglende kapasitet/ressurser	41,3%
Mangelfull kompetanse	30,0%
Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser	11,3%
Annet	13,8%
vet ikke	3,8%
Total	100,0%

N = 80

Det er først og fremst poliklinikkene som svarer at manglende kapasitet og ressurser er den viktigste hindringen, mens døgnavdelingene i noe større grad mener det skyldes manglende kompetanse og erfaring med denne gruppen.

3.4 Bruk av tolker

Spørsmål om erfaringer med tolker ble stilt til de enhetene som hadde mottatt henvisninger vedrørende traumatiserte flyktninger og torturofre siste år. Av de 105 enhetene om svarer at de hadde fått søkt inn flyktninger og torturofre siste år, var det 99 som hadde tilgang på tolketjenester, tre hadde ikke tilgang og tre visste ikke om de hadde det.

Litt over en femtedel hadde tilgang til både kommunale og private tolker, 30 prosent hadde bare tilgang til kommunale, og nesten halvparten, 47,5 prosent, bare til private tolker.

Bare tre instanser oppgir at de ikke har tilgang til tolker på alle språk, men 10 instanser oppgir at det er enkelte språk det er vansker med å finne tolk til bl.a., somalisk, kinesisk, kurdisk, arabiske dialekter, kirgisisk.

To tredjedeler oppgir at de bruker mest oppmøtetolk, 27 prosent bruker mest telefontolking, og syv prosent vet ikke.

Bare ni instanser oppgir at tolketilgangen ikke er tilstrekkelig i forhold til behovet, fem av disse holder til i helseregion Øst, to i Vest og to i midt-Norge. Det er imidlertid 22 enheter som svarer "vet ikke" på spørsmålet.

En del enheter har problemer med å få den samme tolken til alle timene med samme klient. 24 enheter oppgir det, mens like mange svarer vet ikke. Bare 49 enheter, under halvparten av de som har bruker tolk, svarer at de ikke har problemer med dette. Dette synes å være et problem i alle helseregionene, men det er prosentvis flest i Nord og Vest som oppgir det som et problem.

En del enheter, 29 stykker, oppgir også at det er problemer med at klienten ikke ønsker tolk, og 23 svarer at det er vanskelig å få timer som passer, mens bare åtte oppgir økonomiske problemer. Vanskene med å få timer som passer ser ut til å være størst i helseregion Vest og Øst, mens klientens motvilje er relativt jevnt fordelt mellom regionene.

Problemet med manglende tolk ble løst på ulike måter, det vanligste var å klare seg uten tolk eller å få hjelp fra familie.

Tabell 3.37 Løsning når tolketjeneste ikke er tilgjengelig

	Andel av enhetene
Klarer oss uten tolk	37,1%
kan ikke gi tilbud	30,5%
får hjelp av familie	37,1%
får hjelp av venner	15,2%
får hjelp av andre	15,2%

N = 105

Bare en av enhetene var direkte misfornøyd med tolketjenesten og vurderte

samarbeidet som dårlig. Relativt mange, omtrent en tredjedel av tolkebrukerne, mente det var både og. Den største andelen fornøyde er i helseregion Vest, med over 70 prosent, de laveste andelene i Øst og Nord, med under 60 prosent.

På spørsmål om hvordan tolketjenesten kunne forbedres mente halvparten av tolkebrukerne at det kunne skje gjennom økt kompetanse (kurs/veiledning) for tolkene, mens en tredjedel mente det kunne skje gjennom økt kompetanse hos tolkebrukerne.

3.5 Forekomsten av spesialiserte kliniske tilbud til volds- og traumeutsatte i den enkelte region, herunder behandling av somatiske torturskader.

I skjemaet ble det bare stilt spørsmål om det var etablert eller under etablering egne somatiske behandlingstilbud til **torturofre**. Når det gjaldt spesialiserte kliniske tilbud i regionene til volds- og traumeutsatte generelt ble de Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging bedt om å samle opplysninger om dette for sin region.

Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Region vest har gitt følgende oversikt:

- Senter for krisepsykologi, Solheimsviken, Bergen
- Flyktningehelsetjenesten i Bergen kommune med spisskompetanse på fysioterapeutisk arbeid med torturofre
- Alternativet.no, privat organisasjon basert i Stavanger som tilbyr tankefelt terapi og NLP.
- Seksjon for konsultasjon og traumatisk stress, Avd. for psykosomatisk medisin, Haukeland Universitetssykehus.

Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Region midt-Norge har gitt følgende oversikt:

- Betania Malvik. Drives av Lukas stiftelsen og har rammeavtale med Helse Midt-Norge og driftsavtale med St. Olavs Hospital. De har en sengeavdeling med 6 plasser rettet mot behandling av traumer etter seksuelle overgrep.
- Smerteklinikken ved St. Olavs Hospital. Ikke spesifikt traumebehandlingstilbud, men har oppfølging av mange med traumeproblematikk, ikke minst torturoffer. Det har vært samarbeid mellom Psykososialt team for flyktninger og smerteklinikken vedrørende dette. Det vil også ligge godt til rette for videre samarbeid da lokalene til det nye RVTS er rett ved smerteklinikken.
- Tiller DPS, St. Olavs Hospital. De har en egen enhet for flyktningearbeid ved lærings og mestringsenheten der, men har ikke noe spesifikt fokus på traumebehandling.

- Spesialteam for flyktninger ved BUP, St. Olavs Hospital. Dette teamet bestående av 1 ½ stilling skal nå omformes til et Traumeteam med videre ansvarsområde – mer likt ansvaret som ligger under RVTS'ene (fokus på flyktningetraumer, seksuelt misbruk og krise/katastrofe).
- Voldtektsmottaket ved St. Olavs Hospital har en psykiatrisk sykepleierstilling for oppfølging av voldtektsutsatte.

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Region øst har gitt følgende oversikt:

- Aker sykehus har spesialiserte enheter for behandling av ulike former for traumatisering; DPSer og BUPer som har spesialkompetanse hos klinikere; enkeltteam så som konsultasjonspsykiatrisk team som jobber stort sett med traumatiserte; ambulante team ved DPSene, og på den somatiske siden - smerteklinikken ved Aker sykehus.
- Vi antar at tilsvarende situasjon vil foreligge ved de øvrige HF'ene i Helse øst.

Fra Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Region sør har det ikke blitt gitt noen spesifikk oversikt, men av senterets svar på spørsmålet i spørreskjemaet om somatisk behandlingstilbud for torturofre fremgår følgende:

- Det er styrevedtak på Sykehuset Sørlandet HF om en satsing på helhetlig klinisk tilbud til torturofre og sterkt traumatiserte - et samarbeid mellom somatikk, psykiatri og kirurgi - som ledd i migrasjonshelse satsing

Fra Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - Region nord har vi fått følgende muntlige orientering:

- Helseregion nord har et tverrfaglig konsultasjonsteam for arbeid med seksuelle overgrep mot barn, familievold og andre former for barnemishandling.
- Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) har en egen smerteklinikk
- UNN har under planlegging en egen klinikk for volds- og traumeutsatte som bl.a. skal erstatte dagens psykososiale team for flyktninger.

4 Oppsummering

4.1 Omfang av tilbud og dekning av behov

Både denne kartleggingen og kartleggingen fra mai/juni har møtt store problemer med å få svar fra enhetene i det psykiske helsevernet. Vanskene har dels bunnet i å nå frem til det nivået og de personene i organisasjonene som kunne besvare spørsmålene. Men det har også bestått i å få svar på de spørsmålene vi har stilt, selv når vi har nådd frem til de riktige personene. Mange har meldt tilbake at det var vanskelig å svare, både blant dem som har fylt ut skjemaene og dem som ikke har det. Særlig spørsmålene om hvor mange søknader de har fått, og hvor mange traumatiserte pasienter de har behandlet, har bydd på store problemer. Delvis skyldes det at journal- og registreringssystemene ikke er lagt opp slik at en kan ta ut denne typen opplysninger. For en stor grad skyldes det også at enhetene ikke fokuserer på pasientenes traumer som sådan, men først og fremst er konsentrert om de konsekvensene traumene får, i form av psykiske problemer og sykdom.

Den avgrensede undersøkelsen vi foretok i forrige kartleggingsrunde av pasientene ved en akuttavdeling, viste at andelen pasienter som hadde opplevd sterke psykiske traumer var svært stor. Over halvparten av pasientene ved avdelingen hadde blant annet vært utsatt for seksuelle overgrep. Det meste av denne kunnskapen var ikke kjent for behandlerne før de gjennomførte undersøkelsen.

Hvis dette er tilfelle også ved andre enheter, må vi anta at det er en underrapportering av forekomsten av traumatiserte blant pasientene.

