TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE PÅ DANSKE REHABILITERINGSCENTRE:

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE OG EFFEKTMÅL

oasis
behandling og rådgivning for flygtninge

midt
regionmidtjylland

REHABILITERINGSCENTER FOR TORTUROFRE

DIGNITY
DANSK INSTITUT MOD TORTUR

Traumatiserede Flygtninge på Danske Rehabiliteringscentre:

Målgruppebeskrivelse og Effektmål

Afdelingen for Rehabilitering, Dansk Institut mod Tortur (DIGNITY)

Udgivet af:

©DIGNITY Dansk Institut mod Tortur

For yderligere information rettes henvendelse til:

Marie Høgh Thøgersen, Ph.d. Klinisk psykolog, forskningskoordinator

Projektleder for Den Danske Traume Database for Flygtninge

Forskningsgruppen i DIGNITYs Rehabiliteringsafdeling.

DIGNITY (Dansk Institut mod Tortur)
Bryggervangen 55
2100 København Ø.

ISBN: 978-87-93675-04-9

Indhold

Traumatiserede Flygtninge på Danske Rehabiliteringscentre: . . . 1
Målgruppebeskrivelse og Effektmål . . . 1
Traumatiserede Flygtninge på Danske Rehabiliteringscentre: . . . 2
Introduktion . . . 5

SEKTION 1 . . . 9

Baggrund og Metode . . . 9
Baggrund . . . 10
Målgruppen: traumatiserede flygtninge og indvandrere . . . 10
Behandlingen af traumatiserede flygtninge og indvandrere i Danmark . . . 11
Metode . . . 14
Monitoreringspakken . . . 14
Dataindsamling . . . 14
Den indsamlede data . . . 16

SEKTION 2 . . . 20

Symptomniveau og sociodemografiske karakteristika for traumatiserede flygtninge . . . 20
Introduktion . . . 21
Sociodemografisk overblik . . . 21
Gennemsnitsalder for patienter . . . 21
Køn . . . 22
Alder og køn . . . 22
Oprindelsesland . . . 23
Civilstand . . . 25
Børn . . . 26
Uddannelse . . . 27
Tidsinterval mellem ankomst til Danmark og behandlingsstart . . . 28
Indkomstkilde . . . 30
Forekomsten af tortur og hovedtraume og andre former for traumeeksponering . . . 31
Symptomniveauet blandt målgruppen ved baseline . . . 32
Opsummering . . . 37

SEKTION 3 38
Forbedring i symptomniveau efter endt behandling 38
Introduktion 39
Kontrolgruppe 39
Sammenligneligheden af behandlingen på tværs af centrene 40
Forbedring af PTSD og selvopfattelse af funktionsevne 41
Forbedring af angst og depression 42
Forbedring af smerte 43
Forbedring af socialt funktionsniveau 45
Forskelle mellem bølge 1 og bølge 2 i forbedring 46
Andel af patienter der oplever en forbedring på 12,5-15% 49
Andel af patienter der ikke oplever bedring 49
Opsummering 51
Videreudvikling af Den Danske Traume Database for Flygtninge 52
Litteraturliste: 53
Appendix 56
Referencetabeller 63

Introduktion

Når traumatiserede flygtninge ikke får tilstrækkelig hjælp til at håndtere deres traumer, har det store konsekvenser for deres tilknytning til arbejdsmarkedet, deres familiers trivsel og deres liv i Danmark. Der er behov for øget viden om gruppen af traumatiserede flygtninge og de problemstillinger, som kendetegner den. Hidtil har der manglet systematisk viden om effekten af behandling på de danske rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge.

Denne rapport bidrager med ny viden om traumatiserede flygtninge i Danmark og om effekten af behandlingen på danske rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge.

Rapporten er et resultat af et monitoreringssamarbejde mellem nedenstående danske rehabiliteringscentre:

- OASIS – Behandling og rådgivning for flygtninge.
- Rehabiliteringscenter for Torturofre Jylland (RCT-Jylland).
- Klinik for PTSD og Angst, Aarhus.
- Dansk Institut mod Tortur (DIGNITY).

Samarbejdet er etableret for at få mere viden om effekten af den behandling, der tilbydes traumatiserede flygtninge i Danmark, og det har muliggjort udviklingen af den første nationale monitoreringsdatabase inden for området; Den Danske Traume Database for Flygtninge /The Danish Trauma and Refugee Database (DTD). DTD bidrager med nye muligheder for databaseret forskning i rehabilitering af traumatiserede flygtninge. Siden indsamlingen af datagrundlaget for denne rapport, er Rehabiliteringscenter for flygtninge, Ålborg (RCF-Ålborg) også blevet en del af samarbejdet. I 2018 udbyggede de fem rehabiliteringscentre deres samarbejde ved at forpligte sig til at bidrage med højkvalitetsdata til fremtidig forskning - i første omgang frem til 2022. I samarbejde med Center for Registerforskning er det besluttet, at der løbende skal kobles relevante registerdata til databasen. Der er ikke tidligere samlet et så stort og omfangsrigt datasæt på tværs af nationale rehabiliteringsklinikker.

Rapporten viser således de første analyseresultater baseret på monitoreringsdata fra 1447 henviste traumatiserede flygtninge, indsamlet på centrene i perioden 2012-2016. Der er indhentet primære sociodemografiske oplysninger og oplysninger vedrørende patienternes symptomniveau (på PTSD, angst, depression, smerte og socialt funktionsniveau) ved behandlingsstart.

Formålet med rapporten er at vejlede og kvalitetssikre centrenes fremtidige datasamarbejde, og rapporten forsøger derfor at svare på følgende spørgsmål:

1. Hvad karakteriserer målgruppen 'traumatiserede flygtninge', som modtager behandling på de danske rehabiliteringscentre?
2. Er monitoreringsdata på tværs af de nationale centre sammenlignelige?
   - Er patienterne sammenlignelige?
   - Ses samme tendenser hvad angår symptomniveau og sociodemografiske karakteristika på tværs af centre?
3. Får patienterne det bedre efter endt behandling?
   - Hvad kendetegner dem, som får det bedre og dem, som ikke får det bedre?

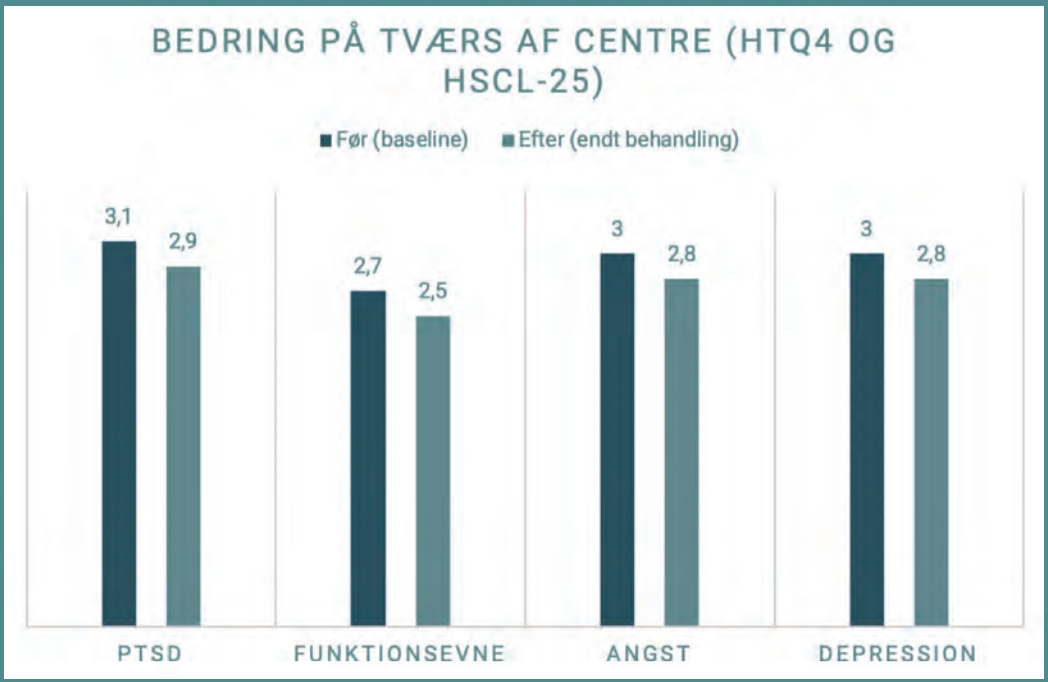
Rapporten består af tre sektioner:

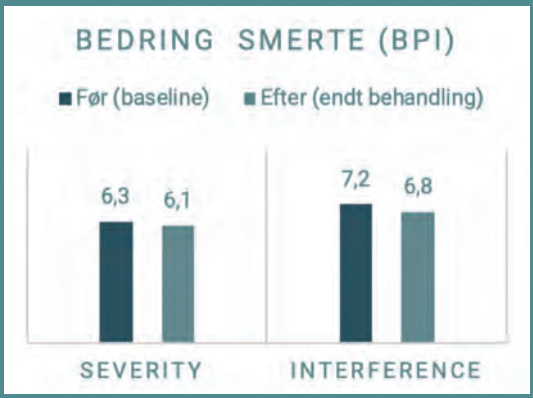
- **Sektion 1 - Baggrund og metode:** I rapportens første sektion fremgår en kort beskrivelse af de sociale, fysiske og sundhedsmæssige vanskeligheder, som kendetegner traumatiserede flygtninge som er henvist til de nationale rehabiliteringscentre, samt en beskrivelse af behandlingen på centrene. Første sektion beskriver samtidig de monitoreringsdata og de analyser, som rapporten bygger på.
- **Sektion 2 - Symptomniveau og sociodemografiske karakteristika for traumatiserede flygtninge:** Rapportens anden sektion beskriver, hvad data fortæller om målgruppen på tværs af centre ved behandlingsstart. Det drejer sig bl.a. om familieforhold, uddannelse, beskæftigelse og oprindelsesland, samt symptomniveauer på PTSD, angst, depression, smerte og socialt funktionsniveau ved behandlingsstart.
- **Sektion 3 – Forbedring ved endt behandling:** Sektion 3 beskriver behandlingseffekten, der er på PTSD, angst, depression, smerte og funktionsniveau på tværs af centre efter et behandlingsforløb

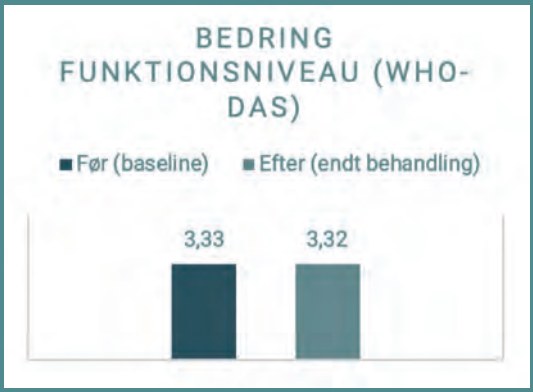
RAPPORTENS HOVEDKONKLUSIONER

Rapportens analyser peger på, at gruppen af traumatiserede flygtninge, som bliver henvist til de nationale centre på tværs af landet, er sammenlignelige, både i forhold til sociodemografiske faktorer og symptombillede ved behandlingsstart. Dette er væsentligt i forhold til udviklingen af databasen og fremtidige forskningsprojekter på tværs af centrene.

- Symptomniveauet på de udvalgte analysemål er påfaldende højt blandt målgruppen ved behandlingsstart, og gennemsnitsscorerne er væsentligt over eksisterende cut-off-scorer for samtlige mål, (PTSD, selvoplevet funktionsevne, angst, depression, smerte og socialt funktionsniveau). Dette stemmer overens med lignende undersøgelser, som viser, at flygtninge med PTSD er blandt de mest belastede patienter i sundhedssektoren, kendetegnet ved massive psykiske, sociale og fysiske vanskeligheder.
- Den fælles monitoreringspakke består af validerede kliniske skemaer, har været anvendt på centrene i mange år, og har vist sig at være både klinisk og praktisk anvendelig på tværs af centre. Der var samlet set en høj korrelation mellem PTSD, angst, depression, smerte og socialt funktionsniveau. Scorer man højt på ét mål, er der er en signifikant større sandsynlighed for, at man scorer højt på de øvrige mål, hvilket stemmer overens med konklusioner fra lignende studier.
- I forlængelse af behandlingen ses en statistisk signifikant forbedring på alle de kliniske parametre på tværs af centre, se nedenfor.







Forbedringen i symptomniveau er særligt båret af en gruppe på ca. 25 procent af patienterne, som oplever en markant forbedring i forbindelse med behandlingsforløbet. Dertil kommer en gruppe på ca. 30 procent som ikke oplever en forbedring i symptomniveau under behandlingen. Man ser ikke samme tendens til forbedring hos personer på venteliste (kontrolgruppen). Trods en samlet behandlingsforbedring på tværs af centrene, oplevede størstedelen af patienterne fortsat generende symptomer langt over den kliniske skæringsgrænse. Det ikke-kliniske mål for 'selvoplevet funktionsevne' var dog tættere på skæringsgrænsen og fungerede medierende for den samlede lidelse.

- Analyserne peger på systematiske forskelle mellem de patienter, som får et særligt stort udbytte af behandlingen og dem, som ser en mindre eller ingen positiv effekt. Analysen (en logistisk regression) viser, at forskellen i udbytte af behandlingen umiddelbart skyldes at patienter, som starter i behandling inden for 8 år efter deres ankomst til Danmark, har et højere socialt funktionsniveau end de patienter, der starter i behandling senere. De patienter som først opsøger behandling efter 8 år, har et betydeligt lavere funktionsniveau, hvilket negativt påvirker udbyttet af behandlingen. Dette tyder på, at det kan betale sig at behandle målgruppen tidligt, inden de-res funktionsniveau forværres.

- Rapportens analyser viser, at de patienter, der har størst sandsynlighed for at få stort udbytte af behandling, er dem, som starter i behandlingen inden for 8 år, og som har et forholdsvist højt socialt funktionsniveau, trods et højt symptomniveau for PTSD, angst, depression og/eller smerter.

- Rapporten understreger, at der er brug for mere viden om de traumatiserede flygtninge som henvises til de nationale rehabiliteringscentre, samt undersøgelse af de virksomme dele af be-handlingen af traumatiserede flygtninge således at de eksisterende behandlingstilbud kan mål-rettes og videreudvikles.

SEKTION 1

Baggrund og Metode

Baggrund

De langsigtede sociale og økonomiske følger af ubehandlet PTSD er betydelige. Mennesker med PTSD har en højere forekomst af både fysiske og somatiserende lidelser end baggrundsbefolkningen, hvilket ofte fører til et forøget forbrug af sundhedsydelser og medicinudskrivning, samt overdødelighed. PTSD udgør en betydelig social og familiemæssig byrde og fører til nedsat livskvalitet og langvarig funktionsnedsættelse [1]. Baggrunden for udformningen af denne rapport er, at sygdomsbilledet bliver endnu mere komplekst, når det drejer sig om PTSD hos flygtninge og indvandrere.

På trods af, at PTSD er en meget udbredt og invaliderende tilstand med store samfundsmæssige omkostninger, så er det kun et mindretal af personer med lidelsen, som modtager behandling. Der mangler evidensbaseret viden om effekten af PTSD-behandling generelt, men i særdeleshed ift. målgruppen af traumatiserede flygtninge og deres familier [2]. Tallene i denne rapport peger på, at nogle patienter på de danske rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge får det væsentligt bedre af behandlingen, men at der stadig er en større gruppe, som ikke hjælpes tilstrækkeligt.

Trods de sidste ti års positive udvikling inden for rehabiliteringsfeltet i Danmark, er der fortsat en stor gruppe af traumatiserede flygtninge, som ikke får den hjælp, de har brug for, og dette har store konsekvenser for deres liv i Danmark, deres tilknytning til arbejdsmarkedet og deres familiers trivsel.

Målgruppen: traumatiserede flygtninge og indvandrere

Indvandrere og flygtninge med PTSD er blandt de mest belastede patienter i sundhedssektoren, og de er ofte kendetegnet ved massive psykiske, sociale og fysiske vanskeligheder. Der er tale om en gruppe, som historisk set har været overset og underbehandlet i det psykiatriske behandlingssystem, idet flere studier peger på, at flygtninges forbrug af psykiatrisk behandling er mindre end i baggrundsbefolkningen [3-7]. på trods af en højere forekomst af psykiske lidelser [7, 8].

Flygtninge og indvandrere med traumer er en vanskeligt tilgængelig behandlingsgruppe. Gruppens belastningsgrad og kompleksitet betyder, at der sjældent er tale om en psykiatrisk tilstand alene, og mange lider af svære kroniske smerter og fysiske funktionsbegrænsninger[9]. Der er stor risiko for fejldiagnosticering og fejlbehandling, og det lader sig sjældent gøre direkte at anvende kliniske behandlingsretningslinjer til PTSD i forhold til målgruppen [10]. Alene diagnosticeringen af de komplekse traumatiske hændelser (torturen, krigsoplevelserne, flugten m.m.) og effekterne af disse udgør en stor opgave. Flygtninge har ofte en kompleks traumehistorie med multiple traumer, der kan gå tilbage til barndommen [11].

Sygdomsbilledet kompliceres yderligere af patientens kulturelle baggrund. Livet i eksil er i sig selv forbundet med væsentlige problemstillinger vedr. social tilpasning og isolation, adskillelse fra familiemedlemmer og tab af socioøkonomisk status [12]. Samtidig påvirker kulturforskelle mødet mellem patient og behandler [13, 14]. Mange indvandrere kender ikke det danske sundhedsvæsen, og sociale og helbredsmæssige faktorer er ofte tæt sammenvævede, så behandleren har svært ved at omsætte symptomer til entydige diagnoser [10].

Endelig udgør gruppens sociale og økonomiske problemer en væsentlig udfordring i forhold til at gennemføre gode forløb. Hovedparten af gruppen har familier, ofte med mange børn. Børnene, som i forvejen påvirkes af forældrenes traumer [15-18], rammes ligeledes af de betydelige sociale udfordringer. De sidste års ændringer på integrationsområdet har kun gjort disse udfordringer større for målgruppen [19].

Behandlingen af traumatiserede flygtninge og indvandrere i Danmark

Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge er en regional opgave finansieret inden for rammerne af Sundhedsloven, Lov om Social Service og Integrationsloven. Der er ni klinikker i Danmark, som samlet set behandler ca. 2900 traumatiserede indvandrere og flygtninge årligt. Derudover er der to indvandrermedicinske klinikker, som behandler 520 patienter årligt. Tre af centrene - OASIS, RCT Jylland og DIGNITY - er privatejede og har hjemmel i sundhedslovens § 79, stk. 2. De øvrige klinikker er en integreret del af regionernes psykiatriske tilbud (se Tabel 1).

Behandlingen tilbydes primært flygtninge med opholdstilladelse i Danmark eller danske statsborgere med tidligere flygtningestatus, der har været udsat for traumer og/eller tortur som følge af krig eller anden politisk eller organiseret vold. Flere centre tilbyder også behandling til familier til traumatiserede flygtninge. Hovedparten af de henviste er flygtninge, som har boet i Danmark i en længere periode. De har i gennemsnit været i Danmark i 15-17 år, når de henvises. Center for Transkulturel Psykiatri Ballerup, Klinik for PTSD & Angst Aarhus og de indvandrermedicinske klinikker behandler også indvandrere, som har været i Danmark i flere generationer, når det vurderes, at kulturelle faktorer komplicerer sygdomsbilledet. I 2014 udvidede de offentlige klinikker deres målgruppe til også at inkludere traumatiserede danskere med PTSD.

Asylansøgere modtager behandling i regi af Dansk Røde Kors. Flygtninge og indvandre skal have opholdstilladelse i Danmark for at få adgang til specialiseret behandling på de nationale rehabiliteringscentre.

Alle ni centre arbejder ud fra en tværfaglig behandlingsmodel. Kompleksiteten af patienters problemstillinger betyder, at en tværfaglig specialindsats er nødvendig for at kunne diagnosticere og behandle. Udredningen er således en vigtig del af behandlingen på alle centrene, og en tværfaglig tilgang er nødvendig for at kunne gennemføre grundige udredninger, hvor den fulde kliniske og sociale baggrund indhentes [20]. Rehabiliteringsforløbene er typisk bygget op omkring et tværfagligt team af fagprofessionelle med indgående kendskab til målgruppens problemstillinger. Det tætte samarbejde om traumebehandlingen mellem de forskellige fagpersoner skaber et mere sammenhængende forløb. Netværket inddrages i behandlingen, og på centrene koordineres der mellem sektorer og behandlingsinstanser i varieret omfang. I ca. 70 procent af behandlingsforløbene anvendes tolke. De fleste klinikker benytter professionelle tolke, hvilket er væsentligt i behandlingen og udredningen af de komplicerede sager [21].

Fire af klinikkerne er godkendt af Sundhedsstyrelsen som højt specialiserede centre til behandling af traumatiserede flygtninge; Center for Transkulturel Psykiatri (CTP), Klinik for PTSD og Angst, Afdeling for Traumer og Torturoverlevere (ATT), samt Dansk Institut mod Tortur, (DIGNITY). De øvrige er godkendt på regionsfunktionsniveau.

Den tværfaglige model varierer på tværs af centrene afhængigt af sammensætningen af de tværfaglige teams og de konkrete rammer for behandlingen (se Tabel 1). Der er sket en positiv udvikling på området de sidste ti år, da der er opbygget betydelig viden og erfaring med specialiseret tværfaglig traumebehandling. Alle centrene anvender i dag, mere eller mindre systematisk kognitiv terapi, eksponeringsmetoder og andre evidensbaserede metoder. Flere af centrene gennemfører samtidig klinisk forskning. Særligt center for Transkulturel Psykiatri [22]. har opbygget et stærkt forskningsmiljø og har allerede gennemført adskillige klinisk kontrollerede undersøgelser, som bidrager med vigtig viden. Der er fortsat få kliniske effektstudier af den tværfaglige behandlingsmodel, og der mangler viden om, hvad der virker for hvem.

Der eksisterer endnu ikke nogen nationale kliniske retningslinjer for behandlingen af traumatiserede flygtninge i Danmark.

