Behandling af PTSD hos veteraner

Anbefalinger for fremtidig planlægning

Behandling af PTSD hos veteraner - Anbefalinger for fremtidig planlægning

Sundhedsstyrelsen
Sundhedsplanlægning
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: http://www.sst.dk

Kategori:
Emneord: Psykiatri, ptsd, militær, soldater, veteraner
Sprog: Dansk

Version: 1.0 Høringsudkast
Versionsdato: 8. juli 2010
Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-105-7

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, juli 2010

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Rapport om behandling af veteraner med PTSD 1

1 Indledning, baggrund og kommissorium 1

1.1 Indledning 1

1.2 Kommissorium 1

1.3 Arbejdsgruppens sammensætning 2

1.4 Arbejdsgruppens arbejde 3

2 Patientgruppens størrelse og karakteristika, herunder sværhedsgrader og komorbiditet 4

2.1 Hvad er PTSD 4

2.2 Forekomst blandt militært personale 5
2.2.1 Udenlandske undersøgelser 5
2.2.2 Danske forhold 6

3 De nuværende tilbud – forebyggelse, undersøgelse og behandling 8

3.1 Forsvarets tilbud 8
3.1.1 Før og under mission 8
3.1.2 Efter hjemkomst 9

3.2 Behandlingsmuligheder via forsvaret 9
3.2.1 Institut for Militærpsykologi 9
3.2.2 Krise- og katastrofepsykiatrisk Center 11

3.3 Sundhedsvæsenets tilbud 11

3.4 De regionale tilbud 13

3.5 Højt specialiserede tilbud i København 13

3.6 De kommunale tilbud 13

4 Behandlingsmuligheder 15

4.1 NICE rapport om PTSD 15

4.2 Referenceprogram for angstlidelser hos voksne 15

4.3 Region Syddanmarks MTV om behandling og rehabilitering af PTSD 16

4.4 Elementer i et specialiseret behandlingstilbud i sygehusvæsenet til veteraner med svære og/eller komplicerede tilstand med PTSD 16

5 Forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling 19
5.1.1 Selvmordsundersøgelse på veteranområdet 19
5.1.2 Usper - projektet 19
5.1.3 Opfølgningsundersøgelsen 19
5.1.4 Danske hjemvendte soldater 19

5.2 Behov for mere viden 20

5.3 Uddannelse af personale 20

5.4 Information og oplysning 20

6 Arbejdsgruppens konklusioner og anbefalinger 22

6.1 Forekomst 22

6.2 Tilrettelæggelse af udredning og behandling 22

7 Referenceliste 25

Bilag 1 Sundhedsvæsenets tilbud 26

Region Hovedstaden 26

Region Sjælland 26

Region Syddanmark 26

Region Midtjylland 27

Region Nordjylland 28

Bilag 2 Støtte til og anerkendelse af udsendte, pårørende og tidligere udsendte soldater 30

Tiltag over for den udsendte 30

Tiltag over for den udsendtes pårørende 31

Økonomisk tryghed 32

Markering og anerkendelse af indsatsen 33

Koordination af indsatsen 33

Bilag 3 Forskning og dokumentation 35

NICE nr. 26: Post-traumatic stress disorder 35

Referenceprogram for angstlidelser hos voksne 36

Region Syddanmarks implementering af MTV om behandling og rehabilitering af PTSD 37

Videnskabelige undersøgelser på veteranområdet 39

Selvmordsundersøgelse 39

Usper 40

Opfølgningsundersøgelsen 41

Danske hjemvendte soldater 41

1 Indledning, baggrund og kommissorium

1.1 Indledning

Sundhedsstyrelsen blev sommeren 2009 via Forsvarsministeriet og Sundhedsministeriet gjort opmærksom på, at tidligere og nuværende militært personale oplevede vanskeligheder med at blive modtaget og behandlet i psykiatrien bl.a. ved de psykiatriske akutmodtagelser når de henvendte sig med psykiske problemer opstået i relation til traumatiske oplevelser og belastninger som led i deres tjeneste.

På denne baggrund sendte Sundhedsstyrelsen brev til regionerne, hvori regionerne blev anmodet om at sikre, at man i den regionale psykiatri og i praksissektoren var vidende om, at personer der henvender sig med psykiske problemstillinger relateret til militærtjeneste, skal modtages, vurderes og behandles på linje med andre patienter, der henvender sig med psykiatriske problemstillinger, herunder at man sikrer relevant opfølgning. Den konkrete psykiatriske indsats afgøres af den enkelte patients sygdoms- og funktionsgrad samt af diagnosticerings- og behandlingsbehovet. Militærpersonale kan som alle øvrige borgere henvises til eksempelvis praktiserende læge, eller praktiserende speciallæge hvis sygdoms- og funktionsgraden tilsiger det, og praktiserende læge, vagthavende læge eller praktiserende speciallæge kan henvise til psykiatrien ved mistanke om psykiatrisk lidelse.