Dette til tross, rapporterer en stor andel av enhetene at de har fått søknader fra og behandlet pasienter som har vært utsatt for traumatiserende opplevelser. Under 10 prosent av samtlige enheter oppgir at de ikke har hatt noen volds- og traumeutsatte pasienter. De fleste enhetene har imidlertid et lite antall traumatiserte pasienter, under halvparten har siste år hatt over 10 pasienter fra noen av gruppene, og de får dermed liten erfaring med å arbeide med denne typen problematikk.

Det er vanskelig ut fra denne kartleggingen å gi et fullgodt svar på om behandlingstilbudet til de ulike gruppene av traumatiserte er tilstrekkelig i forhold til behovet. Kartleggingen kan likevel tyde på at det er en viss underkapasitet, i og med at en tredjedel av de enhetene som får inn søknader om behandling av traumatiserte må avslå noen av søknadene, i stor grad på grunn av manglende kapasitet.

4.2 Behandlingstilbudene til volds- og traumeutsatte

Et gjennomgående trekk ved behandlingen av alle de tre gruppene av traumatiserte, er at behandlingen for en stor grad er begrenset til kortvarige utrednings- og behandlingsopplegg. Dette skyldes nok i stor grad at dette anses som tilstrekkelig og at utredningen og behandlingen er fullført. Imidlertid er det en del pasienter som slutter uten at behandlingen er fullført eller at de overføres til annen behandlingssenhet. Dette gjelder særlig flyktninger og torturofre.

Særlig for flyktningene og torturofrene er terapeutisk arbeid over tid, det vil si utover 5 ganger, lite brukt. Også traumespesifikke behandlingsmetoder arbeid nyttes i under halvparten av tilfellene for flyktningene og torturofrene, og tilsvarende for volds- og overgrepsofrene.

For alle gruppene er det en tendens til at det særlig er ved poliklinikkene behandlingen avsluttes uten at den er fullført eller at pasienten overføres til annen instans. Dette kan tyde på at en del pasienter ikke får den oppfølging i form av mer intensive og langvarige behandlingsopplegg som de har behov for.

En svært stor andel av enhetene opplevde at de ikke fikk gitt den behandlingen de ønsket til de traumatiserte pasientene. Misnøyen var sterkest i forhold til flyktningene og torturofrene, minst i forhold til ulykker og katastrofeofre. Manglende kapasitet og ressurser ble oppgitt som den vesentligste hindringen for å gi et bedre tilbud.

Det ser altså ut til at det først og fremst er ressurs- og kapasitetsmangel som oppleves som et problem blant enhetene, både når det gjelder å ta inn traumatiserte pasienter, og å gi de pasientene en har tatt inn den behandlingen en ønsker. Manglende kompetanse oppgis i liten grad som årsak til at en avslår søknader (bortsett fra for flyktninger og torturofre), men er viktigere som hindring for å få gitt den behandlingen en ønsker. Særlig i forhold til flyktninger og torturofre oppleves manglende kompetanse og erfaring som et problem.

4.3 Samarbeidet med andre instanser om volds- og traumeutsatte

Kartleggingen tyder på at enhetene i det psykiske helsevernet i hovedsak samarbeider med instanser innen den lokale helse- og sosialsektoren, og først og fremst med fastleger og det psykiske helsevern i kommunen. Med tanke på disse instansenes sentrale rolle, både når det gjelder å søke inn pasientene, og som ansvarlige for lokal oppfølging etter avsluttet utredning og behandling, er dette ikke uventet. At over halvparten av enhetene svarer at de har lite eller ingen kontakt med fastlegen om de traumatiserte pasientene, og en tredjedel av dem også har liten eller ingen kontakt med det psykiske helsevernet i kommunen, bør heller gi grunn til å stille spørsmål om dette samarbeidet er tilstrekkelig.

Med tanke på at både vold, overgrep, ulykker, katastrofer og tortur i stor grad er fysiske hendelser, er det grunn til å merke seg at bare en svært liten del av enhetene

har mye samarbeid med somatisk spesialisthelsetjeneste. I forhold til volds og overgrepssutsatte var det ingen av enhetene som svarte at de hadde mye samarbeid, og for de to andre gruppene var andelene under en femtedel. For flyktningene og torturofrene ble det spurt spesielt om samarbeidet med fysioterapi. Også her var det bare en femtedel av enhetene som hadde mye samarbeid.

Foreløpig er det også begrenset samarbeid med de regionale sentrene om vold, traumer og selvmord. Ingen enheter hadde mye samarbeid om volds- og overgrepsofre, bare en sjettedel hadde mye samarbeid om ulykkes- og katastrofeofre, og litt under en femtedel om flyktninger og torturofre. Disse ulikhetene i graden av samarbeid om de ulike gruppene av traumatiserte avspeiler antakeligvis både forhistorien til de enhetene som inngår i de regionale ressursentrene, og forskjeller i enhetenes opplevde behov for kompetansetilførsel overfor de ulike gruppene.

Samarbeid med instanser utenfor helse- og sosialsektoren er svært begrenset. Dette gjelder også instanser med spesialiserte tjenester i forhold til de enkelte grupper av traumatiserte, slik som krise- og incestsentre, rådgivningskontor for kriminalitetsofre, flyktningekonsulenter og UDI. Både forskning og klinisk erfaring med de ulike offergruppene har vist at mange har behov for ulike former for bistand; rettslig, økonomisk, og sosialt i tillegg til de medisinske og psykologiske behovene. Det manglende samarbeidet med disse instansene tyder på at slike behov i liten grad observeres, kanskje som en konsekvens av det manglende fokuset på pasientenes status som traumatiserte ofre.

Enhetene var relativt kritiske i vurderingen av samarbeidet med andre instanser, mest i forhold til volds- og overgrepsofrene, minst i forhold til ulykkes og katastrofeofre. Det var en tendens til at samarbeidet med instanser utenfor helsesektoren ble vurdert som dårligere enn med de innenfor, unntaket her var til en viss grad politi og rettsvesen.

4.4 Tolketjenesten - behov, bruk og kvalitet.

Behovet for tolker synes ut fra kartleggingen rimelig bra dekket opp. Bare ni av enhetene sier at tilbudet ikke dekker behovet, og kun tre av enhetene har ikke tilgang til tolketjeneste, i tillegg er det tre som ikke vet om de har slik tilgang. Det er imidlertid en del problemer med å få den samme tolken til alle timene med den samme klienten, og det kan også være vansker med å få til timer som passer. Det er få som er direkte misfornøyd med tolketjenesten, men en tredjedel mente samarbeidet var både og. Et flertall av de enhetene som hadde behov for tolk mente at tjenesten kunne forbedres, enten ved at tolkene ble mer kompetente, at tolkebrukerne ble det, eller at begge fikk mer kunnskap. Det kan likevel være et problem knyttet til at de som ikke får tak i tolk løser problemet med å bruke andre enn tolker, slik som familie, venner og andre. Svært mange svarer at de bruker slike løsninger.

4.5 Spesialiserte kliniske tilbud til volds- og traumeutsatte i den enkelte region.

Som det fremgår av opplysningene fra RVTS ene er det i liten grad etablert spesialiserte tilbud til volds- og traumeutsatte i de enkelte regioner. Tilbudene på den somatiske siden består i hovedsak av smerteklinikker og i det psykiske helsevern delvis av DPS og BUP med spesialkompetanse hos klinikere og enkeltstående private tilbud. Ved flere av regionene er ytterligere tilbud under planlegging. Når det gjelder torturofre er det særskilte tilbud i Region vest og i Region midt-Norge, og et nytt tilbud planlegges i Region sør.

5 Vurderinger og anbefalinger

5.1 Særskilt om spørsmålet om å gi ett DPS i hver region status som kompetansemiljø

I oppdragsbrevet fra Sosial og helsedirektoratet ble det bedt om en vurdering av om det ville være hensiktsmessig å gi ett DPS i hver region status som kompetansemiljø for behandling av traumatiserte med særskilt veiledning fra de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging.

Kartleggingen viser at volds- og traumeutsatte er et innslag i pasientpopulasjonen i de aller fleste enheter innen psykisk helsevern, både i psykisk helsevern for voksne og helsevernet for barn og unge. Det er derfor viktig å sikre at det er tilstrekkelig kompetanse, og oppmerksomhet, om denne problematikken i alle enhetene. Samtidig er antallet volds- og traumeutsatte så vidt lite i et flertall av enhetene at de ikke selv vil kunne utvikle og vedlikehold tilstrekkelig spesialkompetanse uten en god støtte og veiledningsordning. Forslagene om å knytte særskilte kliniske behandlingstilbud til de regionale ressursentrene for å sikre at sentrene har den nødvendig kliniske veiledningskompetanse mener vi fortsatt er et aktuelt forslag, jfr. vår rapport av juni 06.