Tabel 1 .Oversigt over nationale rehabiliteringscentre

Center	Offentlig / Privat	Etable-ringsår	Målgruppe	Antal pts per år	Behandlere	Behandlings-tilgang
Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri (CTP)	Offentlig/ Center for Psykiatri Ballerup	2008	Traumatiserede flygtninge og patienter med en transkulturel baggrund og komplekse psykiatriske problemstillinger.	750	Psykologer 8, Socialrådgivere 3, Læger 15, Fysioterapeuter 5, Sygeplejersker 2	Tværfaglig model & forskning i behandlingseffekt TF-CBT, CFI, PE, IRT, BAT
Klinik for PTSD & Angst	Offentlig/ Skeiby Sygehus	1987	Som ovenfor samt veteraner med PTSD og komplekse psykiatriske problemstillinger. Voksne danskere med PTSD efter erhvervsrelaterede traumatiske oplevelser. Unge flygtninge fra 15 år og 2. generationsdanskere	550	Psykologer 15, Læger 2, Fysioterapeuter 6, Sygeplejersker 5, Socialrådgivere 2, Pædagoger 1, Kostvejledere 1	Tværfaglig model NET, CBT, PE; BAT, EMDR, PE
Afdeling for Traume- og Torturoverlevere (ATT) Odense /Vejle	Offentlig/ Odense Universitetshospital	2003 (etableret som RCT Fyn)	Traumatiserede flygtninge og deres familier og veteraner med PTSD. Kun voksne.	550	Psykologer 7, Socialrådgivere 5, Læger 1, Fysioterapeuter 5, Sygeplejersker 1	Tværfaglig model NET, CBT, PE MBT
Vejle		2001 (etableret som Center for traume- og torturoverlevere)	Traumatiserede flygtninge og deres familier og veteraner med PTSD. Kun voksne.		Psykologer 8, (en specialpsykolog) Socialrådgivere 3, Læger 1, Fysioterapeuter 4	
Rehabiliteringscenter for Flygtninge, Aalborg	Offentlig / Region Nordjylland	1992	Traumatiserede flygtninge. Kun voksne.	350	Psykologer 5, Sygeplejersker 2, Læger ½, Fysioterapeuter 4	Tværfaglig model CBT
Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Slagelse og Køge	Offentlig/ Region Sjælland	2011 (Flyttet fra Korsør til Slagelse I 2015)	Traumatiserede flygtninge og veteraner med PTSD. Kun voksne	110	Psykologer 3, Fysioterapeuter 4, Socialrådgivere 3	Tværfaglig model CBT
DIGNITY, Institut mod Tortur	Selvejende institution	1982	Traumatiserede flygtninge og deres familier. Behandler familier, børn og voksne.	130	Psykologer 6, Socialrådgivere 4, Læger 2, Fysioterapeuter 4	Tværfaglig model NET, CBT, TF- CBT, SE, BAT
Rehabiliteringscenter for Torturofre, Jylland	Selvejende, driftsoverenskomst med Region Syddanmark	1985	Traumatiserede flygtninge og deres familier. Voksne.	192	Psykologer 5, Socialrådgivere 4, Fysioterapeuter 4, Læger ½	Tværfaglig model NET, TF-CBT, PE
OASIS – Behandling og rådgivning for flygtninge.	Privat	1987	Traumatiserede flygtninge. Voksne, familier og børn.	220	Psykologer 7, Socialrådgivere 6, Fysioterapeuter 3	Tværfaglig model TF-CBT, NET, EMDR

*TF-CBT= Trauma Focus ed Cognitive Behavioral Therapy, CFI: Cultural formulation interview, NET= Narrative Exposure Therapy, IRT= Imaginary Rehearsal Therapy, PE = Prolonged Exposure, SE = Somatic Experiencing, EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, BAT = Body Awareness Therapy

Metode

Nærværende metodeafsnit beskriver de data, rapporten bygger på. Her redegøres for de konkrete monitoreringsdata, som er indsamlet fra de nationale rehabiliteringscentre i perioden 2012-2016, og det beskrives, hvordan data er indsamlet, samt hvordan dataanalyserne er gennemført.

Monitoreringspakken

Den anvendte monitoreringspakke, som udgør rapportens data, er udviklet specifikt til målgruppen af traumatiserede flygtninge. Flere af skemaerne er dog blevet anvendt mere eller mindre sporadisk på centrene gennem mange år. Den samlede pakke blev udviklet i 2012, hvor det blev besluttet, at data skulle indhentes systematisk på tværs af centre. For at favne kompleksiteten af målgruppens symptomer har monitoreringspakken en bredde, som tager højde for både psykiske, fysiske og sociale vanskeligheder. Den indsamler således validerede mål på PTSD, angst, depression, smerter og socialt funktionsniveau, samt basale sociodemografiske oplysninger. Nedenfor ses en oversigt over de forskellige mål.

MÅL	MONITORERINGSSKEMA
Traumeeksponering	Harvard Trauma Questionnaire del 1 (HTQ1)
Hjerneskade ved hovedtraumer	Harvard Trauma Questionnaire del 3 (HTQ3)
Posttraumatisk belastningsreaktion Selvoplevet funktionsevne	Harvard Trauma Questionnaire del 4 (HTQ4) Harvard Trauma Questionnaire del 4 (HTQ4)
Depression Angst	The Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)
Socialt funktionsniveau	WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS)
Smerte intensitet Smertepåvirkning i hverdagen	Brief Pain Inventory short form (BPI-SF) Brief Pain Inventory short form (BPI-SF)
Sociodemografiske oplysninger	Socialrådgiverskema

Dataindsamling

Alle monitoreringsskemaer er selvrapporteringsskemaer, som er udfyldt i forbindelse med behandlingen på centrene. Det varierer, hvor meget hjælp patienterne har fået i forbindelse med udfyldelsen af skemaerne. Sociodemografiske data og mål på traumeeksponering og hjerneskade (hovedtraume) er kun indsamlet ved behandlingsstart. Alle øvrige skemaer er indsamlet ved visitation, startbehandling,

slutbehandling og follow-up (efter 6-9 mdr.). I de tilfælde, hvor der er gået mere en 3 mdr. fra visitation til behandlingsstart (grundet venteliste) er der indhentet skemaer ved både visitation og behandlingsstart. Nedenfor følger en nøje beskrivelse af skemaerne i monitoreringspakken.

The Harvard Trauma Questionnaire

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) blev udviklet i starten af 1990'erne ud fra monitoreringer af flygtninge fra Cambodia, Laos og Vietnam [23]. Skemaet er udviklet som værktøj til at screene symptomer på PTSD og selvopfattelse af funktionsevne hos traumatiserede flygtninge. Siden 1990'erne har Harvard Program in Refugee Trauma justeret skemaet [24]. HTQ-skemaet er valideret på tværs af kulturelle kontekster og er anbefalet som en del af "best practice", når man arbejder med traumatiserede flygtninge [24, 25].

Det samlede skema består af fire sektioner (HTQ1-4): HTQ1 er en kategorisk ja/nej skala bestående af en række typiske traumatiske hændelser, man kan be- eller afkræfte at have oplevet. HTQ2 er tiltænkt som en kvalitativ beskrivelse af traumet med egne ord, men undladt i den samlede monitoreringspakke. HTQ3 er en kategorisk ja/nej skala til at screene for hovedtraumer og iltmangel til hjernen. HTQ4 består af to subskalaer der besvares på en 1-4 likert-skala (1= slet ikke, 2=noget, 3= en del og 4= i meget høj grad). Den første subskala er baseret den amerikanske diagnosemanual DSM-4's kriterier for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), der afviger lidt i forhold til standarden brugt i WHO landene. Symptomskalaen består af i alt 16 spørgsmål. Den anden subskala i HTQ4 refereres til som 'selvoplevet funktionsevne' og er en ikke-klinisk skala der kan mediere sværhedsgraden af diagnosens tyngde i hverdagen. Den anden subskala består af i alt 14 spørgsmål. Gennemsnittet af de to HTQ4 subskalaer bruges ofte til at beskrive den selvrapporterede tyngde af PTSD lidelsen, med en international skæringsgrænse (cut-off) på 2,5.

The Hopkins Symptom Checklist

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) blev udviklet i 1954 [23], men blev først brugt som et monitoreringsredskab til at måle symptomer på depression blandt traumatiserede flygtninge i slutningen af 1980'erne[24]. HSCL-25 er klinisk valideret og har længe været brugt af klinikere og forskere, der arbejder med traumatiserede flygtninge [23].

HSCL-25 består af to subskalaer, der besvares på en 1-4 likert-skala (1= slet ikke, 2=noget, 3= en del og 4= i meget høj grad,) og screener for henholdsvis angst (10 spørgsmål) og depression (15 spørgsmål). Gennemsnittet af de to HSCL-25 subskalaer bruges ofte til at beskrive den selvrapporterede tyngde af angst-depressions problemstillingen, med en international skæringsgrænse (cut-off) på 1,75.

WHO Disability Assessment Schedule

WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS) er en standardiseret metode udviklet at WHO til at måle sundhed og nedsat funktionsevne, indenfor de psykiske, fysiske, og sociale aspekter af hverdagen. Metoden er udviklet på baggrund af The International Classification of Functioning, hvilket er WHOs internationale standard for mål af sundhed og funktionsniveau for individer og befolkningsgrupper [26].

WHO-DAS monitoreringsskemaet indeholder spørgsmål inden for seks domæner: 1) kognitiv forståelse og kommunikation, 2) mobilitet, 3) selvpleje, 4) interaktioner med andre, 5) daglige aktiviteter og 6) deltagelse i samfundet. Gennemsnitsscoren for de seks domæner kan opgøres på baggrund af en likert-skala, eller omregnes til en procentuel funktionsnedsættelse hvor 100 procent er den maksimale funktionsnedsættelse.

Brief Pain Inventory

The Brief Pain Inventory (BPI) blev udviklet i starten af 1990'erne til at måle smerte og effekt af smertebehandling blandt kræftpatienter [27]. Skemaet er valideret med en høj test-retest reliabilitet, og består af to subskalaer; 1. oplevet smerte (4 spørgsmål), og 2. smertepåvirkning af dagligdagen (7 spørgsmål), hertil kommer en kropstegning til at markere hvor smerterne optræder, og et åbent spørgsmål om typen af smertelindring, samt en vurdering af hvor megen lindring patienten oplever. Vurderingen af smerten, påvirkningen og lindringen foregår på en likert-skala fra 0-10 (0= ingen smerte/generer ikke/ingen lindring, 10= værst tænkelige smerte/generer fuldstændigt/fuldstændig lindring).

Den indsamlede data

Nedenfor beskrives de samlede data og sociodemografiske mål for patienterne på tværs og for hvert enkelt behandlingscenter. Rapportens analyser er lavet på baggrund af data indsamlet mellem 2012 og 2016[1]. De indsamlede data, som er brugt i rapporten, stammer fra:

- RCT-Jylland – Rehabiliteringscenter for Torturofre.
- OASIS – Behandling og rådgivning for flygtninge.
- Klinik for PTSD og Angst, Psykiatrien, Region Midtjylland.
- DIGNITY – Dansk Institut mod Tortur.

Eksklusion

Follow-up data fra de anvendte centerdata er ikke inkluderet i analysen, da datakvaliteten var for dårlig som følge af sporadiske besvarelser. Yderligere er der i rapporten ikke inddraget information om antal ydelser hver patient har modtaget, og altså derved heller ikke længden eller intensiteten af behandlingsforløbet. Det er kun i få tilfælde at antal ydelser og årsag til afslutning af behandlingsforløb er noteret, vi kan derfor ikke udtale os en lavere behandlingseffekt kan skyldes et afbrudt behandlingsforløb.

Dataoverblik: de konkrete variabler

Rapportens analyser er baseret på sociodemografisk data samt monitoreringsskemaer udfyldt ved visitation, behandlingsstart og behandlingsafslutning. Follow-up data er undladt i

1 Selvom enkelte patienter har gennemgået behandlingsforløb mellem 2009 og 2011.

analyserne grundet meget sporadiske besvarelser. Ventelistekontrolgruppen er opbygget af data fra DIGNITYs patienter baseret på måletidspunkterne visitation og behandlingsstart.[2]

Tabel 2 .Oversigt over indsamlede variable fra de fire rehabiliteringscentre

Variable	RCT	OASIS	Klinik for PTSD & Angst	DIGNITY
Alder	*	X	X	*
Køn	*	X	*	*
Civilstatus	X		X	X
Børn	X			X
Hjemmeboende børn	X			X
Skolegang	X		X	X
Nationalitet	X		X	X
År i Danmark	*		*	*
Erhvervsstatus	X		(X)	X
Indkomstkilder	X		X	X
HTQ4	X	X	(X)	X
HSCL-25	X	X	X	X
WHO-DAS	X	X	X	X
HTQ1	X	X'		X
HTQ3	X	X'		X
BPI	X	X'	X	X

* Disse variable er oprettet på baggrund af andre tilgængelige variable (f.eks. cpr.nr.).

X' Disse variable er udfyldt for ganske få patientpatienter

(X) Delvist udfyldte

2 Det er kun de færdiggjorte skemaer, der indgår i analyserne. Delvise besvarelser er derfor ikke med i opgørelserne.

Dataoverblik – antallet af indhentede ved behandlingsstart

Tabel 3 giver et samlet overblik over antallet af patient, som har udfyldt monitoreringsskemaer ved hhv. visitation, baseline og behandlingslut på tværs af centre. Antallet af patienter på centerniveau udspecificeres i appendix Tabel A1-A4.

Tabel 3 .Antal patienter i perioden 2012-2016

Skema	Visitation	Baseline	Slut-monitorering	Follow-up**
HTQ1 – traumeekspone-ring	-	308	-	-
HTQ3 – hjerneskade	-	318	-	-
HTQ4 **- PTSD** **- Selvopfattet funktionsevne**	 639 605	 1190 808	 557 344	 177 157
HSCL-25 **- Angst** **- Depression**	 674 658	 1155 1144	 518 513	 182 180
WHO-DAS (socialt funktionsniveau)	566	766	273	136
Brief Pain Inventory **Oplevet smerte (smerte niveau)**	603	1021	481	132
Påvirkning i hverdagen (mål for hvor meget smerten forstyrrer i hverdagen)	578	998	469	133
Sociodemografiske data	-	955	-	-

*for baseline indgår visitation hvis start ikke er udfyldt

**follow-up data er ikke inkluderet i rapporten, grundet det store frafald

Frafaldet af patienter fra baseline til behandlingsslut er i denne undersøgelse (se tabel 3 ovenfor) betydeligt, hvilket er forventeligt i dataindsamling blandt udsatte grupper med lavt funktionsniveau. Samlet set påvirker dette datakvaliteten negativt. Frafald ved follow-up i monitoreringen på centrene er så stort, at follow-up data ikke er medtaget i analyserne. Derudover er HTQ1 (mål for traume-eksponering) og HTQ3 (mål for hjerneskade og hovedtraumer) ikke udfyldt ligeså konsekvent som de øvrige monitoreringsskemaer, der udfyldes ved behandlingsstart. Samlet set er der stor variation i hvilke data, der blev indsamlet systematisk på tværs af centrene (se appendix A1-A4). Særligt OASIS adskiller sig fra de øvrige centre ved at have meget begrænset data fra behandlingslut og follow-up.

Nærværende data er væsentlig for videreudviklingen af Den Danske Traume og Flygtninge Database (DTD). Tabellerne illustrerer konkret, hvor der skal sættes ind for at sikre en bedre datakvalitet, reliabilitet samt anvendelighed i andre forskningsprojekter.

Statistisk metode

Den statistiske del i Sektion 2 består primært af en deskriptiv analyse med krydsstudier af sociodemografiske variable og enkle statistiske signifikansanalyser med parametriske paired-sample t-tests, og non-parametriske Chi square test. Der blev lavet frafaldsanalyser ved hjælp af lineær og logistisk regression på HTQ1 og HTQ3. I Sektion 3 redegøres for behandlingseffekten overfor den sammenlignelige kontrolgruppe. Der gennemførtes frafaldsanalyse, samt lineær og logistisk regression for at kontrollere for 'forstyrrende' faktorer, der kan skævvride analysen. Der arbejdes med et signifikansniveau på 0.05. Alle analyser er gennemført i SPSS V.25.

SEKTION 2

Symptomniveau og sociodemografiske karakteristika for traumatiserede flygtninge

Introduktion

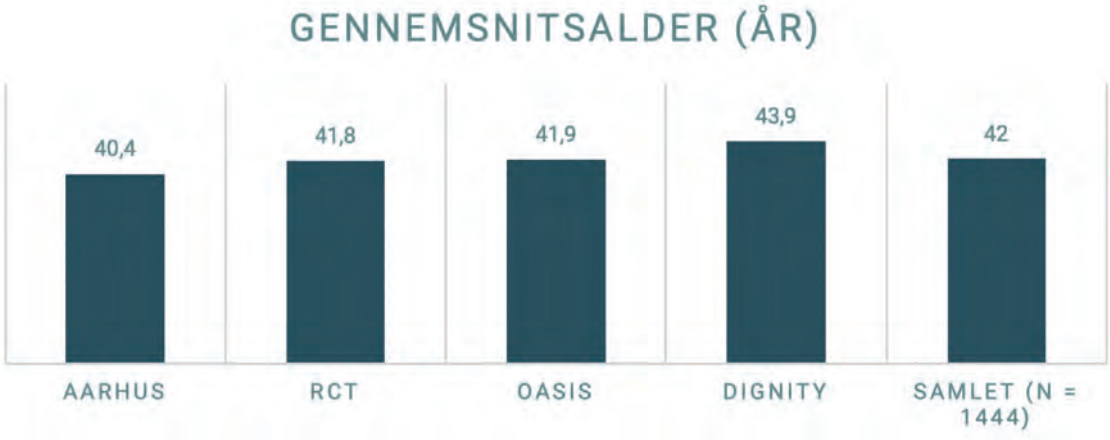
I denne sektion præsenteres målgruppen 'traumatiserede flygtninge, som henvises til de nationale rehabiliteringscentre i Danmark'. Sektionen gennemgår sociodemografiske faktorer som alder, køn, civilstand, børn, oprindelsesland og beskæftigelse, samt forekomsten af tortur, hovedtraumer og andre former for traumeeksponering. Derudover præsenteres patienternes symptombillede ved behandlingsstart i form af symptomscorer for PTSD, angst, depression, socialfunktionsniveau og smerter.

Sociodemografisk overblik

Gennemsnitsalder for patienter

Figur 1 viser gennemsnitsalderen for patienterne på hvert enkelt center og samlet.

Figur 1 .Aldersfordeling*



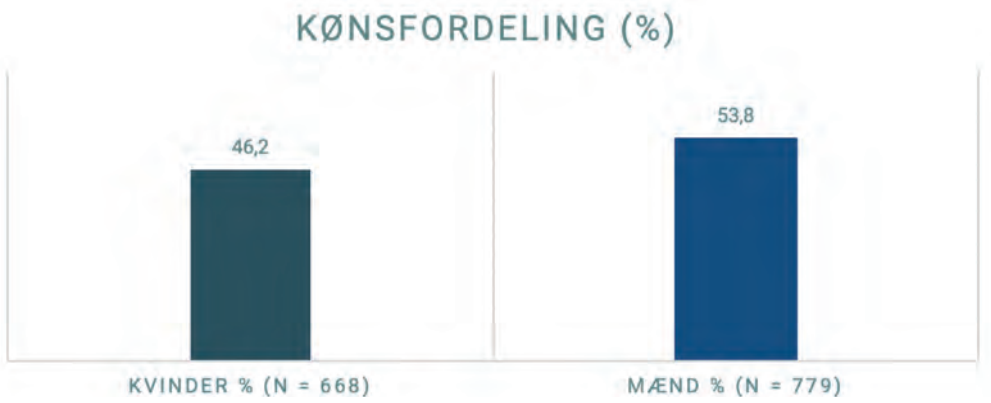
**Se Tabel 1 i appendix for uddybning af antallet af patienter for hvert center, aldersspredningen, gennemsnitsalder og standardafvigelse.*

Patienterne er mellem 16 og 82 år og har en gennemsnitsalder på 42,0 år, og som det fremgår af figur 1 er gennemsnitsalderen på centerniveau lavest for patienter i Klinik for PTSD & Angst, mens den er højest blandt DIGNITYs patienter. Der er signifikant aldersforskel mellem DIGNITY og de resterende centre, samt mellem Århus og RCT (Se evt. tabel 1 i appendix).

Køn

Nedenstående figur viser kønsfordelingen i antal og procent.

Figur 2 .Kønsfordeling*



**Se Tabel 2 i appendix for uddybende informationer*

Mænd er overordnet set overrepræsenteret blandt patienterne (se tabel 2 i appendix). Kvinder udgør 46 procent af patienterne, mens mænd udgør 54 procent.

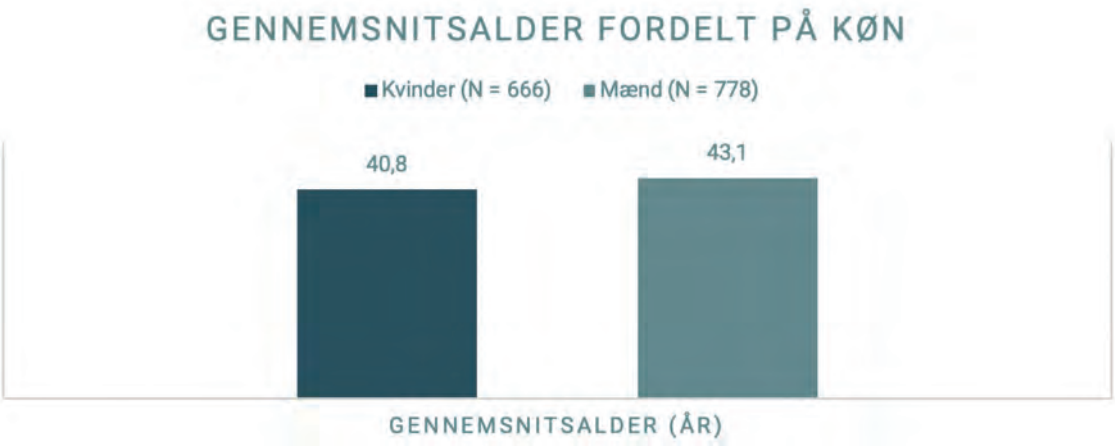
Overrepræsentationen af mænd i patientgruppen er størst blandt DIGNITYs patienter, hvor 60,6 procent af patienterne er mænd, mens kønsfordelingen blandt RCTs patienter er næsten lige med 50,5 procent kvinder og 49,5 procent mænd. Der er en signifikant forskel i kønsfordelingen mellem flere af centrene.[3]

Alder og køn

Nedenstående tabel viser aldersfordelingen for mænd og kvinder på tværs af centrene. Figur 3 suppleres af Tabel 3 i Appendix, som viser at de kvindelige patienter er en smule yngre end de mandlige patienter. Denne aldersforskel er statistisk signifikant for det samlede datasæt ($p<0,05$), og tendensen er afspejlet individuelt for samtlige centre, med undtagelse af RCT. Forskellen indikerer, at gennemsnitsalderen for mandlige flygtninge ved behandlingsstart er ca. 2,5 år højere end gennemsnitsalderen for kvinder ved behandlingsstart.