Efterfølgende udsendte Sundhedsstyrelsen et lignende brev til kommunerne med henblik på at øge opmærksomheden om patientgruppen i forbindelse med den kommunale indsats bl.a. ved jobcentre mv. Sundhedsstyrelsen oplyste kommunerne om, at der en risiko for, at helt nødvendig observation, udredning, behandling og opfølgning ikke bliver gennemført, da mange militærpersoner kan have modstand og skepsis for at henvende sig til behandlingssystemet. Samtidig skrev Sundhedsstyrelsen, at det måtte antages, at de tidligere soldater, der tilhører målgruppen, i et vist omfang har kontakt til kommunen – typisk en sagsbehandler eller jobcenteret. Det vil derfor være relevant, at kommunerne får øget opmærksomhed på målgruppen, så kommunen kan rådgive om relevante tilbud i forsvaret og i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen konstaterede i øvrigt, at det drejer sig om en relativ ny patientgruppe, hvor der formentlig kunne være behov for et specialiseret tilbud med specifik viden om patientgruppens særlige problematik. Styrelsen drøftede dette på møde med psykiatriforvaltningerne i Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland. Der var her enighed om, at der var behov for nedsættelse af en arbejdsgruppe med henblik på at få belyst sagen.

1.2 Kommissorium

Baggrund

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse modtog i sommeren 2009 en henvendelse fra Forsvarsministeriet om, at tidligere og nuværende militært personale oplevede vanskeligheder med at blive modtaget og behandlet i psykiatrien.
Sundhedsstyrelsen deltog i et møde mellem de to ministerier, hvor der enighed om, at nuværende og tidligere militært personale skal undersøges og behandles som alle andre patienter med psykisk sygdom, og de kan ikke afvises på baggrund af deres

profession. Forsvaret informerede endvidere om egne initiativer og tilbud til soldater med psykiske problemer og de etablerede forebyggende initiativer.

Sundhedsstyrelsen har vurderet, at der kan være behov for et målrettet specialiseret tilbud til militært personale med psykiske lidelser herunder PTSD, udover det nuværende tilbud på Rigshospitalet. Sundhedsstyrelsens foreløbige vurdering er, at behovet typisk vil omfatte sværere tilfælde og tilfælde med anden psykisk komorbiditet, og at der formentlig kan være behov for maksimalt tre specialiserede centre.

Arbejdsgruppens kommissorium
I forbindelse med, at Sundhedsstyrelsen er blevet gjort opmærksom på behovet for et mere tilgængeligt og specialiseret tilbud til patienter med PTSD, nedsættes en arbejdsgruppe, som har til opgave at vurdere og beskrive et tilbud til patienter med PTSD. Arbejdsgruppens opgaver omfatter at vurdere og beskrive følgende:

1. Patientgruppens størrelse og karakteristika, herunder sværhedsgrader og komorbiditet mv.

2. De nuværende tilbud vedr. forebyggelse, undersøgelse og behandling i de involverede sektorer

3. Forebyggelses- og behandlingsmuligheder

4. Behovet for specialiseret kapacitet til undersøgelse og behandling i sygehusvæsenet, herunder bl.a.
   - Opgavefordeling i forhold til forsvarets egne tilbud
   - Samarbejde med forsvaret

5. Behovet for dokumentation og forskning

6. Behovet for information og oplysningsindsats, herunder i samarbejde med kommunerne

7. Ressourcemæssige overvejelser

1.3 Arbejdsgruppens sammensætning

- Marianne Jespersen, overlæge, Sundhedsstyrelsen (formand)
- Susanne Beck Petersen, Specialkonsulent, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- Søren Worm-Petersen, stabslæge, Forsvarsministeriet
- John Boye Rasmussen, orlogskaptajn, Forsvarsministeriet
- Sten Kruse-Blinkenberg, psykolog, Forsvarsministeriet
- Mikkel Lambach, chefrådgiver, Danske Regioner
- Anders Fink-Jensen, klinikchef, Region Hovedstaden
- Henrik Steen Andersen, overlæge, Region Hovedstaden
- Birgit Kijne, overlæge, Region Sjælland
- Søren Bredkjær, vicedirektør, Region Sjælland
- Ole Ryttov, sygeplejefaglig direktør, Region Syddanmark
- Thorkil Sørensen, ledende overlæge, Region Syddanmark
- Annemarie Graae Gottlieb, centerchef, Region Midtjylland
- Annette Bang Andersen, kontorchef, Region Midtjylland
- Thorkil Nielsen, ledende overlæge, Region Nordjylland

- Susanne Jensen, kontorchef, Region Nordjylland
- Ida Hageman, overlæge, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Anne Lindhardt, centerchef, Sundhedsstyrelsens sagkyndige i psykiatri
- Sille Arildsen, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Niels Moth Christiansen, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen

Arbejdsgruppen supplerede sig fra det fjerde møde med en repræsentant fra Socialministeriet (specialkonsulent Lene Brøcker og specialkonsulent Bjørn West).