Fra RVTS – Region vest og - Region midt-Norge har vi mottatt følgende utspill:

RVTS – Region vest påpeker at vold og traumer er en allmenn problematikk som rammer store grupper i befolkningen. Spesialiserte tilbud må derfor justeres og diskuteres nøye i forhold til målgruppe. Senteret mener at det bør være kompetanse på behandling av alvorlig traumatiserte på hver DPS og BUP og at det er viktig at enhetene tilføres ressurser for å kunne ha en egen satsning på feltet, og at de får støtte gjennom kurs og veiledning fra de regionale ressursmiljøene.

Samtidig er dette et fagfelt i stor utvikling, hvor det stadig er behov for ny kunnskap. Ressurscenteret foreslår derfor at det utover å sikre at det ordinære apparatet får tilført nødvendige ressurser og kompetanse, etableres regionale enheter for klinisk metodeutvikling. Disse bør inngå som en naturlig del av ressursentrene slik at de kan bygge opp systematisk evidensbasert erfaring og kompetanse, som igjen andre fagfolk kan dra veksler på.

Også RVTS – Region midt-Norge uttrykker skepsis til å tillegge ett DPS et særlig ansvar. De mener at dette kan føre til vansker i forhold til at traumearbeid omfatter både barn, voksne og familier. Dette lar seg dårlig følges opp i en DPS struktur, som

tar utgangspunkt i oppfølging av voksne. At ett DPS gis et likt ansvar kan også medføre uklarhet om ansvar for de øvrige DPS'er om oppfølging av traumatiserte, og i verste fall at de andre fraskriver seg dette ansvaret. Videre mener de det kunne medføre vansker med reell oppfølging av personer utenom nærområdet på grunn av store avstander innen helseregionen. Det kan også føre til uklarhet om hvor resten av regionen skal søke hjelp i forhold til traumerelaterte spørsmål, ved RVTS eller ved poliklinikken som arbeider med oppfølging.

RVTS – Region midt-Norge mener en mer hensiktsmessig løsning vil være å tillegge RVTS'ene et begrenset poliklinisk tilbud, som både kan sikre kompetanse innen senteret samt ta særlig vanskelige, eller spesielle saker innen regionen. Eksempel på spesielle saker kan være trafficking, hvor det både kan være nødvendig med psykologisk behandling, samarbeid med politiet og kunnskap om å arbeide med personer fra andre kulturer. Senteret mener at ved å kunne gi et behandlingstilbud i enkelte og spesielle saker, kan det polikliniske arbeidet integreres i kunnskapsformidlingen senteret skal stå for, og på den måten komme hele regionen til gode. Det vil videre være lettere å få til arbeid med større grupper (barn, voksne, familier og ungdom) da RVTS'ene vil ha fagfolk som kan dekke arbeid med disse gruppene.

5.2 Traumatiserte flyktninger og torturofre

I oppdragsbrevet fra Sosial og helsedirektoratet ble NKVTS også bedt om å vurdere hvordan en kunne sikre og styrke helhetlig (psykisk og somatisk) behandling av torturofre og gi anbefalingen mht. tolketjenester i psykisk helsevern.

Som fremgår av resultatene når det gjelder terapeutisk arbeid med traumatiserte flyktninger og torturofre er det ca 10 prosent av enhetene som avslår mer enn fem søknader hvert år, tilbudet avsluttes ofte før utredningen eller behandlingen er fullført, og det er et fåtall av behandlerne som vurderer at de fullt ut får gitt det tilbudet de selv anser som ønskelig. Det er relativt begrenset samarbeid med somatisk helsetjenestene og øvrige spesialisthelsetjenester, og mange anser at egen kompetanse ikke er tilstrekkelig, selv om dette ikke er et gjennomgående problem.

I arbeidet med traumatiserte flyktninger, og i særdeleshet torturofre er det viktig å fremheve betydningen av en del elementer i arbeidet. I en oppbygging, utvikling eller styrking av behandlingstilbudet til denne gruppen pasienter bør det legges vekt på følgende aspekter:

Tidsdimensjonen:

Arbeidet med traumatiserte flyktninger vil ofte kreve et noe lengre tidsperspektiv enn øvrige behandlingsoppgaver. Det vil ofte kreve tid for å få til en avklaring når det gjelder henvisning og bakgrunn for denne, og i denne prosessen er det viktig at pasienten forstår begrunnelse og konsekvenser av et behandlingsopplegg, og hvilken sammenheng tilbudet har med de eventuelle helseplagene som er beskrevet. Videre er etablering av gode rammer, samarbeidsavtale og arbeidsallianse avgjørende og ofte tidkrevende. Betydningen av å etablere en tryggest og tydeligst mulig ramme rundt samtalene mellom helsearbeider/terapeut og pasient er helt vesentlig i arbeidet

med torturerte. Terapeutisk allianse er en forutsetning i alt terapeutisk arbeid, og for mennesker som har vært utsatt for grove overgrep, kanskje også av helsepersonell, og der tilliten til medmennesker er blitt redusert er det desto viktigere med en periode med kontaktetablering. I det denne relasjonsbyggingen må foregå gjennom en tolk, vil det kreve både tid og tålmodighet å skape disse forutsetningene.

Tidsperspektivet er også viktig på den måten at dersom en først etablerer en kontakt med sikte på å behandle helsemessige konsekvenser av tortur og overgrep, må det være klart at arbeidet kan fortsette så lenge det synes faglig nødvendig. Det betyr at en kan trygge klienten med at en har foran seg et løp som ikke avbrytes. Det betyr ikke nødvendigvis at klienten må ha hyppige samtaler. Ofte er terapitimer så slitsomme for klienten at de kan ønske seg timer ofte med mer enn en uke mellom hver gang. Noen ganger enda lengre intervaller mellom timene. Men det må være klart at tilbudet ikke skal opphøre etter et begrenset antall timer

Behandling og rehabilitering av traumatiserte/torturerte pasienter krever langtids oppfølging i den forstand at det må foreligge en anledning til å komme tilbake etter avsluttet behandling i perioder der symptomer eventuelt reaktiveres. Alvorlige posttraumatiske tilstander krever langtids støtte like mye som behandling.

Behandling og rehabiliteringsarbeid med traumatiserte/torturerte pasienter er per definisjon et flerfaglig felt og vil kreve samarbeid og koordinering mellom ulike tjenester. Det somatiske og psykologiske behandlings- og rehabiliteringsarbeidet er nært knyttet til hverandre. Pasienter med torturskader som henvises til psykologisk/psykiatrisk behandling fra sin primærlege/fastlege, bør følges opp av en som kan være ansvarlig for gjennomføring og koordinering av utrednings- og rehabiliteringsarbeidet. Dette innebærer også kontakt med aktuelle instanser, som introduksjonsprogrammet, sosialetaten, trygde- og arbeidsetaten. I dette arbeidet vil utvikling av individuell plan kunne være et nyttig hjelpemiddel.

Torturskader

Somatisk utredning av torturerte personer er viktig. Det er utarbeidet en rekke retningslinjer og beskrivelser for nødvendige helsemessige utredning av torturerte. Det er viktig at disse implementeres i primærhelsetjenesten så vel som i spesialisthelsetjenesten. Følgende dokumenter er utprøvde og utfyllende retningslinjer for undersøkelse og diagnostisering av torturskader: Istanbul protokollen, (UNHCHR); Guidelines for the examination of survivors of torture (Medical Foundation 2000).se også Rasmussen et al.; 2004/2005/2006: Medical, physical examination in connection with torture, Torture vol. 14,15, 16 nr. 1) samt Norsk lægeforenings retningslinjer (se veileder NKVTS).

For å kunne styrke gjennomføringen av det kliniske arbeidet med traumatiserte flyktninger og torturofre ved de kliniske enhetene i regionene, bør det opprettes kliniske utredning/behandlingstilbud for sterkt traumatiserte og torturofre i alle helseregioner. Dette tilbud kan tilrettelegges som en tverrfaglig utredning hvor en systematisk kartlegging av følger etter skader gjøres i samarbeid med aktuelle avdelinger som en samlet "pakke". Ortopedi, nevrologi, fysikalsk medisin mfl. En slik koordinert utredning kan finne sted over noen dager hvor alle undersøkelser er planlagt og hvor nødvendig behandling blir planlagt. Utredning og behandlingstilbud er ikke utbygget for denne pasientgruppen og det savnes kompetanse på flere felt.

Det vil derfor i en oppbyggingsfase være mest hensiktsmessig å legge et tilbud opp til de opprettede RVTS'er på det HF de er knyttet til eller er nær.

Kompetanse fra RVTS'ene kan brukes inn i tilbudet som opprettes og erfaring som oppnås ved et økt antall undersøkelser/ utredninger vil kunne tjene som kliniske eksempler i kompetanseoppbygging i regionen. En slik enhet vil kunne fungere som en støttefunksjon også overfor det psykologisk/psykiatriske behandlingsarbeid i regionens øvrige kliniske behandlingenheter. En regional spisskompetanse vil gi mulighet for hospitering, generering av erfaring og fungere som modell ved videreutvikling av tilbud andre steder.