3 Chi2=16,511 P-Value = 0,001

Figur 3 .Aldersfordeling i forhold til køn*



**Se Tabel 3 i appendix for uddybende informationer*

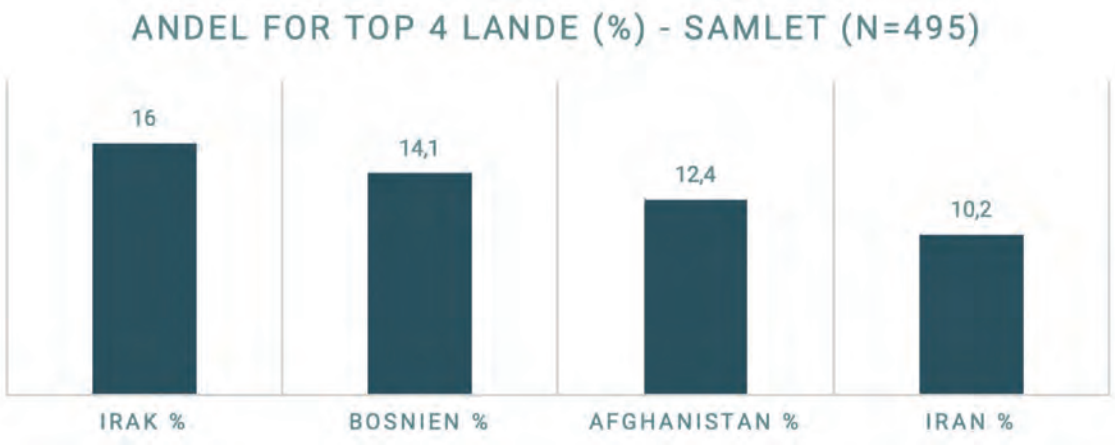
Oprindelsesland

Generelt er henviste patienter fra hele verden – 47 oprindelseslande er repræsenteret. En oversigt over samtlige oprindelseslande på centerniveau forefindes i appendix Tabel A5-A7.

Oplysninger om oprindelsesland fremgår hos 955 af de 1447 traumatiserede flygtninge der er inkluderet i analysen, og det relativt lave antal skyldes manglende oplysninger. Typer af traumer varierer afhængigt af hvor i verden mennesker flygter fra, ligesom post-migrations stressorer forventes at påvirke stressniveau, sygdomsudtryk, symptomniveau, etc.

Som det fremgår af nedenstående figur 4, ser det ud til at de henviste patienter i indeværende periode (2012-2016) i særlig høj grad kom fra Irak, Bosnien, Afghanistan og Iran.

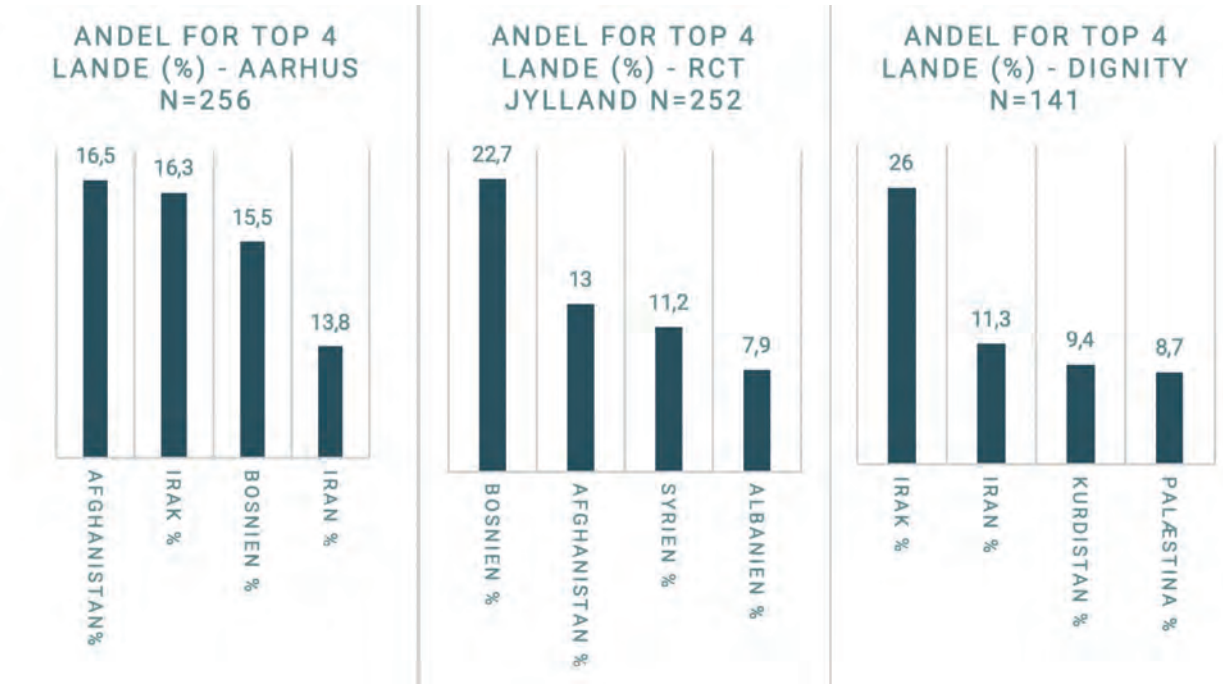
Figur 4 .Top-4 oprindelseslande blandt patienterne*



**Se Tabel 7 i appendix for uddybende informationer*

Som det fremgår af Figur 5, er fordelingen af oprindelsesland forskellig på tværs af centre. I Klinik for PTSD & Angst er der flest henviste fra Afghanistan, på RCT Jylland er der flest fra Bosnien, og på DIGNITY er der flest henviste fra Irak.

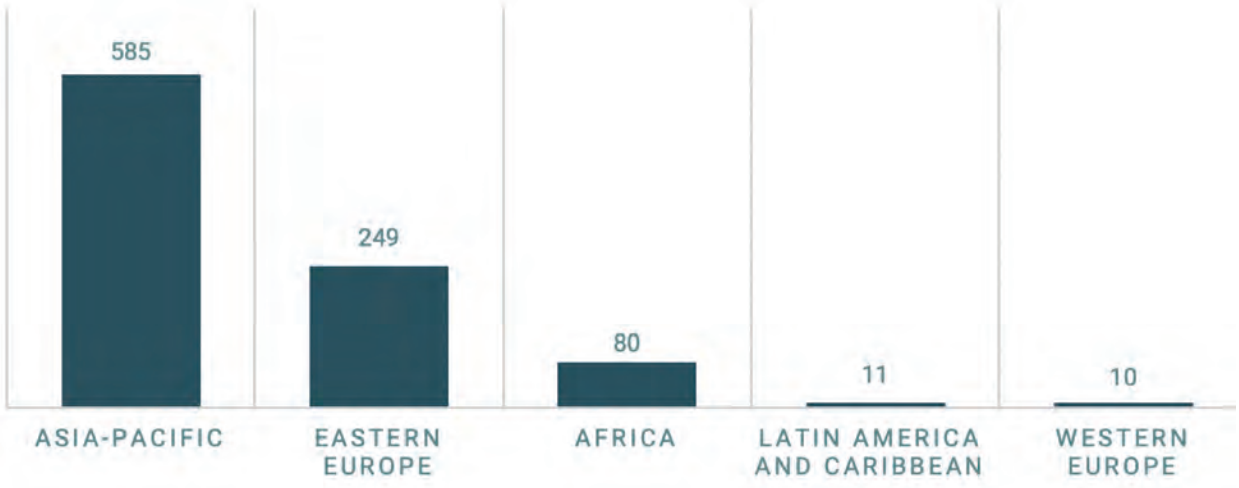
Figur 5 .Top-4 oprindelseslande på centerniveau*



**Se Tabel 4-6 i appendix for uddybende informationer*

Figur 6 illustrerer fordelingen af personer grupperet efter FNs fem regioner.[4] Størstedelen af patienterne kom fra lande i Asia-Pacific regionen, som inkluderer lande fra Mellemøsten og Asien.

Figur 6 .Regionsfordeling for målgruppen

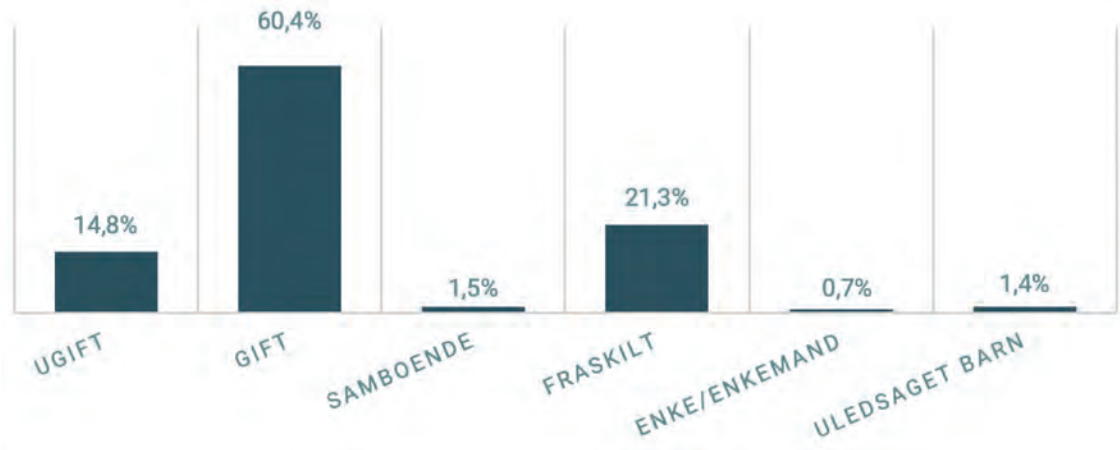


4 Baseret på FNs gruppering af medlemslande: https://www.un.org/depts/DGACM/RegionalGroups.shtml

Civilstand

Figur 7 illustrerer den samlede fordelingen af patienters civilstand (OASIS undtaget). Generelt er over halvdelen af patienterne gift, mens næstflest er fraskilt og 15 procent er ugifte.

Figur 7 .Civilstandsfordeling



Der forekommer en vis variation på tværs af centrene, og den største forskel er, at DIGNITY (32%) har en større andel fraskilte patienter end de andre centre. Denne forskel er statistisk signifikant i forhold til RCT (11,2%) og Klinik for PTSD & Angst (17,2%), som har en relativt lille andel af fraskilte patienter i forhold til det samlede datasæt, hvor 21,1 procent af patienterne er fraskilte. Generelt set vurderes grupperne fra de enkelte centre dog at være sammenlignelige.

Det er bemærkelsesværdigt, at mere end 60 procent af patienterne er gift, da dette adskiller målgruppen fra andre udsatte grupper i Danmark, idet mennesker med sindslidelser generelt har større sandsynlighed for at leve alene i Vesten [28]. Tallene afspejler formentlig, at hovedparten af patienterne kommer fra lande, hvor familiestrukturen er anderledes end i Danmark [29].

Familien omkring den traumeramte, kan fungere som en forebyggende faktor eller som risikofaktor, alt efter hvordan familiemedlemmerne har det hver især, og hvordan familien fungere sammen. Flere studier har dokumenteret, at en velfungerende familie, kan være en væsentlig beskyttende faktor [30, 31]. Mindre velfungerende familier, f.eks. familier hvor flere medlemmer lider af alvorlig PTSD efter traumatiske hændelser, kan modsat påvirke den enkeltes muligheden for at komme sig negativt. I en familie hvor der f.eks. er traumarelateret vold, hvilket der er en forøget risiko for i flygtningefamilier [32], kan familieproblemerne være en risikofaktor, og fungere som en negativ spiral, som gør det vanskeligere for den enkelte, at kommer sig.

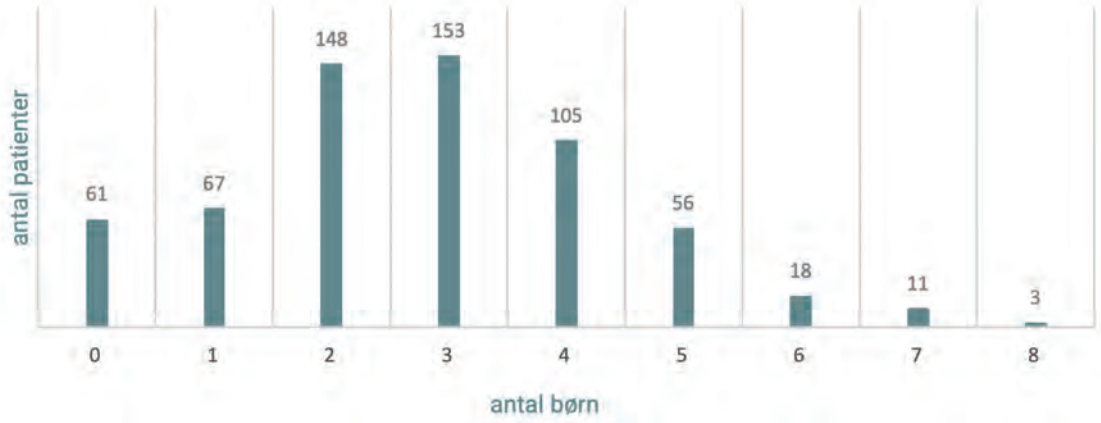
En undersøgelse af omkring 50 traumatiserede patienter ved RCT-Jylland underbygger denne sammenhæng. Her fandt man en signifikant sammenhæng mellem de patienter der boede med en partnere og dårligere behandlingsudbytte målt på PTSD, angst, depression og socialt funktionsniveau [33].

En tese heraf er at partneren sandsynligvis ofte vil være fra samme oprindelsesland, og i høj grad dele samme traumebaggrund som patienten. Dette kan skabe et afgrænset forandringspotentiale idet parrets måde at indrette sig på gensidigt påvirkes af den andens psykiske tilstand og traumebaggrund.

Børn

Figur 8 illustrerer fordelingen af antal børn. Der er kun data for antal børn fra RCT og DIGNITY, og fordelingen varierer ikke bemærkelsesværdigt mellem de to centre.

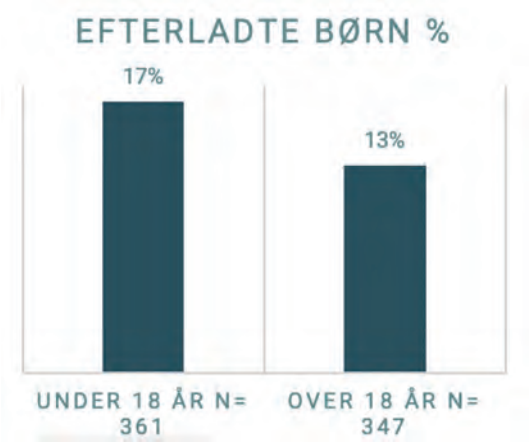
Figur 8a .Antal børn - Samlet



Figuren viser fordelingen af børn blandt patienterne. I gennemsnit har målgruppen 2,8 børn. Dette er flere end ikke-vestlige indvandrere i Danmark generelt, der i gennemsnit har 2,3 børn [34], og således mere end de 1,75 børn danske kvinder har i gennemsnit.

Mange studier peger på, at forældres traumer har negativ betydning for børns trivsel, og at traumer, kan "nedarves" fra forældre til børn [16, 35]. At målgruppen af traumatiserede flygtninge i Danmark i gennemsnit har mange børn, indikerer, at der er mange flygtningebørn i Danmark, som er påvirket af deres forældres traumerelaterede udfordringer.

Figur 8b .Efterladte børn

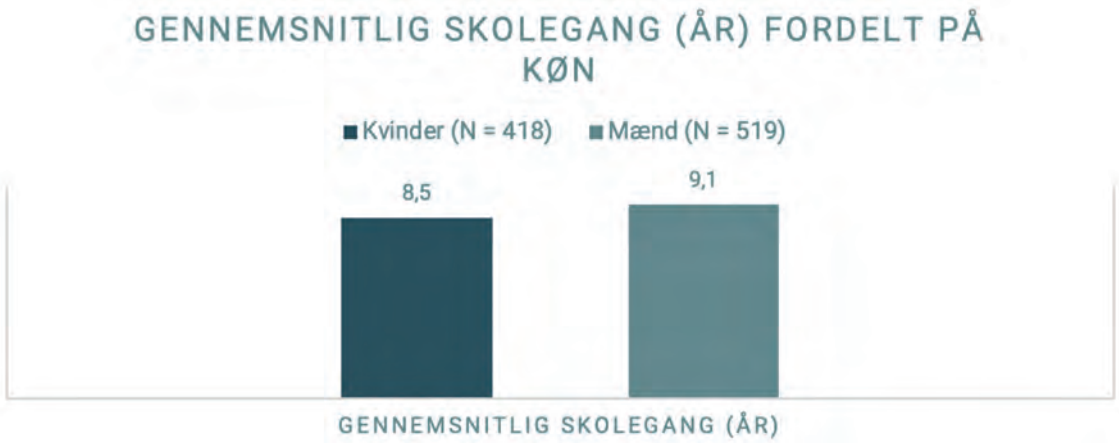


Figur 8b viser at der desuden er en væsentlig andel af patienterne, som udover at have børn bosiddende i Danmark, også har børn, som er efterladt i oprindelseslandet eller opholder sig i et tredje land. Der er således 17 procent af patienterne som har efterladte børn under 18 år, og 13 procent som har efterladte børn over 18 år. I klinikkerne er erfaringen, at patienterne fremhæver det at være adskilt fra sine børn, som en yderligere betydningsfuld stressor.

Uddannelse

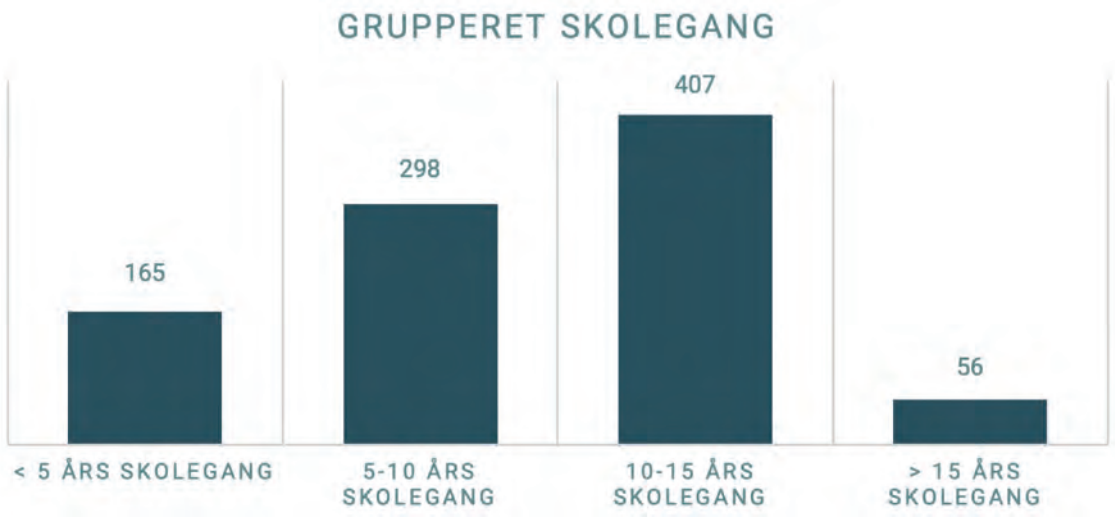
I gennemsnit har patienterne 8,8 års skolegang på tværs af centrene. Kvinderne har generelt statistisk signifikant færre års skolegang end mændene, med et gennemsnit på 8,5 mod 9,1. Det gennemsnitlige uddannelsesniveau er statistisk signifikant højere blandt patienterne på RCT (9,35 år) og lavest blandt DIGNITYs patienter (8,4 år).

Figur 9 .Uddannelsesfordeling



Figur 10 viser fordelingen af længde på patienternes uddannelsesforløb grupperet i intervaller på 5 år. Som figuren viser har en væsentlig del af patienterne mellem 0 og 5 års skolegang. Der er en særlig stor andel af patienterne, som tilsyneladende har gået i skole i fem år eller mindre. Data omkring uddannelse er et punkt, som for fremtidige dataindsamlinger vil være særligt vigtigt at forbedre i forhold til datakvaliteten, da man ikke kan forvente at finde dette data i de danske registre.

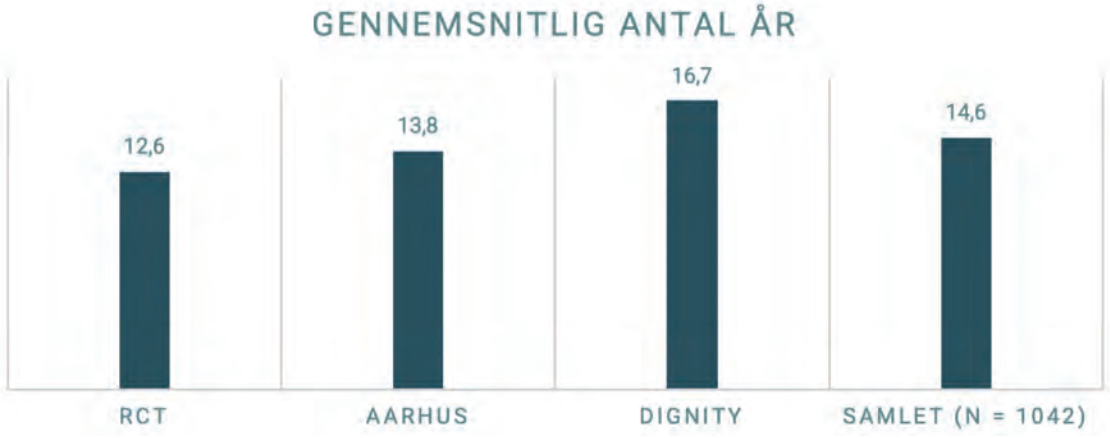
Figur 10 .Patienters skolegang - Samlet



Tidsinterval mellem ankomst til Danmark og behandlingsstart

Figur 11 viser det gennemsnitlige antal år patienterne har boet i Danmark, inden de starter i behandling, samt antallet af patienter hhv. på centrene samlet og enkeltvis (OASIS undtaget).