1.4 Arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppen har over en periode på et halv år afholdt fire møder og drøftet diagnostik og behandlingstilbud til veteraner med PTSD, herunder drøftet behovet for oprettelse af specialiserede tilbud. Arbejdsgruppen har endvidere afklaret og beskrevet regionernes og forsvarets egne tilbud og opgavedelingen, og de muligheder det giver for fremtidig planlægning af indsatser på området.

Udgangspunktet for arbejdet har været, at sundhedsvæsenets tilbud om behandling til mennesker med psykiske problemstillinger også omfatter tidligere og nuværende soldater, og patienter skal behandles svarende til de pågældende patienters behov for diagnostik og behandling med udgangspunkt i sygdoms- og funktionsgrad. Arbejdsgruppen har lagt vægt på, at patienter, der har PTSD skal have kvalificeret udredning og behandling, under hensyn til effektiv ressourceudnyttelse og tankegangen om ”øvelse gør mester”.

Dokumentation
Dokumentation for betydningen af forskellige organisatoriske løsninger vedr. behandling af veteraner med PTSD er sparsom. Samtidig er det svært at overføre erfaringer fra udlandet bl.a. på grund af geografiske, demografiske og organisatoriske forskelle. Enkelte danske undersøgelser, referenceprogram og MTV-undersøgelser med fokus på danske forhold har været studeret og er inddraget i arbejdsgruppens vurderinger og anbefalinger.

Arbejdsgruppen har grundigt drøftet muligheden for at kvalificere tallene for forekomst i Danmark ud fra forskellige registre mv., men har konkluderet, at der sandsynligvis ikke kunne uddrages de relevante tal heraf, hvorfor arbejdsgruppen har afstået fra det. Arbejdsgruppen konstaterer i øvrigt at der er iværksat en undersøgelse i regi af Socialforskningsinstituttet, som eventuelt vil kunne bidrage med tal for forekomsten (se bilag 3).

Formuleringen af anbefalinger i rapporten er således i vid udstrækning baseret på arbejdsgruppens sundhedsfaglige og organisatoriske vurderinger med udgangspunkt i danske forhold.

2 Patientgruppens størrelse og karakteristika, herunder sværhedsgrader og komorbiditet

2.1 Hvad er PTSD

Posttraumatisk belastningsreaktion benævnt PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) er en psykisk sygdom, som kan opstå, typisk mellem én til seks måneder efter svære traumatiske begivenheder, i sjældnere tilfælde senere. Personer som har været involveret i voldsomme hændelser kan få efterreaktioner, som i nogle tilfælde kan udvikle sig til behandlingskrævende senfølger i form af posttraumatisk belastningsreaktion, depression, angstlidelser m.v. Det er ikke alle mennesker, der udvikler PTSD efter eksponering for en traumatiserende hændelse, og udviklingen af PTSD afhænger formodentligt af flere faktorer ud over hændelsen i sig selv. Karakteren, omfanget og varigheden af belastningen har betydning. Derudover kan det være faktorer som bl.a. generelle biopsykosociale ressourcer, relationelt tilknytningsmønster- og kvalitet og robustheden i evne til affektregulering (jf. afsnit 4.4).

Symptomerne på PTSD ses som en forsinket eller forlænget reaktion ved genoplevelse af traumet i form af påtrængende, svært kontrollerbare følelser, tanker og minder, tilbagevendende genoplevelse af traumet i ”flashbacks”, mareridt og andre søvnforstyrrelse, hukommelsesforstyrrelser og koncentrationsbesvær, øget træthed og irritabilitet, angst, undvigeadfærd, smerter, hovedpine, manglende appetit, og anspændthed. PTSD klassificeres i WHO’s ICD-10 klassifikationssystem under hovedkategorien ”F40-49. Angst- og tvangslidelser samt psykisk betingede legemlige symptomer og belastnings- og tilpasningsreaktioner”. Lignende kriterier findes i det amerikanske klassifikationssystem DSM IV, der accepterer en længere latenstid.