Om terapeuter i arbeid med denne pasientgruppen.

Terapeuter i arbeid med torturerte/traumatiserte pasienter har en krevende og tidvis meget belastende oppgave. Tilgang på et faglig miljø er viktig. Dette er ikke arbeid for terapeuter som sitter alene uten tilgang på regelmessig faglig fellesskap og veiledning. Terapeuter i dette arbeidet trenger stadig oppdatering på kunnskap på feltet, forskning når det gjelder behandling av traumatiserte, tilgang på kulturkunnskap og veiledning på kulturforståelse. Det kreves stadig vedlikehold og utvikling når det gjelder samarbeid med tolk. Det betyr at det er av stor betydning at arbeidssituasjonen er slik at den tillater kurs, veiledning og faglig påfyll, og også at det er praktiske muligheter for nært samarbeid med saksansvarlig/primærlege når det gjelder utredning og rehabilitering. I mange tilfeller vil somatisk torturutredning mobilisere sterke psykologiske reaksjoner. Det er derfor ikke mulig å drive dette som atskilte og parallelle virksomheter. Et klinisk kompetansemiljø som beskrevet ovenfor vil også her kunne ha en viktig funksjon som faglig støttespiller og veileder i forbindelse med terapeuters egne reaksjoner.

Tolken som samarbeidspartner.

Den profesjonelle tolken er en meget viktig samarbeidspartner i dette arbeidet. Behandling av torturskadede personer med tolk forutsetter en rekke forhold både hos tolken, hos tolkens arbeidsgiver og hos terapeuten. For det første må tolken være kjent med temaet og vite noe om det terapeutiske forløp. Tolkens arbeidsgiver må tilrettelegge slik at den samme tolken er disponibel til alle terapitimer med samme pasient. Videre må tolken få avsatt tid til å snakke med behandler. Men uavhengig av dette må tolken sikres faglig veiledning i sitt arbeid. Det bør ikke nødvendigvis – og kanskje er det best at det ikke er slik, være samme tolk som fungerer i psykoterapi som er tolk når det gjelder de andre utrednings- og behandlingsoppgavene. Men også her bør det være kontinuitet og stabilitet, med tolker som er godt forberedt til oppgaven. Faglig dyktig og stabil tolketjeneste er noe av det aller viktigste i dette arbeidet. Det krever innsats når det gjelder grunnopplæring, spesialisering, vedlikehold, veiledning og god organisering.

5.3 Generelle anbefalinger

Resultatene av denne kartleggingen avviker ikke på noen vesentlige punkter fra den tilsvarende kartleggingen i vår. De konklusjoner og anbefalinger vi ga i rapporten i juni er derfor fortsatt aktuelle:

TILTAK	PROBLEMOMRÅDE/ BEGRUNNELSE	FORSLAG TIL UTFORMING
Screening for traumer i 1. linjetjenesten	Avdekke traumer og øke muligheten for tidlig intervensjon og forebygge alvorlige helseskader	Screeningverktøy utvikles og inngår som del av undersøkelse i ulike 1.linjetjenester
Lavterskeltilbud i kommunene med bistand fra DPS	Uklarhet om hvem som gjør hvilke oppgaver Manglende koordinering av tjenester Manglende helhetstenkning Mulighet for tidlig intervensjon og forebygging av tilbakefall	Koordinatorstillinger på kommunalt nivå med ansvar for å lage og følge opp individuelle planer Forskriftsregulert samarbeid Ambulante tjenester fra DPS med fokus på nettverksarbeid, samarbeid og bistand til det kommunale tilbudet
Screening i 2. linjetjenesten	Overgrep og traumer avdekkes ikke Unngå ensidig fokus på symptomer	Screening ved mottak av alle pasienter
Spesialisering i VOP og BUP	Behov for bedre kompetanse Økt mulighet for nettverksbygging og samarbeid og veiledning	Oppgavedifferensiering og spesialisering mellom enheter innen BUP og VOP innen helseregionen for eksempel flyktning- DPS med særskilte rammebetingelser (bedre muligheter for samarbeid, langtidsoppfølging, tolking og kulturforståelse).
Spesialiserte kliniske kompetansemiljøer	Behov for metodeutvikling og behandlingsforskning. Behov for bedre kompetanse og spesialisering Øke kunnskapen om behandling av traumatiserte etter vold og overgrep	Klinisk tilbud tilknyttet de regionale ressursentrene om vold og traumatisk stress (RRVTS). Alternativt etablere som fast ordning at ansatte ved RRVTSene har 50 % kliniske stillinger. Utprøving av evidensbaserte behandlingsmetoder.
Spesielle tiltak for flyktninger	Manglende kunnskap om kultur og lite erfaring med bruk av tolk, Mangelfull kunnskap om utredning og behandling av torturutsatte	Opplæring i kulturkunnskap, bruk av tolk, øke kunnskap om multipl traumebelastning på alle nivåer Styrke utredning av torturutsatte - Øke kunnskap om spesielle skader og symptomer Økt samarbeid mellom psykiatri og somatikk
Styrke arbeidet med tidlig intervensjon	Behov for å vite mer om effekt og prioritering av grupper	Forskning på tidlig intervensjon Utprøving av screeningsverktøy

I tillegg til de punktene som ble nevnt i vår forrige rapport, bør det også etableres en registreringsordning av volds- og traumeutsatte som behandles i 2. linjetjenesten.

Dette bør knyttes opp til den systematiske screeningen, og inngå i den generelle rapporteringen fra helseforetakene.

Vedlegg 1

Tabeller - volds- og overgrepsofre

Tabell 5.1 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **tidlig intervensjon/krisehjelp***

	De fleste/alle	Halvparten	De færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	60,00 %	16,00 %	24,00 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	50,00 %	0,00 %	50,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	50,00 %	20,00 %	30,00 %	100,00 %
VOP-sykehus – døgnavdeling	57,20 %	7,10 %	35,70 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	46,20 %	15,40 %	38,50 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	20,00 %	20,00 %	60,00 %	100,00 %
Akuttmottak	100,00 %	0,00 %	0,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	38,60 %	6,80 %	54,50 %	100,00 %
Annet	60,00 %	0,00 %	40,00 %	100,00 %
Total	49,20 %	10,00 %	40,70 %	100,00 %

N = 130

Tabell 5.2 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **kortvarig utredning eller krisebehandling***

	De fleste/alle	Halvparten	De færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	36,00 %	28,00 %	36,00 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	66,70 %	16,70 %	16,70 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	60,00 %	20,00 %	20,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	68,80 %	0,00 %	31,30 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	50,00 %	7,10 %	42,90 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	60,00 %	20,00 %	20,00 %	100,00 %
Akuttmottak	66,70 %	33,30 %	0,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	47,50 %	7,50 %	45,00 %	100,00 %
Annet	54,60 %	0,00 %	45,50 %	100,00 %
Total	51,60 %	12,30 %	36,10 %	100,00 %

N = 130

Tabell 5.3 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **traumespesifikke behandlingsmetoder***

	De fleste/alle	Halvparten	De færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	33,30 %	20,80 %	45,80 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	75,00 %		25,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	30,00 %	40,00 %	30,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	26,70 %	20,00 %	53,30 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	50,10 %	6,30 %	43,80 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	20,00 %		80,00 %	100,00 %
Akuttmottak	0,00 %		100,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	57,10 %	16,70 %	26,20 %	100,00 %
Annet	25,00 %	25,00 %	50,00 %	100,00 %
Total	41,20 %	17,60 %	41,30 %	100,00 %

N = 131

Tabell 5.4 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **medisinering***

	De fleste/ alle	Halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk		8,70 %	91,30 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	40,00 %		60,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	30,00 %	30,00 %	40,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	57,10 %	7,10 %	35,70 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	38,90 %		16,70 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	85,70 %	14,30 %	0,00 %	100,00 %
Akuttmottak	66,70 %	33,30 %	0,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	13,90 %	33,30 %	52,80 %	100,00 %
Annet	50,00 %	20,00 %	30,00 %	100,00 %
Total	30,10 %	23,80 %	46,00 %	100,00 %

N = 126

Tabell 5.5 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **henvisning til annen behandling***

	De fleste/ alle	Halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk			100,00 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	60,00 %	20,00 %	20,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	11,10 %	22,20 %	66,70 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	43,80 %	18,80 %	37,60 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	0,00 %	7,10 %	92,90 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	50,00 %		50,00 %	100,00 %
Akuttmottak	100,00 %		0,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	13,10 %		86,90 %	100,00 %
Annet	30,00 %		70,00 %	100,00 %
Total	20,40 %	5,50 %	74,00 %	100,00 %