Figur 11 .Fordeling af år i Danmark før behandling*



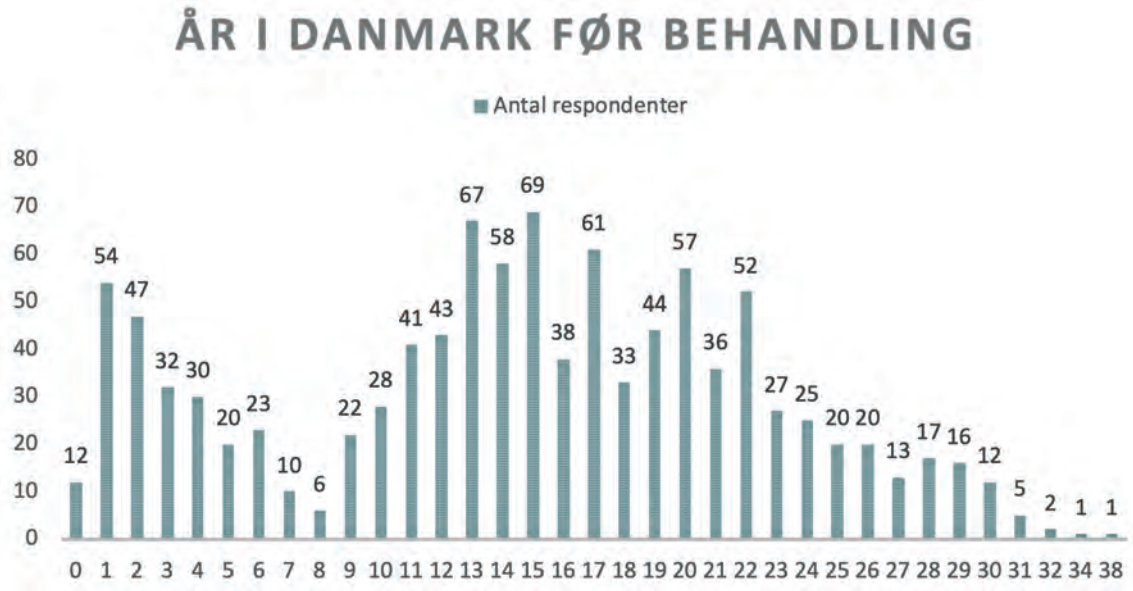
**Se Tabel 8 i appendix for uddybende informationer*

Patienterne på tværs af centrene har i gennemsnit boet 14,6 år (N=1042) i Danmark ved behandlingsstart. På DIGNITY har patienterne gennemsnitligt været i Danmark længst ved behandlingsstart (17 år), mens patienterne på RCT i gennemsnit har været Danmark kortest tid (12,5 år). DIGNITY adskiller sig signifikant fra de andre centre på dette parameter. Dette antyder, at mange flygtninge lever med uopdagede traumer, er forbeholdende for at opsøge behandling, eller at der mangler en generel opmærksomhed blandt henvisende instanser på tidlige tegn på behandlingsbehov, samt en opsøgende indsats i samarbejde med hjemkommunerne. Generelt har der dog været en øget opmærksomhed på behandlingsbehovet blandt traumatiserede familier og det forventes at ventetiden forud for første henvisning til den specialiserede behandling allerede er faldet.

Når registerdata kobles til databasen, vil det kunne udelukkes hvorvidt patienter inkluderet i det eksisterende datasæt modtog behandling før den systematiske monitorering og dataindsamling begyndte.

Figur 12 .Længde af ophold i Danmark inden behandlingsstart

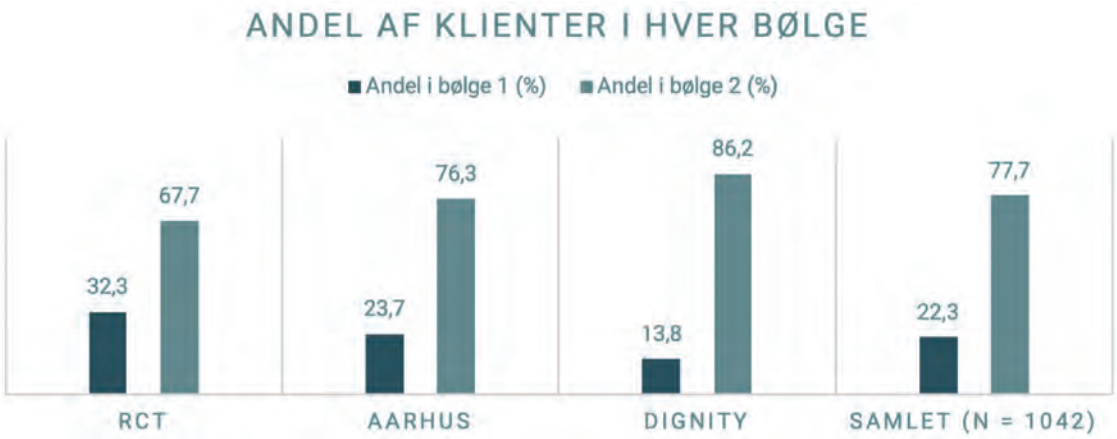
Figur 12 viser en oversigt over fordelingen af tid før behandling.



Denne figur er interessant fordi den viser at patienterne fordeler sig i to bølger; henholdsvis tidligt henviste patienter, og patienter der har været i Danmark i længere tid før de opsøgte behandling. Antallet af år i Danmark inden behandlingsstart fordeler sig nemlig i to normalfordelinger (bølger); den tidlige bølge (0-8 år i DK) og den sene bølge (8-38 år i DK). I Figur 11 fremgik det at patienter gennemsnitligt først opsøgte behandling efter relativ lang tid i Danmark. Dette indikerer at der er kan være tale om to forskellige bølger af patienter: 1. patienter der tidligt giver udtryk for behandlingsbehov, eller hvor den opsøgende og forebyggende indsats fungerer i forhold til tidlige henvisninger, og 2. patienter der ikke selv opsøger behandling tidligt men som i stedet fortsætter hverdagen ubehandlet er forskellige årsager. Forskelle i disse to gruppers behandlingsudbytte vil blive belyst senere i rapporten.

Figur 13 illustrerer andelen af patienter i de to bølger på centerniveau og samlet set (OASIS undtaget).

Figur 13 .Andel af klienter i hver bølge*



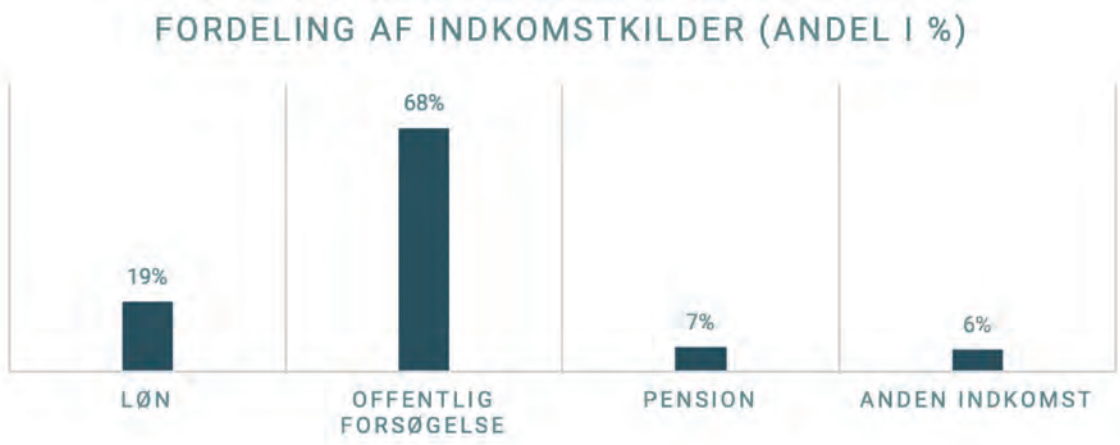
**Se Tabel 9 i appendix for uddybende informationer*

Disse forskelligheder blandt centrene er signifikant på alle centrene imellem. Derudover er tidsrummet fra ankomst til behandlingsstart ikke registreret for OASIS' patienter, hvorfor OASIS ikke er inkluderet i figuren.

Indkomstkilde

Figur 14 viser fordelingen af indkomstkilder i andele af patienterne.

Figur 14 .Fordeling af indkomstkilder*



**Se Tabel 10 i appendix for uddybende informationer*

Figur 14 viser, at langt den største andel af patienterne er på kontanthjælp, dernæst sygedagpenge og løn. I Appendix, Tabel 11, fremgår det desuden, at DIGNITY er det center, hvor den største andel af patienter har løn som indkomstkilde (32%) modsat RCT (15%). OASIS og Klinik for PTSD & Angst havde ikke disse variabler opgjort og er derfor ikke medtaget i analyserne.

Forekomsten af tortur og hovedtraume og andre former for traumeeksponering

Data peger på, at gruppen af traumatiserede flygtninge, som behandles på de danske rehabiliteringscentre, har været udsat for betydelig traumeeksponering.

Samlet set har 66 procent af patienterne været udsat for tortur, 65 procent for fængsling, 42 procent for voldtægt, og 31 procent for andre seksuelle krænkelser. Derudover har 80 procent oplevet krigssituationer, 67 procent har mistet en ven eller et familiemedlem pga. af vold og 68 procent har fået slag i hovedet. Flere mænd, har oplevet tortur, fængsling, krigsoplevelser og slag i hovedet end kvinder, men omvendt havde flere kvinder, oplevet voldtægt og seksuelle krænkelser.

I gennemsnit har patienterne på DIGNITY været udsat for statistisk signifikant flest traumatiserende hændelser (23,3 af de 46 mulige), mod RCT (15,8) og OASIS (15,9). I tabel 12 i appendix ses en oversigt over fordelingen.

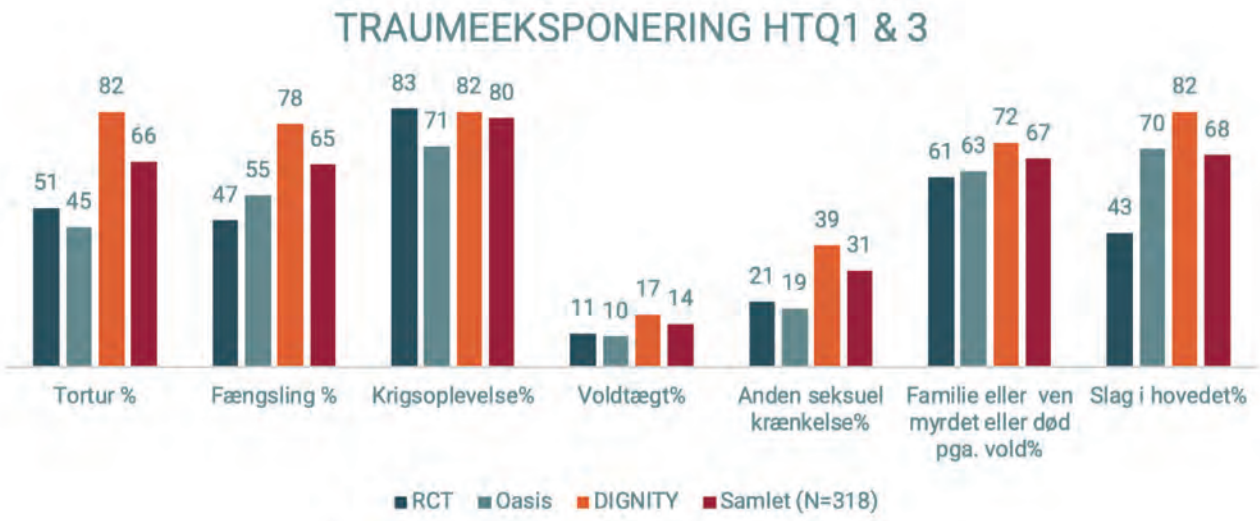
I appendix tabel 13 ses en oversigt over resultaterne fra besvarelserne på HTQ1 skemaet (Traumeeksponeringer) og HTQ3 (Hjerneskade). En oversigt over forekomsten af traumer blandt patienterne ses nedenfor i Figur 15.

Som det fremgår af Figur 15, er der forskel i traumeeksponering hos patienter på tværs af centrene. Der er generelt en statistisk signifikant større forekomst af tortur, fængsling og slag i hovedet på DIGNITY end på OASIS og RCT.

Dette kan skyldes flere ting; f.eks. at der på disse centre er flere patienter fra Mellemøsten, hvor tortur forekommer oftere end i andre lande. Det kan også skyldes, at der er en overrepræsentation af mænd på DIGNITY, mens der er er en lille smule flere kvinder på RCT Jylland. Forskellene kan muligvis også findes i måden data indsamles: på DIGNITY interviewes patienten med udgangspunkt i HTQ1 skemaet hvorimod RCT benytter behandlerens kendskab til traumehistorikken som grundlag for udfyldelse af HTQ1 hvilket potentielt medfører en underrapportering. Grundet et væsentligt frafald på data indhentet på både HTQ1 og HTQ3,[5] fremgår antallet af udfyldte skemaer under procenterne i Tabel 13 (appendix).

5 Der blev foretaget en frafaldsanalyse og kontrolleret for frafald ved logistisk regression, og selvom der ikke registreredes forskelle på dem, som har udfyldt skemaerne, og dem som ikke har, påvirker det høje frafald datakvaliteten. Det kan ikke helt udelukke, at det ikke har været helt tilfældigt, hvem behandlerne har bedt om at udfylde skemaet. Det kan dermed ikke udelukke, at det er en særlig selekteret gruppe, som har udfyldt skemaerne.

Figur 15 .Forekomst af traumeeksponering*

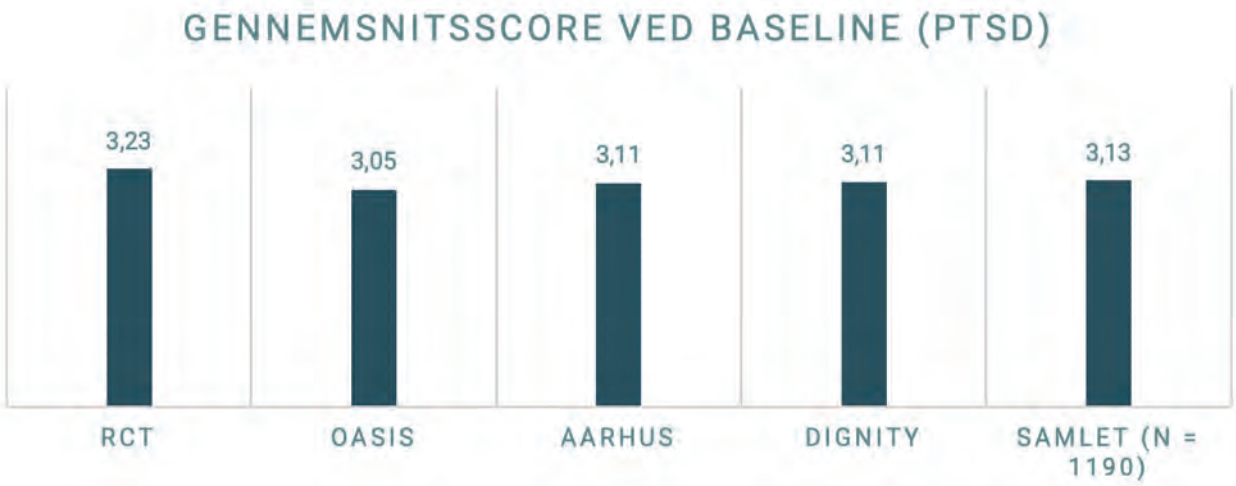


**Se Tabel 13 i appendix for uddybende informationer*

Symptomniveauet blandt målgruppen ved baseline

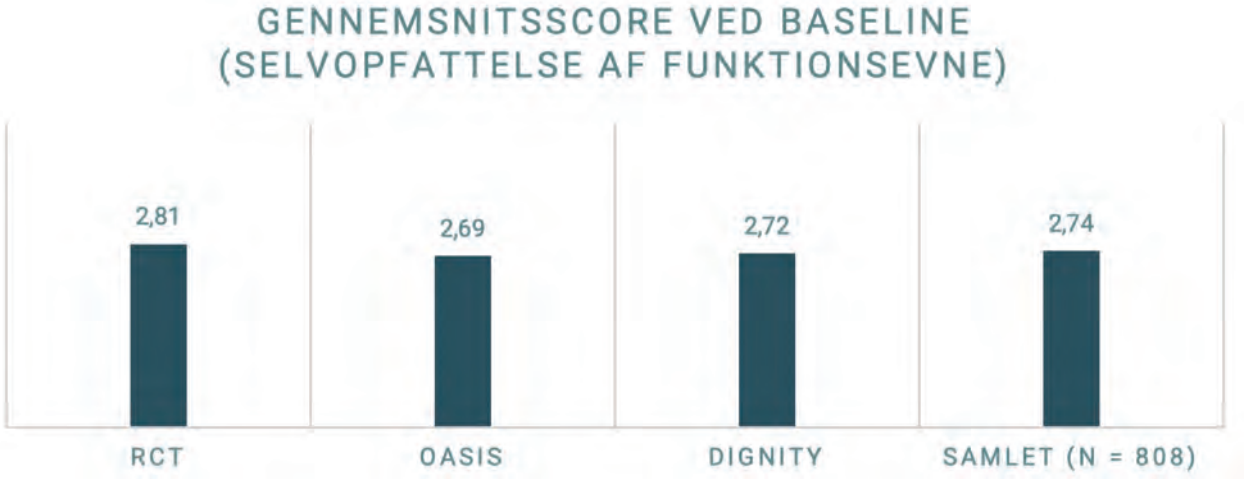
For at danne et overblik over patienternes symptomniveau ved baseline viser Figur 16-21 gennemsnitsscorer for PTSD, selvopfattelse af funktionsevne, angst, depression, smerte og socialt funktionsniveau. Hver figur viser tallene både for de individuelle centre og for det samlede datasæt. Tilknyttet hver figur er en tabel i appendix med uddybende informationer.

Figur 16 .Hvad er symptomniveauet for PTSD ved baseline? *



**Se Tabel 14 i appendix for uddybende informationer*

Figur 17 .Hvad er patientens selvopfattelse af funktionsevne ved baseline? *

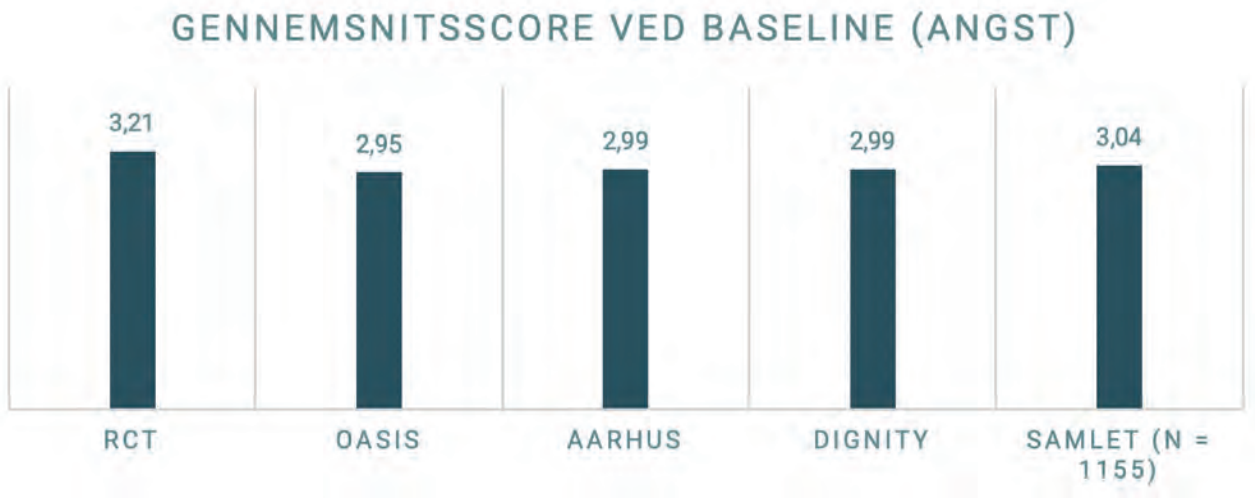


**Se Tabel 15 i appendix for uddybende informationer*

Som figurerne viser ligger de samlede gennemsnitsscorer ved baseline for PTSD og selvopfattelse af funktionsevne på hhv. 3,13 og 2,74. Dette er væsentligt over cut-off-punktet for skalaerne (2,5). Patienter ved RCT rapporterede statistisk signifikant tungere symptomer end de øvrige centre forud påbegyndt behandling (baseline). I forhold til selvoplevet funktionsevne scorede patienter ved RCT statistisk signifikant dårligere ved baseline end OASIS.

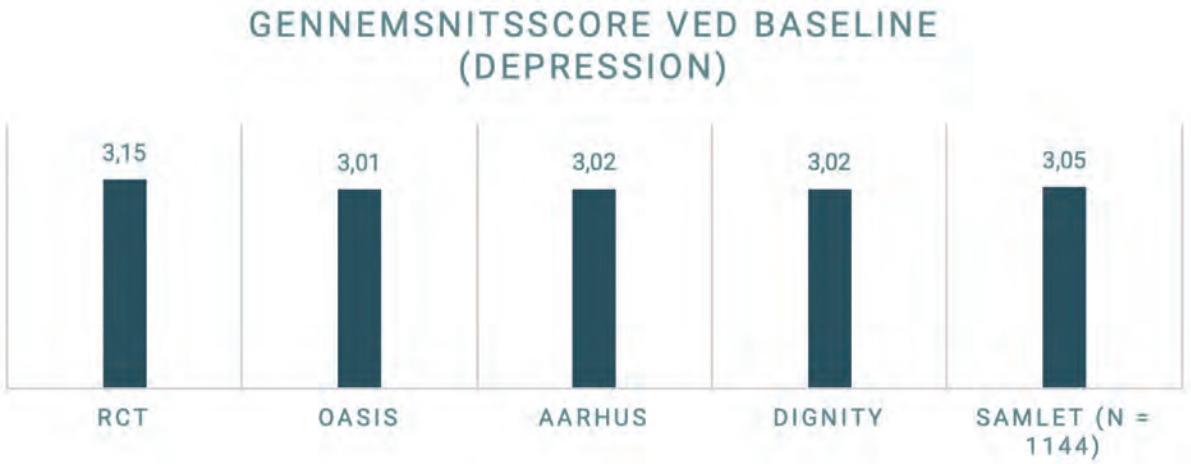
Figur 18 og 19 viser gennemsnitsscoren for angst og depressionsskalaerne, som er en del af HSCL-25 skemaet.

