



**Militærpsykologisk Afdeling**  
**Effekt af behandling på PTSD-**  
**symptomer pr. 30. april 2022**

v/ seniorforsker Anni B.S. Nielsen, Videntret



**VETERANCENTRET**

---

## INDHOLD

1. Opsummering.....	2
1.1 Effekt af behandling .....	2
1.2 Tiltag .....	3
2. Bilag A. Baggrund for dimensionerne, der indgår i Militærpsykologisk Afdelings effektmåling.....	4
2.1 Svære psykiske problemer .....	4
2.2 Selvvurderet helbred og socialt funktionsniveau.....	6
2.3 Selvmedicinering .....	6
3. Bilag B. Antal internt behandlede klienter med mulig PTSD samt klienter, der har sluttet behandlingen.....	7
4. Bilag C. Udviklingen fra før behandling til 14 dage efter behandlingen er sluttet.....	8
4.1 PTSD – effektmåling blandt klienter med mulig PTSD før behandlingsstart.....	8
4.2 Klienter med mulig PTSD før behandlingsstart: Karakteristika for dem, der profiterer/ikke profiterer af behandlingen .....	10
4.3 Karakteristika for klienter, der ikke opfylder kriterier for mulig PTSD-diagnose før behandlingsstart i MPA .....	13

## 1. OPSUMMERING

Fra 1/1 2018 – 30/4 2022 har 765 personer startet et behandlingsforløb hos Veterancentrets psykologer ("internt behandlede"). Heraf opfylder 476 (62,2 %) kriterierne for mulig PTSD og kan derfor indgå i effekt-målingen (Bilag A beskriver de dimensioner, der måles på).

I alt 258 af de 765 personer har sluttet behandlingen og er inviteret til at besvare et spørgeskema efter behandlingen er afsluttet:

- 147 (57 %) har svaret på et spørgeskema behandlingen er sluttet (4 er gengangere). 80 (54,4 %) af de 147 har mulig PTSD.
- 102 (39,5 %) svarer ikke på spørgeskemaet, der er udsendt 14 dage efter behandlingen er sluttet. 58 (56,9 %) af 102 har mulig PTSD.
- 8 (3,1 %) har aktivt givet besked om, at de ikke ønsker at deltage i undersøgelsen. 4 (50 %) af de 8 har mulig PTSD.
- 1 (0,4 %) kan ikke rubriceres da vedkommende fortsat kan nå at svare på spørgeskemaet 14 dage efter behandlingen er sluttet, dvs. før vedkommende evt. bliver rubriceret som ikke-svarere. Den ene (100 %) har mulig PTSD.

Da der kun er afsluttet ca. 1/3 af de klienter, der startede op pr. 1/1 2018, hvorfor det må undersøges nærmere, hvorvidt nogle klienter, opført som internt behandlede, er fejlagtigt rubriceret eller ikke har modtaget spørgeskemaet udsendt 14 dage efter behandlingen er sluttet.

### 1.1 Effekt af behandling

Denne effektmåling er baseret på den 1. gang 77 klienter, med mulig PTSD ved behandlingsstart, indgår i datasættet (3 ligger i datasættet to gange). Følgende effekttal skal således læses i lyset af, at det er en relativt lille gruppe effektmålingen er baseret på. Det forventes, at svarprocenten fremover vil øges da Militærpsykologisk Afdeling (MPA) pr. 1/12 2021 er overgået til, at afsluttende spørgeskema udfyldes i forbindelse med til den afsluttende behandlingsgang fremfor, at dataindsamling sker 14 dage efter behandlingen er afsluttet. Allerede pr. 30/4 kan konstateres, at 100 % har svaret ved afslutningen.

Over 60 % af klienter med mulig PTSD vurderet ud fra PCL version IV (n=75, 2 klienter mangler data) har efter behandling hos Veterancentrets psykologer opnået reduktion af de initiale symptomer. Målet kan således siges at være tilfredsstillende ved midtvejsevalueringen for 2022.

- 48 (**64,0 %**) af 75 klienter (2 mangler data) med muligt PTSD, der har svaret på spørgeskemaet udsendt efter behandlingen er sluttet, har opnået en klinisk relevant reduktion af de initiale symptomer<sup>1</sup> (se bilag C for yderligere dokumentation).
- I alt 40 (53,3 %) af 75 klienter (2 mangler data), der initialt opfyldte kriterierne for muligt PTSD, opfylder efter behandlingen ikke kriterierne mere.

Effekten gælder også selvom klienter, der har afbrudt behandlingen indgår i den klientgruppe effekten er baseret på.

Der er i effektevalueringen også set på, hvad der karakteriserer dem med mulig PTSD, der hhv. profiterer/ ikke profiterer af behandlingen; her sås meget få forskelle grupperne imellem, bl.a. at en større andel blandt dem, der ikke profiterer af behandlingen, har en længere behandlingsperiode end dem, der profiterer af behandlingen.

Endelig er der også set på, hvad der karakteriserer dem, der hhv. initialt ikke har mulig PTSD (n=66), ift. dem, der initialt har mulig PTSD. Før behandlingen har dem, der initialt ikke har mulig PTSD, et lavere symptom-

---

<sup>1</sup> Forstået som enten en reduktion på 10 eller derover i PCL-score og/eller fravær af at opfylde symptomklynge-kriterierne for PTSD.

omfanget både for PTSD, depression og angst, men bedre sociale funktionsevne sammenlignet med dem, der initialt har mulig blandt PTSD. Der ses også behandlingseffekt blandt dem, der ikke initialt har mulig PTSD: Der er en statistisk vurderet bedring af symptomomfang for både PTSD, depression og angst samt bedring af det selvvaluerede helbred.

## 1.2 Tiltag

VIC og MPA vil arbejde på, at der fremover kan indsamles spørgeskemaer undervejs i den psykoterapeutiske behandling for at sikre, at der er tæt opfølgning og monitorering. Bl.a. forventes dette at kunne ske via appen Psykologassistenten, der forventes implementeret i MPA i løbet af ultimo 2022 – primo 2023. Endvidere kunne et forslag også være, at alle veteraner besvarer 3-4 udvalgte symptom-spørgeskemaer i forbindelse med re-visitation (efter hver 10. session), hvor det også noteres på ny, hvor klienten behandles.

For at imødekomme effektmåling på hele den militære population, der modtager behandling i MPA for diagnoser/problematikker ud over PTSD, blev der i efteråret 2019 indført effektmåling på socialt funktionsniveau med anvendelse af spørgeskemaerne WHO-5 og Sheehan Disability Scale (SDS). WHO-5 er en anerkendt standardiseret metode til at måle trivsel og velbefindende, der ofte bruges ved før- og eftermålinger af sundheds- og sociale indsatser, som har til formål at forbedre klienter trivsel/mentale sundhed. SDS måler klienters oplevelse af betydningen af egne funktionsnedsættelser indenfor områderne arbejde/skole, socialt liv og familieliv/hjemlige forpligtelser. SDS bruges bl.a. i Region Hovedstadens Psykiatri. Der er endnu ikke et tilstrækkeligt antal klienter, der har svaret på de nye spørgsmål til, at der er det fulde overblik over, hvordan det ser ud for effektmålingen. Der er i denne evaluering vist resultater for WHO-5 og SDS for de klienter, der har besvaret spørgsmålene.

