

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Utvärdering av behandlingen på Kris- och
traumamottagningen i Göteborg**

Victor Abrahamsson

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM 2519
Vårterminen 2019

Handledare: Karin Grip
Olof Wrede

Utvärdering av behandlingen på Kris- och traumamottagningen i Göteborg

Victor Abrahamsson

Sammanfattning. Syftet med denna studie var att utvärdera behandlingen som ges vid Kris- och traumamottagningen (KTM) i Göteborg med data som samlats in mellan 2013-2016. Studiesamplet bestod av personer som invandrat till Sverige och fått permanent uppehållstillstånd. De flesta hade upplevt krig och/eller flykt och hade höga nivåer av posttraumatisk stress-, ångest- och depressionssymtom innan behandling. Analyser gjordes på grupp- och individnivå med t-test och Reliable Change Index (RCI). Resultaten visade en förbättring på både grupp- och individnivå. Analyserna på individnivå visade även att det fanns grupper som var oförändrade och försämrade vid eftermätningen. Resultaten går i linje med en tidigare utvärdering vilken undersökte en liknande patientgrupp.

Under 2017 uppskattades totalt 68,5 miljoner människor vara på flykt världen över, av vilka 40 miljoner inom och drygt 25 miljoner utanför sitt hemland (United Nations High Commissioner for Refugees, 2018). Antalet flyktingar i världen har fram till 2017 ökat för sjätte året i rad, och den totala siffran ökade med 2,9 miljoner från året innan och är den högsta hittills (UNHCR, 2018). I nuläget är Syrien det land från vilka flest personer flyr och Turkiet är det land som tar emot flest flyktingar (Migrationsverket, 2018). Under 2015 ansökte drygt 160 000 personer om asyl i Sverige och knappt hälften av dessa var barn under 18 år. Syriska medborgare stod för cirka en tredjedel av asylansökningarna (Migrationsinfo.se, 2019). I jämförelse med år 2015 har antalet ansökningar om asyl sjunkit de senaste åren (Migrationsinfo.se, 2019).

Att tvingas fly från krig innebär enorma påfrestningar på människors psykiska hälsa, och studier visar att symtombelastningen ofta kan vara hög hos personer som flytt från krig (Bogic, Njoku, & Priebe, 2015). En litteraturöversikt från 2015 rörande psykisk hälsa hos krigsdrabbade flyktingar visade att prevalensen för posttraumatisk stress varierade från 4% till 86% i de olika studierna. Genomsnittlig prevalens för ångest, depression och posttraumatisk stress låg runt 20% i de 29 studier som var inkluderade i studien (Bogic et al., 2015). Nivån av symtom varierade kraftigt mellan studierna och studier av högre metodologisk kvalitet visade generellt sätt lägre symtomnivåer. Resultatet indikerar att gruppen flyktingar i sig är en mycket heterogen grupp, vilket även andra studier påpekar (Tinghög, Arwidson, Sigvardsdotter, Malm & Saboonchi, 2016).

Socialstyrelsen (2015) har uppskattat att mellan 20 och 30 procent av de flyktingar som kommer till Sverige lider av och är i behov av vård för psykiatrisk problematik (Socialstyrelsen, 2015). En studie utförd i Sverige som publicerades 2017 undersökte den mentala hälsan hos ett slumpmässigt urval om 1215 personer från Syrien i åldrarna 18-64 år som fått uppehållstillstånd i Sverige mellan 2011 och 2013 (Tinghög, Malm, Arwidson, Sigvardsdotter, Lundin & Saboonchi, 2017). Studien visade att över hälften (55 %) av studiedeltagarna uppfyllde kriterierna för någon form av psykiska ohälsa, i termer av ångest-, depressionsproblematik, lågt subjektivt

välbefinnande eller PTSD, samtidigt som komorbiditeten var hög. Depression var vanligaste förekommande (40%) följt av ångestproblematik (32%) och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (30%). En relativt stor andel hade också ett lågt uppskattat välbefinnande (eng. low subjective well-being, 38%). I en retrospektiv registerstudie med 1,3 miljoner deltagare fann författarna att flyktingar också har större risk att insjukna i psykosjukdomar, såsom schizofreni, jämfört med migranter som inte har flytt och med den svenska inhemska befolkningen (Hollander, Dal, Lewis, Magnusson, Kirkbride & Dalman, 2016).

Studier rörande flyktingars psykiska hälsa gör ofta en distinktion mellan riskfaktorer som personer utsätts för innan, under och efter migration (Hollander, 2018). Exempel på premigrationsfaktorer kan vara att separeras från närstående, att bevittna våld och att bli utsatt för tortyr (SBU, 2019). Flyktingrelaterade potentiellt traumatiska händelser (eng. PTEs, potentially traumatic events) är en premigrationsriskfaktor som studerats i relativt stor utsträckning och visats vara kopplad till senare psykisk ohälsa (Tinghög et al., 2017). Särskilt erfarenheter av interpersonellt våld under premigrationsfasen har visat sig ha kopplingar till psykisk ohälsa (Tinghög, 2017). Framme i värdlandet kan postmigrationsfaktorer såsom diskriminering och utanförskap både försämra den psykiska hälsan samt hindra tillfrisknande. Resultaten från en systematisk litteraturoversikt indikerade att värdlandets uttalade eller indirekta fiendtlighet och/eller diskriminering mot flyktingar kan ha en skadlig inverkan på deras mående, att diskriminerande attityder i samhället kan avskräcka flyktingar och asylsökande från att söka vård samt att landets immigrationspolitik och -policy kan ha skadlig inverkan på gruppens välmående (José da Silva Rebelo, Fernández & Achotegui, 2018).

Psykiskt mående bland de som flytt påverkas sålunda av både pre- och postmigrationsfaktorer. Studier som har gjorts rörande pre- och postmigrationsfaktorer har visat på olika effekter på flyktingars psykiska mående (Hollander, 2018). Bogic et al. (2015) visade att både pre- och postmigrationsfaktorer var kopplade högre nivåer av posttraumatisk stress, generaliserad ångest och depression medan låg socioekonomisk status i form av arbetslöshet, låg inkomst, att inte prata värdlandets språk samt låg nivå av socialt stöd efter migrationen var kopplat till depression men inte PTSD. Bogic et al. (2015) skriver att detta kan ha att göra med diagnosernas etiologi, där PTSD uppstår från en traumatisk händelse medan prevalensen av depression kan i större grad påverkas av socioekonomisk utsatthet. Tinghög et al. (2017) fann att en större andel av kvinnorna led av psykisk ohälsa i jämförelse med män. Forskningen om flyktingars psykiska hälsa indikerar generellt sett att kvinnor och äldre personer i större utsträckning lider av psykisk ohälsa i jämförelse med män och yngre personer (Tinghög, 2016).

Vård till flyktingar

Internationella och svenska riktlinjer för psykoterapeutisk behandling av PTSD rekommenderar bland annat traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT), Prolonged Exposure (PE), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Exposure Therapy (NET) och Cognitive Processing Therapy (CPT) (Socialstyrelsen, 2017; NICE, 2018; ISTSS, u.å.; Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, Lewis, 2013). I Sverige rekommenderas av Socialstyrelsen (2017) att hälso- och sjukvården främst bör erbjuda traumafokuserad KBT med exponering till vuxna.