Figur 18 .Hvad er symptomniveauet for angst ved baseline?*



**Se Tabel 16 i appendix for uddybende informationer*

Figur 19 .Hvad er symptomniveauet for depression ved baseline?*

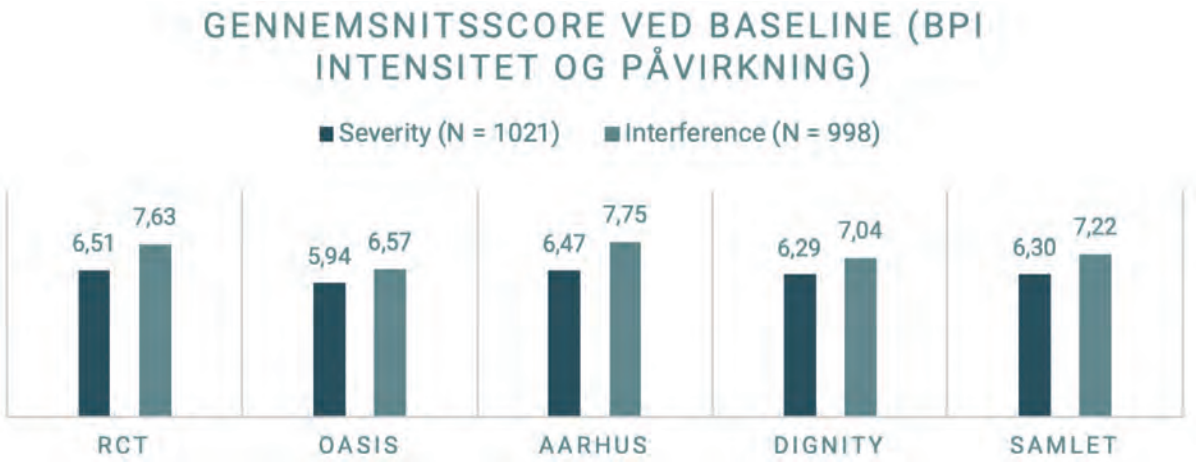


**Se Tabel 17 i appendix for uddybende informationer*

Som figurerne viser ligger de samlede gennemsnitsværdier for angst og depressionsscorerne på hhv. 3,04 og 3,05 ved baseline, hvilket ligeledes er væsentligt over den kliniske cut-off-score på 1,75. Igen scorer patienter ved RCT statistisk signifikant dårligere på angst-skalaen ved baseline end de resterende centre. Og på depressions-skalaen scorede patienter ved RCT statistisk signifikant dårligere end fra DIGNITY og OASIS forud påbegyndt behandling (baseline).

Figur 20 viser gennemsnitsscorerne for de to skalaer fra BPI-skemaet, der omhandler graden af smerter.

Figur 20 .Hvad er niveauet for graden af smerte ved baseline?

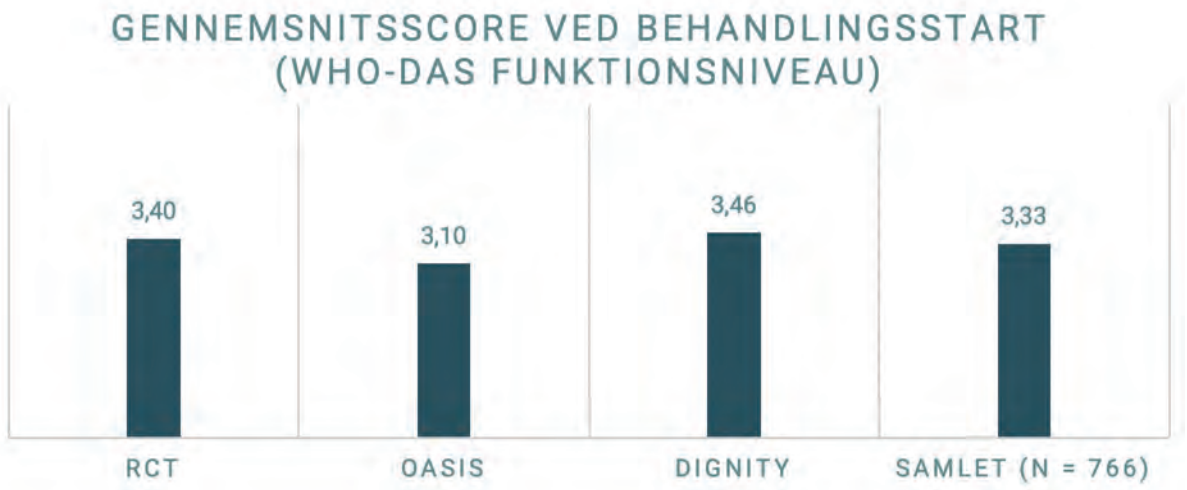


**Se Tabel 18 og 19 i appendix for uddybende informationer*

Figur 20 viser det samlede gennemsnit ved baseline for patienternes intensitet score på 6,30. Den samlede gennemsnitsscore for patienternes score for smertens påvirkning i dagligdagen er 7,22. Det er værd at bemærke, at den gennemsnitlige påvirknings- score er højere end den tilsvarende oplevede smerte-score, både på de enkelte centre og samlet set.

Figur 21 giver et overblik over gennemsnitsscorerne for WHO-DAS-skemaet.

Figur 21 .Hvad er patienternes sociale funktionsniveau ved baseline*



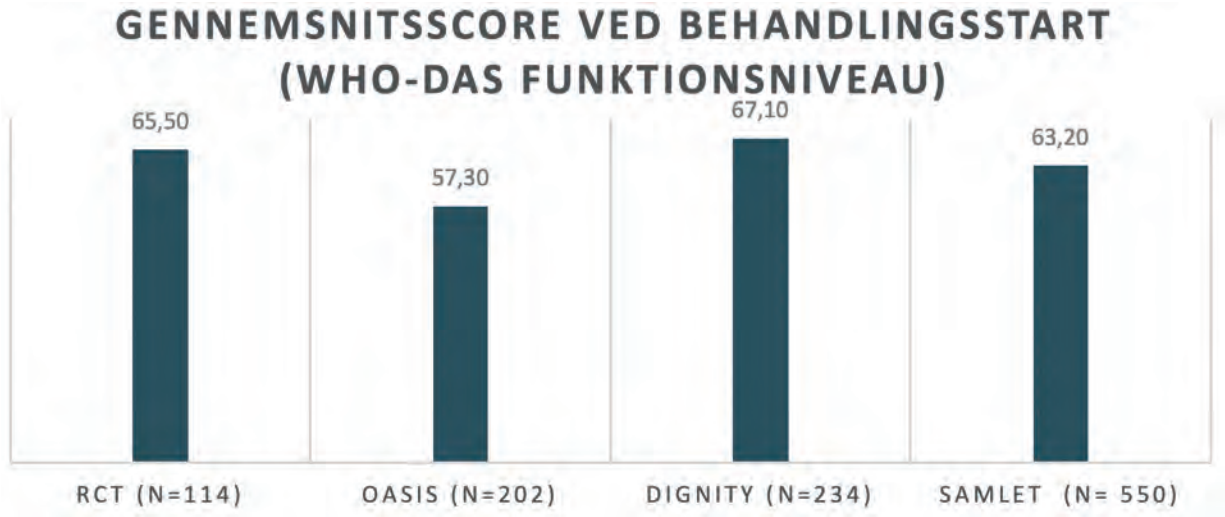
**Se Tabel 20 i appendix for uddybende informationer*

Det sociale funktionsniveau var generelt meget lavt på tværs af centrene. OASIS adskilte sig dog idet patienterne scorede statistisk signifikant bedre end de øvrige centre. WHODAS scorerne er i denne rapport udregnet på baggrund af en simpel scoringsmodel. Dette betyder at scorerne er udregnet på baggrund af et simpelt gennemsnit af patienternes scoring i assessment skemaet [36]. Da denne rapport forholder sig til behandlingseffekt, er dette mål tilstrækkeligt, da vi ønsker at sammenligne scorerne inden for den samme patientgruppe før og efter behandling.

For at kunne sammenligne patientgruppen i dette studie med den generelle befolkning bruges derimod en kompleks scoring udregnet på baggrund af item response theory (IRT). Dette er en vægtet score udregnet på baggrund af WHO's officielle beregninger ved brug af IRT. I dette studie betyder missing data derimod at patientgruppen (n) bliver reduceret kraftigt, særligt når vi ser på data ved endt behandling[6]. Scoring ved den komplekse metode alene vil derfor være at gå på kompromis med datakvaliteten da frafaldet vil blive stort. Dog har vi i tabellen nedenfor medtaget WHODAS scoring på baggrund af komplekse scoring, for at kunne sammenligne patientgruppens sociale funktionsniveau ved baseline, med den generelle befolkning.

6 Missing data er blevet behandlet med mean imputation, – ved at indsætte gennemsnittet af alle variable på den enkelte variabel som er missing. Dette er dog kun gjort, i tilfælde hvor 80% af skemaet har udfyldt.

Figur 22 .Hvad er patienternes sociale funktionsniveau ved baseline (kompleks WHO-DAS score)*



**Tabellen ovenfor viser de komplekse scorer, uden domæne 5.2 "arbejde", da kun et fåtal af patienterne er i arbejde.*

Patientgruppen har et funktionsniveau på mellem 57 og 67,1 – med et gennemsnit på 63,2. Sammenlignet med populationsnormen[7] er patientgruppens sociale funktionsniveau lavere end ca. 95 % af den generelle befolkning (WHO).[8]

7 https://www.who.int/classifications/icf/Pop_norms_distrib_IRT_scores.pdf

8 For den komplekse WHODAS score har vi ikke behandlet missing data, da WHO anbefaler at man kun benytter mean imputation som ellers er brugt i rapporten, hvis der ikke er mere end to ubesvarede subvariable i skemaet. Desuden vurderer vi at der grundet svingende datakvalitet ikke er mulighed for at benytte andre metoder til at behandle missingdata, og stadig bibeholde valide resultater. Dette betyder at der for den komplekse WHODAS scorer er færre patienter inkluderet, da hele skemaet skal være udfyldt før de inkluderes.

Opsummering

Samlet set understøtter de indeværende data at gruppen af henviste traumatiserede flygtninge, udgør en meget tung patientgruppe med betydelige fysiske, psykiske og sociale vanskeligheder. Baseline scorerne for både PTSD og selvopfattelse af funktionsevne, angst og depression var gennemsnitligt langt over de officielle grænseværdier hvor patienter kategoriseres som "checklist positive".17 Samtidig fremstår patienterne med udtalte smerteproblematikker, som illustreres af høje scorer for graden af smerte og smertepåvirkning i dagligdagen. Patienternes sociale funktionsniveau er samtidig meget dårligt på tværs af alle centre og patienterne hører til blandt den tungeste og mest udsatte del af samfundet.

Målgruppen fremtræder sammenlignelig på tværs af centrene, hvilket er et væsentligt fund i forhold til det videre arbejde med Den Danske Traume Database for Flygtninge, da det øger potentialet for at gennemføre stærke forskningsprojekter fremadrettet. Der er dog forskelle idet patienterne fra RCT Jylland generelt har et højere symptomniveau, end de øvrige centre. Modsat var det ved OASIS, hvor symptomniveauet generelt lå lavere. Patienterne fra DIGNITY adskiller sig fra de øvrige centre ved at rapportere flere typer traumer, være lidt ældre og i højere grad er mænd.

Overordnet set er 54 procent af patienterne mænd, og gennemsnitsalderen er samlet set 42 år. Patienterne har i gennemsnit gået i skole i ca. 9 år og omkring halvdelen har en ungdoms- eller videregående uddannelse. Datasættet viser også, at målgruppen har været udsat for betydelig traumeeksponering. Med forbehold for datakvaliteten peger data således på, at 66 procent har været udsat for tortur og 68 procent har oplevet slag i hovedet.

Det er også relevant at fremhæve, at mere end halvdelen af patienterne er gift, og at de i gennemsnit har 2,8 børn. Dette betyder også, at der er mange flygtningebørn i Danmark, som lever med traumatiserede forældre.

I Den Danske Traume Database for flygtninge, vil der fremover indhentes data fra patienternes familier, så man kan få mere viden om sammenhængen mellem forældrenes symptomer og børnenes trivsel, samt om hvordan behandlingen af forældrene kan påvirke børnenes trivsel positivt op i voksenlivet.

Endelig viser data, at patienterne, i gennemsnit har været i Danmark i 14,6 år når de henvises til behandling på centrene, og at mange først opsøger behandling efter mange år i Danmark. Patienterne inddeler sig i to normalfordelinger (bølger) i forhold til, hvor mange år de har opholdt sig i Danmark, før de kommer i behandling. Den første bølge ligger fra 0-8 år, mens den anden bølge indeholder patienter, der har opholdt sig i Danmark i mere end 8 år, før de er startet i behandling på et af centrene. Flygtninge fra Syrien udgør en særlig stor del af den første bølge. Det er uklart, hvorvidt dette skel ved 8 år er statisk eller unikt for datasættet.

SEKTION 3

Forbedring i symptomniveau efter endt behandling

Introduktion

Den følgende sektion giver et overblik over udviklingen i patientens symptombillede i løbet af behandlingsforløbet. Som det fremgår af tabellerne i appendix er OASIS' andel af slutmonitoreringer generelt så lav, at de individuelle resultater for dette center ikke er meningsfulde i en statistisk sammenhæng. Individuelle resultater for OASIS fremgår derfor i parentes i de følgende afsnit. Analyserne i denne sektion er baseret på monitoreringer fra de patienter, der har udfyldt både baseline- og slutmonitorering for hvert skema.

Kontrolgruppe

For at sikre at behandlingseffekten blandt patienterne ikke skyldes tilfældige faktorer, men faktisk er afhængig af behandlingen, er det vigtigt for denne rapport, at have en venteliste-kontrolgruppe. Kontrolgruppen består af 305 patienter fra DIGNITYs patientventeliste, som har fået både visitationsmonitorering og en startmonitorering inden de er startet i behandling. Det betyder, at de i gennemsnit har stået på venteliste i et år (minimum 3 måneder), hvilket stemmer nogenlunde overens med behandlingslængden på de respektive centre i perioden 2012-2016. Venteliste-kontrolgruppen adskilte sig ikke signifikant fra behandlingsgruppen på sociodemografiske- eller symptommål og må deraf betragtes som sammenlignelige. Analysen sammenholder således udviklingen i patienters symptomniveau, mens de står på venteliste, med udviklingen i symptomniveau blandt patienter under deres behandlingsforløb. Af de 305 patientpatienter, som har fået både visitationsmonitorering og startmonitorering, har 123 også fået slutmonitorering. Disse 123 patienter indgår dermed i kontrolgruppen for den tidsperiode, de stod på venteliste, og som en del af patientgruppen for mål af behandlingseffekt.

De ovennævnte sammenligninger viser, at en væsentlig andel af de patienter, der står på venteliste, oplever en stilstand eller forbedring i deres symptombillede. For PTSD udgør denne andel af ventelisten 51,8 procent. Tilsvarende oplever 66,6 procent af patienterne en forbedring eller stabilisering (stilstand) i deres PTSD symptomniveau i løbet af behandlingsforløbet. Disse optællinger viser dermed at patienter har en markant større sandsynlighed for at opleve en forbedring i deres PTSD symptomer mens de er i behandling, end mens de står på venteliste og ikke modtager behandling. Den samme tendens gør sig gældende for angst, depression, og selvopfattelse af funktionsevne, idet patienter, der indgår i et behandlingsforløb, har ca. 10 procentpoint større sandsynlighed for at få det bedre end patienter, der står på venteliste.

I den forbindelse er det værd at bemærke, at 68,9 procent af de klienter, som får det værre, mens de står på venteliste, ser en forbedring, når de kommer i behandling. Af de patienter, som får det bedre, mens de står på venteliste, er det 50 procent af dem, som fortsætter den forbedring, når de kommer i behandling. Denne forskel er statistisk signifikant og indikerer, at patienter, som oplever en løbende forværring i deres symptomniveau profiterer af behandlingen i endnu højere grad end de patienter, hvis tilstand er stabil eller under forbedring, mens de står på venteliste.

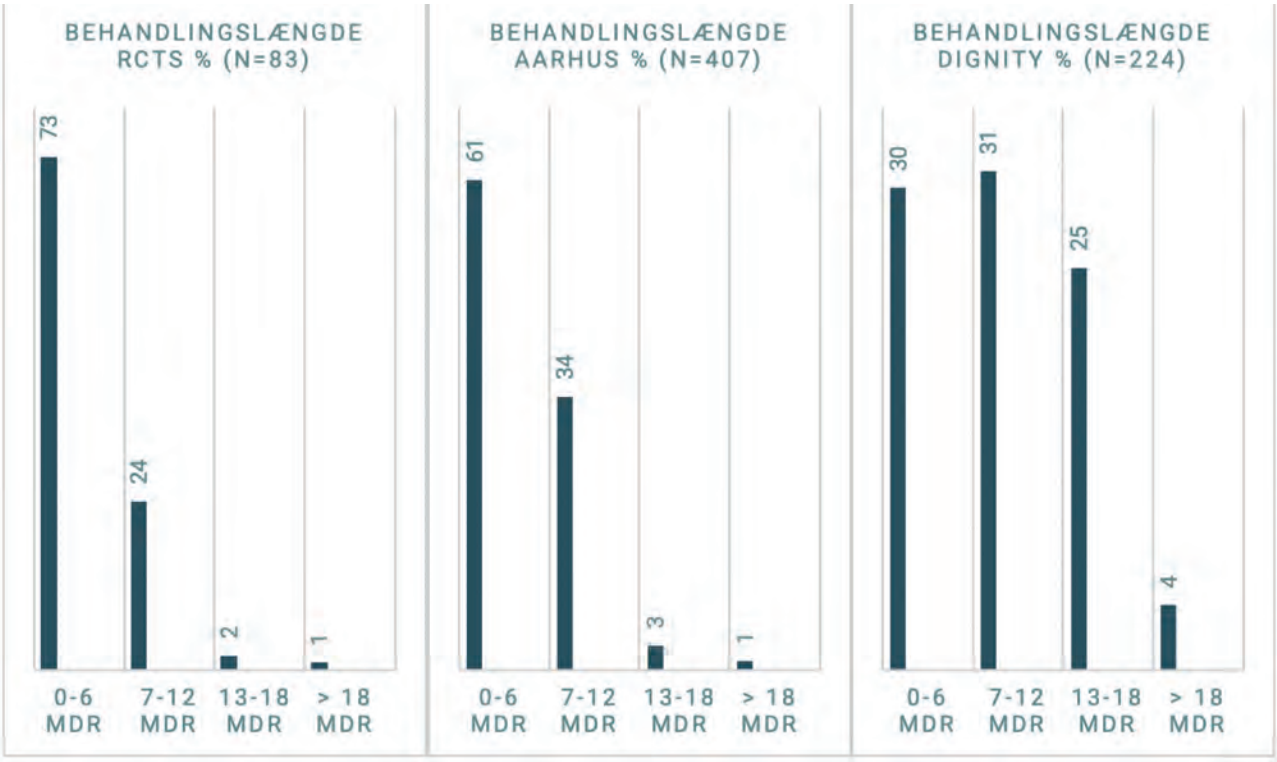
Sammenligneligheden af behandlingen på tværs af centrene

Dette afsnit gennemgår den forbedring, der overordnet sker på samtlige mål, samt sammenligner forbedringerne mellem de to tidsintervalsbølger, som er beskrevet i det foregående afsnit.

Det vurderes relevant at sammenligne behandlingen på tværs af de fire centre, da alle centrene arbejder ud fra en tværfaglig behandlingsmodel (se Sektion 1.) Der mangler dog systematisk data på behandlingens konkrete indhold, antal sessioner, faggrupper og metoder på alle centre.

Selv data på behandlingslængden må ses med et væsentligt forbehold. Nedenstående viser, hvordan behandlingslængden ser ud på baggrund af det eksisterende (men mangelfulde) data[9]. Behandlingslængden for perioden 2012-2016 er beregnet i måneder.

Figur 23 .Behandlingslængde opgjort i måneder



Figur 23 indikerer, at DIGNITY har en væsentlig længere behandlingstid end RCT Jylland og Klinik for PTSD & Angst i den pågældende periode.

Det er ikke muligt at udlede noget videre om behandlingens indhold alene på baggrund af behandlingslængden. Behandlingslængden er primært opgjort på baggrund af dato-stempel i datasættet, men afslører intet om antal af sessioner, hyppighed, etc. På DIGNITY, kan en af årsagerne til den længere behandlingstid skyldes at der har været tradition for flere møder med socialrådgiver efter endt behandlingen. Patienter, som behandlingsmæssigt har været afsluttet, og kun har modtaget enkelte behandlingssessioner hos socialrådgiveren, kan således have fremgået som uafsluttet i systemet.

9 Det er kun Aarhus og DIGNITY der har specifikke datoer for behandlingsstart og behandlingsafslutning. For at beregne behandlingslængden på RCT Jylland, er indsamlingsdatoerne for de HTQ4 blevet brugt, da det er det mest udfyldte skemaer ved behandlingsstart og behandlingsafslutning.