Derudover arbejdes løbende med en sammenhængende behandlingsmodel i MPA, der skal kvalitetssikre MPAs behandlingstilbud både til gruppen af veteraner, der søger behandling med og uden PTSD. Til veteraner med kompleks PTSD, som der også er vist data for i denne effektevaluering, tilbyder MPA aktuelt et helt nyt behandlingsprogram, der består af forskellige evidensbaserede behandlingsmoduler, som tilbydes klienten afhængig af hans/hendes ønsker og mest fremtrædende symptomer. Aktuelt afprøves dette behandlingsprogram i et pilot-randomiseret forsøg, der forventes at blive efterfulgt af et decideret randomiseret-kontrolleret forsøg. Til veteraner med PTSD og primære genoplevelsessymptomer vil det fremadrettet blive undersøgt, om MPA kan fortsætte med at tilbyde eksponeringsterapi med brug af virtual reality. Til veteraner med primære hyperarousal symptomer vil der fremadrettet blive tilbudt kropsterapi, som supplement til den psykoterapeutiske behandling. Endvidere tilbyder MPA også fortsat mindfulness og gruppebehandling.

Derudover vil MPA frem mod 2025 arbejde med at kvalitetssikre behandlingstilbud til veteraner, der søger behandling med psykiske problemer relateret til deres udsendelse, men som ikke har PTSD.

## 2. BILAG A. BAGGRUND FOR DIMENSIONERNE, DER INDGÅR I MILITÆRPSYKOLOGISK AFDELINGS EFFEKT-MÅLING

Veterancentrets psykologer måler blandt andet på dimensioner for svære psykiske lidelser, selvvurderet helbred og selvmedicinering, samt fra efteråret 2019 på livskvalitet og socialt funktionsniveau. Målingerne bliver gennemført ved besvarelse af spørgeskemaer som klienterne selv udfylder. Den første måling gennemføres forud for den visiterende samtale. Anden måling er initieret to uger efter behandlingen er sluttet (fra og med december 2021 er denne måling flyttet til at ske ved behandlingsafslutningen).

Nedenfor uddybes kort de tre første dimensioner, som der fokuseres på, når det handler om effektmåling. Det skal bemærkes, at der er hovedfokus på svære psykiske problemer og i særdeleshed på PTSD. I Effektmålingen, når det drejer sig om forbedring af PTSD symptomer, indgår *kun* klienter, der før behandlingen opfylder kriterierne for mulig PTSD defineret ved, at klienten har haft symptomer fra 3 symptomklynger efter et traume, i over en måned, hvilket inkluderer traume genoplevelse (et eller flere symptomer på dette), undgåelsessymptomer (tre eller flere symptomer på dette) og hypervigiliet (årvågen, vagtsom – to eller flere symptomer på dette) jfr. DSM-IV diagnosekriterierne (se Steenkamp et al. fra 2015<sup>2</sup> og Skema A i Afdeling for Traume- og Torturoverlevende Psykiatrien i Region Syddanmark 2013<sup>3</sup>)

### 2.1 Svære psykiske problemer

Formålet med dimensionen er at afdække de symptomer, der er relateret til klientens efterreaktioner på traumatiske oplevelser under udsendelse; fx post-traumatisk stress syndrom (PTSD), unipolar depression og angst. Dog er hovedfokus på ændringer i PTSD symptomer, som hovedparten af henvendelser til Veterancentrets psykologer drejer sig om.

Videnskabelig gennemgang af litteratur indenfor behandling af PTSD har vist, at effekten af kognitiv adfærdsterapi til PTSD (typisk såkaldt eksponeringsterapi, der involverer traumbearbejdning, som tilbydes af Veterancentrets psykologer), må kunne forventes at reducere de initiale symptomer blandt ca. 60 % af de klienter, der har modtaget behandling. Dette er også fundet i en gennemgang af effekten af psykoterapeutisk behandling for militært-relateret PTSD i forskellige lodtrækningsforsøg af Steenkamp et al. fra 2015. Steenkamp et al.'s gennemgang viste:

- at mellem 49-70 % af dem, de får "cognitive processing therapy" (CPT) eller "prolonged exposure therapy" (PE) vil opleve en klinisk relevant bedring i symptomomfanget, forstået som reduktion i PTSD symptomer (fx målt ved reduktion i PCL på 10 point eller derover), eller at de efter endt behandling ikke længere opfylder kriterierne for mulig PTSD (vurderet ud fra symptomklyngekriterierne). Dette forventer vi derfor også vil ses hos klienter behandlet hos MPA og som har afsluttet deres behandlingsforløb efter planen.
- Steenkamp et al. (2015) fandt også, at 2/3 af de klienter, der har modtaget CPT eller PE fortsat vil have deres PTSD diagnose efter afsluttet behandlingen (range: 60-70 %) (Steenkamp et al., 2015). Dette forventer vi derfor også at se hos klienter behandlet hos MPA og som har afsluttet deres behandlingsforløb efter planen.

---

<sup>2</sup> Steenkamp MM et al. Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials. JAMA. 2015 Aug 4;314(5):489–500.

<sup>3</sup> Afdeling for Traume- og Torturoverlevende Psykiatrien i Region Syddanmark: Programmer for PTSD Region Syddanmarks tværfaglige udrednings- og behandlingsprogrammer for personer med Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), kompleks PTSD og komorbide diagnoser". Bind 1, 2013. Skema A ses her: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GftvXfcXaTEJ:traumeogtorturoverlevende.dk/dwn323092+&cd=1&hl=en&ct=cInk&gl=dk>

- Gennemgangen i artiklen af Steenkamp et al. viste også, at omkring 9-35 % ikke afsluttede deres behandling, men droppede ud før tid. Undersøgelser af dropoutrate i traumefokuserede behandlingsforløb i MPA har vist en sammenlignelig dropoutrate på 27%<sup>4</sup>.

Der var ved opstart af effektmålingen ikke belæg for at forvente andre resultater blandt Veterancentrets psykologer.

En opdatering af artiklen af Steenkamp et al. 2015 i 2020<sup>5</sup> revurderer dog effekten af PE og CPT og konkluderer, at PE og CPT er utilstrækkelige til effektiv behandling af militært-relateret PTSD. Effekten vurderes i artiklen fra 2020 til at være sammenlignelig med ikke-traumefokuseret psykoterapi og det fremhæves, at PE og CBT har dårligere effekt i militære populationer end i andre traumepopulationer. Samtidig er omfanget af dropouts i traumefokuserede terapier opjusteret i Steenkamp et al. 2020 til at være så højt som mellem 25-48%.

I vurderingen af behandlingseffekt fra før behandling til 14 dage efter behandlingsafslutning (fra og med 1/12 2022 ved afsluttende behandling) vil forekomsten af mulig PTSD diagnose før og efter behandlingen blive vurderet ud fra klienternes besvarelse af spørgeskemaet The Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL, version IV). Herudfra er det muligt at vurdere, om klienterne opfylder kriterierne for mulig PTSD (se definition ovenfor). Endvidere vil der blive set på gennemsnitlig behandlingseffekt, hvor der vil blive taget højde for, at data er parrede. Såfremt der ikke er statistisk signifikant behandlingseffekt vil det blive vurderet, for hvor mange klienter, der har ændringer, der ikke tyder på tilfældige udsving. Der er generelt enighed om, at en 5-9 points ændring over tid i PTSD-score ikke tyder på tilfældige udsving samt, at en 10-20 points ændring er klinisk relevant<sup>6</sup>. I fald klienter ikke besvarer opfølgningsskemaerne laves der frafaldanalyser, hvor det sammenlignes om dem, der ikke har svaret ligner dem, der har svaret.