Dessa rekommenderade psykoterapeutiska behandlingar rör personer generellt som har PTSD och inte specifikt flyktingar. När det gäller gruppen flyktingar så har olika metoder prövats i olika grupper av flyktingar med varierande resultat, delvis beroende på studiernas olika utformning och kvalitet (Nickerson, Bryant, Silove & Steel, 2011). Andra bidragande faktorer till variationen i resultat inkluderar bristande kulturell och språklig anpassning av diagnostiska instrument samt konceptuella problem, såsom hur tortyr egentligen ska definieras och diagnosen PTSDs enorma omfattning (Patel, Williams & Kellezi, 2016). En del hävdar att det är svårt att med klarhet veta vilken eller vilka terapeutiska metoder som behandlare främst bör använda vid arbete med flyktingar som har PTSD (Pérez-Sales, 2017). Ett antal litteraturöversikter och meta-analyser gällande psykoterapi för flyktingar (inom och utanför sina hemländer) samt asylsökande som har PTSD/Posttraumatisk stress har gjorts de senaste åren. Thompson, Vidgen & Roberts (2018) fann i sin litteraturöversikt och metaanalys stöd för att behandla PTSD hos flyktingar med EMDR och NET. Deras metaanalys inkluderade 16 studier med drygt tusen deltagare. Deltagarna kom från ett flertal olika länder, bl.a. Syrien, Kambodja och Irak och studierna genomfördes i huvudsak i Europa och USA. En annan litteraturöversikt och metaanalys inkluderade 12 randomiserade, kontrollerade studier vilka jämförde psykosociala interventioner med treatment as usual (TAU) eller kontrollgrupp på väntelista (Nosé et al., 2017). Slutsatsen var att NET hade starkast stöd för gruppen vidarebosatta flyktingar med PTSD jämfört med andra behandlingar, såsom KBT och Traumafokuserad terapi. Författarna påpekar att NET är en variant av KBT, varför det kan finnas en del överlapp gällande behandlingarnas innehåll. Nosé et al. (2017) inkluderade inga studier som undersökte EMDR samt påpekade att resultaten bör tolkas med försiktighet då både studiernas antal och metodologiska kvalitet var låg.

Två litteraturöversikter av PTSD-behandling för flyktingar kommer också fram till olika slutsatser. Den ena litteraturöversikten undersökte utfallet från nio inkluderade studier, fyra rörande Narrative Exposure Therapy (NET) och fem rörande blandade metoder vilka innehöll exponering, KBT och EMDR och kom till slutsatsen att evidensläget fortsättningsvis är oklart (Patel, Williams & Kellezi, 2016). Den andra litteraturöversikten rörde effekter av psykiatrisk vård, multidisciplinär rehabilitering, psykodynamisk terapi, biofeedback samt grupperapi av olika slag, men även NET och KBT. De fann att i 90% av de inkluderade studierna (40 stycken) så skedde en signifikant förbättring på åtminstone en utfallsvariabel. Exempel på utfallsvariabler var bl.a. PTSD-symtom, depressionssymtom, fysisk hälsa och smärta, funktionsnivå och livskvalité (McFarlane & Kaplan, 2012). Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade i mars 2019 en sammanfattning baserad på Nosé et al.'s (2017) systematiska översikt av psykologiska behandlingar av PTSD för flyktingar, där de skriver att Narrative exposure therapy (NET) kan minska symtomen för flyktingar som lider av PTSD på kort sikt. På längre sikt är behandlingseffekten oklar och SBU efterlyser studier av högre metodologisk kvalitet (SBU, 2019).

Alla asylsökande i Sverige erbjuds en hälsoundersökning (Migrationsverket, 2019). Under asylansökningstiden finns viss rätt till akut sjukvård och tandvård som inte kan vänta. Socialstyrelsen menar att det finns utmaningar som är generella för hela vården och specifika utmaningar för patientgruppen nyanlända och asylsökande (Socialstyrelsen, 2016). Generella utmaningar inkluderar adekvat kompetensförsörjning, tolkbrist, samverkanssvårigheter och ett stort informationsbehov till patientgruppen. Specifika utmaningar inkluderar att nå patientgruppen med information samt att planera

för vårdbehovet. I Sverige fanns år 2015 fjorton specialiserade mottagningar för personer som upplevt krig, tortyr och flykt lokaliserade framför allt i de större städerna (Sveriges television, 2015). Sju av dem drevs av Röda Korset, sex drevs av regioner/landsting och en var privat.

Gronostaj (2016) utvärderade behandlingen som gavs vid Kris- och traumamottagningen (KTM) i Göteborg och en liknande mottagning i Stockholm för 49 patienter som varit inskrivna på mottagningarna under åren 2013–2015. Behandlingen var multidisciplinär, vilket innebar både samtalsterapi och farmakologisk behandling samt stöd med att hitta t.ex. arbete och bostad. Det framgick inte vilken typ av terapi patienterna fick. Uppsatsstudien var en utvärdering som undersökte om det fanns någon förändring på gruppnivå från innan till efter behandling vad gällde symtom på posttraumatisk stress, depressions- och ångestsymtom. Uppsatsstudien visade att patienternas symtom på posttraumatisk stress, ångest och depression förbättrades tydligt. Studien pekade också mot att en hög initial symtomnivå och hög ålder vid behandlingsstart predicerade ett sämre behandlingsutfall. Utöver Gronostajs (2016) pilotutvärderingsstudie har jag inte hittat några studier som utvärderar den behandling som ges vid ovan nämnda specialiserade mottagningar för flyktingar i Sverige.

Detta arbete undersökte om och i så fall hur behandlingen vid KTM påverkar flyktingars psykiska mående i termer av symtom på depression, ångestproblematik och PTSD. Depression karaktäriseras bl.a. av nedstämdhet under större delen av dagen, bristande intresse för aktiviteter eller förändring i vikt eller sömnmönster (MINI-D 5, APA 2013). Generaliserat ångestsyndrom kännetecknas av rastlöshet, koncentrationssvårigheter och irritabilitet. Post-traumatic stress disorder (PTSD) är en form av psykisk ohälsa som är utlöst av en traumatisk händelse, såsom att bli utsatt för livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld. Detta leder bl.a. till återkommande, ofrivilliga återupplevanden av den traumatiska händelsen (s.k. flashbacks), ständigt undvikande av stimuli som förknippas med händelsen samt negativa förändringar i personens sinnesstämning och kognitiva förmågor.