N = 127

Tabell 5.6 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **samarbeidsmøter***

	De fleste/ alle	Halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	58,40 %	37,50 %	4,20 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	100,00 %		0,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	40,00 %	50,00 %	10,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	56,30 %	31,30 %	12,60 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	35,70 %	35,70 %	28,60 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	85,70 %	14,30 %	0,00 %	100,00 %
Akuttmottak	33,30 %	33,30 %	33,30 %	100,00 %
Privatpraktiserende	2,40 %	12,20 %	85,40 %	100,00 %
Annet	40,00 %	10,00 %	50,00 %	100,00 %
Total	37,60 %	24,60 %	37,70 %	100,00 %

N = 130

Tabell 5.7 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får **familiesamtaler***

	De fleste/ alle	Halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	64,00 %	28,00 %	8,00 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	100,00 %		0,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	50,00 %	10,00 %	40,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	35,70 %	28,60 %	35,70 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	6,70 %	20,00 %	73,40 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	28,60 %	42,90 %	28,60 %	100,00 %
Akuttmottak	0,00 %		100,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	7,30 %	24,40 %	68,30 %	100,00 %
Annet	40,00 %		60,00 %	100,00 %
Total	33,50 %	20,90 %	45,50 %	100,00 %

N = 134

Tabell 5.8 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd*

	De fleste/ alle	Halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	48,00 %	32,00 %	20,00 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	60,00 %	20,00 %	20,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	33,30 %	33,30 %	33,30 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	46,70 %	6,70 %	46,70 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	42,90 %	28,60 %	28,60 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	71,50 %	14,30 %	14,30 %	100,00 %
Akuttmottak	0,00 %		100,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	35,10 %	10,80 %	54,00 %	100,00 %
Annet	46,20 %	15,40 %	38,50 %	100,00 %
Total	43,00 %	18,80 %	38,30 %	100,00 %

N = 128

Tabell 5.9 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold eller overgrep får oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd*

	De fleste/ alle	halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	29,20 %	33,30 %	37,50 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	50,00 %		50,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	25,00 %	37,50 %	37,50 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	14,30 %	7,10 %	78,50 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	28,50 %	50,00 %	21,40 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	40,00 %	20,00 %	40,00 %	100,00 %
Akuttmottak	0,00 %		100,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	22,50 %	30,00 %	47,50 %	100,00 %
Annet	27,30 %	18,20 %	54,60 %	100,00 %
Total	25,20 %	27,60 %	47,10 %	100,00 %

N = 123

Tabell 5.10 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofre for vold overgrep får **oppfølging med samtalebehandling** > 20 t/1 år*

	De fleste/ alle	halvparten	De færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	0,00 %	12,50 %	87,50 %	100,00 %
BUP - døgntilbud	33,30 %		66,70 %	100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	37,50 %	12,50 %	50,00 %	100,00 %
VOP-sykehus - døgnavdeling	14,30 %	7,10 %	78,60 %	100,00 %
DPS-poliklinikk	18,80 %	12,50 %	68,80 %	100,00 %
DPS-døgnavdeling	16,70 %	16,70 %	66,70 %	100,00 %
Akuttmottak	0,00 %		100,00 %	100,00 %
Privatpraktiserende	37,80 %	22,20 %	40,00 %	100,00 %
Annet	30,00 %	10,00 %	60,00 %	100,00 %
Total	23,30 %	14,70 %	62,00 %	100,00 %

N = 129

Tabell 5.11 *Hvor store andeler av ofrene for vold og overgrep sluttet av ulike grunner innen de ulike typene av enheter*

Type enhet	Grunn til sluttet	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen
BUP - poliklinikk	fullført utredning eller behandling	73,00 %	23,10 %	3,80 %
	overføring til annen instans	16,70 %		83,30 %
	pasienten ønsker å slutte	10,00 %	25,00 %	65,00 %
	pasienten droppet ut	0,00 %	9,10 %	90,90 %
	praktiske hindringer	0,00 %	4,80 %	95,30 %
BUP - døgntilbud	fullført utredning eller behandling	88,90 %		11,10 %
	overføring til annen instans	66,70 %		33,40 %
	pasienten ønsker å slutte	0,00 %		100,00 %
	pasienten droppet ut	0,00 %		100,00 %
	praktiske hindringer	0,00 %		100,00 %
VOP-sykehus - poliklinikk	fullført utredning eller behandling	60,00 %	30,00 %	10,00 %
	overføring til annen instans	22,20 %	11,10 %	66,70 %
	pasienten ønsker å slutte	0,00 %		100,00 %
	pasienten droppet ut	0,00 %	11,10 %	88,90 %
	praktiske hindringer	0,00 %		100,00 %

VOP-sykehus – døgnavdeling	fullført utredning eller behandling	58,80 %	11,80 %	29,40 %
	overføring til annen instans	53,00 %	17,60 %	29,40 %
	pasienten ønsker å slutte	0,00 %	6,70 %	93,40 %
	pasienten droppet ut	0,00 %		100,00 %
	praktiske hindringer	0,00 %		100,00 %
DPS-poliklinikk	fullført utredning eller behandling	53,00 %	35,30 %	11,80 %
	overføring til annen instans	23,10 %	7,70 %	69,20 %
	pasienten ønsker å slutte	14,30 %	14,30 %	71,40 %
	pasienten droppet ut	0,00 %	21,40 %	78,50 %
	praktiske hindringer	0,00 %		100,00 %
DPS-døgnavdeling	fullført utredning eller behandling	71,40 %		28,60 %
	overføring til annen instans	42,90 %		57,20 %
	pasienten ønsker å slutte	0,00 %		100,00 %
	pasienten droppet ut	0,00 %		100,00 %
	praktiske hindringer	0,00 %		100,00 %
Akuttmottak	fullført utredning eller behandling	50,00 %		50,00 %
	overføring til annen instans	100,00 %		0,00 %
	pasienten ønsker å slutte	0,00 %	50,00 %	50,00 %
	pasienten droppet ut	0,00 %		100,00 %
	praktiske hindringer	100,00 %		0,00 %

Privatpraktis erende	fullført utredning eller behandling	71,20 %	13,50 %	15,30 %
	overføring til annen instans	9,30 %		90,70 %
	pasienten ønsker å slutte	7,20 %	2,40 %	90,50 %
	pasienten droppet ut	0,00 %	2,30 %	97,60 %
	praktiske hindringer	2,70 %	2,70 %	94,60 %
Annet	fullført utredning eller behandling	60,00 %	10,00 %	30,00 %
	overføring til annen instans	50,00 %		50,00 %
	pasienten ønsker å slutte	0,00 %		100,00 %
	pasienten droppet ut	0,00 %	10,00 %	90,00 %
	praktiske hindringer	0,00 %		100,00 %

Vedlegg 2

Tabeller ulykkes- og katastrofeofre

Tabell 5.12 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **tidlig intervensjon/krisehjelp***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	78,6%	14,3%	7,1%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	66,7%	11,1%	22,2%	100,0%
DPS-poliklinikk	58,3%	8,3%	33,3%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	53,8%	3,8%	42,3%	100,0%
Annet	100,0%	,0%	,0%	100,0%

Tabell 5.13 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får kortvaring utredning eller krisebehandling*

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	69,2%	15,4%	15,4%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	83,3%	,0%	16,7%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	77,8%	11,1%	11,1%	100,0%
DPS-poliklinikk	61,5%	23,1%	15,4%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	36,0%	12,0%	52,0%	100,0%
Annet	75,0%	,0%	25,0%	100,0%

N = 75

Tabell 5.14 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får traumespesifikke behandlingsmetoder*

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	45,5%	27,3%	27,3%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	80,0%	,0%	20,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	62,5%	,0%	37,5%	100,0%
DPS-poliklinikk	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	59,3%	14,8%	25,9%	100,0%
Annet	75,0%	,0%	25,0%	100,0%

N = 68

Tabell 5.15 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **medisinering***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste /ingen	Total
BUP - poliklinikk	,0%	7,7%	92,3%	100,0%
BUP - døgntilbud	,0%	,0%	100,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	55,6%	,0%	44,4%	100,0%
DPS-poliklinikk	50,0%	20,0%	30,0%	100,0%
Akuttmottak	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	12,0%	24,0%	64,0%	100,0%
Annet	50,0%	,0%	50,0%	100,0%

N = 70

Tabell 5.16 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **henvisning til annen behandling***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste /ingen	total
BUP - poliklinikk	,0%	9,1%	90,9%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	,0%	20,0%	80,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%
DPS-poliklinikk	,0%	11,1%	88,9%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	4,2%	8,3%	87,5%	100,0%
Annet	25,0%	,0%	75,0%	100,0%