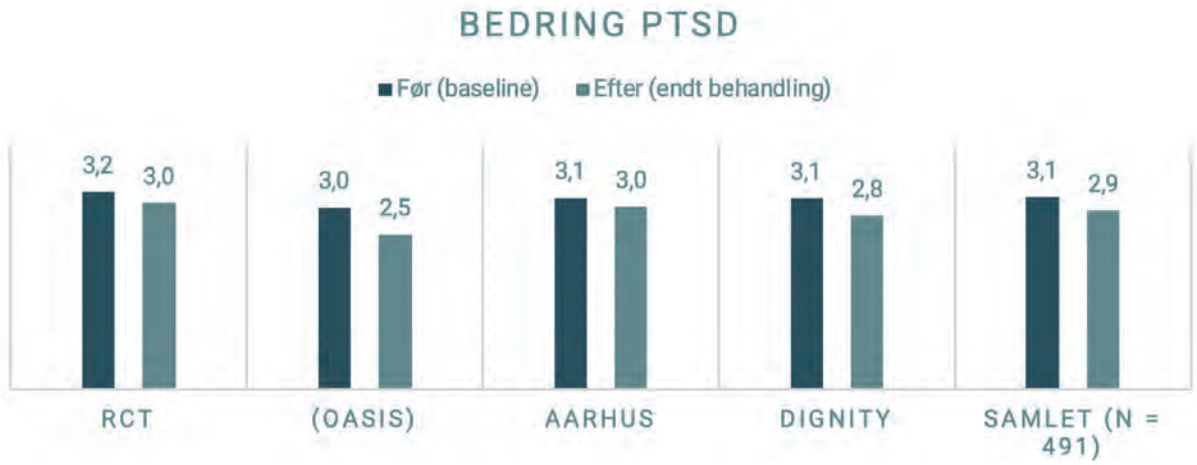
Ydermere skal det igen tilføjes at årsagen til afslutning af behandling ikke er noteret, hvorfor det ikke kan udelukkes at flere patienter afslutter behandlingen uden at have gennemført et fuldent behandlingsforløb. Disse patienter kan dog godt have udfyldt slutmonitorering på trods, og derfor stadig blive medregnet i følgende afsnit om forbedring af symptombillede efter behandling.

Forbedring af PTSD og selvopfattelse af funktionsevne

Figur 24 og 25 viser antallet af patienter og den gennemsnitlige effekt af behandlingen på PTSD og selvopfattelse af funktionsevne fordelt på centrene enkeltvis og samlet.

Behandlingseffekten er analyseret ved en paired t-test, hvor det undersøges, om der er en signifikant forskel mellem HTQ4 scoren ved behandlingsstart til behandlingsafslutning. De konkrete resultater for analysen er i Tabel 21 og 22 i appendix.

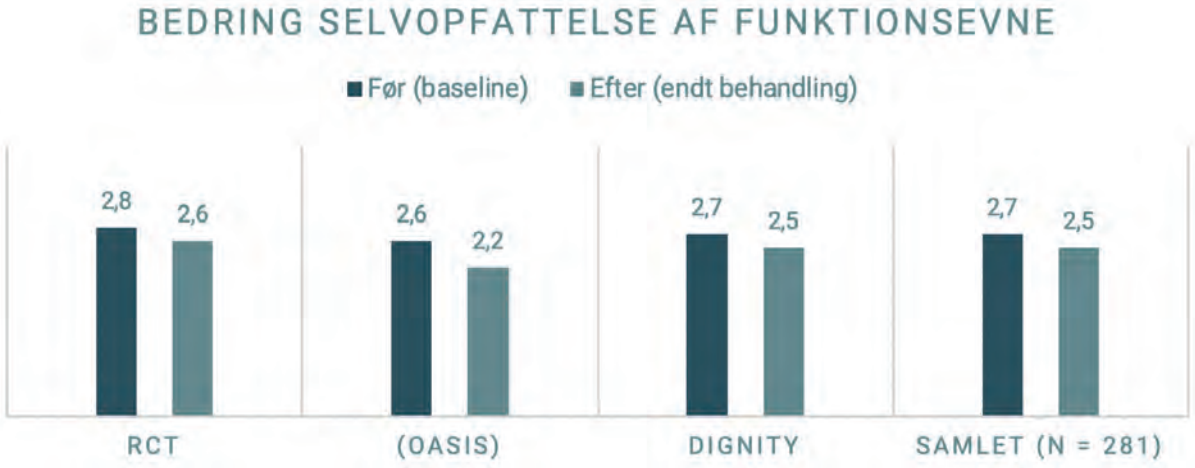
Figur 24 .Forbedring efter behandling på PTSD*



**Se Tabel 21 i appendix for uddybende informationer*

Behandlingen har generelt en statistisk signifikant bedrende effekt på PTSD-symptomniveauet blandt patienterne, både på centrene samlet og enkeltvis (OASIS undtaget grundet for få besvarelser).

Figur 25 .Forbedring efter behandling på selvopfattelses af funktionsevne*



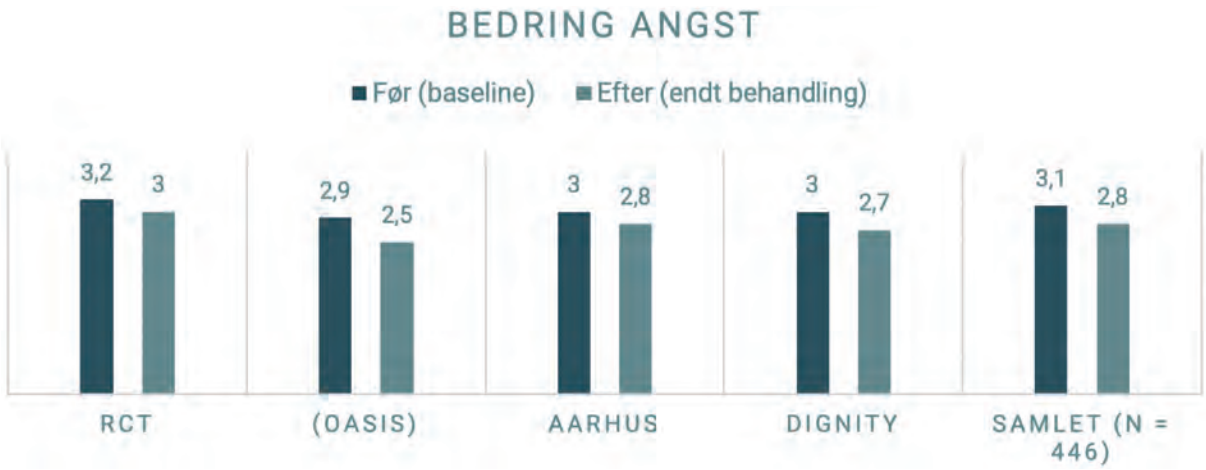
**Se Tabel 22 i appendix for uddybende informationer*

Behandlingens forbedring på patienternes selvopfattelse af funktionsevne er samlet set statistisk signifikant på tværs af centrene. På individuelt centerniveau var det dog kun DIGNITYs patienter der rapporterede signifikant forbedring.

Forbedring af angst og depression

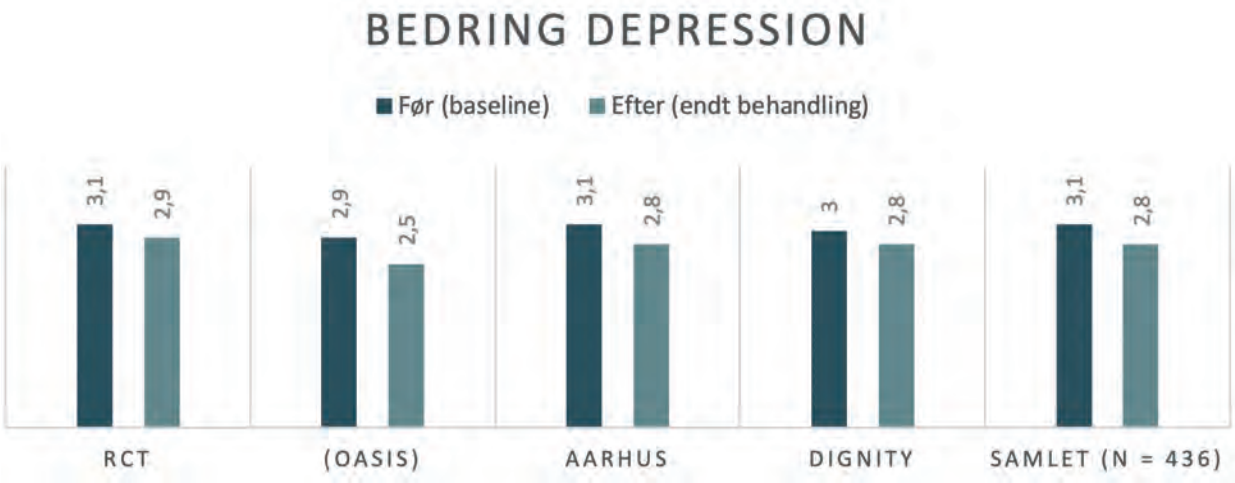
Figur 26 og 27 viser antallet af patienter og deres gennemsnitlige bedring i angst og depressionssymptomer, både på centrene enkeltvis og samlet. Behandlingseffekten baseres på HSCL-25 scoren ved baseline og ved behandlingsafslutning (se Tabel 23 og 24 i appendix).

Figur 26 .Forbedring i angstsymptomer*



**Se Tabel 23 i appendix for uddybende informationer*

Figur 27 .Forbedring i depression*



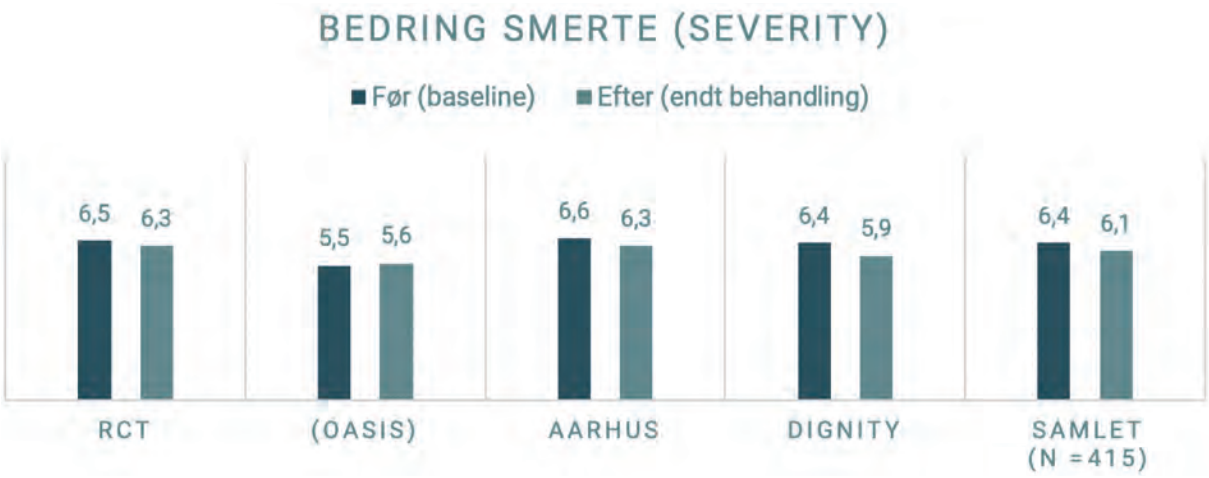
**Se Tabel 24 i appendix for uddybende informationer*

Som det fremgår af figurerne 26 og 27, har behandlingen haft en statistisk signifikant bedrende effekt på angst og depressionssymptomer både på centrene samlet og enkeltvis (OASIS undtaget grundet for få besvarelser).

Forbedring af smerte

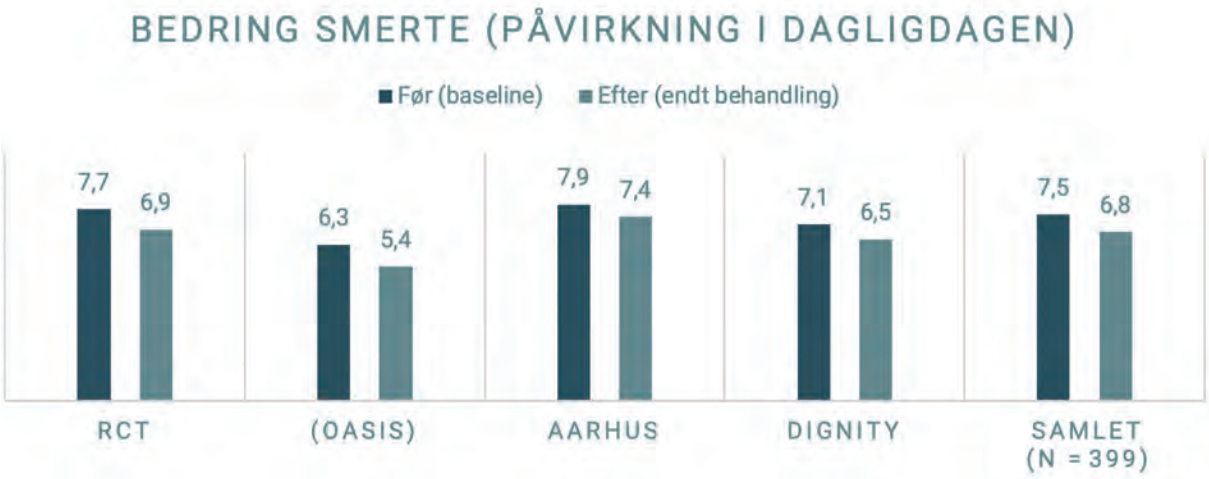
Figur 28-30 viser behandlingseffekten for den oplevede smerte og smerte påvirkningen i hverdagen på individuelt centerniveau og samlet set. Behandlingseffekten baseres på BPI besvarelser ved baseline og behandlingsslut.

Figur 28 .Forbedring af BPI oplevet smerte*



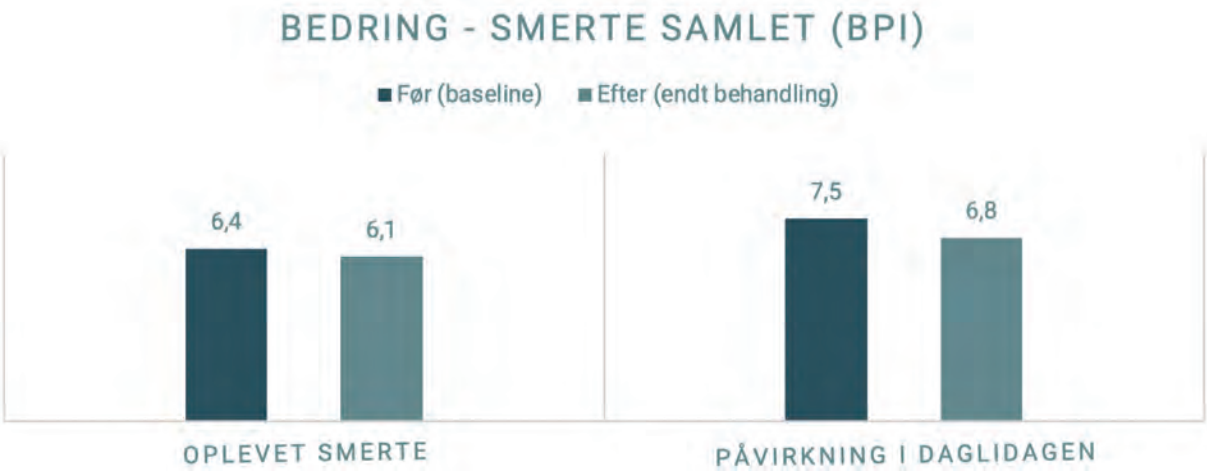
**Se Tabel 25 i appendix for uddybende informationer*

Figur 29 .Forbedring af BPI påvirkning i dagligdagen*



**Se Tabel 26 i appendix for uddybende informationer*

Figur 30 .Forbedring af BPI

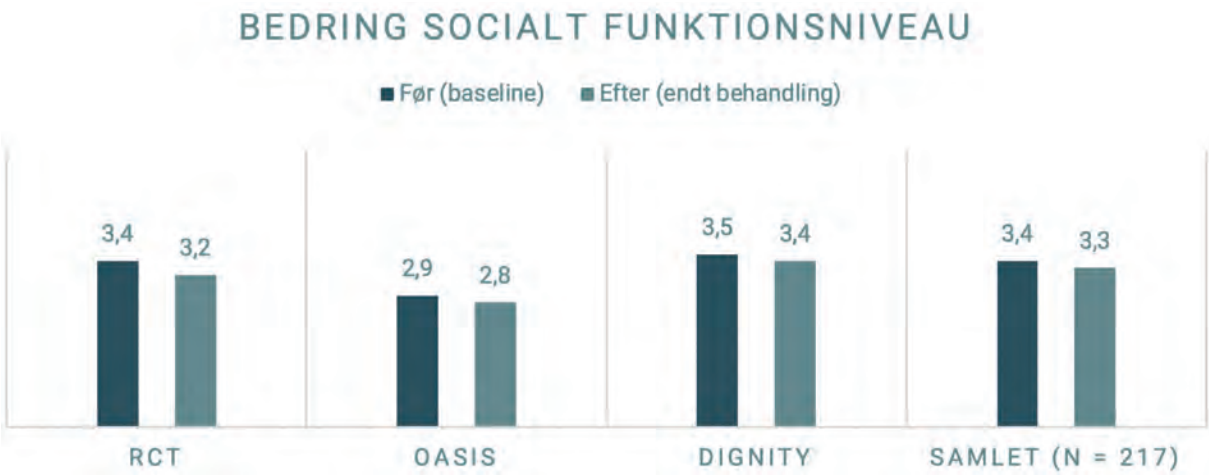


Som Figurerne 28-30 viser er der overordnet en gennemsnitlig statistisk signifikant forbedring på begge smerte parametre. Den positive behandlingseffekt er størst på påvirkning i dagligdagen-målene (OASIS undtaget grundet for få besvarelser).

Forbedring af socialt funktionsniveau

Figur 31 viser den gennemsnitlige bedring efter endt behandling for WHO-DAS gennemsnitsscoren (ud af 5) - både for de enkelte centre og det samlede datasæt. Som figurerne viser sker der overordnet en forbedring fra baseline til slutmonitoreringen på tværs af centrene såvel som enkeltvis. Individuelt set er det kun DIGNITYs patienter, der ser en statistisk signifikant bedring på dette parameter, men som i de tidligere analyser kan dette sandsynligvis tilskrives det begrænsede datagrundlag fra de andre centre.

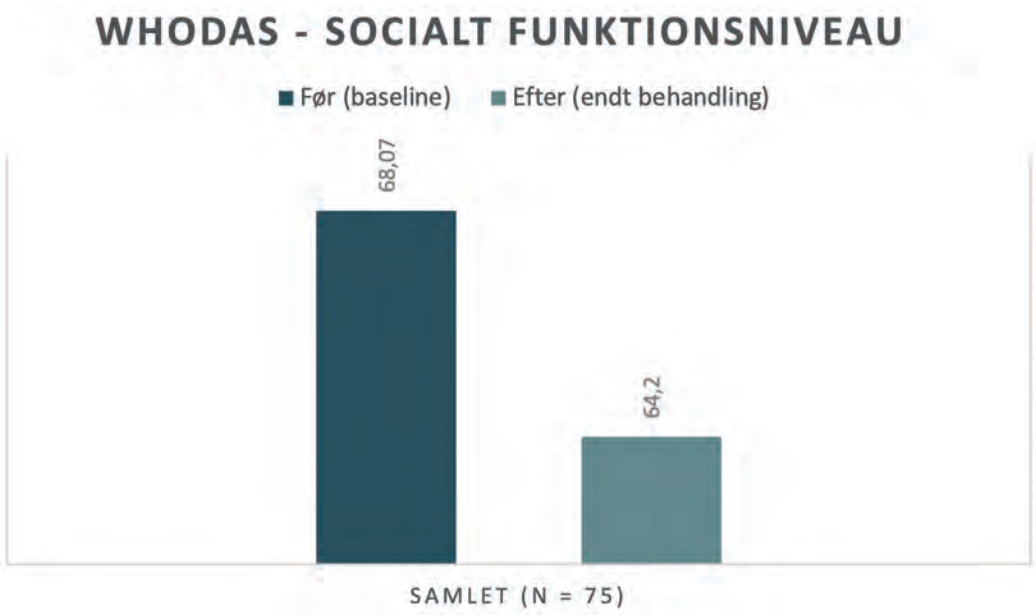
Figur 31 .Forbedring af WHO-DAS Socialt funktionsniveau*



**Se Tabel 27 i appendix for uddybende informationer*

Nedenstående figur viser forbedring på WHODAS score ved den komplekse udregning, som er sammenlignelig med den generelle befolkning. Da der for OASIS kun er 5 patienter, og RCT 13 viser denne figur alene det samlede billede og ikke på tværs af centre.

Figur 32 .Forbedring af WHO-DAS Socialt funktionsniveau*



Da der er et højt frafald af patienter ved slutmonitorering, særligt fra OASIS patienter der ved baseline lå lavere, er også baseline-scoren i denne model højere end det samlede gennemsnit på 63,2 som i figur 32.

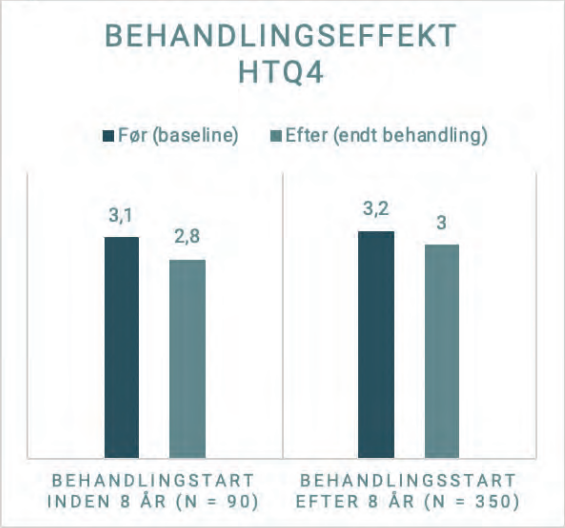
Selvom der er sket en statistisk signifikant bedring på det sociale funktionsniveau, ligger patientgruppen stadig på et lavere funktionsniveau end 95 procent af den generelle befolkning. Som også figur 31 viser, er behandlingseffekten for socialt funktionsniveau altså meget begrænset. Når vi ser på effekt af behandlingen, er der altså ingen forskel fra den simple scoring og den komplekse scoring på WHODAS. Begge figurer viser en meget lav forbedring på funktionsniveauet, hvor figur 32 dog primært er et billede på DIGNITYS patienter, da der var en stor mængde missing data for OASIS og RCT.