Individuell och kliniskt signifikant förändring samt Reliable Change Index

Studier av psykoterapins behandlingseffekter mäts ofta på gruppnivå (Lambert, 2013). Det har sina fördelar, som t.ex. då man vill jämföra olika terapeutiska metoder med varandra och/eller en kontrollgrupp, men även sina tillkortakommanden, som att alla patienters resultat summeras till ett värde vilket inte säger så mycket om den enskilde patientens förändring. För att kontrollera detta går det att göra analyser på individnivå, vilket utvärderar förändringens statistiska och kliniska signifikans. Detta hjälper både den individuella klienten såväl som kliniken, eftersom man får fram ytterligare information om behandlingseffekter. Klinisk signifikans utvärderas enligt Öst (2016) i huvudsak på tre sätt: genom subjektiv evaluering, social inverkan och jämförelsemetoder. Subjektiv evaluering innebär att närstående till patienten får skatta patientens förändring. Social inverkan innebär att man undersöker utfall genom frekvens av t.ex. brottsstatistik eller sjukhusvistelser. Jämförelsemetoder innebär att man mäter patientens förändring före och efter behandling och jämför utfallet antingen i förhållande till andra (oftast en frisk kontrollgrupp om normdata finns för instrumentet), s.k. normativ jämförelse, eller i förhållande till sig själv före behandlingen (s.k. ipsativ jämförelse).

Jacobson och Truax (1991, refererad till i Öst, 2016) har tagit fram en metod kallad Reliable Change Index (RCI), vilken kan användas till att beräkna den kliniska signifikansen hos enskilda patienter. Metoden baseras på två kriterier: att patienterna utifrån mätinstrumentens psykometriska egenskaper gör en statistiskt säkerställd förändring samt att de är statistiskt oskiljaktiga från en normal, icke-klinisk population (Öst, 2016). Det senare kriteriet kan även beskrivas som ett gränsvärde under (förutsatt att högre poäng indikerar större lidande/mer symtomatologi) vilket patienter anses ha subkliniska nivåer av de symtom som mäts. Utifrån detta kan terapi falla ut i åtta kategorier, uppdelat i två grupper beroende på om patienten uppfyllde gränsvärdet på förmätningen. Jag har till detta arbete inte hittat normdata för normalpopulationen på PCL-C och HSCL-25. Gränsvärdena indikerar således en uppdelning mellan en klinisk och icke-klinisk nivå av symtom (Keen et al, 2008; Tingshög & Carstensen, 2010).

Syfte och frågeställningar

Syftet var att studera effekten av den psykoterapeutiska behandlingen som ges vid Kris- och Traumamottagningen i Göteborg. Studien genomfördes inom ramen för KTMs interna utvärdering av behandlingen.

1. Vilken effekt har behandlingen på patienternas självrapporterade grad av symtom på posttraumatisk stress?
2. Vilken effekt har behandlingen på patienternas självrapporterade grad av ångest och depressivitet?
3. Finns det kliniskt signifikanta förändringar på individnivå gällande symtom på posttraumatisk stress, ångest och depression?

Metod

Kris- och Traumamottagningen i Göteborg (KTM) är en öppenvårdsmottagning i centrala Göteborg som är specialiserad på att behandla personer som upplevt traumatiska händelser i form av krig, tortyr och flykt. Mottagningen bedrivs av Västra Götalandsregionen och vänder sig till vuxna från arton år och remiss krävs för att få komma till mottagningen. På mottagningen arbetar sammanlagt två socionomer/psykoterapeuter, två psykiatrer, sju psykologer och en fysioterapeut, totalt tolv behandlare. Vanligaste remitterande instanserna är primärvård, öppenspsykiatri och socialsekreterare. När patienten kommer till mottagningen sker ett bedömningsamtal för att avgöra om mottagningen kan erbjuda det stöd och den hjälp patienten behöver och därefter inleds eventuell behandling. På mottagningen erbjuds olika typer av terapi, men samtliga behandlingar utgår från tre faser i följande ordning: stabilisering, bearbetning och nyorientering. Typerna av terapi som erbjuds är Traumafokuserad dynamisk terapi, Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi, t.ex. PE, samt EMDR. Patienterna kan i de fall behandlarna bedömer det lämpligt även erbjudas fysioterapi och psykofarmakabehandling. Den enskilde behandlaren bedömer i huvudsak behandlingens upplägg men detta diskuteras kontinuerligt på teamkonferenser. En tolk används ofta i samband med terapi.

KTM tar emot i genomsnitt 300 remisser per år. Av dessa kallas ungefär 100 personer till bedömning innan behandling inleds. De flesta av dessa påbörjar sedan behandling på mottagningen. Exklusionskriterier för att få behandling på KTM är allvarlig psykisk sjukdom eller störning före traumaupplevelsen, psykos eller mycket låg funktionsnivå samt alltför osäker social situation (bostadslös, utan försörjning, m.m.). Genomsnittlig behandlingstid är 18 månader. De vanligaste psykiatriska problemen utgörs av PTSD-, ångest- och depressionsproblematik. KTM har sedan januari 2013 utvärderat sin behandling genom för- och eftermätningar. Materialet för denna uppsats samlades in mellan 2013–2016.

Deltagare

Deltagarna i denna studie var patienter på KTM. Uppskattningsvis tillfrågades 280 patienter om deltagande i utvärderingen. Av dessa valde 230 patienter att delta.

Tabell 1. Demografisk information om studiens deltagare, n = 41. För flera deltagare i samplet saknades information om bakgrundsvariabler, varför andelen saknade svar redovisas. Procent avrundat till närmaste heltal.

Totalt 40 deltagare genomförde både för- och eftermätning med båda instrument (Tabell 1). En deltagare genomförde alla mätningar utom eftermätningen på HSCL-25 depression. Jag valde trots detta att inkludera denna deltagare för att få så mycket data som möjligt. Bortfallet hos de som valde att påbörja utvärderingen till de som fullföljde var således stort; endast 17% av de 230 personerna som accepterade och påbörjade förmätningen genomförde både för- och eftermätning med båda instrumenten. Utifrån detta gjordes ett sample i datasetet med totalt 41 deltagare.

Bakgrundsvariabel	n	%	Bakgrundsvariabel	n	%
Ålder			Civilstånd		
18–30	2	5	Ensamstående	11	27
30–40	5	12	Sambo	1	2
40–50	6	15	Gift	17	41
50–61	14	34	Svar saknas	12	29
Svar saknas	14	34	Kön		
Försörjning			Man	19	46
Arbete	7	17	Kvinna	10	24
Sjukskriven	14	34	Svar saknas	12	29
Studier	2	5	Utbildning		
Socialbidrag	4	10	Analfabet	1	2
Pension	2	5	Grundskola	4	10
Svar saknas	12	29	Gymnasium	8	20
			Högre studier	11	27
			Svar saknas	17	41

Deltagarna var en mycket heterogen grupp med en genomsnittsålder på 48 år, där den yngsta var arton år och den äldsta 61 år. Tiden som de bott i Sverige varierade mellan ett till 52 år, och genomsnittet för gruppen var arton år. Cirka 40 % levde som gifta medan drygt en fjärdedel var ensamstående. De flesta hade upplevt krig samt uppnådde kliniska kriterier för PTSD. Bedömningen av vilka patienter som uppnår kriterierna för PTSD-diagnos görs av den enskilde behandlaren under en klinisk bedömningsintervju. Studiedeltagarnas problem hade funnits från 8 månader till 25 år (M = 97 månader, SD = 88 månader). Behandlingstiden för studiedeltagarna varierade mellan 4-40 månader (M = 17, SD = 12).