N = 66

Tabell 5.17 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **samarbeidsmøter***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste /ingen	Total
BUP - poliklinikk	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	44,4%	22,2%	33,3%	100,0%
DPS-poliklinikk	20,0%	30,0%	50,0%	100,0%
Akuttmottak	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	4,2%	4,2%	91,7%	100,0%
Annet	33,3%	,0%	66,7%	100,0%

N = 68

Tabell 5.18 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **familiesamtaler***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	84,6%	7,7%	7,7%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	33,3%	22,2%	44,4%	100,0%
DPS-poliklinikk	11,1%	,0%	88,9%	100,0%
Akuttmottak	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
Privatpraktiserende	20,8%	8,3%	70,8%	100,0%
Annet	50,0%	,0%	50,0%	100,0%

N = 69

Tabell 5.19 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **oppfølging med samtalebehandling 6-10t/3-5mnd***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	58,3%	16,7%	25,0%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
DPS-poliklinikk	72,7%	,0%	27,3%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	36,0%	20,0%	44,0%	100,0%
Annet	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%

N = 70

Tabell 5.20 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd***

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	10,0%	50,0%	40,0%	100,0%
BUP - døgntilbud	,0%	,0%	100,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	20,0%	40,0%	40,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%
DPS-poliklinikk	41,7%	8,3%	50,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	25,0%	10,0%	65,0%	100,0%
Annet	,0%	25,0%	75,0%	100,0%

N = 63

Tabell 5.21 *Andeler av de ulike typene enheter som oppgir at ofrene ulykker eller katastrofer får **oppfølging med samtalebehandling** > 20 t/>1 år*

	alle/de fleste	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	8,3%	8,3%	83,3%	100,0%
BUP - døgntilbud	,0%	,0%	100,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	25,0%	,0%	75,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%
DPS-poliklinikk	11,1%	22,2%	66,7%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	25,0%	4,2%	70,8%	100,0%
Annet	,0%	,0%	100,0%	100,0%

N = 65

Vedlegg 3

Tabeller traumatiserte flyktninger og torturofre

Tabell 5.22 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får **tidlig** intervensjon*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	38,9%	5,6%	55,6%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	37,5%	25,0%	37,5%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	62,5%	12,5%	25,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	23,1%	15,4%	61,5%	100,0%
DPS-døgnavdeling	,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	30,0%	5,0%	65,0%	100,0%
Annet	36,4%	,0%	63,6%	100,0%

N = 87

Tabell 5.23 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får psykososial utredning*

	de fleste/alle	halvparten	de færreste/ingen	Total
BUP - poliklinikk	73,7%	10,5%	15,8%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	55,6%	11,1%	33,3%	100,0%
DPS-poliklinikk	85,7%	,0%	14,3%	100,0%
DPS-døgnavdeling	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	47,6%	4,8%	47,6%	100,0%

N = 92

Tabell 5.24 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får støttesamtaler*

	de fleste/alle	halvparten	de færreste/ingen	
BUP - poliklinikk	72,2%	16,7%	11,1%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	77,8%	,0%	22,2%	100,0%
DPS-poliklinikk	76,9%	15,4%	7,7%	100,0%
DPS-døgnavdeling	71,4%	,0%	28,6%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	38,1%	4,8%	57,1%	100,0%
Annet	72,7%	,0%	27,3%	100,0%

N = 92

Tabell 5.25 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får **traumespesifikke behandlingsmetoder***

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	
BUP - poliklinikk	58,8%	5,9%	35,3%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	44,4%	11,1%	44,4%	100,0%
DPS-poliklinikk	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
DPS-døgnavdeling	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	52,4%	9,5%	38,1%	100,0%
Annet	41,7%	25,0%	33,3%	100,0%

N 90

Tabell 5.26 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får **kortvarig samtalebehandling***

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	31,6%	21,1%	47,4%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	42,9%	42,9%	14,3%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	80,0%	10,0%	10,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	33,3%	25,0%	41,7%	100,0%
DPS-døgnavdeling	60,0%	,0%	40,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	23,8%	14,3%	61,9%	100,0%
Annet	45,5%	9,1%	45,5%	100,0%

N = 89

Tabell 5.27 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får medisinering*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	,0%	5,6%	94,4%	100,0%
BUP - døgntilbud	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	72,7%	,0%	27,3%	100,0%
DPS-poliklinikk	53,8%	23,1%	23,1%	100,0%
DPS-døgnavdeling	85,7%	,0%	14,3%	100,0%
Akuttmottak	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	15,8%	26,3%	57,9%	100,0%
Annet	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%

N = 91

Tabell 5.28 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får henvisning til annen behandling*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	,0%	5,9%	94,1%	100,0%
BUP - døgntilbud	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	70,0%	20,0%	10,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	8,3%	33,3%	58,3%	100,0%
DPS-døgnavdeling	60,0%	,0%	40,0%	100,0%
Akuttmottak	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	10,0%	10,0%	80,0%	100,0%
Annet	45,5%	9,1%	45,5%	100,0%

N = 86

Tabell 5.29 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får samarbeidsmøter*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	72,2%	22,2%	5,6%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	71,4%	14,3%	14,3%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	63,6%	9,1%	27,3%	100,0%
DPS-poliklinikk	50,0%	28,6%	21,4%	100,0%
DPS-døgnavdeling	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%
Akuttmottak	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Privatpraktiserende	5,0%	25,0%	70,0%	100,0%
Annet	50,0%	20,0%	30,0%	100,0%

N = 92

Tabell 5.30 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får familiesamtaler*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	44,4%	16,7%	38,9%	100,0%
BUP - døgntilbud	75,0%	,0%	25,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
DPS-poliklinikk	23,1%	15,4%	61,5%	100,0%
DPS-døgnavdeling	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
Akuttmottak	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Privatpraktiserende	5,6%	16,7%	77,8%	100,0%
Annet	27,3%	18,2%	54,5%	100,0%

N = 90

Tabell 5.31 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	31,6%	31,6%	36,8%	100,0%
BUP - døgntilbud	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	25,0%	16,7%	58,3%	100,0%
DPS-døgnavdeling	40,0%	,0%	60,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	21,1%	15,8%	63,2%	100,0%
Annet	36,4%	18,2%	45,5%	100,0%

N =89

Tabell 5.32 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	
BUP - poliklinikk	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
BUP - døgntilbud	33,3%	,0%	66,7%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	25,0%	37,5%	37,5%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	10,0%	20,0%	70,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	41,7%	33,3%	25,0%	100,0%
DPS-døgnavdeling	,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	15,0%	25,0%	60,0%	100,0%
Annet	10,0%	30,0%	60,0%	100,0%

N =87

Tabell 5.33 *Andel av de ulike typene enheter som oppgir at flyktninger og torturofre får oppfølging med samtalebehandling >20 t/1 år*

	de fleste/ alle	halvparten	de færreste/ ingen	Total
BUP - poliklinikk	11,8%	11,8%	76,5%	100,0%
BUP - døgntilbud	,0%	,0%	100,0%	100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	42,9%	,0%	57,1%	100,0%
VOP-sykehus - døgnavdeling	10,0%	10,0%	80,0%	100,0%
DPS-poliklinikk	25,0%	8,3%	66,7%	100,0%
DPS-døgnavdeling	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Akuttmottak	,0%	,0%	100,0%	100,0%
Privatpraktiserende	20,0%	10,0%	70,0%	100,0%
Annet	18,2%	18,2%	63,6%	100,0%

N =86

Tabell 5.34 *Hvor store andeler av flyktningene og torturofrene sluttet av ulike grunner innen de ulike typene av enheter*

Type enhet	Sluttgrunn	de fleste	halvparten	de færreste
BUP - poliklinikk	fullført utredning eller behandling	60,0%	20,0%	20,0%
	overføring til annen instans	18,8%	12,5%	68,8%
	pasienten ønsker å slutte	16,7%	33,3%	50,0%
	pasienten droppet ut		23,1%	76,9%
	praktiske hindringer	7,7%	15,4%	76,9%
BUP - døgntilbud	fullført utredning eller behandling	100,0%		
	overføring til annen instans	66,7%		33,3%
	pasienten ønsker å slutte			100,0%
	pasienten droppet ut			100,0%
	praktiske hindringer			100,0%
VOP-sykehus - poliklinikk	fullført utredning eller behandling	85,7%	14,3%	
	overføring til annen instans	33,3%		66,7%
	pasienten ønsker å slutte		14,3%	85,7%
	pasienten droppet ut			100,0%
	praktiske hindringer		14,3%	85,7%