Foruden veteraner udsendt til væbnede konflikter er følgende personer i særlig risiko for at udvikle PTSD:

- Ofre for voldelig kriminalitet fx fysisk og psykisk overfald/overgreb, seksuelt misbrug, optøjer, uroligheder og bombesprængninger.
- Ofre for krig, tortur eller terrorisme samt flygtninge.
- Overlevende fra alvorligere ulykker og katastrofer.
- Hjælpere ved katastrofer, redningsfolk, politi, sygehuspersonale.

Udvikling af senfølger efter en traumatisk begivenhed påkalder sig stor offentlig interesse, dels på grund af den hyppige forekomst i visse grupper når tilstanden identificeres, og dels på grund af de ofte dramatiske og tragiske hændelser der går forud, som fanger opmærksomhed og medfølelse. Der er en almen opfattelse af, at PTSD eller andre senfølger, som angsttilstande og depressive tilstande vil kunne forebygges ved en meget tidlig intervention under eller umiddelbart efter et traumatisk hændelsesforløb, men det er ikke dokumenteret, at en umiddelbar kriseterapi har en sådan forebyggende effekt.

Der er evidens for, at personer der har været udsat for en traumatiserende hændelse og som viser symptomer på PTSD, risikerer at udvikle kronisk PTSD ved mangel på effektiv behandling. En tilstand med PTSD der har varet et år eller længere, defineres ofte i forskning som kronisk PTSD. For de fleste, der pådrager sig PTSD, klinger den af over tid, men for mere end en tredjedel bliver tilstanden kronisk. For

ubehandlede tilfælde af PTSD er prognosen for helbredelse generelt anset for dårlig, hvis personen til stadighed opfylder PTSD kriterierne efter 1 eller 2 år. En mindre del af patienterne udvikler over år en blivende personlighedsforandring bl.a. medførende sociale problemer og isolation.

2.2 Forekomst blandt militært personale

Der foreligger ikke sikre tal for, hvor mange danske veteraner og soldater, der har behandlingskrævende psykiske lidelser. Antallet kan dog søges estimeret ud fra udenlandske undersøgelser og de kendte forhold i Danmark.

Ved en veteran forstås en person, der – som enkeltperson eller i en enhed – har været udsendt i mindst én international operation. Personen kan fortsat være ansat i forsvaret, men kan også være afgået fra organisationen og overgået til det civile uddannelsessystem, arbejdsmarked eller andet.

En række forhold gør det dog umiddelbart vanskeligt at sammenligne data fra udenlandske undersøgelser med situationen i Danmark. Hovedparten af danske veteraner med potentielle psykiske lidelser grupperer sig i 3 kategorier:

1. Veteraner fra ex-Jugoslavien (i tidsperioden 1992-aktuelt). Indsatsen var fredsbevarende og rummede meget vekslende grader af belastning, afhængigt af tidspunktet og stedet for udstationering. Visse hold har – trods den fredsbevarende mission – været udsat for direkte konfrontationer med især serbiske tropper. I forbindelse med indsatsen på Balkan er 12 soldater døde og 37 soldater er blevet såret.
2. Veteraner fra Irak-krigen (i tidsperioden 2003-2008). Indsatsen var præget af konfrontationer med oprørsgrupper og angreb på danske styrker. Under indsatsen i Irak er 9 soldater døde og 19 soldater sårede.
3. Veteraner fra Afghanistan (i tidsperioden 2002-aktuelt). Indsatsen har i stigende grad, og langt mere end tidligere danske missioner, været præget af hyppige konfrontationer med oprørsstyrker. Det har afspejlet sig i et væsentlig større antal faldne og sårede soldater (33 døde - og 125 sårede soldater pr. 13. juni 2010).

2.2.1 Udenlandske undersøgelser

Belastningen i forbindelse med tjenesten har været meget vekslende og forskellig. Udenlandske undersøgelser af veteraner er overvejende baseret på krigsførende tropper, hvor særligt amerikanske og engelske undersøgelser har været af videnskabelig god kvalitet. Der er en betydelig variation i frekvensen af psykiske lidelser fra undersøgelse til undersøgelse – bl.a. afhængig af design, undersøgelsesmetoder og tid fra eksponering til undersøgelse – og ikke mindst hvilken krig undersøgelsen har drejet sig om.