Instrument

PTSD Checklist-Civilian (PCL-C). PCL-C mäter graden PTSD-symtom och var huvudutfallsmått i denna studie. PCL-skolorna introducerades 1993 (Keen, Kutter, Niles & Krinsley, 2008) och har använts flitigt i både kliniska och forskningssammanhang sedan dess. PCL-skalan finns i tre olika utföranden: en militär version (PCL-M), en civil version (PCL-C) och en för specifika typer av trauma (PCL-S) (Wilkins et al., 2011). PCL-C är ett självskattningsformulär med 17 frågor som utgår från diagnoskriterierna i DSM-IV (Keen et al., 2008). Svartalternativen berör upplevelser under den senaste månaden och varje fråga besvaras på en likertskala från ett till fem, där ett betyder inte alls och fem är extremt. Maxpoängen är 85, och totalpoängen fås genom att addera alla svar och ju högre poäng desto större besvär. Cronbachs alpha på förmätningen i samplet för PCL-C var 0.90. Detta värde är jämförbart med vad som rapporterats i andra studier (Keen et al., 2008).

I en översikt och valideringsstudie över PCL-C varierade de rekommenderade kliniska gränsvärdena från 28 till 50 poäng (Keen et al., 2008). Författarna fann i sin studie av 114 manliga krigsveteraner i USA att Cronbachs alpha för PCL-C var 0.96 och att det optimala gränsvärdet är 60 poäng, vilket är ett högre värde än de studier som

de gick igenom. Dock hade ingen av studierna som Keen et al. (2008) undersökte deltagare som var eller varit på flykt. Song et al. (2015) använde i sin studie av personer som upplevt tortyr och flykt ett gränsvärde på 50 poäng. I en tidigare nämnd svensk utvärdering av behandling för krigs- och tortyrskadade användes ett gränsvärde på 44 poäng (Gronostaj, 2016). Ett lägre gränsvärde kan vara bra i kliniska sammanhang då man vill fånga in så många som möjligt, medan ett högre gränsvärde kan vara bra i forskningssammanhang då man vill få en tydlig diskriminering mellan en klinisk och icke-klinisk population (Keen et al. 2008). I explorativt syfte valde jag med tanke på studiepopulationens höga symtombelastning därför i denna studie två gränsvärden: 44 respektive 60 poäng. Det lägre gränsvärdet är huvudsakligt gränsvärde, i och med att två studier i Keen et al.'s (2008) genomgång rekommenderar detta. I denna studie har jag valt att använda Cronbachs alpha 0,96 för PCL-C (Keen et al. 2008).

Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25). HSCL-25 är ett instrument med lång historia som ursprungligen var avsett att mäta förändring i psykoterapi men som senare även använts i populationsstudier (Tinghög & Carstensen, 2010). HSCL-25 mäter symtom på ångest och depression. Frågorna berör patientens upplevelser under den senaste månaden och svarsalternativen presenteras på en fyrgradig likertskala, där 1 är inte alls och 4 extremt. Poängen summeras sedan och delas med antalet frågor, vilket ger en totalpoäng mellan 1.00 och 4.00, där högre poäng indikerar mer symtom. Instrumentet har oftast använts för screening av psykisk ohälsa och det vanligaste gränsvärdet är 1.75 poäng på hela skalan (Tinghög & Carstensen, 2010). I detta arbete har jag valt att dela upp skalorna med avseende på ångest och depression, vilket även Song et al (2015) gjorde i sin studie. I och med att poängen delas med antalet frågor används samma gränsvärde för båda delskalor. Cronbachs alpha på förmätningen i samplet för HSCL-25 var 0.89 för delskalan ångest (10 frågor), 0.88 för delskalan depression (15 frågor) samt 0.93 för hela skalan. Dessa Cronbachs alpha-värden ligger i nivå med vad andra studier med HSCL-25 redovisat, varför jag i denna studie har jag valt att använda Cronbachs alpha 0,96 för HSCL-25, eftersom det var ett värde som Tinghög & Carstensen (2010) fann i sin valideringsstudie.

Tillvägagångssätt

Patienterna rekryterades av sina behandlare på mottagningen under åren 2013–2016. Patienterna tillfrågades när en behandling skulle inledas (det vill säga efter den/de första bedömningssamtalen). De patienter som bedöms av sina behandlare att klara av att fylla i självskattningsformulären, antingen på egen hand eller med stöd av en behandlare erbjöds patienten att delta i utvärderingen. Den första mätningen gjordes under de tre första sessionerna av behandlingen. Patienterna fick skriftlig och muntlig information om utvärderingen på svenska eller på sitt modersmål. De informerades om att det var frivilligt att medverka och att de hade möjlighet att tacka nej utan att det påverkade fortsatt behandling, samt att skattningarna kunde utgöra ett konstruktivt informationsunderlag i behandlingen. Om patienten tackade ja till att delta så fyllde hen i skattningsformulären och frågor om bakgrund skriftligt på mottagningen. När behandlingen avslutades fick hen fylla i formulären på nytt. Formulären förvarades på mottagningen i ett låst skåp och när data matats in i SPSS anonymiserades personerna med ett nummer. Kodnyckeln har ansvarig för verksamhetens utvärdering Olof Wrede.

Vid överlämningen anonymiserades datan och känsliga uppgifter togs bort. Filen skickades därefter till mig på mail.

Databearbetning och statistik

I datan som jag fick från KTM saknades svar på några av frågorna i symtomskattningarna. För att kunna använda så många svar som möjligt fyllde jag i de saknade svaren genom att ta ett medelvärde på deltagarens svar för den specifika skalan och sedan fylla i de saknade svaren. På PCL-C var svaren kompletta på både för- och eftermätningarna. Vad gäller HSCL-25 kompletterades förmätningarna för totalt nio patienter, och eftermätningarna kompletterades för åtta patienter.

För att kunna analysera data med t-test behöver den vara någorlunda normalfördelad (Borg & Westerlund, 2007). Det finns inget enkelt sätt att avgöra huruvida datan är tillräckligt normalfördelad, men Borg och Westerlund rekommenderar att rita upp ett histogram och inspektera fördelningen visuellt. Således visualiserades datan från samplet i SPSS genom histogram på båda delskalorna i HSCL-25 samt för PCL-C på för- och eftermätningen. Normalfördelningen bedömdes vara tillräckligt god. Tre beroende t-test genomfördes på samplet för att analysera eventuell symptomförändring från för- till eftermätning, med $p < 0.05$. Behandlingens effekt undersöktes genom att beräkna Cohens' d , vilket även beskrivs som förändringens effektstorlek. Detta gjordes i ett excelformulär där formeln för Cohens' d var $M_{\text{förmätning}} - M_{\text{eftermätning}} / ((SD_{\text{förmätning}} + SD_{\text{eftermätning}}) / 2)$. Denna formel för uträkning av effektstorlek för beroende mätningar (eng. *paired design*) tar inte hänsyn till korrelationen mellan mätningarna och använder standardavvikelsen i både för- och eftermätning som divisor (Cumming, 2011; Lakens; 2013). Effektstyrkan tolkades enligt uppdelningarna liten (0.2), måttlig (0.5) och stor (0.8) (Borg & Westerlund, 2007).