Siden efteråret 2019 er omfanget af kompleks-PTSD også blevet vurderet både ved før- og efter behandling. Kompleks-PTSD er en helt ny diagnose i WHO's sygdomsdiagnosesystem ICD-11, der forventes at blive taget i brug i Danmark i 2022. I ICD-11 sker en opdeling af posttraumatiske reaktioner i to lidelser nemlig i PTSD og i kompleks posttraumatisk stresslidelse (CPTSD). CPTSD diagnosen fordrer, at klienten har alle 3 symptomer svarende til de symptomklynger, som indgår i symptomer på PTSD: 1) genoplevelse, 2) undgåelse og 3) hypervigiliet. Endvidere skal der også være symptomer på, eller klienten skal udvise problemer, indenfor 3 symptomklynger, som i ICD-11 beskrives som "forstyrrelser i selv-organiseringen" (eng.: Disturbances in Self-organisation; DSO). De tre DSO-symptomklynger er 1) problemer med affektregulering, 2) negativt selvbillede og 3) problemer med at relatere til andre. Dvs. kriterierne for at få CPTSD indeholder flere forskellige symptomer end blot PTSD. Lidelsen er jfr. ICD-11 som regel et resultat af et større antal og mere langvarige traumeeksponeringer. Forekomsten af PTSD og CPTSD ud fra ICD-11 vurderes med den danske udgave af The International Trauma Questionnaire (ITQ)<sup>7</sup>, der indeholder 20 spørgsmål, som bl.a. kan vurdere om kriterierne for ICD-11 PTSD eller CPTSD opfyldes. Der er endnu ret få klienter, der har svaret på ITQ spørgeskemaet ved første og anden måling vil forekomst og ændring, hvorfor præsentation af PTSD og CPTSD vurderet ud fra ICD-11 fortsat ikke giver et fuldkomment billede.

---

<sup>4</sup> Folke, S., Nielsen, A.B.S., Andersen, S.B., Karatzias, T., Karstoft, K.I. (2020). ICD-11 PTSD and Complex PTSD in Treatment-seeking Danish Veterans: A Latent Profile Analysis. Poster presentation, *Veterans' Mental Health Conference, London*

<sup>5</sup> Steenkamp MM et al. First-Line Psychotherapies for Military-Related PTSD. *JAMA* 323, no. 7 (2020): 656–57.

<sup>6</sup> Monson CM et al. Change in posttraumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree? *Psychological Assessment*, 2008; 20(2), 131-8. Information fra "PTSD: National Center for PTSD" på websiden U.S Departments of Veteran Affairs. <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/ptsd-checklist.asp> (besøgt 26-11-2013).

<sup>7</sup> Cloitre M et al. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2018, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>. Dansk oversættelse og validering af ITQ er udført af Maj Hansen og kollegaer ved Syddansk Universitet.

## 2.2 Selvvurderet helbred og socialt funktionsniveau

Formålet med dimensionen er at afdække klientens subjektive vurdering af eget helbred. Selvvurderet helbred er målt ved hjælp af et spørgsmål fra spørgeskemaet SF-36, der er vidt brugt i både effektstudier og i befolkningsundersøgelser til vurdering af det generelle helbred. Det forventes, at klientens vurdering af deres generelle helbred i de fleste tilfælde vil være "dårligt" (dækker over svarkategorierne *Mindre godt* og *Dårligt*) og at behandlingseffekter målt efter afsluttet behandling vil afspejle sig på selvvurderet helbred. Der er ikke opstillet specifikke mål til vurdering af effekt for selvvurderet helbred, da vurderingen forventes at være afledt af bl.a. ændringer i PTSD score og øvrige psykiske målinger fra før til efter behandlingen.

Siden efteråret 2019 er psykologisk trivsel og socialt funktionsniveau blevet vurderet både ved første og anden måling vha. spørgeskemaerne The 5-item World Health Organization Well-being Index (WHO-5) og Sheehan Disability Scale (SDS). WHO-5 måler vha. 5 spørgsmål subjektiv psykologisk trivsel med fem spørgsmål, der alle vurderes på en 6-point skala (0-5). Scoren for de fem spørgsmål ganges med 4, hvilket giver en totalscore gående fra 0 (værest tænkelige trivsel) til 100 (bedst tænkelige trivsel). En WHO-5 trivselsscore på 50 og derunder indikerer risiko for stress og depression. Der bruges en dansk udgave af WHO-5 oversat af Psykiatrisk Forskningsenhed Hillerød. SDS omfatter tre spørgsmål, der spørger ind til ens arbejdsmæssige, sociale og familiemæssige funktionsniveau, hvor alle spørgsmål scores på en skala fra 0 ("Slet ikke") til 10 ("Meget stærkt"). Nedsat funktionsniveau er til stede, hvis man scorer 5 eller derover i ét af de tre domæner. For både WHO-5 og SDS er der endnu kun få klienter, der har besvaret spørgsmål om dette ved første og anden måling, hvorfor der fortsat ikke kan siges fuldt og helt, hvorvidt en ændring fra før til efter er en sikker ændring, der også vil være present når flere klienter har begge målinger.

## 2.3 Selvmedicinering

Formålet med dimensionen er at afdække udviklingen i et eventuelt forbrug af alkohol og andre rusmidler i behandlingsperioden. Overforbrug og afhængighedsforhold kan i sig selv føre til alvorlige psykiske efterreaktioner. Dvs. hovedfokus er på andelen af klienter der har overskredet Sundhedsstyrelsens (SSTs) genstandsgrænse for ugentligt forbrug for mænd ( $\Rightarrow 21$  genstande) og kvinder ( $\Rightarrow 14$  genstande). Desuden fokuseres der på andelen, der før og efter behandlingen hos Veterancentrets psykologer, har et rusmiddelforbrug.

### 3. BILAG B. ANTAL INTERNT BEHANDLEDE KLIENTER MED MULIG PTSD SAMT KLIENTER, DER HAR SLUTTET BEHANDLINGEN

Fra 1/1 2018 og frem til 30/4 2022 har 765 veteraner, hvoraf 476 (62,2 %) opfylder kriterierne for mulig PTSD, startet et behandlingsforløb hos Veterancentrets psykologer ("internt behandlede"). Der er dog mange flere i behandling, da Veterancentret også benytter sig af eksterne psykologer for at kunne tilbyde behandling tæt på klientens bopæl.

I alt 258 af de 765 internt behandlede klienter har afsluttet behandlingen<sup>8</sup>:

- 147 (57 %) besvaret afslutningsspørgeskemaet. 80 (54,4 %) af de 147 har mulig PTSD (NB. 4 ud af de 147 er gengangere).
- 102 (39,5 %) ikke besvaret afslutningsspørgeskemaet. 58 (56,9 %) af 102 har mulig PTSD.
- 8 (3,1 %) har aktivt givet besked om, at de ikke ønsker at deltage i undersøgelsen. 4 (50 %) af de 8 har mulig PTSD.
- 1 (0,4 %) kan ikke rubriceres som hverken svar/ikke svar/ønsker ikke at være med da vedkommende fortsat kan nå at svare på spørgeskemaet 14 dage efter behandlingen er sluttet. Vedkommende (100 %) har mulig PTSD.

Da der kun er afsluttet ca. 1/3 af de klienter, der startede op pr. 1/1 2018 må det undersøges nærmere, hvorvidt nogle klienter, opført som internt behandlede, er fejlagtigt rubriceret eller ikke har modtaget spørgeskemaet udsendt 14 dage efter behandlingen er sluttet.