Prævalensen af PTSD blandt militære veteraner i udenlandske undersøgelser de seneste 30-40 år er fundet til at være mellem 10 og 30 % (Dohrenwend et al. 2006; Hotopf et al. 2006; Hoge et al., 2008; Stretch et al., 1996). Totalprævalensen af psykisk sygdom er højere, men her vil koblingen til den militære tjeneste være mere tvivlsom. Det er et generelt fund, at prævalensen angives noget højere i amerikanske studier i forhold til engelske. I en nylig, stor undersøgelse af amerikanske soldater med tjeneste i Irak og Afghanistan fandt man en incidens af nyopstået PTSD på omkring 8 % af soldater med direkte kamperfaring overfor 1,5-2 % blandt soldater udsendt i samme områder, men uden kamperfaring (Smith et al., 2008).

I efterundersøgelser af veteraner fra fredsbevarende missioner er typisk fundet total prævalens af psykisk sygdom på 10-20 %, mens prævalensen af PTSD har været omkring 5 % (Ikin et al., 2004). Også her er der stor forskel på hvilke missioner veteranerne har været udsendt til, ligesom der er forskel i antallet af missioner hos den enkelte, forskel i rekruttering af personale, træning og ansættelsesforhold.

2.2.2 Danske forhold

Det er forbundet med vanskeligheder at overføre de udenlandske fund direkte til danske forhold. Eksempelvis adskiller rekrutteringen af soldater i Danmark sig fra de fleste andre. I Danmark har forholdene omkring værnepligt og grunduddannelse af soldater ændret sig siden begyndelsen af 1990'erne, hvilket også kan have betydning for forskelle i mønster og frekvens af efterreaktioner hos soldaterne i Danmark i forhold til andre lande, bl.a. gælder, at de mennesker der har været gennem session og værnepligt som udgangspunkt må antages at have et bedre helbred end gennemsnittet af befolkningen.

Der har fra Danmark siden 1992 været udstationeret mere end 26.000 personer i forskellige militære missioner. En stor del af disse har været i fredsbevarende mission, mens operationerne de senere år har været i missioner med hyppige væbnede konfrontationer. Med den betydelige usikkerhed der ligger i at basere et tal på de udenlandske undersøgelser, vil man forvente med et forsigtigt estimat en prævalens af PTSD på 5-10 % svarende til ca.1.300-2.600 personer i alt, hvoraf en del har været udsendt på fredsbevarende mission og derfor sandsynligvis vil have en lavere forekomst og/eller PTSD i mild grad, som ikke vil være behandlingskrævende i sygehusvæsenet.

Sværhedsgraden af PTSD i gruppen kan være meget vekslende, ligesom både behandling og spontant forløb kan føre til remission. Det aktuelle antal veteraner med svær og behandlingskrævende PTSD må derfor antages at være væsentligt lavere end ovenstående estimat. De senere års missioner har medført, at flere danske soldater har været involveret i egentlige kampe, hvilket sandsynligvis har været mere belastende og der må derfor forventes stigende incidens af psykisk sygdom og dermed også en øget prævalens over tid. Dette understøttes af tal fra Institut for Militærpsykologi (IMP), der viser et stigende antal soldater, der scorer over cut off-værdien på spørgeskemaer for psykiske efter-reaktioner 6 måneder efter missionen.

I Danmark har der igennem den senere årrække været fokus på, at sikre, at det er anerkendt for soldaterne at henvende sig med reaktioner efter udsendelse. Derudover giver forsvaret de udsendte soldater fra Afghanistan, der har været mest eksponeret for kamphandlinger mulighed for tjeneste i tre måneder efter hjemkomst med henblik på at sikre den bedst mulige tilbagevenden til det civile samfund. Forsvarsministeriet har fokus på udsendte soldater samt deres pårørende både før under og efter udsendelse, med forskellige støttende og anerkendende tiltag (se bilag 2).

IMP har de seneste år oplevet en stigning i henvendelser fra tidligere udsendte soldater samtidig med, at kontakten til soldaten nu sker tidligere i forløbet. I 2009 blev der oprettet omkring 700 nye sager med relation til udsendelse efter en faglig visitation af henvendelserne. Dette inkluderer registrering af veteraner og/eller pårørende med behov for mindst én samtale med forsvarets psykologer eller forsvarets netværkspsykologer. Af disse 700 vurderes ca. 10 % (70 personer) at have yderligere behov for vurdering og evt. behandling ikke nødvendigvis eller på grund af PTSD. En stor del af disse henvises til netværkspsykologer med aftale

med forsvaret, mens andre med behov for psykiatrisk vurdering henvises til Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København, Krise- og Katastrofepsykiatrisk Center (KKC), i 2009 drejede det sig om ca. 50 veteraner. Resten søges henvist til lokal psykiatrisk vurdering og behandling – oftest på grund af geografisk afstand til KKC.