För att undersöka de individuella svaren på behandling användes Reliable Change Index (RCI) (Jacobson & Truax, 1991, refererad till i Öst, 2016). Kliniskt signifikant förbättring enligt Öst (2016) baseras på att patienten har lämnat patientpopulationen och befinner sig i normalpopulationen, samt att förändringen är statistiskt signifikant. Det innebär att patienten på förhand bör befinna sig över det bestämda gränsvärdet för kliniska och icke-kliniska populationen, samt att förändringen är tillräckligt stor för att inte bero på slumpen, mätfel eller andra osäkerhetsmoment.

Detta görs i två steg. Först beräknas huruvida den självskattade förändringen är statistiskt signifikant ($p < 0.05$). Formeln för att beräkna RCI ser ut på följande sätt:

$$\frac{X_{\text{post}} - X_{\text{pre}}}{S_{e\text{diff}}}$$

X_{post} är eftermätningens värde, X_{pre} är förmätningens värde och $S_{e\text{diff}}$ är standardfelet av differensen mellan för- och eftermätningen. Vidare beräknas $S_{e\text{diff}}$ på följande vis:

$$S_{e\text{diff}} = \sqrt{2(S_e)^2} \quad S_e = S_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

S_e är standardfelet, S_1 är förmätningens standardavvikelse och r_{xx} är instrumentets interna konsistens, dvs. Cronbachs alpha. Detta innebär att instrumentets interna konsistens påverkar sannolikheten att få ett signifikant resultat, på så vis att ju högre den

interna konsistensen är, desto mindre behöver den observerade skillnaden mellan för- och eftermätningen vara för att få ett statistiskt signifikant resultat (Lambert & Ogles, 2014). Om ett signifikant resultat uppnås har patienten antingen upplevt en förbättring eller försämring. Vid icke signifikant resultat bedöms patienten vara oförändrad. Därefter bestämdes om klientens värde vid eftermätningen rört sig över gränsen från klinisk till icke klinisk symtomnivå i enlighet med det gränsvärde som bestäms för respektive instrument. Gränsvärdet för HSCL-25 sattes i denna studie till 1.75 poäng för både ångest- och depressionssubskalorna samt till 44 poäng för PCL-C. Detta sätt att beskriva individuell förändring skapar åtta möjliga utfall som går att dela upp i två grupper beroende på om deltagaren uppnådde gränsvärdet på förmätningen (Tabell 2).

Tabell 2. Beskrivning av utfallskategorier uppdelat enligt gränsvärde på förmätningen

<i>Gränsvärde uppnått</i>	Beskrivning
Återställd	Signifikant symtomreduktion och patienten har gått från klinisk till icke kliniska symtomnivå.
Förbättrad	Signifikant symtomreduktion men icke kliniskt gränsvärde ej uppnått.
Oförändrad	Ej signifikant förändring.
Försämrad	Signifikant mer symtombelastning än på förmätningen.
<i>Gränsvärde ej uppnått</i>	
Förbättrad	Signifikant symtomreduktion.
Oförändrad	Ej signifikant förändring.
Försämrad	Signifikant högre symtombelastning men fortfarande på icke klinisk symtomnivå.
Förvärrad	Signifikant högre symtombelastning från icke klinisk till klinisk symtomnivå.

Deskriptiv statistik och beräkningar har gjorts i programmet IBM SPSS 25, övriga beräkningar som effektstorlek och RCI har genomförts i Microsoft Excel.

Resultat

Detta arbete ämnade undersöka följande frågeställningar:

1. Vilken effekt har behandlingen på patienternas självrapporterade grad av symtom på posttraumatisk stress?
2. Vilken effekt har behandlingen på patienternas självrapporterade grad av ångest och depressivitet?
3. Finns det kliniskt signifikanta förändringar på individnivå gällande symtom på posttraumatisk stress, ångest och depression?

Deltagarnas mående innan behandling

För att kunna uttala sig om förändringens effekt presenteras först översiktligt deltagarnas inledande symtomnivåer gällande posttraumatisk stress, ångest och depression. Vad gäller nivån av PTSD-symtom låg gruppen som helhet över det kliniska gränsvärdet på 44 poäng på PCL-C ($M = 68.85$, $SD = 11.68$). Majoriteten av patienterna 95% ($n = 39$) låg innan behandling på eller över det kliniska gränsvärdet som indikerar PTSD-diagnos och pekar mot en hög symtombelastning. Även när det gäller ångestsymtom och depressionssymtom låg gruppen som helhet högt (HSCL-ångest $M = 2.99$, $SD = 0.57$) respektive (HSCL-depression $M = 3.06$, $SD = 0.56$), vilket båda ligger över det kliniska gränsvärdet på 1.75 poäng. Innan behandling låg 98 % ($n = 40$) på eller över det kliniska gränsvärdet för ångestsymtom och motsvarande siffra för depressionssymtom var 95 % ($n = 38$).

Effekter av behandling

Ett beroende t-test visade signifikanta skillnader i skattade posttraumatiska stresssymptom mätt med PCL-C från före ($M = 68.85$, $SD = 11.68$) till efter behandling ($M = 59.46$, $SD = 15.68$), $t(40) = 5.16$, $p < 0.001$ (Tabell 3). Symtomnivån minskade på gruppnivå med totalt 9.39 poäng ($SD = 11.66$). Effektstorleken var måttligt stor, $d = 0.69$. Efter behandlingen låg dock fortfarande 80 % ($n = 33$) av patienterna över det kliniska gränsvärdet 44 poäng för posttraumatiska symptom.

Även graden av ångest- och depressionssymtom sjönk tydligt från innan till efter behandling. HSCL-25 ångest före behandling ($M = 2.99$, $SD = 0.57$) jämfört med eftermätning ($M = 2.57$, $SD = 0.66$), $t(40) = 4.81$, $p < 0.001$. HSCL-25 depression före behandling var ($M = 3.06$, $SD = 0.56$) jämfört med eftermätning ($M = 2.69$, $SD = 0.72$), $t(39) = 4.25$, $p < 0.001$.

Effektstorleken för ångestsymtom var $d = 0.69$ respektive $d = 0.59$ för depressionssymtom, vilket indikerar måttligt stor effekt. Samtidigt låg fortfarande 88% på eller över det kliniska gränsvärdet 1.75 poäng för ångestsymtom och 85% på eller över det kliniska gränsvärdet för depressionssymtom.

Tabell 3. Medelvärden, standardavvikelser och effektstorlek före respektive efter behandling.

Instrument	Förmätning		Eftermätning		Förändring		Cohen's d
	M	SD	M	SD	M	SD	
PCL-C	68.85	11.68	59.46	15.68	9.39	11.66	0.69
HSCL-25 ångest	2.99	0.57	2.57	0.66	0.42	0.56	0.69
HSCL-25 depression	3.06	0.56	2.69	0.72	0.38	0.56	0.59

$p < 0.001$

Kliniskt signifikanta förändringar på individnivå

Andelen patienter som blivit förbättrade eller återställda utgjorde den största gruppen. Nedanstående stycke innefattar både patienter som nådde upp till gränsvärdet på förmätningen och de som inte gjorde det. När det gäller posttraumatiska symptom mätt med PCL-C förbättrades totalt 53,6 % ($n = 22$) av patienterna med 44 poäng som gränsvärde (Tabell 4). För ångest- och depressionssymtom mätt med HSCL-25 var det

58,5% (n = 24) respektive 50% (n = 20) som hade en kliniskt signifikant förbättring av sina symtomnivåer. Ungefär en tredjedel till hälften av patienterna hade en icke signifikant och således oförändrad symtomnivå vad gäller både posttraumatisk stress (39,0%, n = 16) samt ångest (31,7%, n = 13) och depressiva symtom (45%, n = 18). En del av patienterna försämrades eller förvärrades under behandlingstiden och hade en kliniskt signifikant ökad symtombelastning efter avslutad behandling. För posttraumatisk stress var detta 7,3% (n = 3), för ångestsymtom 9,7% (n = 4) och för depressionssymtom 5,0% (n = 2).