Det kan undre, at kun knap 1/3 har afsluttet deres behandling i observationsperioden samt, at antallet, der behandles internt er på så højt. Pt. er der knap 25 aktive psykologer, der behandler klienter. Hvis de skal behandle de resterende betyder det, at hver har ca. 20 klienter. Det er lidet sandsynligt, at alle har dette antal klienter. Der kan være flere mulige forklaringer på det høje antal, der står som internt behandlede og som ikke er afsluttet som fx:

- 1) Behandlingssted er skrevet fejlagtigt ind i FASE 1 Excel-ark.
- 2) Nogle klienter er startet op internt, men er siden blevet re-visited til anden behandling eller henvist til netværkpsykolog uden, at vedkommende afsluttes internt, hvorfor der ikke er udløst link til 14-dages opfølgning. En sådan re-visitation vil ikke optræde som behandlingssted i FASE 1 Excel-ark, hvorfor behandlingssted fortsat vil figurere som internt. Noget kan indikere, at der sker skift undervejs: I den aktuelle effektevaluering var 53 klienter inviteret til besvarelse af spørgeskema 14-dage efter afsluttet behandling, men de kunne ikke matches med en FASE 1 besvarelse da de ud fra deres behandlingsstatus ikke blev rubriceret til at være "internt behandlede". Dvs. nogle klienter skifter fra at være behandlet andre steder til at være internt behandlede uden, at dette er noteret i FASE 1 Excel-ark.
- 3) Der sker ikke udløsning af 14-dages opfølgning efter afslutning internt. Dette er ikke sandsynligt jfr. at MPA-sekretærer automatisk udsender link til 14-dages opfølgning når en klient afsluttes internt.

For at belyse det nærmere må der ske opslag COSMIC for de klienter, der har været i behandling i en længere periode uden afslutning (fx 12 mdr.). Det vil være vigtigt for det fremadrettede arbejde med såvel effekt-måling som forskning i MPA. Dette arbejde er påbegyndt og studenter har allerede identificeret ca. 70 personer, der har henvendt sig til MPA, der er fejlagtigt rubriceret. Ændringer er af tekniske årsager ikke medtaget i denne afrapportering. Endvidere vil studenter se ind i klienthenvendelser, der står som interne, men som ikke står som afsluttede fra eftersommeren 2022.

---

<sup>8</sup> Frem til ultimo november 2021 har dem, der har afsluttet behandlingen fået tilsendt link at besvare et spørgeskema 14 dage efter behandlingsafslutningen. Fra 1/12 2021 er dataindsamlingstidspunktet overgået til at ske ved behandlingsafslutningen



#### 4. BILAG C. UDVIKLINGEN FRA FØR BEHANDLING TIL 14 DAGE EFTER BEHANDLINGEN ER SLUTTET

I analyserne indgår 147 internt behandlede klienter som har startet behandlingen fra 1/1 2018 og frem og som har besvaret et spørgeskema efter de er sluttet med behandlingen, heraf er der 4 af de 147 (2,7 %), der indgår to gange i datasættet, hvorfor der kun gives resultater for første gang klienterne indgår i data, dvs. for i alt 143 klienter.

I alt 23 (16,1 %) af de 143 har svaret ved afsluttende behandling og de øvrige 120 (83,9 %) har svaret efter invitation til besvarelse 14 dage efter afsluttende behandling.

Spørgeskemaet er som oftest besvaret ca. 2 måneder efter dato for sidste behandlingsgang. Den gennemsnitlige afstand fra dato for sidste behandlingsgang til besvarelse af spørgeskema er 61,6 dage (standardafvigelse 53,7<sup>9</sup>). Hvis man kun ser på dem, der har svaret i forbindelse med afsluttende behandling, er spørgeskemaet i gennemsnit besvaret 1-2 dage efter sidste behandlingsdato hos psykologen<sup>10</sup> (gennemsnit 1,8 dage (standardafvigelse 6,0)).

Nedenfor beskrives først behandlingseffekten blandt klienter med mulig PTSD før behandlingsstart. Derefter undersøges dels, hvad der kendetegner dem, der hhv. profiterer og ikke profiterer af behandlingen blandt dem med mulig PTSD før behandlingsstart. Dette sker, for at få viden om, hvorvidt der er særlige faktorer, der gør sig gældende når ikke alle får reduceret PTSD-symptomomfanget så de ikke opfylder kriterierne for mulig PTSD-diagnose. Endvidere vil vi se på, hvad der karakteriserer dem, der ikke initialt opfylder kriterierne for mulig PTSD. Bl.a. for at blive klogere på denne målgruppe

I alt 86 (60,1 %) af de 143 klienter er førstegangsbehandlede, hvorfor der i afrapporteringen vil være fokus på at formidle resultatet for hhv. første- og flergangsbehandlede.

##### 4.1 PTSD – effektmåling blandt klienter med mulig PTSD før behandlingsstart

I det følgende rapporteres behandlingseffekten både for klienter, der blev afsluttet efter planen, og som har valgt at afbryde deres behandlingsforløb før tid (men, de har besvaret spørgeskema efter endt behandling).

Tabel 1 viser, at 77 (53,9 %) af de 143 klienter opfyldte kriterierne for mulig PTSD før behandlingsstart, dvs. de havde symptomer fra 3 PTSD symptom-klynger efter et traume jfr. DSM-IV diagnosekriterierne og opfylder derved A1 kriterium. **I alt 64,0 % opnår en reduktion af de initiale PTSD symptomer<sup>11</sup>** fra før til efter behandlingen vurderet ud fra en reduktion i selvrapporterede PTSD symptomer (målt ved PCL) på 10 point eller derover og/eller ændring fra at opfylde kriterierne for PTSD til ikke at gøre dette mere.

---

<sup>9</sup> 1 klient har missing for dato da Excel-ark med dato for afstand mellem svardato og behandlingsslutdato.

<sup>10</sup> Jfr. studenters opslag i Cosmic for dato for sidste behandlingsgang ift. dato for spørgeskemabesvarelse.

<sup>11</sup> 2 klienter har ufuldstændige oplysninger for posttraumatisk stress-symptomer ved opfølgningen og indgår derfor ikke i analysen.

**Tabel 1 Effektmåling for klienter, som har besvaret spørgeskemaer efter endt behandling, og som havde mulig PTSD før behandlingsopstart fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen pr. 30/4 2022**

Karakteristika	Før	Efter	Ændring		P <sup>a</sup>
	Mis-sing	Mis-sing	Mis-sing	Mis-sing	
PCL-C, version IV					
Opfylder A1 krit., mulig PTSD, N (%)	77 (100)	35 (46,7)	2		
Nedgang i PCL => 10, N (%)				46 (61,3)	2
Nedgang i PCL => 10 og/eller opfylder ikke A1 krit. mere (mulig PTSD), N (%)				48 (64,0)	2
ITQ, ICD-11 PTSD, N (%)	47	49			0,14
Nej	15 (50)	17 (60,7)			
PTSD	9 (30)	5 (17,9)			
Kompleks PTSD	6 (20)	6 (21,4)			
DASS-42					
Middel-svær-meget svær depression, N(%)	58 (75,3)	32 (41,6)			<0,0001
Middel-svær-meget svær angst, N (%)	52 (67,5)	30 (39)			<0,0001
Alkohol-rusmidler					
Median genstandsindtag/uge (q1-q3)	4 (0,5-9)	2 (0,5-6)	6		0,03
Bruger rusmidler/hash (%)	12 (16,9)	8 (11,3)	6		0,13
Mindre godt-dårligt selv vurderet helbred (%)	42 (54,6)	26 (33,8)			0,007

Note til tabel 1: Værdierne er antal (%) eller medianer, dvs. den midterste værdi i et sorteret datasæt. I tilfælde af, at der er lige antal observationer i datasættet er medianen lig gennemsnittet af de to midterste værdier. I parenteser er angivet hhv. 25. og 75 kvartilen (q1-q3) svarende til, hvad værdien var, hvis man tik til den værdi der opdeler et sorteret datasæt i hhv. en fjerdedel og tre-fjerdedele. P-værdier stammer fra Wilcoxon Signed Rank test (kontinuerte variable) eller McNemar's exact test (dikotome kategoriske variable) eller (Bowker's exact test (for ITQ-oplysninger), der alle tager højde for, at data er parrede.