Det vides fra undersøgelser af civile traumeofre (Weisaeth L., 1984), at det ofte er personer med de sværeste PTSD-symptomer, som er vanskeligst at få til at medvirke til undersøgelser.
Et antal veteraner med missionsrelaterede psykiske lidelser er sandsynligvis kendt i det primære sundhedsvæsen eller det sociale system uden at være henvist videre til psykiatrisk behandling eller til de mere specialiserede behandlingstilbud. Tilsvarende kan forventes, at nogle veteraner behandles og indlægges på psykiatriske afdelinger landet over, uden at de henvises til de mere centraliserede behandlingstilbud som KKC og IMP.

Antallet af veteraner med et psykiatrisk behandlingsbehov er sandsynligvis større end dette kendte og registrerede antal. Det må antages, at der er et vist antal personer, ukendte i det behandlingsmæssige og/eller sociale system som enten ikke ønsker kontakt til sygehusvæsenet eller forsvarets tilbud, eller alene er i kontakt med egen praktiserende læge. Et forsigtigt skøn er, at tallet ligger mellem en 1/3 og 1/4 flere end henvendelserne til IMP i 2009 svarende til at der er i alt 100 nye tilfælde i 2009. Arbejdsgruppen vurderer, at det vil, bl.a. på grund af den psykiatriske lidelses karakter, være vanskeligt at opspore og behandle alle med behov herfor, men det er afgørende, at kommuner og praktiserende læger er opmærksomme på denne gruppe mulige patienter.

Hærens Konstabel- og Korporalforening (HKKF) er en af flere faglige organisationer hvor soldater er organiseret. HKKF har ved kontakt til medlemmer af fagforeningen, identificeret et antal veteraner, som formentlig har psykiske og sociale problemer. HKKF har vurderet en stigning i antallet af veteraner med psykiske og sociale problemer fra 86 i 2006 til 300 i 2009, det er dog ikke klart i hvilket omfang disse personer lider af egentlige psykiske lidelser med et behandlingsbehov eller er belastede af sociale problemstillinger.

3 De nuværende tilbud – forebyggelse, undersøgelse og behandling

3.1 Forsvarets tilbud

Veteraner med behov for behandling af psykiske lidelser kan benytte sig af samme tilbud som alle andre af landets borgere. Herudover har veteraner enkelte tilbud, som kun gælder denne gruppe. Ved manifeste psykiske lidelser er der en række muligheder for identifikation og henvisning/behandling af disse. Mulighederne varierer, alt efter tidspunkt for debut af den psykiatriske lidelse samt dennes sværhedsgrad.

De to tilbud i forsvarets regi, Krise- og katastrofepsykiatrisk Center (KKC) og Institut for Militærpsykologi (IMP) er beliggende i Region Hovedstaden. KKC er organisatorisk en del af psykiatrien i Region Hovedstaden. Forsvaret har indgået en specialaftale med Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København (Rigshospitalet) om levering af ydelser fra KKC, og denne del af KKC's tilbud til militært personale er derfor på nuværende tidspunkt finansieret af forsvaret.

3.1.1 Før og under mission

Soldater gennemgår en såkaldt missionsforberedende uddannelse. Træningen under uddannelsen er en væsentlig forudsætning for, at soldaten kan reagere hensigtsmæssigt på uvante situationer. Én af forberedelserne er orientering om reaktioner ved psykiske belastninger herunder "hjælp til selvhjælp" samt kammeratstøtte. Orienteringerne forestås af forsvarets socialrådgivere. Chefer og førere uddannes ved forsvarets psykologer i forebyggelse og håndtering af belastende hændelser.

Allerede inden en soldat udsendes, udpeges der en kontaktofficer ved soldatens tjenestested. Kontaktofficeren er bindeled mellem soldaten og dennes pårørende både før, under og efter udsendelsen – også ved tilskadekomst og dødsfald. Kontaktofficeren er typisk de pårørendes indgangsvinkel til resten af forsvarets støttetilbud og kan kontaktes døgnet rundt. Kontaktofficeren arrangerer bl.a. pårørendearrangementer før, under og efter udsendelsen.

Enkelte militære personer manifesterer allerede under en militær mission tegn på psykisk sygdom, og vil i så fald ofte blive vurderet og behandlet under selve missionen. Ved behov vil pågældende blive repatrieret inden ellers planlagt hjemsendelse til Danmark. Normalt vil disse umiddelbart efter ankomst til Danmark blive henvist til behandling i det almene psykiatriske behandlingssystem eller til enten KKC eller IMP.
Sårede soldater vil ofte blive hjemsendt til videre behandling af deres somatiske lidelser i Danmark. Behandlingen initieres normalt på Rigshospitalet. Ved behov for psykiatrisk vurdering foretages psykiatrisk tilsyn fra det tilhørende psykiatriske center. Ved behov for kriseterapi varetages denne af Rigshospitalets Krisepsykologiske Enhed, så længe vedkommende er indlagt på Rigshospitalet. Efter udskrivelse derfra sker videre visitation eller behandling som beskrevet nedenfor.