I villkoret då gränsvärdet på PCL-C sattes till 44 poäng uppnådde 39 deltagare nivån för kliniskt gränsvärde för PTSD-diagnos på förmätningen. Vid eftermätningen hade antalet deltagare som uppnådde gränsvärdet sjunkit till 33. Antal deltagare var 41 stycken. Det innebär att $41 - 39 = 2$ deltagare var på icke klinisk symtomnivå innan behandlingsstart, och $41 - 33 = 8$ deltagare hade en icke klinisk symtomnivå vad gäller posttraumatiska stressymtom efter behandling. Då gränsvärdet på PCL-C sattes till 60 uppnådde 34 deltagare den kliniska nivån innan behandlingsstart, och efter behandling var samma siffra 23. Det innebär att $41 - 34 = 7$ deltagare var på den icke kliniska nivån innan behandling, och $41 - 23 = 18$ deltagare hade en icke klinisk symtomnivå efter behandling.

Tabell 4. Individuell klinisk signifikant förändring från för- till eftermätning uttryckt i procent och (antal)

Utfallskategori	PCL-C 44	PCL-C 60	HSCL-25 ångest	HSCL-25 depression
<i>Gränsvärde uppnått vid förmätning</i>	% (n)			
Återställda	17,1 (7)	24,4 (10)	12,2 (5)	12,5 (5)
Förbättrade	34,1 (14)	19,5 (8)	46,3 (19)	37,5 (15)
Oförändrade	39,0 (16)	34,1 (14)	31,7 (13)	42,5 (17)
Försämrade	4,9 (2)	4,9 (2)	7,3 (3)	2,5 (1)
<i>Gränsvärde ej uppnått vid förmätning</i>				
Förbättrade	2,4 (1)	9,8 (4)	-	-
Oförändrade	-	4,9 (2)	-	2,5 (1)
Försämrade	-	2,4 (1)	-	-
Förvärrade	2,4 (1)	-	2,4 (1)	2,5 (1)

$p < 0,05$

Diskussion

Detta arbete har utvärderat behandlingen som gavs 41 patienter mellan 2013-2016 vid Kris- och traumaenheten i Göteborg. Frågeställningarna berörde förändring gällande PTSD-, ångest- och depressionssymtom på grupp- och individnivå, samt om det gick att se en kliniskt signifikant förändring gällande dessa utfallsmått. Resultaten visade en förbättring gällande PTSD-, ångest- och depressionssymtom på grupp- och på individnivå utgjorde återställda eller förbättrade patienter den största gruppen. Vid en

jämförelse av två gränsvärden på huvudutfallsmättet PCL-C gick det att se skillnader i kliniskt signifikant utfall för studiedeltagarna.

Patienternas PTSD-symtom sjönk på gruppnivå vilket pekar mot en möjlig positiv effekt av behandlingen, vilket även skulle kunna påverka funktionsnivå i vardagen och upplevd livskvalité. Båda dessa går och rekommenderas att mäta av en del psykoterapiforskare (Öst, 2016), men data på dessa mått samlades inte in vid denna utvärdering. Vid beaktandet av det kliniska gränsvärdet på huvudutfallsmättet PCL-C så befinner sig fortsättningsvis 80 % på eller över kliniska symtomnivåer. Att en så stor del av patienterna fortfarande hade denna symtombelastning beror troligen delvis på de höga inledande symtomnivåer som många av patienterna i samplet hade. Nivån av ångestsymtom hos patienterna sjönk från i genomsnitt Även här låg majoriteten över det kliniska gränsvärdet (88% och 85% för ångest- respektive depressionssymtom).

På individnivå förbättrades drygt hälften av patienterna. Vad gäller PTSD-symtom upplevde sammanlagt 53,6% av patienterna en kliniskt signifikant förbättring på PCL-C. Det bör påpekas att detta inte är att likställa med graden av diagnosfrihet eller caseness i samplet, eftersom detta avgörs i den kliniska bedömningen av den enskilde behandlaren. Andelen oförändrade patienter var dock 39% och försämrade och förvärrade patienter var sammanlagt 7,3%.

Vid jämförelsen av de två gränsvärdena framkom att några fler patienter hamnade under gränsvärdet på förmätningen, men majoriteten var fortfarande över den kliniska nivån på symtom. Detta indikerar återigen den höga inledande nivån av symtom. Ångestsymtom hade störst andel förbättrade eller återställda, totalt 58,5 %, och för depressionssymtom var samma siffra 50,0%

I förhållande till tidigare forskning ligger dessa resultat i linje med de utfall som observerats under liknande förhållanden. Gronostaj (2016) utvärderade behandlingen som ges vid två öppenvårdsmottagningar specialiserade på personer som upplevt krig, flykt och tortyr. Nivån av symtom mättes i hans studie mättes även med PCL-C och HSCL-25. Den uppmätta effekten av behandlingen var på gruppnivå större sett till effektstorleken i Gronostajs (2016) studie. Det är svårt att spekulera i anledningar till skillnader i detta utfall och det finns många faktorer som kan påverka resultatet. En möjlig anledning är skillnader i utfall mellan mottagningarna, då hans studie inkluderade data från två mottagningar. Båda utvärderingarna hade små sample i liknande storlek (41 respektive 46 deltagare), varför det finns en källa till osäkerhet i den begränsade sampelstorleken.

I detta arbete har effekterna av behandlingen som ges vid KTM utvärderats på både grupp- och individnivå. Det var klart för mig på förhand att göra analyser på individnivå, eftersom det kan ge värdefull information om behandlingens utfall till samtliga parter i vårdkedjan. En observation som jag har gjort under arbetets gång är att det verkar finnas mycket skrivet om att använda denna metod, men färre som har gjort det för att utvärdera effekterna av terapi. I min litteratursökning hittade jag en studie (Draycott, Kirkpatrick, & Askari, 2012) som använde RCI för att utvärdera utfallet av en terapeutisk intervention med en patientgrupp. Hur kommer detta sig? Kan det vara för att den randomiserade, kontrollerade studien står så högt i kurs att en studie med utfall på individnivå blir svårare att publicera? Eller att det är svårare att få forskningsanslag till en studie med sådan design?