Forskelle mellem bølge 1 og bølge 2 i forbedring

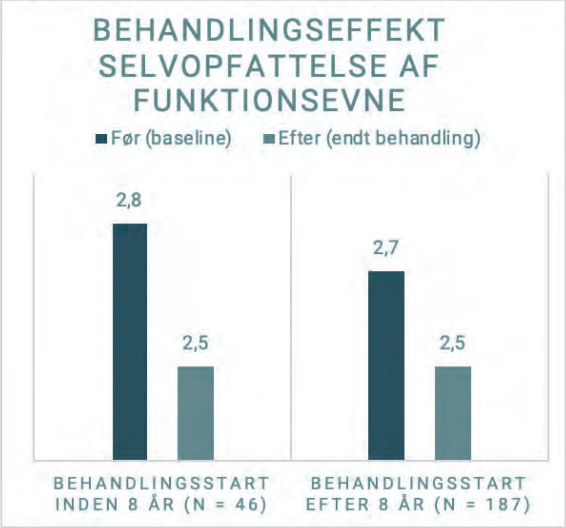
Figur 33-39 viser den gennemsnitlige forbedring efter behandling for henholdsvis bølge 1 og bølge 2 på PTSD, angst, depression, selvopfattelse af funktionsevne, smerte og socialt funktionsniveau. Som figurerne viser, er behandlingseffekten blandt patienter i bølge 1 signifikant højere end for patienter i bølge 2 for PTSD, selvopfattelse af funktionsevne, angst og depression. Selvom forskellene ikke er statistisk signifikante, viser samme tendens sig for smertemålene og WHO-DAS målet for socialt funktionsniveau.

Figurer 33-39 .Gennemsnitlig forbedring på tidsintervalsbølgerne*

Figur 33

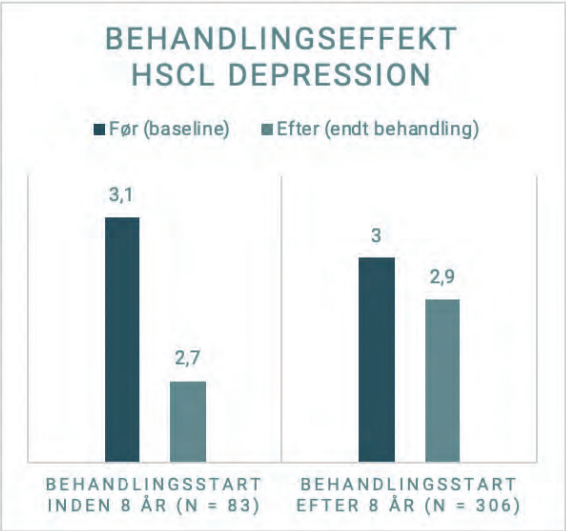


Figur 34

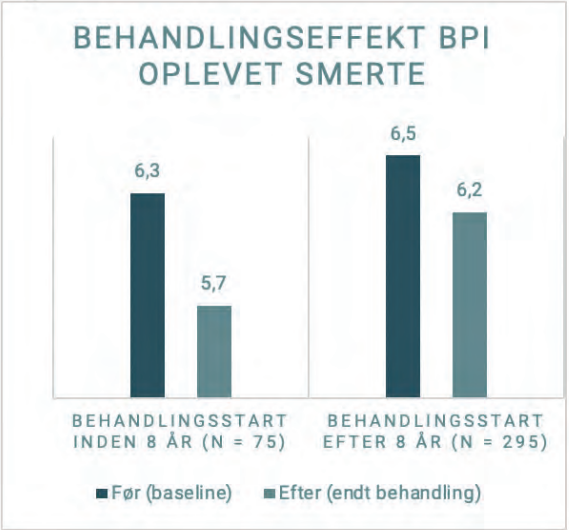


Figur 35

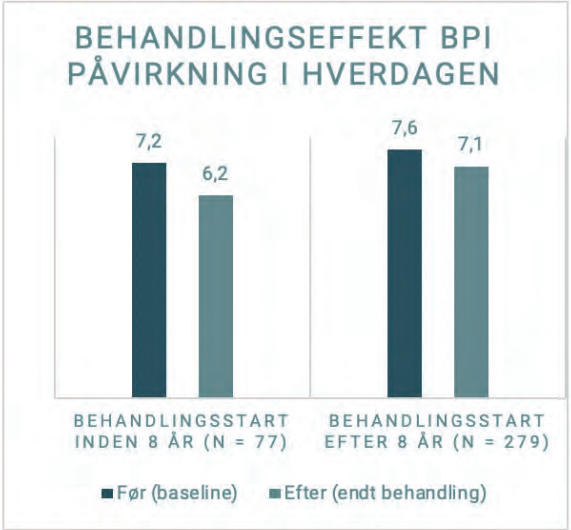
Figur 36



Figur 37



Figur 38



Figur 39

**Se Tabel 28 i appendix for uddybende infromationer*

Samlet set scorer patienterne højt i alle skemaerne, både før behandling og efter endt behandling. Figurerne 33-39, med tilhørende tabeller i appendix, viser dog at traumatiserede flygtninge, som får behandling inden for de første 8 år (behandlingsbølge 1) i Danmark, har en statistisk signifikant større behandlingseffekt end dem, som først opsøger behandling efter 8 år eller senere (behandlingsbølge 2).

For begge behandlingsbølger kom scoren under cut-off for selvoplevet funktionsevne (se figur 34). Symptommålene for PTSD, angst og depression faldt også signifikant mere blandt patienter i behandlingsbølge 1 end i behandlingsbølge 2 (se figurerne 35 og 36). Selvom faldende for både den oplevede smerte og smertepåvirkningen i hverdagen er større for patienter i behandlingsbølge 1, er forskellen kun statistisk signifikant for smertepåvirkningen i hverdagen.

Andel af patienter der oplever en forbedring på 12,5-15%

Tabel 4

	Samlet		Aarhus		RCT		OASIS		DIGNITY	
	N	Procent	N	Procent	N	Procent	N	Procent	N	Procent
PTSD	122/491	24,8%	34/190	17,9%	21/94	22,3%	10/23	43,50%	57/184	31,0%
Selvopfattet funktionsevne	84/281	29,9%	-	-	24/80	26,1%	8/22	36,40%	52/179	29,1%
Angst	132/446	29,6%	38/143	26,6%	33/115	28,7%	9/22	40,90%	52/166	31,3%
Depression	114/436	26,1%	35/140	25,0%	25/110	22,7%	9/22	40,90%	45/164	27,4%
WHODAS	55/217	25,3%	-	-	16/61	26,2%	5/15	33,30%	34/141	24,1%
BPI-Severity*	100/415	24,1%	27/122	22,1%	18/98	18,4%	3/17	17,60%	52/178	29,2%
BPI-Interference*	110/399	27,6%	30/120	25,0%	24/89	27,0%	6/16	37,50%	50/174	28,7%

***forbedring i score på 1,5 eller over**

Tabel 4 ovenfor viser andelen af patienter der i løbet af behandlingsperioden har oplevet en væsentlig bedring i deres symptomniveau, målt som en forbedring fra baselinescore til slutscore på 0,5 (12,5%) eller derover (For BPI-målet er dette 1,5 (15%)). Som ses fra tabellen, er der en betydelig gruppe på mellem ca. 25 % og 30 % af patienterne som oplever en væsentlig bedring. Det er vigtigt at fremhæve, da dette ikke fremgår i resten af afsnittet, hvor der kun er rapporteret gennemsnitscores. For RCT gælder det at gruppen generelt er en lille smule lavere, med undtagelse af WHODAS målet, hvor RCT ligger højest. Dette skal holdes op imod de fund vi tidligere så i rapporten, der viste at symptomniveauet ved baseline generelt var en smule højere hos RCT.

Andel af patienter der ikke oplever bedring

Tabel 5 nedenfor viser andelen af de patienter, der i løbet af behandlingsforløbet, får det enten dårligere, eller ikke oplever nogen ændring. Denne gruppe, hiver de gennemsnitlige forbedringsscores, der er rapporteret i dette afsnit, betydeligt ned. Dette er generelt en stor gruppe på samlet set mellem 33% og 40%. RCT ligger lidt højere end de resterende centre, dog skal det her igen nævnes at RCTs patienterne generelt scorede højere på symptomniveau ved baseline, hvorfor gruppen altså generelt var en smule dårligere ved behandlingsstart end på de resterende centre. Oasis ligger lidt lavere end gennemsnittet, men lå samtidigt også lidt lavere på baselinescorerne. Desuden har de et mere begrænset datagrundlag som det ses i tabellen, hvorfor denne forskel formodentlig ville udlignes ved et større antal patienter. DIGNITY ligger en smule lavere end center-gennemsnittet for både PTSD, angst, depression og WHODAS.

Tabel 5

	Samlet		Aarhus		RCT		OASIS		DIGNITY	
	N	Procent	N	Procent	N	Procent	N	Procent	N	Procent
PTSD	165/491	33,6%	67/190	35,3%	37/94	39,4%	7/23	30,4%	54/184	29,3%
Selvopfattet funktionsevne	103/281	36,7%	-	-	30/80	37,5%	4/18	18,2%	69/179	38,5%
Angst	153/446	34,3%	54/143	37,8%	42/115	36,5%	7/22	31,8%	50/166	30,1%
Depression	157/436	36,0%	50/140	35,7%	49/110	44,5%	6/22	27,3%	52/164	31,7%
WHODAS	87/217	40,1%	-	-	25/61	41%	6/15	40%	56/141	39,7%
BPI-Severity	164/415	36,5%	52/122	42,6%	38/98	38,8%	7/17	41,2%	67/178	37,60%
BPI-Interference	154/399	38,6%	43/120	35,80%	35/89	39,3%	5/16	31,3%	71/174	40,80%

*forbedring i score på 1,5 eller over

Tabel 4 og 5 indikerer at der er to store grupper der enten får det væsentligt bedre, eller ikke oplever nogen effekt af behandlingen overhovedet. Disse grupper er særligt interessante for videre forskning, og understreger vigtigheden og potentialet i samarbejdet omkring DTD. Tabellerne indikerer yderligere at der altså er en forholdsvis stor gruppe af patienter der ikke oplever en forbedring der overstiger 0,5 på skalaer fra 1-4 og 1-5. Hertil skal det tilføjes at rapportens datagrundlag er begrænset af et stort frafald ved slut og follow-up, samt at vi i nærværende rapport ikke har haft mulighed for at se nærmere på de enkelte behandlingsforløb. Det kan derfor ikke udelukkes at gruppen af patienter der ikke oplever bedring, også har kortere behandlingsforløb med færre ydelser. En fremtidig vision er at styrke indhentelsen af denne data. Det skal desuden undersøges, hvorvidt andre skemaer vil være mere sensitive ift. at opfange forbedringer hos målgruppen. Yderligere er det væsentligt at supplere denne form for kvantitative data med kvalitative evalueringer, hvor patienterne for mulighed for at uddybe deres oplevelse af behandlingen uden for de rammer som monitoreringsskemaerne tillader.

At en stor gruppe af patienterne ikke oplever en bedring, er ikke overraskende. Målgruppen er en af de meste belastede patientgrupper i sundhedssektoren, kendetegnet ved massive psykiske, sociale og fysiske vanskeligheder. Dette viser sig både ved et tungere symptomniveau ved behandlingsstart, og en lavere forbedring efter endt behandling, end hos andre psykiatriske patienter i Danmark[10]. Andre danske undersøgelse af målgruppen har ligeledes haft vanskeligt ved at vise en effekt af behandlingen [37-39]. Den forsatte fælles monitoreringsindsats skal sikre et endnu stærkere datagrundlag og samle op på de manglede sociodemografiske data, så begge patientgrupper kan beskrives nærmere og behandlingen kan målrettes bedre.

10 Palic et. al 2014: Comparison of psychiatric disability on the health of nation outcome scales (HoNOS) in resettled traumatized refugee outpatients and Danish inpatients - BMC Psychiatry 2014 14:330.

Opsummering

Rapporten opsummerer de første analyseresultater om behandlingen af traumatiserede flygtninge i Danmark baseret på monitoreringsdata fra 1447 henviste flygtninge indsamlet på fire danske specialiserede rehabiliteringscentre i perioden 2012-2016.

Overordnet viser analyser og sammenligning af monitoreringsscorer fra behandlingsstart til behandlingsafslutning, at patienter oplever forbedringer på samtlige parametre, og at dette i den statistiske analyse i de fleste tilfælde fremstår statistisk signifikant. Procentvis svarer disse forbedringer til et fald i symptomværdiscorer på mellem 6,5 procent og 7,9 procent. Der er ikke tale om en markant forbedring, og der er fortsat en stor gruppe af patienterne, som ikke oplever nogen forbedring. Resultaterne er ikke overraskende. Hovedparten af patienterne på centrene har kroniske symptomer og psykosociale problemstillinger, og er derfor svære at behandle effektivt. Flere andre danske studier har ligeledes haft vanskeligt ved at vise en effekt af behandlingen, forbedringen har været meget lille, og der har kun været tale om små signifikante før efter forskelle [37-39]. Desuden viser studier at denne målgruppe generelt oplever en lavere behandlingseffekt end andre grupper i psykiatrien.

Særligt bemærkelsesværdigt er det, at patienter, som kommer i behandling i løbet af deres første 8 år i Danmark, ser ud til at få et større udbytte af behandlingen, end dem, som først kommer i behandling efter mere end 8 år i landet. Analyserne peger på, at patienter efter 8 år med ubehandlede traumer har et lavere socialt funktionsniveau, og at dette kan være årsagen til, at de får et mindre udbytte af behandling. Funktionsniveauet ved behandlingsstart kan således være en indikator for, hvor stor en forbedring patienterne kommer til at opleve i løbet af behandlingen. Dette er dog ikke entydigt og andre danske studier[33]. har ikke fundet denne sammenhæng. En nærmere analyse af hvordan socialt funktionsniveau kan påvirke udbyttet af behandlingen, vil blive præsenteret i videnskabelige publikationer.

Rapporten viser, i tråd med andre undersøgelser [19], at man i Danmark fortsat ikke er dygtige nok til at gennemføre tidlig screening og specialiseret tværfagligbehandling for traumatiserede flygtninge, da de fleste henviste patienter har været i Danmark i mange år, når de henvises til behandling på centrene (14,6 år i gennemsnit). Det er sandsynligt at det lave sociale funktionsniveau blandt den store gruppe af patienter som først henvises til behandling efter 8 år i Danmark, skyldes latente ubehandlede PTSD symptomer. Det kan denne rapport dog ikke dokumentere. Selv om PTSD i nogle tilfælde kan genopblusse 10-20 år efter det primære krigsrelaterede traume, og udløse forlængede stress symptomer med en række somatiske symptomer, vil der ofte længe have været underliggende symptomer på PTSD [20, 40].

Manglende tidlig behandling må forventes at have en negativ effekt på tilegnelse eller vedligeholdelse af sproget, social tilbagetrækning eller isolationstendens, sociale færdigheder, tilknytning til arbejdsmarkedet, fysiske problematikker, social status, etc.

Ud fra rapporten kan det konkluderes, at målgruppen er sammenlignelig på tværs af centre - både når det gælder sociodemografiske karakteristika og patienternes symptombillede ved baseline. Derudover

viser resultaterne, at der sker en forbedring i gruppens symptombillede under behandlingsforløbet på samtlige af de monitoreringsmål, der er til rådighed. Der er således en forbedring på PTSD, angst, depression, smerte og socialt funktionsniveau. Denne forbedring er væsentligt større end udviklingen blandt patienter på ventelisten, som i denne rapport har udgjort kontrolgruppen for analyse og dermed grundlaget for sammenligning mellem patienter i og uden for behandling. Der er ikke tidligere samlet så stort og omfangsrigt et datasæt på tværs af nationale rehabiliteringsklinikker, og denne rapport bidrager derfor med væsentlig viden, som kan vejlede forskning og udvikling inden for feltet fremover. De videre analysere af datasættet skal udgives i videnskabelige artikler [41, 42].

Videreudvikling af Den Danske Traume Database for Flygtninge

Rapportens resultater er blevet brugt til at fastlægge retningslinjer for kvaliteten af monitoreringsdata i Den Danske Traume Database for flygtninge (DTD). For at højne datakvaliteten har centrene valgt at implementere en digital monitoreringsløsning, hvor monitoreringsskemaer udfyldes digitalt og overføres til en database. Dette har en række fordele; bl.a. at behandlere og ledelse løbende kan følge med i, hvor mange skemaer, der er udfyldt, og derudover at dato for udfyldelsen af skemaerne altid registreres digitalt. Den digitale løsning letter samtidig arbejdet med at samle data på tværs af centre betydeligt. At man fremover ikke skal indtaste papirskemaerne og derefter samle forskellige datasæt på tværs af centre, som har været tilfældet med den data som er anvendt i rapporten, vil forbedre datakvaliteten og lette arbejdsprocessen væsentligt.

De sociodemografiske data, som mangler i dette datasæt vil kunne indhentes via samarbejdet med center for Registerforskning, hvor registerdata (bl.a. vedr. børn, civilstand, uddannelse, nationalitet) og en række andre parameter vil blive tilføjet til Den Danske Traume Database for flygtninge. En undersøgelse fra 2018 [43]. af monitoreringsdata fra DIGNITY i perioden 2001-2004 viser, hvordan koblingen til registerdata muliggør langsigtede effektstudier og socioøkonomiske analyser. Idet traumatiserede flygtninge er en målgruppe med tunge og komplekse problemstillinger, er viden om de langsigtede effekter af behandling (herunder også for deres familier) et væsentligt parameter at have med. Det kan være vanskeligt at dokumentere en stor behandlingseffekt efter et eller to år, men der er potentielt tale om en anden effektstørrelse, når der ses 5, 10 eller 20 år frem - ikke kun for patienterne, men også for deres familier.

Denne rapport er et skridt imod at udvikle mere evidensbaseret viden om behandlingen af traumatiserede flygtninge i Danmark. Der er imidlertid behov for mere viden om målgruppen og om, hvad der virker for hvem, så behandlingen kan målrettes bedre og blive mere effektiv til at hjælpe de traumatiserede flygtninge, også de som aktuelt ikke modtager rettidig og effektiv behandling, med store konsekvenser for deres liv i Danmark.

Litteraturliste:

1. Kessler, R.C., *Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society*. J Clin Psychiatry, 2000. **61 Suppl 5:** p. 4-12; discussion 13-4.
2. Nickerson, A., et al., *A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees*. Clin Psychol Rev, 2011. **31**(3): p. 399-417.
3. Correa-Velez, I., et al., *Hospital utilisation among people born in refugee-source countries: an analysis of hospital admissions, Victoria*, 1998-2004. Med J Aust, 2007. **186**(11): p. 577-80.
4. Ellis, B.H., et al., *Multitier mental health program for refugee youth*. J Consult Clin Psychol, 2013. **81**(1): p. 129-40.
5. Barghadouch, A., et al., *Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danishborn peers*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2016. **51**(8): p. 1125-36.
6. Ikram, U.S., K., *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review for the Health Council of the Netherlands*. 2+16.
7. Montgomery, E., *Trauma and resilience in young refugees: a 9-year follow-up study*. Dev Psychopathol, 2010. **22**(2): p. 477-89.
8. Bhugra, D., et al., *WPA guidance on mental health and mental health care in migrants*. World Psychiatry, 2011. **10**(1): p. 2-10.
9. Harlacher, U., L. Nordin, and P. Polatin, *Torture survivors' symptom load compared to chronic pain and psychiatric inpatients*. Torture, 2016. **26**(2): p. 74-84.
10. Adeponle, A.B., et al., *Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients*. Psychiatr Serv, 2012. **63**(2): p. 147-53.
11. Riber, K., *"Attachment, Complex Trauma, and Psychotherapy: A Clinical study of the Significance of Attachment in Adult Arabicspeaking refugees"*, in *Copenhagen University, Institute of Psychology.* 2015.
12. Schick, M., et al., *Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees*. Eur J Psychotraumatol, 2016. **7**: p. 28057.
13. Norredam, M., *Er vi parat til at handtere kulturel diversitet i det danske sundhedsvaesen?* Ugeskr Laeger, 2016. **178**(4): p. V67698.
14. Norredam, M., S.S. Nielsen, and A. Krasnik, *Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe-a systematic review*. Eur J Public Health, 2010. **20**(5): p. 555-63.
15. Yehuda, R., et al., *Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring*. Am J Psychiatry, 2014. **171**(8): p. 872-880.

16. Bowers, M.E. and R. Yehuda, *Intergenerational Transmission of Stress in Humans*. Neuropsychopharmacology, 2016. **41**(1): p. 232-44.

17. Dalgaard, N.T., M.H.; Væver, M.; Montgomery, E. , *Family Violence in Traumatized Refugee Families- A Mixed Methods study of Mother/Child DyadicFunctioning, Parental Symptom Levels and Children's Psychosocial Adjustment*. 2019 (submittet).

18. Dalgaard, N.T. and E. Montgomery, *Disclosure and silencing: A systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families*. Transcult Psychiatry, 2015. **52**(5): p. 579-93.

19. Rigsrevistionen, *Forløbet for flygtninge med traumer*. 2018: Folketinget.

20. Sodemann, M., A. Svabo, and A. Jacobsen, *[The hardest battles begin after the war]*. Ugeskr Laeger, 2010. **172**(2): p. 141-4.

21. Nielsen, D.S., A.; Sodermann, M. , *Kun en tåbe frygter ikke sproget: tolkning fra de professionelle tolkes synsvinkel. Erfaringer fra Indvandremedicinsk Klinik*. 2011, Indvandremedicinsk Klinik

22. Carlsson, J., C. Sonne, and D. Silove, *From pioneers to scientists: challenges in establishing evidencegathering models in torture and trauma mental health services for refugees*. J Nerv Ment Dis, 2014. **202**(9): p. 630-7.

23. Mollica, R.F., et al., *The Harvard Trauma Questionnaire. Validating a crosscultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees*. J Nerv Ment Dis, 1992. **180**(2): p. 111-6.

24. Mollica, R.F.M., L.S.; Massagli, M.P.; Silove, D.M, *Measuring Trauma, Measuring Torture. Instructions and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's versions of the Hopkins Symptom Checklist & The Harvard Trauma Questionnaire*. 2004: Harvard Program in Refugee Trauma.

25. Shoeb, M., H. Weinstein, and R. Mollica, *The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees*. International Journal of Social Psychiatry, 2007. **53**(5): p. 447-463.

26. Ustun, T.B.K., N.; Chatterji, S. R. , *Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. 2010, World Health Organization: Geneva.

27. Cleeland, C.S., et al., *Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer*. N Engl J Med, 1994. **330**(9): p. 592-6.

28. Breslau, J., et al., *A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce*. Acta Psychiatr Scand, 2011. **124**(6): p. 474-86.