3.1.2 Efter hjemkomst

Ved identifikation af eller mistanke om psykisk lidelse umiddelbart efter planlagt hjemkomst vil der ofte af IMP blive tilbudt vurdering og behandling, som ved behov viderevisiterer til KKC eller det almene psykiatriske behandlingssystem. Gennem de senere år har fagforeningen Hærens Korporal og Konstabel Forening (HKKF), været i kontakt med et større antal både aktuelle og tidligere medlemmer af HKKF. Der er i den forbindelse ansat konsulenter, som opsøger medlemmerne, ligesom der er oprettet en telefonkonsultation, ”Livlinien”, som giver mulighed for anonym støtte og rådgivning. HKKF formidler ved behov, og med medlemmernes accept, kontakt til enten de regionale almene tilbud eller forsvarets særlige tilbud til tidligere udsendte soldater, dvs. KKC eller IMP.
Henvisning til de ovenstående tilbud kan ske via egen læge, eller efter akut eller elektiv kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Specialtilbuddene KKC og IMP konsulteres i et beskedent omfang af det almene psykiatriske behandlingssystem mhp. rådgivning om fortsat behandling i dette system. Derfor har Sundhedsstyrelsen med breve i sommeren 2009 henledt regioner og kommuners opmærksomhed på denne mulighed.

3.2 Behandlingsmuligheder via forsvaret

I det almene behandlingssystem vil der være samme tilbud som til andre borgere i landet. Ved behov for en (højt) specialiseret indsats overfor en bestemt lidelse eller problemstilling kan veteranen henvises dertil efter vanlige procedurer. Der kan ofte været problemer med at sondre mellem lidelser, der er opstået som en direkte følge af tjenesten, lidelser som er præcipiteret af tjenesten og lidelser som er uafhængige af tjenesten. Principielt kan kun lidelser, hvor sammenhængen mellem tjenestens belastning og lidelsens opståen er relativt klar og hvor behovet relevant kan dækkes, blive behandlet i regi af Institut for Militærpsykolog (IMP) og Krise- og katastrofepsykiatrisk Center (KKC).

I praksis er en sådan klar sondring dog ofte vanskelig. Jævnligt vil man lade tvivlen komme den tidligere udsendte soldat til gode og tilbyde behandling i forsvarets regi i tvivlstilfælde. Ved uklare tilstande og komorbiditet vil der generelt være behov for, at psykiatrien i det regionale sundhedsvæsen inddrages.
Der har været flere enkeltsager, hvor tidligere udsendte soldater har udtrykt frustration over, at der har manglet viden om tjenestens implikationer og de af tjenesten forårsagede lidelser i det almene behandlingssystem og i det sociale system.

Behandlingsmulighederne i IMP og KKC samt det almene behandlingssystem er beskrevet mere udførligt i de følgende afsnit.

3.2.1 Institut for Militærpsykologi

IMP er forsvarets faglige myndighed for militærpsykologi. Instituttet bistår myndigheder i forsvaret ved løsning af psykologiske opgaver og spørgsmål i relation til det enkelte individ og dets omgivelser. IMP har en række opgaver i forbindelse med bl.a. udvælgelse og uddannelses/undervisning af soldater.

Derudover har IMP et akut udrykningsberedskab, der kan aktiveres i forbindelse med håndtering af kritiske hændelser i internationale missioner.
Udrykkerberedskabet kan ligeledes anvendes i forbindelse med andre kritiske hændelser i ind- og udland, hvor forsvarets personale er involveret.

IMP yder tillige psykologisk støtte til soldater og pårørende, der får mere individuelle behov i relation til deres engagement i forsvarets internationale missioner og en soldat, der er vendt hjem fra international mission kan således til enhver tid kontakte forsvarets psykologer. Der er ingen tidsmæssig begrænsning for, hvornår en soldat efter en udsendelse kan henvende sig til IMP for at få psykologisk støtte. Hvilket vil sige, at også veteraner kan henvende sig.

IMP ser soldater med problemstillinger som fx er forårsaget af traumatiske hændelser under missionen, og soldater der har mere akkumulerede belastninger som følge af udsendelse og/eller vanskeligheder med at gentilpasse sig i Danmark efter udsendelse.