VOP-sykehus - døgnavdeling	fullført utredning eller behandling	40,0%	20,0%	40,0%
	overføring til annen instans	40,0%	30,0%	30,0%
	pasienten ønsker å slutte	12,5%	25,0%	62,5%
	pasienten droppet ut		12,5%	87,5%
	praktiske hindringer			100,0%
DPS-poliklinikk	fullført utredning eller behandling	45,5%	36,4%	18,2%
	overføring til annen instans	20,0%	10,0%	70,0%
	pasienten ønsker å slutte	11,1%	22,2%	66,7%
	pasienten droppet ut		11,1%	88,9%
	praktiske hindringer	12,5%		87,5%
DPS-døgnavdeling	fullført utredning eller behandling	100,0%		
	overføring til annen instans	50,0%		50,0%
	pasienten ønsker å slutte			100,0%
	pasienten droppet ut			100,0%
	praktiske hindringer			100,0%
Akuttmottak	fullført utredning eller behandling	100,0%		
	overføring til annen instans	100,0%		
	pasienten droppet ut			100,0%
	praktiske hindringer	100,0%		
Privatpraktiserende	fullført utredning eller	26,3%	26,3%	47,4%
	overføring til annen instans	12,5%	18,8%	68,8%
	pasienten ønsker å slutte	6,7%	6,7%	86,7%
	pasienten droppet ut		12,5%	87,5%
	praktiske hindringer		6,3%	93,8%

Annet	fullført utredning eller behandling	81,8%	9,1%	9,1%
	overføring til annen instans	33,3%	8,3%	58,3%
	pasienten ønsker å slutte	8,3%		91,7%
	pasienten droppet ut			100,0%
	praktiske hindringer			100,0%

Vedlegg 4 Spørreskjema

UNDERSØKELSE AV TILBUDET TIL TRAUMATISERTE OFRE FOR VOLD, OVERGREP, ULYKKER OG KATASTROFER, FLYKTNINGER OG TORTUROFRE. Vi ber deg svare på de følgende spørsmålene best mulig. Spørsmålene omfatter gruppene volds- og overgrepsutsatte, ulykkes- og katastrofeutsatte og traumatiserte flyktninger og torturofre. Det vil bli stilt spesifikke spørsmål om å anslå hvor mange dere har fått henvist og hatt under behandling av hver av disse gruppene og om hvilke tilbud de får. Spørsmålene blir stilt for hver gruppe for seg, først for ofre for vold og overgrep, så for ofre for ulykker og katastrofer, og til sist for traumatiserte flyktninger og torturofre.

Vi vet at en del av de tallmessige opplysningene vi etterspør er vanskelige å gi, og at en nøyaktig angivelse kanskje vil kreve et omfattende opptellingsarbeid. Det forventer vi ikke at dere skal gjennomføre, men ber om at antall blir anslått så godt som mulig.

Hvilke svar du gir på en del av spørsmålene avgjør hvilke nye spørsmål du får. Hvor lang tid det vil ta å svare på undersøkelsen vil derfor variere, men dersom du har de nødvendige opplysningene tilgjengelig vil det neppe ta mer enn 20 minutter.

På grunn av kort tidsfrist for vidererapportering til Sosial- og helsedirektoratet må vi ha svarene inn senest den 30. oktober

helseregion

Hvilken helseregion tilhører dere?

- ☐ Øst
- ☐ Sør
- ☐ Vest
- ☐ Midt-Norge
- ☐ Nord

Institusjonstype

Hva slags institusjon er dere?

- ☐ BUP – poliklinikk
- ☐ BUP – døgntilbud
- ☐ VOP-sykehus – poliklinikk
- ☐ VOP-sykehus – døgnavdeling
- ☐ DPS-poliklinikk
- ☐ DPS-døgnavdeling
- ☐ Akuttmottak
- ☐ Privatpraktiserende
- ☐ Annet

Hvis annet

Anneninst

Hva slags institusjon er det?

Arsverk

Hvor mange hele årsverk har dere?

(0 - 9999)

□□□□

Henvisninger

Hvor mange pasienter er søkt inn til dere siste år?

(0 - 9999)

□□□□

Pasienter

Hvor mange pasienter har dere hatt inne til konsultasjon siste år?

(0 - 9999)

Du vil nå først få en rekke spørsmål om hvilket tilbud dere gir til antatt traumatiserte ofre for vold og overgrep

voldsofre

Har noen av de som har vært søkt inn til dere siste år vært antatt traumatiserte ofre for vold eller overgrep?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Hvis nei eller vet ikke – gå til spørsmålene om tilbud til ulykkes- og katastrofeofre

Antvold

Hvor mange dreier det seg anslagsvis om ?

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Behandlvold

Anslagsvis, hvor mange av de dere har tatt i mot til utredning eller behandling siste år er traumatiserte ofre for vold eller overgrep?

- ☐ Ingen
- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Avslåvold

Hvor mange søknader fra antatt traumatiserte ofre for vold eller overgrep vil du anslå at dere har avslått siste år?

- ☐ Ingen
- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene?

- ### **Hvis andre grunner**

Hvilken annen grunn?

Hvor stor andel av ofrene for vold eller overgrep får følgende behandling?

[illegible]

sluttvold

Hvor stor andel av ofrene for vold og overgrep sluttet av følgende grunner:

	alle	de fleste	halvparten	de færreste	ingen	vet ikke
fullført utredning eller behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overføring til annen instans	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pasienten ønsker å slutte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pasienten droppet ut	☐	☐	☐	☐	☐	☐
praktiske hindringer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis krysset av for mer enn halvparten av pasientene ønsker å slutte:

grunnsluttvold

Vanligste grunner til at pasientene ønsker å slutte

Hvis krysset av for mer enn halvparten av pasientene sluttet av praktiske grunner:

grunnpraktvold

Hvilke praktiske hindringer førte til at pasientene sluttet?

kontaktvold

Hvor mye samarbeid har dere med andre instanser om ofre for vold og overgrep?

	Mye	Lite	Ingen kontakt
fastlege	☐	☐	☐
psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐
trygdekantor	☐	☐	☐
sosialkontor	☐	☐	☐
familievern	☐	☐	☐
barnevern	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐
somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐
politi og rettsvesen	☐	☐	☐
rådgivningskontor for kriminalofre	☐	☐	☐
advokater	☐	☐	☐
forsikringsselskap	☐	☐	☐
krisesentre	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐
annet psykisk helsevern	☐	☐	☐

Bare for instanser i helseregion Nord*kontaktutvalg*

Hvor mye samarbeid har dere med konsultasjonsteamet for helseregion Nord?

- ☐ Mye
- ☐ Lite
- ☐ Ingen kontakt
- ☐ No Answer

For alle regionene*samarbeidvold***Hvordan vurderer dere samarbeidet med andre instanser om ofre for vold og overgrep**

	bra	både og	dårlig	ikke aktuelt
fastlege	☐	☐	☐	☐
psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐
trygdekontor	☐	☐	☐	☐
sosialkontor	☐	☐	☐	☐
familievern	☐	☐	☐	☐
barnevern	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐
somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐
politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐
rådgivningskontor for kriminalofre	☐	☐	☐	☐
advokater	☐	☐	☐	☐
forsikringsselskap	☐	☐	☐	☐
krisesentre	☐	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐	☐
annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐

Bare for instanser i helseregion Nord*vurderkonsult***Hvordan vurderer dere samarbeidet med konsultasjonsteamet for****Helseregion Nord?**

- ☐ bra
- ☐ både og
- ☐ dårlig
- ☐ ikke aktuelt

For alle regionene*vurdervold***Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for vold og****overgrep?**

- ☐ Ja
- ☐ Delvis
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

*hindervold***Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for****vold eller overgrep**

- ☐ Manglende kapasitet/ressurser
- ☐ Mangelfull kompetanse
- ☐ Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ☐ Annet

Hvis annet*anhindrivold***Hva slags hindring?**

Du vil nå få spørsmål om tilbudet til antatt traumatiserte ofre for ulykker og katastrofer

*katastrofeofre***Har noen av de som har vært søkt inn til dere siste år vært antatt traumatiserte ofre for ulykker eller katastrofer?**

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Hvis nei eller vet ikke – gå til spørsmålene om tilbud til ulykkes- og katastrofeofre

Antkat

Hvor mange av de som er søkt inn siste år dreier det seg anslagsvis om?

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Behandlkat

Anslagsvis, hvor mange av de dere har tatt i mot til utredning eller behandling siste år er traumatiserte ofre for ulykker eller katastrofer?

- ☐ ingen
- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Avslåkat

Hvor mange søknader fra antatt traumatiserte ofre for ulykker eller katastrofer vil du anslå at dere har avslått siste år?

- ☐ Ingen
- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene?

- ### **Hvis andre grunner**

Hvilken annen grunn?

Hvor stor andel av ofrene ulykker eller katastrofer får følgende behandling?