I alt 40 (53,3 %) af 75 klienter (2 mangler data), der før behandlingsstart opfyldte kriterierne for mulig PTSD, opfylder efter behandlingsafslutningen ikke dette mere. Ligeledes er der 61,3 %, der opnår en reduktion i selvrapporterede PTSD symptomer på 10 point eller derover. Der er endnu meget få, der har besvaret ITQ-spørgeskemaet, der vurderer kompleks PTSD og PTSD efter ICD-11 kriterierne. Tendensen er dog, at færre opfylder kriterierne for PTSD og kompleks PTSD efter behandlingen uden, at forskellen er statistisk signifikant ( $p=0,14$ ).

Blandt de 77 klienter, med muligt PTSD, opnås også stor reduktion i depressionssymptomer. Før behandlingen havde 75,3 % symptomer på middel-svær-meget svær depression. Efter behandlingen er dette reduceret til 41,6 %. Forskel testes med McNemar's exact test,  $p<0.0001$ . Når P er under 0,05 må nul-hypotesen om, at "der er ikke forskel på før- og eftermålingen" afvises. Dvs. der er statistisk sikker forskel i andelen af personer, der har middel-svær-meget svær depression før til efter behandlingen er sluttet.

Ligeledes ses i tabel 1, at der også opnås stor reduktion i angstsymptomer. Før behandlingen havde 67,5 % middel-svær-meget svær angst, hvor det efter behandlingen kun er 39 %, der har dette. Det ses også en statistisk sikker reduktion i alkoholindtag pr. uge, men en ikke statistisk sikker reduktion i brug af rusmidler/hash. Fra før behandlingen til efter behandlingen vurderer færre, at deres helbred er mindre godt/dårligt (54,6 % vs. 33,8 %,  $p=0,007$ ). Dvs. det tyder generelt på, at klienterne bedres væsentligt efter behandlingen uagtet, at alle ikke får reduceret deres PTSD-symptomer i sådant et omfang, at de ikke opfylder kriterierne for mulig PTSD-diagnose.

## 4.2 Klienter med mulig PTSD før behandlingsstart: Karakteristika for dem, der profiterer/ikke profiterer af behandlingen

Tabel 2 sammenligner baselinedata for dem, der initialt opfylder kriterierne for mulig PTSD ift. om de hhv. profiterer eller ikke profiterer af behandlingen. Som det ses, er der meget få forskelle de to grupper imellem: Der ses større afstand mellem besvarelse af spørgeskemaet efter behandlingsafslutningen for dem, der ikke profiterer end for dem, der profiterer af behandlingen (median 73 vs. 52 dage,  $p=0,048$ ). Endvidere har flere af dem, der profiterer af behandlingen afsluttet behandlingen efter planen ift. dem, der ikke profiterer af behandlingen (91,5 % vs. 74,1 %). For de øvrige parametre ses kun, at en større andel af dem, der ikke profiterer af behandlingen har middel-svær-meget svær angst før behandlingsstarten end dem, der profiterer af behandlingen (81,5 % vs. 58,3 %). Det kunne tyde på, at der kun er få forskelle de to grupper imellem og noget indikerer, at det særligt at afstand mellem afslutningsdato og dato for besvarelse af spørgeskema, der kunne have betydning.

Der er derfor lavet en logistisk multivariat regressionsanalyse (se endeligt resultat i Tabel 3), hvor det er undersøgt, hvilke faktorer i Tabel 2, der evt. kan forudsige, hvorvidt man tilhører gruppen, der ikke profiterer af behandlingen. I analysen er kun oplysninger, hvor p-værdien er  $\leq 0,35$  medtaget. Hvis der er en oplysning baseret på en kontinuert variabel, fx PCL-score, så er denne medtaget i modellen frem for en oplysning, der opdeler efter sværhedsgraden. Forud for den multivariate logistiske regressionsanalyse er det blevet undersøgt, om nogle de enkelte faktorer i problematisk grad overlapper med hinanden (multikollinearitet). Test for multikollinearitet viste, at der ikke var tale om værdier på 10 eller derover for Variance Inflation Factor, hvilket ville have indikeret multikollinearitet (højeste værdi var på 3,6 (PCL-score)).

Tabel 3 viser, at det, der har betydning for, hvorvidt man havner i den gruppe, der ikke profiterer af behandlingen i høj grad er afstand fra behandlingsslutdagen og dato for spørgeskemabesvarelse Odds ratio (OR): 1,017, samt længden på terapien OR: 1,003, hvilket viser, at der er lidt over 1 gang større odds for at havne i den gruppe, der ikke profiterer af behandlingen end i gruppen, der profiterer af behandlingen. Derimod er der mindre risiko for at være i gruppen, der ikke profiterer af behandlingen, hvis man ikke har haft selvmordsplaner inden for det seneste år.

Hvad kan være mulig forklaring på, at afstanden mellem behandlingens afslutningsdato og svar dato har en betydning? Det er velkendt inden for klinisk behandling, at PTSD-symptomniveauet typisk er lavest umiddelbart efter behandlingen er stoppet og derefter øges lidt igen, hvorfor en måling foretaget længere tid efter behandlingsafslutningen, vil betyde, at symptomniveauet er højere end blandt dem, der er spurgt kortere tid efter behandlingsafslutningen.

Hvad kan være en mulig forklaring på, at behandlingslængden har en betydning? Det kan måske dels handle om, at der er tale om klienter, der er "dårligere" ved baseline, men at vores målinger ikke opfanger dette. Dels kan det være klienter, der ikke er vedholdende i behandlingen således, at behandlingen trækker ud over tid. Dette er svært at sige noget om ud fra data. En lille ekstra eksplorativ analyse, der har undersøgt, hvad der forudsiger behandlingsvarighed hos dem, der ikke profiterer af behandlingen viser, at de faktorer, der har statistisk signifikant betydning for behandlingslængden bl.a. er alder og depressions-score før behandlingsstart – se resultatet af plot i figur 1 og figur 2. Det skal bemærkes, at tallene er små, hvorfor den fundne sammenhæng må tages med forbehold. Dvs. det kan ud fra foreliggende data være svært at sige noget om, hvorvidt der én eller flere bagvedliggende årsager til længere behandlingsforløb. Men, det indikerer, at der skal ses nærmere på, hvad der ligger bag lange forløb i MPA (fx ved at spørge behandlende psykolog eller ved at tjekke journalen) ift. at vurdere, hvorvidt nogle lange forløb kan/skal sluttet tidligere og hvad der evt. kan gøres for at støtte klienter, der ikke er vedholdende (hvis det sidste er tilfældet).