Det är förbryllande tycker jag, eftersom viss forskning visar fördelar med att kontinuerligt mäta utfall av psykoterapi på individnivå, såsom bättre effekt av behandling och en mindre andel försämrade patienter jämfört med treatment as usual

(Brattland et al., 2018; Boswell, Kraus, Miller, & Lambert, 2015). KTM har nyligen påbörjat ett nytt utvärderingsprojekt där de kommer att mäta symtomnivåer och upplevd livskvalité vid ett flertal gånger under behandlingens gång. Detta tycker jag är ett steg i rätt riktning mot en bättre och mer säker vård för patienterna, eftersom informationen som regelbundna mätningar ger kan ge indikation om hur behandlingen går. Det är dock svårt att uttala sig om kausalitet när det gäller försämring, eftersom patientens mående kan påverkas negativt även om terapin utförs korrekt av en kompetent behandlare (Schermuly-Haupt, Linden, & Rush, 2018). Det kan handla om viktiga händelser i patientens liv som påverkar måendet under behandlingens gång, så kallade extraterapeutiska faktorer (Lambert, 2013).

För gruppen nyanlända kan extraterapeutiska faktorer ha en stor inverkan på måendet. Pre- och postmigrationsfaktorer, vilka kan ses som extraterapeutiska faktorer, påverkar sannolikheten för att en person som upplevt krig och flykt utvecklar psykisk ohälsa och sjukdomsförlopp (Transkulturell psykiatri, 2018; José da Silva Rebelo, Fernández & Achotegui, 2018). Men det finns även forskning som visar vilka faktorer som underlättar tillfrisknande (Bäärnhielm, 2018; Chan, Young & Sharif, 2016). Ett begrepp som används i samband med detta är resiliens, vilket innebär en persons motståndskraft och förmåga till anpassning. Sådana faktorer inkluderar t.ex. sociala resurser som stöd och sammanhang, psykologiska resurser som optimism, självkänsla och acceptans samt religiösa eller andliga resurser som kan skapa mening och förståelse (Bäärnhielm, 2018).

Kan det vara så att dessa faktorer ger ett större mått av osäkerhet när det kommer till utfall av behandling? Det är ju faktorer som behandlare har begränsat inflytande över, om något alls. Det är dock bra att i åtanke när man tolkar resultaten av denna studie, som inte har beaktat dessa aspekter, och i andra sammanhang där dessa faktorer kan utöva sitt inflytande. Vad säger dessa resultat egentligen? Och vad kan finnas bakom denna nivå av symtomreduktion som vi inte ser när vi tittar på siffrorna? Jag tror det är viktigt att komma ihåg att utfallet av terapi, hur vi än väljer att mäta det, enbart är en pusselbit i den sammantagna bilden av behandlingens resultat.

Denna studie har undersökt hur två olika gränsvärden inverkar på det kliniskt signifikanta utfallet. Till en början kan sägas att denna studie inte hade icke kliniska nivåer av symtom som ett exklusionskriterium. Vid beräkning av RCI rekommenderar Öst (2016) att patienter med kliniska nivåer av symtom inkluderas, för att man ska kunna se vilka som passerar gränsvärdet gällande symtomreduktion. Men som tidigare nämnts innebär inte en skattning av symtom på klinisk nivå automatiskt att patienten uppfyller kriterierna för en diagnos, utan bedömningen görs i detta, och många andra fall, av behandlaren genom en klinisk bedömningsintervju. Därför fann jag det motiverat att inkludera även de patienter som fullgjort skattningar och hade symtom på icke klinisk nivå vid förmätningen, för att kunna fånga upp de som vid eftermätningen försämrats eller förvärrats till klinisk nivå.

En fråga som aktualiserats ett flertal gånger under studiens gång är var gränsvärdet ska ligga för respektive instrument? Jag har utgått från två studier som har undersökt PCL-Cs och HSCL-25s psykometriska kvalitéer ur olika perspektiv som bas för värden jag valt (Keen et al, 2008; Tinghög & Carstensen, 2010). Där har det framkommit att det finns olika gränsvärden för båda instrument, men framför allt för PCL-C. Det rekommenderade gränsvärdet för PCL-C varierade ganska kraftigt i Keen et al.'s (2008) genomgång vilket ledde till beslutet att undersöka två värden. Även om det finns studier som underbygger valet av gränsvärde får jag en känsla av att det ibland är

lite godtyckligt i de fall där normdata saknas och/eller om det inte finns studier på innevarande studiepopulation. Detta var fallet med PCL-C och personer som upplevt krig och flykt; jag kunde inte hitta några studier som undersökt instrumentets egenskaper i förhållande till denna grupp. Detta kan vara problematiskt om gränsvärdet dels används som in-/exklusionskriterium, men även då det används i relation till RCI för att bedöma eller kategorisera utfallet av terapin. Detta kan vara en faktor som påverkar resultatens reliabilitet, d.v.s. resultatens tillförlitlighet.

Resultaten i denna studie kan även ha påverkats av statistiska artefakter. Ett exempel på detta är regression mot medelvärdet. Med tanke på samplats i genomsnitt höga nivåer av symtom samt frånvaron av kontrollgrupp finns det en risk att en del av effekten som observerats i studien har uppstått som resultat av att genomsnittsvärdet har närmat sig ett lägre medelvärde.

Studiens begränsningar

Samplet bestod av 41 personer. När det kommer till analyser på individnivå är det egentligen inte ett problem men med mer data kan man ändå få fram tydligare och mer tillförlitliga resultat. Det var ett stort bortfall från de patienter som valde att påbörja studien jämfört med hur många som slutförde båda mätningar. Det kan vara så att de som slutförde båda mätningar på något sätt skiljer sig från den grupp som inte gjorde det. Det var många saknade värden gällande deltagarnas demografiska variabler, vilket gjorde det svårt att göra analyser av bakgrundsdata i relation till behandlingsutfall. Denna typ av metod hade kunnat ge en annan bild av gruppens mående och förändring, men när datan inspekterades bestämde jag mig för att istället satsa på analyserna på individnivå.

Går det att minska bortfallet på något vis? Jag skulle föreslå att mäta oftare, vilket gör att det inte blir lika skört om någon mätning uteblir. Fördelar med detta är att behandlaren/forskaren dessutom kan se trender under terapins gång, vilket kan informera behandlingen och den kan anpassas vid behov. Det går ytterligare att öka den praktiska tillgängligheten till att mäta: det finns t.ex. många instrument som man kan administrera digitalt. Det kan underlätta både för patient och behandlare.

KTM bedriver multidisciplinär behandling, vilket innebär att patienterna får gå i psykoterapi med en behandlare som bedömer vilken typ av terapi som lämpar sig bäst för varje patient. Patienterna erbjuds även fysioterapi och/eller psykofarmakabehandling då detta bedöms vara lämpligt. Det har med andra ord inte framgått vilken patient som har fått vilken typ av behandling, enbart hur länge behandlingen har pågått. Men även när det gäller behandlingens längd saknades uppgifter om detta för flertalet patienter. Detta kan å ena sidan ses som en brist, i och med att mycket av den forskning som jag har tagit del av inför detta arbete fokuserar på vilken typ av terapi som lämpar sig bäst för gruppen flyktingar och nyanlända (Socialstyrelsen, 2017; NICE, 2018; Patel, Williams & Kellezi, 2016; Thompson, Vidgen & Roberts, 2018; Nosé et al., 2017). Å andra sidan finns det vissa forskare som hävdar att valet av metod inte har så stor inverkan på utfallet av psykoterapi som många tror, utan att terapeut- patient- och extraterapeutiska variabler till större del påverkar resultatet av terapin (Wampold & Imel, 2015).