29. Dhami, S. and A. Sheikh, *The Muslim family: predicament and promise*. West J Med, 2000. **173**(5): p. 352-6.

30. Nam, B., et al., *Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees*. Psychiatry Res, 2016. **245**: p. 451-457.

31. Gorman-Smith, D., D.B. Henry, and P.H. *Tolan, Exposure to community violence and violence perpetration: the protective effects of family functioning*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2004. **33**(3): p. 439-49.

32. Timshel, I., E. Montgomery, and N.T. Dalgaard, *A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families*. Child Abuse Negl, 2017. **70**: p. 315-330.

33. Friis Jorgensen, S., et al., *Can disability predict treatment outcome among traumatized refugees?* Torture, 2017. **27**(2): p. 12-26.

34. INSIGHT, L., *Traumeundersøgelsen*. 2013.

35. Dalgaard, N.T., et al., *The transmission of trauma in refugee families: associations between intra-family trauma communication style, children's attachment security and psychosocial adjustment*. Attach Hum Dev, 2016. **18**(1): p. 69-89.

36. *WhoDas International Classification*. Available from: (https://www.who.int/classifications/icf/more_whodas/en/).

37. Carlsson, J.M., E.L. Mortensen, and M. Kastrup, *A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment*. J Nerv Ment Dis, 2005. **193**(10): p. 651-7.

38. Buhmann, C.B., et al., *Long-term treatment effect of trauma-affected refugees with flexible cognitive behavioural therapy and antidepressants*. Psychiatry Res, 2018. **264**: p. 217-223.

39. Sonne, C., et al., *Psychosocial predictors of treatment outcome for trauma-affected refugees.* Eur J Psychotraumatol, 2016. **7**: p. 30907.

40. McFarlane, A.C., *The longterm costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences.* World Psychiatry, 2010. **9**(1): p. 3-10.

41. Thøgersen, M.H., *Sociodemographic and Clincial characteristics among Trauma- affected Refugees in Denmark: A Danish Mulitcenter study 2019* (in process).

42. Thøgersen, M.H., *Predictors of treatment outcome for 1541 trauma-effected refugees; a Danish mulitcenter study 2019* (in process).

43. Bager, L., et al., *Correction to: does multidisciplinary rehabilitation of tortured refugees represent 'value-for-money'? A follow-up of a Danish case-study.* BMC Health Serv Res, 2018. **18**(1): p. 443.

Appendix

Tabel A1 .Antal patienter – RCT

Skema	Visitation	Baseline	Slut-monitorering	Follow-up**
HTQ1	-	98	-	-
HTQ3	-	104	-	-
HTQ4 **PTSD** **Selvopfattelse**	 244 216	 269 244	 98 87	 46 45
HSCL-25 **Angst** **Depression**	 253 269	 283 289	 113 118	 47 47
WHO-DAS	184	209	67	40
BPI **Oplevet smerte** **Påvirkning i hverdagen**	 226 214	 260 249	 105 97	 20 20
Sociodemografiske data	-	277	-	-

*for baseline indgår visitation hvis start ikke er udfyldt
*follow-up data er ikke inkluderet i rapporten, grundet det store frafald

Oversigten i Tabel A1 viser, at RCT har et stort frafald i monitoreringer fra baseline til slut-monitoreringen, og at de i særlig grad kan blive bedre til at gennemføre follow-up monitorering.

Tabel A2 .Antal patienter – OASIS

Skema	Visitation	Baseline	Slut-monitorering	Follow-up**
HTQ1	-	57	-	-
HTQ3	-	47	-	-
HTQ4 **PTSD** **Selvopfattelse**	 221 215	 237 232	 25 24	 7 7
HSCL-25 **Angst** **Depression**	 226 226	 239 238	 24 24	 7 7
WHO-DAS	225	242	20	12
BPI **Oplevet smerte** **Påvirkning i hverdagen**	 217 207	 229 222	 21 20	 6 6
Sociodemografiske data	-	277	-	-

*for baseline indgår visitation hvis start ikke er udfyldt
*follow-up data er ikke inkluderet i rapporten, grundet det store frafald

Data indsamlet ved OASIS er særlig godt ift. visitationsmonitoreringer, hvilket blandt andet har muliggjort disses inddragelse i baseline analysen. Der er dog en stor udfordring med frafald til slut-monitorering og i endnu højere grad follow-up. Derudover mangler socialrådgiver, hvilket påvirker datakvaliteten for den sociodemografiske analyse.

Tabel A3 .Antal patienter – Klinik for Angst og PTSD, Klinik for PTSD & Angst

Skema	Visitation	Baseline	Slut-monitorering	Follow-up**
HTQ1	-	-	-	-
HTQ3	-	-	-	-
HTQ4 **PTSD** **Selvopfattelse**	 - -	 350 -	 197 -	 19 -
HSCL-25 **Angst** **Depression**	 - -	 281 286	 161 160	 19 19
WHO-DAS	-	-	-	-
BPI **Oplevet smerte** **Påvirkning i hverdagen**	 - -	 200 198	 135 132	 13 13
Sociodemografiske data	-	277	-	-

*for baseline indgår visitation hvis start ikke er udfyldt
*follow-up data er ikke inkluderet i rapporten, grundet det store frafald

På Klinik for PTSD og angst er visitationsmonitoreringerne ikke udfyldt, da de ikke har samme venteliste som de øvrige centre. Her er heller ikke udfyldt HTQ1 eller HTQ3, og der mangler data på patienternes selvopfattelse af funktionsevne fra HTQ4-skemaet. Derudover manglede data på WHODAS. Endelig er frafaldet særligt til follow-up problematisk, hvilket også er tilfældet for de andre centre.

Tabel A4 .Antal patienter – DIGNITY

Skema	Visitation	Baseline	Slut-monitorering	Follow-up**
HTQ1	-	153	-	-
HTQ3	-	167	-	-
HTQ4 **PTSD** **Selvopfattelse**	 174 174	 334 332	 237 233	 105 105
HSCL-25 **Angst** **Depression**	 179 179	 341 342	 215 216	 107 109
WHO-DAS	157	315	186	84
BPI **Oplevet smerte** **Påvirkning i hverdagen**	 160 157	 332 329	 220 220	 93 94
Sociodemografiske data	-	277	-	-

*for baseline indgår visitation hvis start ikke er udfyldt
*follow-up data er ikke inkluderet i rapporten, grundet det store frafald

DIGNITYs største udfordring vedrørende dataindsamling er frafaldet mellem slut-monitorering og follow-up. Selvom andelen af gennemførte follow-up monitoreringer i forhold til slut-monitoreringer er relativt stor, har der i den seneste tid været problemer med at få systematiseret processen omkring indkaldelse til follow-up. Data fra 2012-2016 afspejler ikke disse udfordringer, men det må forventes at fremtidige sammenkørsler af data vil blive påvirket, indtil en ny procedure er implementeret.

Tabel A5 .Patienters oprindelseslande – Klinik for PTSD & Angst

Land	N	Andel (%)
Irak	67	16,3
Iran	57	13,8
Afghanistan	68	16,5
Kosovo	7	1,7
Somalia	26	6,3
Tyrkiet	4	1,0
Libanon	40	9,7
Syrien	22	5,3
Bosnien	64	15,5
Sri Lanka	9	2,2
Tjetjenien	2	0,5
Congo	2	0,5
Montenegro	4	1,0
Kroatien	2	0,5
Nigeria	2	0,5
Jugoslavien	4	1,0
Algeriet	3	0,7
Kurdistan	2	0,5
Marokko	2	0,5
Grønland	3	0,7
Albanien	2	0,5
Peru	2	0,5
Sudan	2	0,5
Makedonien	2	0,5
Total	412	

Udover de lande, som indgår i Tabel A5, havde Klinik for PTSD & Angst følgende oprindelseslande repræsenteret ved en enkelt patient: Armenien, Benin, Burundi, Chile, Colombia, Jordan, Libyen, Nicaragua, Palæstina, Rumænien, Rusland, Serbien, Thailand og Vietnam.

Tabel A6 .Patienters oprindelseslande – RCT

Land	N	Andel (%)
Irak	17	6,1
Iran	9	3,2
Afghanistan	36	13,0
Kosovo	20	7,2
Somalia	2	0,7
Libanon	8	2,9
Syrien	31	11,2
Bosnien	63	22,7
Serbien	5	1,8
Sri Lanka	3	1,1
Tjetjenien	12	4,3
Congo	3	1,1
Palæstina	12	3,9
Etiopien	2	0,7
Kurdistan	17	6,1
Albanien	22	7,9
Eritrea	5	1,8
Rusland	2	0,7
Armenien	2	0,7
Total	277	

Udover de lande, som indgår i Tabel A6, havde RCT følgende oprindelseslande repræsenteret ved en enkelt patient: Danmark, Ingusjetien, Montenegro, Sudan, Tunesien og Vietnam.

Tabel A7 .Patienters oprindelseslande – DIGNITY

Land	N	Andel (%)
Irak	69	26,0
Iran	30	11,3
Afghanistan	14	5,3
Somalia	14	5,7
Tyrkiet	5	1,9
Libanon	7	2,6
Jordan	2	0,8
Syrien	11	4,2
Bosnien	8	3,0
Serbien	6	2,3
Sri Lanka	2	0,8
Egypten	2	0,8
Kroatien	3	1,1
Palæstina	23	8,7
Kurdistan	25	9,4
Chile	2	0,8
Marokko	2	0,8
Albanien	4	1,5
Eritrea	4	1,5
Rusland	4	1,5
Pakistan	2	0,8
Rwanda	3	1,1
Kina	2	0,8
Uruguay	2	0,8
Bahrain	2	0,8
Danmark*	5	1,9
Total	265	

Udover de lande, som indgår i Tabel A6, havde DIGNITY følgende oprindelseslande repræsenteret ved en enkelt patient: Algeriet, Armenien, Aserbajdsjan, Congo, Dominikanske Republik, Honduras, Jugoslavien, Libyen, Polen, Rumænien, Turkmenistan og Yemen.

Referencetabeller

Tabel 1 .Aldersfordeling

Center	N	Yngste (år)	Ældste (år)	Gennemsnits-alder (år)	Standard afvigelse
Klinik for PTSD & Angst	412	16	68	40,4	9,37
RCT	307	17	68	41,8	9,71
OASIS	276	16	82	41,9	12,09
DIGNITY	449	16	73	43,9	10,30
Samlet	1444	16	82	42,1	10,37

Tabel 2 .Kønsfordeling

Center	N	Køn	Andel (%)
Klinik for PTSD & Angst a, b	187	Kvinder	45,4
	225	Mænd	54,6
RCT $_{b, c}$	155	Kvinder	50,5
	152	Mænd	49,5
OASIS $_{c}$	149	Kvinder	53,4
	130	Mænd	46,6
DIGNITY $_{a}$	177	Kvinder	39,4
	272	Mænd	60,6
Samlet	668	Kvinder	46,2
	779	Mænd	53,8

*Hvert bogstav angiver en gruppering af centrene, hvori den interne variation ikke er signifikant forskellige fra hinanden (0,05 niveau).

Tabel 3 .Aldersfordeling i forhold til køn

Center	N	Køn	Gennemsnit (år)	P-værdi
Klinik for PTSD & Angst a, b	187	Kvinder	39,2	0,022
	225	Mænd	41,4	
RCT [b, c]	155	Kvinder	41,2	0,269
	152	Mænd	42,4	
OASIS [c]	149	Kvinder	40,5	0,047
	130	Mænd	43,4	
DIGNITY [a]	177	Kvinder	42,3	0,009
	272	Mænd	44,9	
Samlet	668	Kvinder	40,8	0,002
	779	Mænd	43,1	

*Hvert bogstav angiver en gruppering af centrene, hvori den interne variation ikke er signifikant forskellige fra hinanden (0,05 niveau).

Tabel 4 .Patienters oprindelseslande – top-4 for Klinik for PTSD & Angst

Land	N	Andel (%)
Afghanistan	68	16,5
Irak	67	16,3
Bosnien	64	15,5
Iran	57	13,8

Tabel 5 .Patienters oprindelseslande – top-4 for RCT

Land	N	Andel (%)
Bosnien	63	22,7
Afghanistan	36	12,9
Syrien	31	11,2
Albanien	22	7,9

Tabel 6 .Patienters oprindelseslande – top-4 DIGNITY

Land	N	Andel (%)
Irak	69	26,0
Iran	30	11,3
Kurdistan	25	9,4
Palæstina	23	8,7

Tabel 7 .Patienters oprindelseslande – top-4 Samlet

Land	N	Andel (%)
Irak	153	16,0
Bosnien	135	14,1
Afghanistan	118	12,4
Iran	97	10,2

Tabel 8 .Fordeling af år i Danmark før behandling

Center	N	Min (år)	Max (år)	Gennemsnitligt antal år
RCT	266	0	30	12,59
Klinik for PTSD & Angst	396	0	32	13,82
DIGNITY	379	0	38	16,73
Samlet	1042*	0	38	14,57

*Inklusiv én patient fra OASIS

Tabel 9 .Andel af klienter i hver bølge

Center	N	Andel i bølge 1 (%)	Andel i bølge 2 (%)
RCT	266	32,3	67,7
Klinik for PTSD & Angst	396	23,7	76,3
DIGNITY	379	13,8	86,2
Samlet	1042	22,3	77,7

Tabel 10 .Fordeling af indkomstkilder

	Indkomstkilde	Antal patienter	Andel (%)
Samlet (N = 294)	Løn	57	19,4
	Offentlig forsørgelse	199	67,7
	Pension	20	6,8
	Andet	18	6,1

Tabel 11 .Fordeling af indkomstkilder på centre

Center	Indkomstkilde	Antal patienter	Andel (%)
RCT (n=219)	Løn	33	15,1
	Offentlig forsørgelse	160	73,1
	Pension	15	6,8
	Andet	11	5,0
DIGNITY (n=75)	Løn	24	32,0
	Offentlig forsørgelse	39	52,0
	Pension	5	6,7
	Andet	7	9,3

Tabel 12 .Forekomst af HTQ1 traume

Center	N	Min	Max	Gennemsnit	Standardafvigelse
RCT	98	0	34	15,8	7,2
OASIS	57	1	32	15,9	7,04
DIGNITY	153	3	40	23,3	7,4
Samlet	308	0	40	19,5	8,16

Tabel 13 .Forekomst af traumeeksponering

Spørgsmål på HTQ 1+3	RCT	OASIS	DIGNITY	Samlet
Tortur % (n)	50,6% (45/89)	44,6% (25/56)	81,6 % (129/158)	65,7% (199/303)
Fængsling % (n) (HTQ1)	47,3% (43/91)	54,5% (30/55)	77,8% (123/158)	64,5% (196/304)
Krigs oplevelse (f eks .beskydning og granatangreb) (HTQ1)	83,0% (78/94)	70,9% (39/55)	82,2% (129/157)	80,4% (246/306)
Voldtægt % (n) (HTQ1)	10,7% (8/75)	9,8% (5/51)	17,3% (26/150)	14,1% (39/276)
Anden former for seksuelle overgreb % (n) (HTQ1)	21,3% (16/75)	19,2% (10/52)	39,3% (59/150)	30,7% (85/277)
Familiemedlem eller ven (ikke barn eller ægtefælle) myrdet eller død pga .vold (HTQ1)	60,7% (51/84)	62,7% (32/51)	72,4% (105/145)	67,1% (188/280)
Slag i hovedet % (n) (HTQ3)	43,3% (45/104)	70,2% (33/47)	82,0% (137/167)	67,6% (215/318)

Tabel 14 .Hvad er symptomniveauet for PTSD ved baseline?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	269	3,234	0,477
OASIS	237	3,046	0,487
Klinik for PTSD & Angst	350	3,111	0,499
DIGNITY	334	3,110	0,502
Samlet	1190	3,126	0,496

HTQ4 skemaet måler symptomniveauet for PTSD på en skal fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 2,5 .

Tabel 15 .Hvad er patientens selvopfattelse af funktionsevne ved baseline?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	244	2,812	0,612
OASIS	232	2,688	0,635
DIGNITY	332	2,724	0,613
Samlet	808	2,740	0,620

HTQ4 skemaet måler symptomniveauet for selvopfattelse af funktionsevne på en skal fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 2,5 .

Tabel 16 .Hvad er symptomniveauet for angst ved baseline?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	289	3,213	0,542
OASIS	238	2,955	0,604
Klinik for PTSD & Angst	286	2,991	0,552
DIGNITY	342	2,994	0,591
Samlet	1155	3,040	0,580

HSCL-25 skemaet måler symptomniveauet for angst på en skala fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 1,75 .

Tabel 17 .Hvad er symptomniveauet for depression ved baseline?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	283	3,153	0,541
OASIS	239	3,006	0,553
Klinik for PTSD & Angst	281	3,017	0,512
DIGNITY	341	3,015	0,576
Samlet	1144	3,048	0,550

HSCL-25 skemaet måler symptomniveauet for depression på en skala fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 1,75 .

Tabel 18 .Hvad er niveauet for graden af smerte ved baseline?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	260	6,510	1,927
OASIS	229	5,935	2,140
Klinik for PTSD & Angst	200	6,466	1,856
DIGNITY	332	6,293	2,140
Samlet	1021	6,302	2,002

BPI-skemaet måler graden af smerter på en skala fra 0-10 .

Tabel 19 .Hvad er niveauet for smertens påvirkning i hverdagen ved baseline?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	249	7,634	2,090
OASIS	222	6,566	2,572
Klinik for PTSD & Angst	198	7,748	1,809
DIGNITY	329	7,037	2,248
Samlet	998	7,222	2,251

BPI-skemaet måler påvirkning i hverdagen niveauet af smerter på en skala fra 0-10 .

Tabel 20 .Hvad er patienternes sociale funktionsniveau ved behandlingsstart?

Center	N	Gennemsnitsscore	Standardafvigelse
RCT	209	3,397	0,720
OASIS	242	3,095	0,737
DIGNITY	315	3,460	0,711
Samlet	766	3,328	0,738

WHO-DAS skemaet det sociale funktionsniveau på en skala fra 1-5, hvor højere værdier indikerer et lavere funktionsniveau .

Tabel 21 .Forbedring efter behandling på PTSD

Center	N	Gennemsnitsscore ved baseline	Gennemsnitlig bedring	P-værdi
RCT	94	3,229	0,184	0,002
OASIS	23	2,973	0,448	-
Klinik for PTSD & Angst	190	3,127	0,136	<0,001
DIGNITY	184	3,122	0,291	<0,001
Samlet	491	3,138	0,218	<0,001

HTQ4 skemaet måler symptomniveauet for PTSD på en skala fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 2,5 .

Tabel 22 .Forbedring efter behandling på selvopfattelses af funktionsevne

Center	N	Gennemsnitsscore ved behandlingsstart	Gennemsnitlig bedring	P-værdi
RCT	80	2,799	0,186	0,021
(OASIS)	22	2,648	0,471	-
DIGNITY	179	2,690	0,179	<0,001
Samlet	281	2,718	0,204	<0,001

HTQ4 skemaet måler symptomniveauet for selvopfattelse af funktionsevne på en skala fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 2,5 .

Tabel 23 .Forbedringsanalyse af behandling for angst

Center	N	Gennemsnitsscore ved behandlingsstart	Gennemsnitlige bedring	P-værdi
RCT	115	3,203	0,240	<0,001
(OASIS)	22	2,877	0,365	-
Klinik for PTSD & Angst	143	3,010	0,181	<0,001
DIGNITY	166	3,011	0,263	<0,001
Samlet	446	3,053	0,236	<0,001

HSCL-25 skemaet måler symptomniveauet for angst på en skal fra 1-4, med en klinisk cut-off værdi på 1,75 .

Tabel 24 .Forbedringsanalyse af behandling for depression

Center	N	Gennemsnitsscore ved behandlingsstart	Gennemsnitlige bedring	P-værdi
RCT	110	3,099	0,174	0,005
(OASIS)	22	2,910	0,397	-
Klinik for PTSD & Angst	140	3,062	0,222	<0,001
DIGNITY	164	3,022	0,271	<0,001
Samlet	436	3,049	0,237	<0,001

HSCL-25 skemaet måler symptomniveauet for depression på en skal fra 1-4, med en kli-nisk cut-off værdi på 1,75 .

Tabel 25 .Forbedring af BPI oplevet smerte

Center	N	Gennemsnitsscore ved behandlingsstart	Gennemsnitlige bedring	P-værdi
RCT	98	6,508	0,235	0,132
(OASIS)	17	5,456	-0,118	-
Klinik for PTSD & Angst	122	6,566	0,281	0,093
DIGNITY	178	6,375	0,473	0,003
Samlet	415	6,425	0,336	<0,001

BPI-skemaet måler graden af smerter på en skala fra 0-10 .

Tabel 26 .Forbedring af BPI påvirkning i hverdagen

Center	N	Gennemsnitsscore ved baseline	Gennemsnitlig bedring	P-værdi
RCT	98	6,508	0,235	0,132
(OASIS)	17	5,456	-0,118	-
Klinik for PTSD & Angst	122	6,566	0,281	0,093
DIGNITY	178	6,375	0,473	0,003
Samlet	415	6,425	0,336	<0,001

BPI-skemaet måler graden af smerter på en skala fra 0-10 .

Tabel 27 .Forbedring af WHO-DAS funktionsevne

Center	N	Gennemsnitsscore ved behandlingsstart	Gennemsnitlige bedring	P-værdi
RCT	61	3,351	0,173	0,093
OASIS	15	2,937	0,097	-
DIGNITY	141	3,517	0,156	0,005
Samlet	217	3,430	0,156	0,001

WHO-DAS skemaet det sociale funktionsniveau på en skala fra 1-5, hvor højere værdier indikerer et lavere funktionsniveau .

Tabel 28 .Gennemsnitlig forbedring på tidsintervalsbølgerne

	N	Gennemsnitlige forbedring for bølge 1	Gennemsnitlige forbedring for bølge 2	Forskel	P-værdi
PTSD	Forskel		0,1753	0,1389	0,021
Selvopfattelse	P-værdi	0,2869	0,1698	0,1171	0,268
Angst	84/315	0,4474	0,1655	0,2819	<0,001
Depression	83/306	0,4401	0,1685	0,2716	<0,001
Smerte: oplevet smerte	75/295	0,5833	0,3203	0,2630	0,276
Smerte: påvirkning i hverdagen	77/279	1,0019	0,5346	0,4673	0,098
WHO-DAS	34/154	0,1467	0,1683	-0,0236	0,859