**Table 2 Klienter med mulig PTSD med opstart af behandling fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen: Sammenligning af dem, der hhv. profiterer og ikke profiterer af behandlingen ud fra nedgang i PCL => 10 og/eller opfylder ikke A1 krit.**

Karakteristika	Profiterer	Missing	Profiterer ikke	Missing	P
N	48		27		
Første behandlingsgang (%)	30 (62,5)		12 (44,4)		0,12
Mediane behandlingstid (q1-q3) <sup>12</sup>	225 (133-330)		332 (146-520)		0,08
Mediane afstand ml. behandlingsslutdato og spørgeskemabesvarelse (efter)	52 (25-95)		73 (46-113)		<b>0,048</b>
Afslutningsårsag		1			<b>F 0,04</b>
Afsluttet efter planen, endt behandling	43 (91,5)		20 (74,1)		
Afbrudt grundet udeblivelse	1 (2,1)		0 (0)		
Afbrudt - initieret af klienten	3 (6,4)		2 (7,4)		
Afbrudt - initieret af MPA (%)	0 (0)		2 (7,4)		
Henvist til anden behandling	0 (0)		3 (11,1)		
Socio-demografi					
Mænd (%)	42 (87,5)		27 (100)		F 0,08
Mediane alder (q1-q3)	36,5 (29,5-49)		43 (32-50)		0,14
Samlevende/gift (%)	24 (50)		13 (48,2)		0,88
Har barn/børn (%)	29 (60,4)		19 (70,4)		0,39
Erhvervsmæssig stilling (udvalgte)					
Ansæt i Forsvaret (%)	14 (29,2)		6 (22,2)		0,51
Studerende/lærling (%)	6 (12,5)		3 (11,1)		F 1,00
Langtidssyg (%)	4 (8,3)		6 (22,2)		F 0,15
Arbejdsløs/aktivering (%)	4 (8,3)		2 (7,4)		F 1,00
PCL-C, version IV					
Mediane PCL-score (q1-q3)	56,5 (48,5-64)		57 (52-69)		0,2940
PCL score ≥ 44 (høj) (%)	45 (93,8)		25 (92,6)		F 1,00
Opfylder A1 krit (%)	41 (85,4)		25 (92,6)		F 0,47
Opfylder A2 krit (%)	25 (52,1)		13 (48,2)		0,74
ITQ, ICD-11 PTSD		28		17	F 0,61
Nej	11 (55)		4 (40)		
PTSD	6 (30)		3 (30)		
Kompleks PTSD	3 (15)		3 (30)		
DASS-42					
Mediane depressions-score (q1-q3)	19 (13,5-28,5)		20 (12-27)		0,71
Middel-svær-meget svær depression (%)	36 (75)		20 (74,1)		0,93
Mediane angst-score (q1-q3)	12,5 (6,5-16,5)		14 (11-18)		0,11
Middel-svær-meget svær angst (%)	28 (58,3)		22 (81,5)		<b>0,04</b>
Alkohol-rusmidler					
Median genstandsindtag/uge (q1-q3)	3 (0,5-8,5)		4 (2-9)		0,41
Alkoholindtag/uge > end anbefalet <sup>13</sup> (%)	5 (10,4)		2 (7,4)		0,67
Bruger rusmidler/hash (%)	9 (18,8)		3 (11,1)		F 0,52
Mindre godt-dårligt selv vurderet helbred (%)	25 (52,1)		15 (55,6)		0,77
WHO-5: Trivselsscore på 50 og derunder, risiko for stress og depression (%)	19 (95)	29	9 (90)	17	F 1,00
Sheehan Disability Scale: Nedsat funktionsniveau, samlet vurdering (%)	16 (80)	29	10 (100)	17	F 0,27
ADHD-symptomer i barndommen (%)	5 (10,4)		5 (18,5)		0,32
Traumer					
Mediane antal traumer, i alt (q1-q3)	14 (9-21)	1	15,5 (7-18)	1	0,49
Mediane antal unikke traumer (q1-q3)	6 (4-8)		7 (4-9)		0,96
Har oplevet barndomstraumer (%)	15 (31,3)		6 (12,1)	1	0,46
Selv mordstanker/adfærd					
Selv mordstanker, indenfor sidste år (%)	14 (29,2)		10 (37,0)		0,48
Selv mordstanker, indenfor sidste år (%)	13 (27,1)		4 (14,8)		F 0,26
Forsøgt selv mord, indenfor sidste år (%)	1 (2,1)		0 (0)		F 1,00
Forsøgt selv mord, nogensinde (%)	6 (12,5)		5 (18,5)		F 0,51
Recept/håndkøbsmedicin, indenfor sidste 14 dage (%) <sup>14</sup>	28 (58,3)		18 (66,7)		F 0,62
Brug af psycholeptica og/eller psychoanaleptica	8 (16,7)		8 (29,6)		0,19

Note til Tabel 2: Værdierne er antal (%) eller medianer, dvs. den midterste værdi i et sorteret datasæt. I tilfælde af, at der er lige antal observationer i datasættet er medianen lig gennemsnittet af de to midterste værdier. I parenteser er angivet hhv. 25. og 75. kvartilen

<sup>12</sup> "Behandlingslængde" er beregnet fra svar dato på baselinespørgeskema til behandlingsslutdato hos behandler.

<sup>13</sup> Over 21 genstande for mænd / over 14 genstande for kvinder (SST).

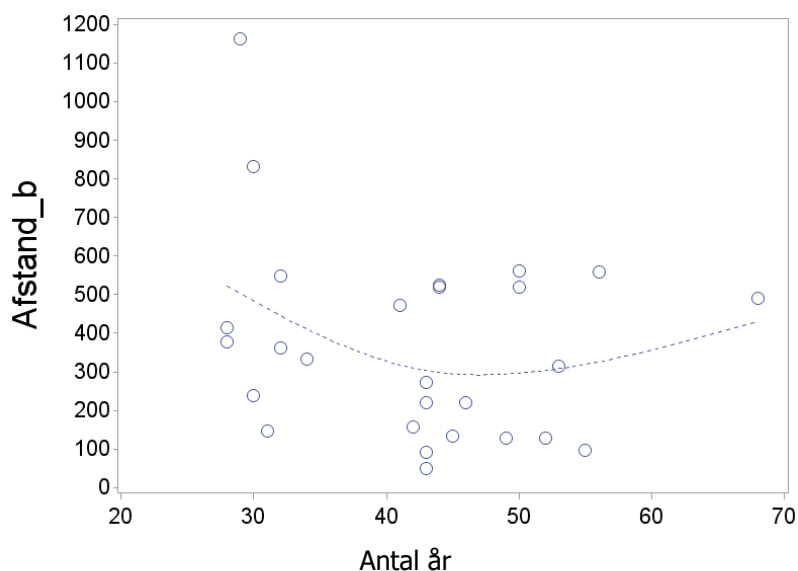
<sup>14</sup> Der findes ikke forskel i forbrug indenfor de sidste 14 dage for udvalgte lægemidler af relevans for MPA, dvs. hverken for antiepileptica, morfinpræparater (Opioider), Salicylsyre-derivater med psycholeptica, pyrazoloner med psycholeptica, andre N7 mediciner, andre smertestillende (analgetika), midler mod migræne eller antiparkinsonmidler.

(q1-q3) svarende til, hvad værdien var, hvis man tik til den værdi der opdeler et sorteret datasæt i hhv. en fjerdedel og tre-fjerdedele. P-værdier stammer fra Wilcoxon Two-Sample test (2-sidet) og  $\chi^2$ -tests. Fishers Exact tests er brugt ved sammenligning af andele (%), hvis der er få personer og der er noteret "F" foran teststørrelsen.