[illegible]

sluttkat

Hvor stor andel av ofrene for ulykker og katastrofer sluttet av følgende grunner:

	alle	de fleste	halvparten	de færreste	ingen	Vet ikke
fullført utredning eller behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overføring til annen instans	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pasienten ønsker å slutte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pasienten droppet ut	☐	☐	☐	☐	☐	☐
praktiske hindringer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis krysset av for mer enn halvparten av pasientene ønsker å slutte: grunnsluttkat

Vanligste grunner til at pasientene ønsker å slutte

Hvis krysset av for mer enn halvparten av pasientene sluttet av praktiske grunner grunnprakkat

Hvilke praktiske hindringer førte til at pasientene sluttet?

*Kontaktkat***Hvor mye samarbeid har dere med andre instanser om ofre for ulykker og katastrofer?**

	Mye	Lite	Ingen kontakt
fastlege	☐	☐	☐
psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐
trygdekantor	☐	☐	☐
sosialkontor	☐	☐	☐
familievern	☐	☐	☐
barnevern	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐
somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐
politi og rettsvesen	☐	☐	☐
rådgivningskontor for kriminalofre	☐	☐	☐
advokater	☐	☐	☐
forsikringsselskap	☐	☐	☐
krisesentre	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐
annet psykisk helsevern	☐	☐	☐

Samarbeidkat

Hvordan vurderer dere samarbeidet med andre instanser om ofre for ulykker og katastrofer?

	bra	både og	dårlig	ikke aktuelt
fastlege	☐	☐	☐	☐
psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐
trygdekontor	☐	☐	☐	☐
sosialkontor	☐	☐	☐	☐
familievern	☐	☐	☐	☐
barnevern	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐
somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐
politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐
rådgivningskontor for kriminalofre	☐	☐	☐	☐
advokater	☐	☐	☐	☐
forsikringsselskap	☐	☐	☐	☐
krisesentre	☐	☐	☐	☐
Støttesenter mot incest	☐	☐	☐	☐
annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐

vurderkat

Får dere gitt den behandling dere ønsker til ofre for ulykker og katastrofer?

- ☐ Ja
- ☐ Delvis
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

hinderkat

Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til ofre for ulykker og katastrofer?

- ☐ Manglende kapasitet/ressurser
- ☐ Mangelfull kompetanse
- ☐ Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ☐ Annet
- ☐ Vet ikke

Hvis annet:

Ahindrkat

Hvilken annen hindring?

Du vil nå få spørsmål om tilbudet til antatt traumatiserte flyktninger og torturofre

traumflykt

Har noen av de som har vært søkt inn til dere siste år vært antatt traumatiserte flyktninger?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

Hvis nei eller vet ikke – gå til slutten av skjemaet

Antflykt

**Hvor mange av de som er søkt inn siste år dreier det seg
anslagsvis om?**

- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Behandlflykt

**Anslagsvis, hvor mange av de dere har tatt i mot til utredning
eller behandling siste år er traumatiserte flyktninger eller**

torturofre?

- ☐ ingen
- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

Avslåflykt

**Hvor mange søknader fra antatt traumatiserte flyktninger eller
torturofre vil du anslå at dere har avslått siste år?**

- ☐ Ingen
- ☐ 1 – 5
- ☐ 6 – 10
- ☐ 11 – 50
- ☐ 51 – 100
- ☐ over 100
- ☐ vet ikke

avslagrunnflykt

Hva er den vanligste grunnen til å avslå søknadene?

- ☐ Ikke kapasitet
- ☐ Ikke erfaring/kompetanse med denne typen problemer
- ☐ Andre grunner

Hvis andre grunner:

anngrunnflykt

Hvilken annen grunn?

Somatisk_tilbud

Er det etablert eller under etablering egne somatiske behandlingstilbud for torturofre?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, somatisk utredning
- ☐ Ja, somatisk behandling
- ☐ ja, annet
- ☐ Vet ikke

Hvis ja:

Sombehandling

Kan du beskrive tilbudet

*tilbudflykt***Hvor stor andel av flyktningene og torturofrene får følgende behandling?**

	alle	de fleste	halvparten	de færreste	ingen
tidlig intervensjon	☐	☐	☐	☐	☐
psykososial utredning	☐	☐	☐	☐	☐
støttesamtaler	☐	☐	☐	☐	☐
traumespesifikke behandlingsmetoder	☐	☐	☐	☐	☐
kortvarig samtalebehandling	☐	☐	☐	☐	☐
medisinering	☐	☐	☐	☐	☐
henvisning til annen behandling	☐	☐	☐	☐	☐
samarbeidsmøter	☐	☐	☐	☐	☐
familiesamtaler	☐	☐	☐	☐	☐
oppfølging med samtalebehandling 6 - 10 t/3 - 5 mnd	☐	☐	☐	☐	☐
oppfølging med samtalebehandling 11 - 20 t/6 - 12 mnd	☐	☐	☐	☐	☐
oppfølging med samtalebehandling >20 t/1 år	☐	☐	☐	☐	☐

*Tolk***Har dere tilgang på tolketjenester**

- ☐ ja
☐ nei
☐ Vet ikke

Hvis nei eller vet ikke, gå til spørsmålet om hvordan dere løser problemet når tolketjenester ikke er tilgjengelig

*Typ_tolk***Hvordan er tjenesten organisert** (det kan krysses for begge alternativ)

- ☐ kommunal
- ☐ privat

*Språk***Er det tilgang på alle aktuelle språk**

- ☐ ja
- ☐ nei
- ☐ vet ikke

*Tolkeform***Hva bruker dere mest av**

- ☐ oppmøtetolk
- ☐ telefontolk
- ☐ vet ikke

*Tolktilgang***Er tolketilgangen tilstrekkelig i forhold til behovet**

- ☐ ja
- ☐ nei
- ☐ vet ikke

*Språkproblem***Er det noen språk det er særlig problem å skaffe tolk til**

*Samtolk***Er det mulig å ha samme tolken til alle timene med samme klient**

- ☐ ja
- ☐ nei
- ☐ Vet ikke

*tolkeproblemer***Andre problemer tilknyttet tolkebruk** (Det kan krysses av for flere svar)

- ☐ klientene ønsker det ikke
- ☐ vanskelig å få timer som passer
- ☐ økonomiske problemer

[illegible]

Hvis krysset av for mer enn halvparten av pasientene ønsker å slutte:
grunnsluttflykt

Vanligste grunner til at pasientene ønsker å slutte

Hvis krysset av for mer enn halvparten av pasientene sluttet av praktiske grunner
grunnpraktflykt

Hvilke praktiske hindringer førte til at pasientene sluttet?

kontaktflykt

Hvor mye samarbeid har dere med andre instanser om traumatiserte flyktninger og torturofre?

	Mye	Lite	Ingen kontakt
fastlege	☐	☐	☐
psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐
trygdekontor	☐	☐	☐
sosialkontor	☐	☐	☐
familievern	☐	☐	☐
barnevern	☐	☐	☐
Psykososiale team for flyktninger/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐
somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐
fysioterapi	☐	☐	☐
annet psykisk helsevern	☐	☐	☐
politi og rettsvesen	☐	☐	☐
advokater	☐	☐	☐
krisesentre	☐	☐	☐
flyktningekonsulent	☐	☐	☐
UDI	☐	☐	☐

*samarbeidflykt***Hvordan vurderer dere samarbeidet med andre instanser om traumatiserte flyktninger og torturofre?**

	bra	både og	dårlig	ikke aktuelt
fastlege	☐	☐	☐	☐
psykisk helsevern i kommunen	☐	☐	☐	☐
trygdekontor	☐	☐	☐	☐
sosialkontor	☐	☐	☐	☐
familievern	☐	☐	☐	☐
barnevern	☐	☐	☐	☐
Psykososiale team for flyktninger/Regionale sentre om vold, traumer og selvmord	☐	☐	☐	☐
somatisk spesialisthelsetjeneste	☐	☐	☐	☐
fysioterapi	☐	☐	☐	☐
annet psykisk helsevern	☐	☐	☐	☐
politi og rettsvesen	☐	☐	☐	☐
advokater	☐	☐	☐	☐
krisesentre	☐	☐	☐	☐
flyktningekonsulent	☐	☐	☐	☐
UDI	☐	☐	☐	☐

*vurderflykt***Får dere gitt den behandling dere ønsker til traumatiserte flyktninger og torturofre?**

- ☐ Ja
- ☐ Delvis
- ☐ Nei
- ☐ vet ikke

Hvis nei eller delvis:*hinderflykt***Hva er den viktigste hindringen for å gi et bedre tilbud til traumatiserte flyktninger og torturofre?**

- ☐ Manglende kapasitet/ressurser
- ☐ Mangelfull kompetanse
- ☐ Manglende oppfølging/samarbeid med andre instanser
- ☐ Annet
- ☐ vet ikke

Hvis annet:*Anneflykt***Hvilken annen hindring?**

*kommentarer***Er det noe du ønsker å kommentere?**