Denna studie saknar även en kontrollgrupp. Fördelarna med att ha en forskningsdesign som inkluderar kontrollgrupp är att man med större säkerhet kan uttala sig om kausalitet. I detta fall hade det t.ex. varit intressant att jämföra olika metoder med varandra kontra de som står på väntelista, eller de patienter som enbart får terapi i

jämförelse med de som får både terapi och fysioterapi och/eller medicinering. Det går utifrån denna studie inte heller att uttala sig om behandlingsresultaten upprätthålls över tid då det saknades data från uppföljande mätningar.

Sammanfattning av studiens resultat

Sammantaget visar studien att den behandling som Kris- och traumamottagningen bedriver kan ha en positiv effekt på deras patienters PTSD- ångest och depressionssymtom. Resultaten gäller både på grupp- och individnivå, där över hälften av patienterna kan räknas som förbättrade eller återställda vid behandlingens avslut. Samtidigt var det många som fortfarande hade kliniska symtomnivåer. Det är oklart i vilken utsträckning dessa resultat motsvarar utfallet för andra patienter på mottagningen eller för andra liknande mottagningar, men resultaten går dock i linje med tidigare liknande utvärderingar. Andelen försämrade och oförändrade patienter motsvarar vad flera andra studier rörande olika psykoterapeutiska metoder påvisat (Lambert, 2013).

Referenser

- American Psychiatric Association, (2013). *Mini D-5 diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Uppsala: Pilgrim Press.
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Blevins, Weathers, Davis, Witte, & Domino. (2015). The posttraumatic stress disorder checklist for dsm-5 (pcl-5): development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489–498. doi: 10.1002/jts.22059
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health & Human Rights*, 15. doi:10.1186/s12914-015-0064-9
- Boswell, J. F., Kraus, D. R., Miller, S. D. & Lambert, M. J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6-19, doi: 10.1080/10503307.2013.817696.
- Borg, E. & Westerlund, J. (2012). *Statistik för beteendevetare*. Solna: Liber AB.
- Brattland, H., Koksvik, J. M., Burkeland, O., Gråwe, R. W., Klöckner, C., Linaker, O. M., ... Iversen, V. C. (2018). The effects of routine outcome monitoring (rom) on therapy outcomes in the course of an implementation process: a randomized clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 641-652. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000286>
- Bäärnhielm, S. (Red.). (2018). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Chan, K. J., Young, M. Y., Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: a review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57, 291-299. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000065>
- Cumming, G. (2011). *Understanding the new statistics: effect sizes, confidence*

- intervals, and meta-analysis*. Hämtad från:
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/gu/detail.action?docID=957018>
- Draycott, S., Kirkpatrick, T., & Askari, R. (2012). An idiographic examination of patient progress in the treatment of dangerous and severe personality disorder: a reliable change index approach. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23, 108-124, doi: 10.1080/14789949.2010.481720.
- Gronostaj, P., (2016). *En effektivitetsstudie om multidisciplinär behandling på specialistkliniker för traumatiserade flyktingar*. Stockholms universitet: psykologiska institutionen, Stockholm. DiVA, id: [diva2:1071450](https://diva2.org/1071450)
- Hollander, A.-C., (2018). Psykisk hälsa hos utrikesfödda i Sverige – epidemiologiska aspekter. I S. Bäärnhielm (Red.), *Transkulturell psykiatri* (ss. 136-146). Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Hollander, A.-C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B. & Dalman, C (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352. doi: 10.1136/bmj.i1030
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), (u.å.). *posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines methodology and recommendations*. IL, USA: International Society for Traumatic Stress Studies.
- José da Silva Rebelo, M., Fernández, M & Achotegui, J. (2018). Mistrust, anger, and hostility in refugees, asylum seekers, and immigrants: a systematic review. *Canadian Psychology* 59, 239–251. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000131>
- Keen, S. M., Kutter, C. J., Niles, B. L. & Krinsley, K. E. (2008). Psychometric properties of PTSD Checklist in sample of male veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45, 465–474. doi: 10.1682/JRRD.2007.09.0138
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4, 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00863.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 169-218). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M., (2014). Using clinical significance in psychotherapy outcome research. History, current applications and future recommendations. In S. Knox & W. Lutz (Ed.) *Quantitative and Qualitative Methods in Psychotherapy Research*, 149-158. London: Routledge.
- Migrationsinfo.se. (2019). *Asylsökande i Sverige*. Hämtad 2019-02-13, från <http://www.migrationsinfo.se/migration/sverige/asylsokande-i-sverige/>.
- Migrationsverket. (2019). *Hälso- och sjukvård för asylsökande*. Hämtad 2019-05-10, från <https://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Medan-du-vantar/Halso--och-sjukvard.html>
- Migrationsverket. (2018). *Sveriges flyktingkvot 2018*. Norrköping: Migrationsverket.
- McFarlane, C. A. & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: A 30-year review. *Transcultural Psychiatry*, 49, 539–567. doi: 10.1177/1363461512447608
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. London: NICE.

- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D. & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399–417. doi: 10.1016/j.cpr.2010.10.004
- Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., ... Barbui, C., (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12. doi:10.1371/journal.pone.0171030
- Patel, N., Williams, A. C. de C. & Kellezi, B (2016). Reviewing outcomes of psychological interventions with torture survivors: Conceptual, methodological and ethical issues. *Torture*, 26, 2-16.
- Pérez-Sales, P., (2017). Editorial: Psychotherapy for torture survivors – Suggested pathways for research. *Torture*, 27, 1-12.
- Schermuly-Haupt, M. L., Linden, M., & Rush, A. J. (2018). unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 219-229. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Socialstyrelsen. (2015). *Psykisk ohälsa hos nyanlända och migranter – Ett kunskapsunderlag för primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända – slutrapport oktober 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveriges television. (2015). *Svårt att få vård för traumatiserade flyktingar*. Hämtad 2019-05-10, från <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/experterna-varnar-flyktingar-riskerar-att-inte-fa-var-d>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2019). *Psykologiska behandlingar vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos flyktingar och asylsökande*. Hämtad 2019-05-27 från https://www.sbu.se/contentassets/5ee6541940fc41c5948b6d38bb24a05e/psykologiska-behandlingar-ptsd-flyktingar-asylsokande_2019.pdf
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A., & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., A., Lundin & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*, 7. doi:10.1136/bmjopen-2017-018899
- Tinghög, P. & Carstensen, J. (2010). Cross-Cultural Equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) Wellbeing Index: Findings From a Population-Based Survey of Immigrants and Non-Immigrants in Sweden. *Community Mental Health Journal* 46, 65–76. doi: 10.1007/s10597-009-9227-2
- Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 66-79.
- UNHCR, (2018). *Global Trends – Forced displacement in 2017*. Geneva: UNHCR.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work* (Second edition). New York: Routledge.
- Öst, L-G., (2016). *Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier*. Stockholm: Natur och Kultur.