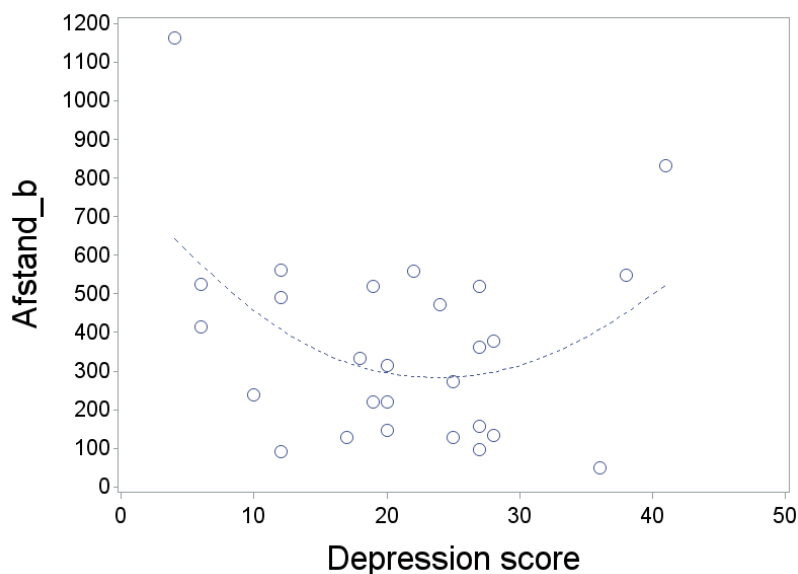
**Tabel 3. Multivariat regressionsanalyse for, hvad der kendetegner klienter med mulig PTSD initialt, der ikke profiterer af behandlingen (definition: nedgang i PCL => 10 og/eller opfylder ikke A1 krit.). Kun klienter med opstart af behandling fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen pr. 30/4 2022**

Karakteristika	Odds ratio	95% konfidens interval		P
Første behandlingsgang (0=nej, 1=ja)	0,332	0,104	1,053	0,06
Behandlingslængde (0=K, 1=K+1)	1,003	1,000	1,005	<b>0,03</b>
Afstand ml. behandlings slutdato og spørgeskemabesvarelse (0=K, 1=K+1)	1,017	1,004	1,030	<b>0,008</b>
Selvmoedsplaner (0=nej, 1=ja)	0,176	0,036	0,858	<b>0,03</b>

**Figur 1. Plot af alder vs. behandlingslængde for dem med mulig PTSD initialt, der ikke profiterer af behandlingen (definition: nedgang i PCL => 10 og/eller opfylder ikke A1 krit.). Kun klienter med opstart af behandling fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen pr. 30/4 2022**



Figur 2. Plot af baseline depression-score vs. behandlingstid for dem med mulig PTSD initialt, der ikke profiterer af behandlingen (definition: nedgang i PCL => 10 og/eller opfylder ikke A1 krit.). Kun klienter med opstart af behandling fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen pr. 30/4 2022



#### 4.3 Karakteristika for klienter, der ikke opfylder kriterier for mulig PTSD-diagnose før behandlingsstart

Nedenfor sker først en sammenligning blandt dem, der hhv. initialt og ikke initialt opfylder kriterierne for mulig PTSD. Bl.a. for at blive klogere på hvad der adskiller disse to grupper. Dernæst ses på, hvilke ændringer der sker fra behandlingsstart til afslutningen blandt gruppen, der ikke initialt opfylder kriterierne for mulig PTSD.

Tabel 4 viser, at der er flere forskelle de to grupper imellem særligt, hvad angår symptomniveau for PTSD, depression og angst. Det ses også, at når det handler om funktionsniveau så er der en større andel blandt dem, der initialt opfylder kriterierne for mulig PTSD, der har mindre godt - dårligt selv vurderet helbred (54,6 % vs. 27,3 %), har en trivselsscore på <50 for WHO-5 (93,3 % vs. 71,9 %), nedsat funktionsniveau vurderet med Sheehan Disability Scale (86,7 % vs. 50 %) sammenlignet med dem, der ikke initialt opfylder kriterierne for mulig PTSD. Derudover ses, at dem, der opfylder kriterierne for mulig PTSD ved baseline har angivet flere oplevede traumer, en større andel har haft selvmordstanker (32,5 % vs. 13,6 %) og selvmordsplaner (22,1 % vs. 4,6 %). Der findes ikke forskel i medicinforbrug inden for de seneste 14 dage og heller ikke for brug af psycholeptica og/eller psychoanaleptica.

**Table 4 Klienter med og uden mulig PTSD med opstart af behandling fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen: Sammenligning ift. demografi, symptomer mv. før behandlingsstarten.**

Karakteristika	Mulig PTSD initialt	Missing	Ikke mulig PTSD initialt	Missing	P
N	77		66		
Første behandlingsskridt (%)	43 (55,8)		43 (65,2)		0,26
Mediane behandlingstid (q1-q3) <sup>15</sup>	250 (142-386)		186 (119-311)		0,12
Mediane afstand ml. behandlingsskridtdato og spørgeskemaundersørelse (efter)	53 (32-96)		52 (20-74)		<b>0,04</b>
Afslutningsårsag		1			F 0,30
Afsluttet efter planen, endt behandling	64 (84,2)		57 (86,36)		
Afbrudt grundet udeblivelse	1 (1,3)		4 (6,1)		
Afbrudt - initieret af klienten	6 (7,9)		4 (6,1)		
Afbrudt - initieret af MPA (%)	2 (2,6)		1 (1,5)		
Henvist til anden behandling	3 (4)		0(0)		
Socio-demografi					
Mænd (%)	71 (92,2)		61 (92,4)		0,96
Mediane alder (q1-q3)	41 (30-49)		36 (30-46)		0,46
Samlevende/gift (%)	38 (49,4)		43 (65,2)		0,06
Har barn/børn (%)	49 (63,6)		37 (56,1)		0,36
Erhvervs-mæssig stilling (udvalgte)					
Ansæt i Forsvaret (%)	20 (26)		36 (54,6)		<b>0,0005</b>
Studerende/lærling (%)	10 (13)		9 (13,6)		0,91
Langtidssyg (%)	10 (13)		5 (7,6)		0,29
Arbejds-løst/aktivering (%)	6 (7,8)		0 (0)		<b>F 0,0307</b>
PCL-C, version IV					
Mediane PCL-score (q1-q3)	57 (51-66)		33,5 (25-41)		<b>&lt;0,0001</b>
PCL score $\geq$ 44 (høj) (%)	71 (92,2)		8 (12,1)		<b>&lt;0,0001</b>
Genoplevelse (Krit B) (%)	77 (100)		25 (37,9)		<b>F &lt;0,0001</b>
Undgåelse (Krit C) (%)	77 (100)		11 (16,7)		<b>F &lt;0,0001</b>
Hyperarousal (Krit D) (%)	77 (100)		36 (54,6)		<b>F &lt;0,0001</b>
Både krit B, C og D (%)	77 (100)		0 (0)		<b>F &lt;0,0001</b>
Opfylder A1 krit (%)	67 (87,0)		40 (60,6)		<b>F &lt;0,0001</b>
Opfylder A2 krit (%)	39 (50,6)		18 (27,3)		<b>F 0,006</b>
ITQ, ICD-11 PTSD		47		34	<b>F 0,006</b>
Nej	15 (50)		28 (87,5)		
PTSD	9 (30)		3 (9,4)		
Kompleks PTSD	6 (20)		1 (3,1)		
DASS-42					
Mediane depressions-score (q1-q3)	20 (14-27)		10,5 (6-15)		<b>&lt;0,0001</b>
Middel-svær-meget svær depression (%)	58 (75,3)		21 (31,8)		<b>&lt;0,0001</b>
Mediane angst-score (q1-q3)	14 (8-17)		6 (2-13)		<b>&lt;0,0001</b>
Middel-svær-meget svær angst (%)	52 (67,5)		23 (34,9)		<b>&lt;0,0001</b>
Alkohol-rusmidler					
Median genstandsinntag/uge (q1-q3)	4 (0,5-9)		4 (1-6)		0,75
Alkoholindtag/uge $>$ end anbefalet <sup>16</sup> (%)	7 (9,1)		1 (1,5)		F 0,07
Bruger rusmidler/hash (%)	13 (16,9)		5 (7,6)		0,09
Mindre godt - dårligt selv-vurderet helbred (%)	42 (54,6)		18 (27,3)		<b>0,001</b>
WHO-5: Trivselsscore på 50 og derunder, risiko for stress og depression (%)	28 (93,3)	47	23 (71,9)	34	<b>F 0,044</b>
Sheehan Disability Scale: Nedsat funktionsniveau, samlet vurdering (%)	26 (86,7)	47	16 (50)	34	<b>F 0,0027</b>
ADHD-symptomer i barndommen (%)	10 (13)		9 (13,6)		0,91
Traumer					
Mediane antal traumer, i alt (q1-q3)	14 (8-21)	2	10 (5-18)		<b>0,02</b>
Mediane antal unikke traumer (q1-q3)	6 (4-8)		4,5 (3-7)		<b>0,03</b>
Har oplevet barndomstraumer (%)	22 (29)	1	15 (22,7)		0,40
Selv-mordstanker/adfærd					
Selv-mordstanker, indenfor sidste år (%)	25 (32,5)		9 (13,6)		<b>0,008</b>
Selv-mordstanker, indenfor sidste år (%)	17 (22,1)		3 (4,6)		<b>F 0,003</b>
Forsøgt selvmord, indenfor sidste år (%)	1 (1,3)		1 (1,5)		<b>F 1,0000</b>
Forsøgt selvmord, nogensinde (%)	11 (14,3)		6 (9,1)		0,34
Recept/håndkøbsmedicin, indenfor sidste 14 dage (%) <sup>17</sup>	48 (62,3)		37 (56,1)		0,45
Brug af psycholeptica og/eller psychoanaleptica	18 (23,4)		11 (16,7)		0,32

<sup>15</sup> "Behandlingslængde" er beregnet fra visitationsdato til behandlingsskridtdato hos behandler.

<sup>16</sup> Over 21 genstande for mænd / over 14 genstande for kvinder (SST).

<sup>17</sup> Der findes ikke forskel i forbrug inden for de sidste 14 dage for udvalgte lægemidler af relevans for MPA, dvs. hverken for anti-epileptica, morfinpræparater (Opioider), Salicylsyre-derivater med psycholeptica, pyrazoloner med psycholeptica, andre N7 medicin, andre smertestillende (analgetika), midler mod migræne eller antiparkinsonmidler.

Note til Tabel 4: Værdierne er antal (%) eller medianer, dvs. den midterste værdi i et sorteret datasæt. I tilfælde af, at der er lige antal observationer i datasættet er medianen lig gennemsnittet af de to midterste værdier. I parenteser er angivet hhv. 25. og 75 kvartilen (q1-q3) svarende til, hvad værdien var, hvis man tik til den værdi der opdeler et sorteret datasæt i hhv. en fjerdel og tre-fjerdedele. P-værdier stammer fra Wilcoxon Two-Sample test (2-sidet) og  $\chi^2$ -tests. Fishers Exact tests er brugt ved sammenligning af andele (%), hvis der er få personer og der er noteret "F" foran teststørrelsen.

Tabel 5 viser, at selv for dem, der ikke opfyldte kriterierne for mulig PTSD før behandlingsstarten sker der væsentlige ændringer. På trods af, at PCL-score var relativ lav før behandlingsstarten er der statistisk sikker reduktion i omfanget (median ændringsscore på 6,5,  $p < 0,0001$ ). Der er også en tredjedel, der har en reduktion i score på 10 eller derover. Det har ikke været muligt at vurdere evt. forskel fra før til efter på ITQ-spørgeskemaet, men tendensen er, at færre efter behandlingen opfylder ICD-11 kriterierne for PTSD. Det ses også af Tabel 5, at der er en statistisk sikker reduktion i omfanget af middel-svær-meget svær depression (31,8 vs. 7,6 %) og middel-svær-meget svær angst (34,9 % vs. 13,6 %). Ligeledes ses en reduktion i andelen, der har mindre godt-dårligt selv vurderet fra før til efter behandlingen er afsluttet (27,3 % vs. 4,6 %).

Tabel 5 eksemplificerer fint, at der også er behandlingseffekt for dem, der inden behandlingen ikke opfylder kriterierne for mulig PTSD.

**Tabel 5 Effektmåling for klienter, som har besvaret spørgeskemaer efter endt behandling, og som ikke havde mulig PTSD før behandlingsopstart fra 1/1 2018 og som har sluttet behandlingen pr. 30/4 2022**

Karakteristika	Før	Efter	Ændring		P <sup>a</sup>
	Mis-sing	Mis-sing	Mis-sing	Mis-sing	
PCL-C, version IV					
Mediane PCL-score (q1-q3)	33,5 (25-41)	23,5 (19-31)	2	6,5 (0-14)	<b>&lt;0,0001</b>
Nedgang i PCL => 10, N (%)				22 (33,3)	
ITQ, ICD-11 PTSD, N (%)			34	34	.18
Nej	28 (87,5)	31 (96,9)			
PTSD	3 (9,4)	0 (0)			
Kompleks PTSD	1 (3,1)	1 (3,1) <sup>19</sup>			
DASS-42					
Middel-svær-meget svær depression, N(%)	21 (31,8)	5 (7,6)			<b>&lt;0,0001</b>
Middel-svær-meget svær angst, N (%)	23 (34,9)	9 (13,6)			<b>0,003</b>
Alkohol-rusmidler					
Median genstandsindtag/uge (q1-q3)	4 (1-6)	2 (0,5-6)	6		0,24
Bruger rusmidler/hash (%)	5 (7,6)	1 (1,5)	6		0,13
Mindre godt-dårligt selv vurderet helbred (%)	18 (27,3)	3 (4,6)			<b>0,0003</b>

Note til tabel 5: Værdierne er antal (%) eller medianer, dvs. den midterste værdi i et sorteret datasæt. I tilfælde af, at der er lige antal observationer i datasættet er medianen lig gennemsnittet af de to midterste værdier. I parenteser er angivet hhv. 25. og 75 kvartilen (q1-q3) svarende til, hvad værdien var, hvis man tik til den værdi der opdeler et sorteret datasæt i hhv. en fjerdel og tre-fjerdedele. P-værdier stammer fra Wilcoxon Signed Rank test (kontinuerte variable) eller McNemar's exact test (dikotome kategoriske variable) eller (Bowker's exact test (for ITQ-oplysninger), der alle tager højde for, at data er parrede.

<sup>18</sup> Bowker's exact test kan ikke udføres, fordi ingen efter behandlingen opfylder kriterierne for PTSD.

<sup>19</sup> Det er ikke samme klient, der opfylder kriterierne, men en klient, der ved baseline hverken opfylder ICD-11 kriterier for mulig PTSD eller mulig kompleks PTSD.