Kontakten til forsvarets psykologer foregår i første omgang telefonisk enten i almindelig arbejdstid eller i en telefontid om aftenen eller i weekenden. Forsvarets psykologer kan også kontaktes via internetrådgivning.
Efter den indledende kontakt kan soldaten blive inviteret til en visiterende samtale ved en af forsvarets psykologer. Den visiterende samtale foregår enten ved IMP i København eller ved et af de fire tjenestesteder i Aalborg, Holstebro, Slagelse og Fredericia, hvor der jævnligt foregår visitation. Eventuelle transportudgifter dækkes af forsvaret.

Ved denne visiterende samtale vil det i samarbejde med soldaten blive vurderet, hvorvidt soldatens aktuelle vanskeligheder har med hans/hendes internationale tjeneste at gøre samt, hvilken hjælp og støtte, der vil være mest hensigtsmæssig i den givne situation.

Såfremt soldatens problematik vurderes til at være relateret til udsendelsen og psykologbehandling vurderes relevant ift. soldaten, vil soldaten blive tilbudt psykologisk behandling. Soldaten kan også i relevante tilfælde i forbindelse med det udredende arbejde blive henvist til psykiatrisk vurdering på KKC. Har soldaten behov for psykiatrisk behandling, enten primært eller som supplement, kan denne påbegyndes dér og i øvrigt henvises til egen almen praktiserende læge eller psykiatrien i regionen. Ved behov for socialfaglig rådgivning og støtte kan soldaten henvises til forsvarets socialrådgivere.

Den tilbudte psykologiske behandling foregår enten ved forsvarets egne psykologer i København eller ved én af de ca. 45 privatpraktiserende psykologer (Netværkspsykologer), der er tilknyttet forsvaret og som har deres praksis spredt i landet.

Netværkspsykologerne er alle kliniske autoriserede psykologer, og har kendskab til og erfaring med psykotraumatologisk behandling og har et kendskab til forsvaret, soldaternes funktionsbetingelser og de vanskeligheder, som nogle soldater kan opleve. Netværkspsykologerne har mulighed for at trække på forsvarets psykologers ekspertise ligesom der afholdes møder med og undervisning for Netværkspsykologerne. Netværkspsykologerne indgår i et forpligtende samarbejde med forsvarets psykologer, der muliggør, at der fx bliver fulgt op på soldater, der udebliver fra behandlingen.

Såfremt en soldat bliver henvist til behandling via forsvarets psykologer, er behandlingen gratis for soldaten. En henvisning vil typisk i første omgang være begrænset til op til 10 timer. Vurderer den behandlende psykolog i samarbejde med soldaten, at der er yderligere behov vil dette kunne bevilges via IMP.

Soldatens nærmeste pårørende vil også kunne få hjælp og støtte ved IMP. Tilbuddet og praksis er den samme som for soldaterne og kan tillige tilbydes som støtte under soldatens udsendelse.

3.2.2 Krise- og katastrofepsykiatrisk Center

I relation til militært personale består tilbuddet ved KKC af et ambulatorium, som er bemandet med en deltidsansat psykiatrisk speciallæge. Der er ikke mulighed for tværfaglig behandling. Opgaverne er dels vurdering af tjenesteegnethed blandt værnepligtige, og dels vurdering og behandling af tidligere og nuværende soldater med tjenesterelaterede psykiske lidelser. Der er ingen forældelse på tiden fra tjenesten til mulighed for henvendelse med opståede psykiske problemer. Der er med årene sket et skift fra veteraner fra ex-Jugoslavien, som ofte henvendte sig/blev henvist med adskillige års latenstid fra tjeneste til henvendelse – til veteraner fra Irak og Afghanistan, som typisk henvises med kortere latenstid, tidvis få måneder.

Henvisning sker uden særlige formalia, bl.a. for at gøre henvisningsproceduren så fleksibel som mulig. En stor del henvises fra IMP, en del henvises fra HKKF, mens et mindre antal henvises fra praktiserende læger og almen psykiatriske afdelinger i hele landet. Endelig henvender få veteraner sig selv og såfremt henvendelsen er relevant modtages vedkommende.

Ventetiden på første samtale er normalt under 1 uge. En del ses kun én gang, mens der er veteraner, der har været i kontakt med KKC i næsten 10 år. Behandlingen vil normalt være en kombination af medicin og kognitiv adfærdsterapi, om end KKC's bemanding sjældent muliggør mere systematisk psykoterapi. Hovedparten af veteraner med tilknytning til KKC har PTSD, evt. med komorbide psykiske lidelser. Det skal understreges, at der i KKC principielt kun undersøges og behandles veteraner, hvor tidligere tjeneste kan antages at have forårsaget eller medvirket til opståen af psykisk lidelse.

3.3 Sundhedsvæsenets tilbud

Ansvaret for diagnostik og behandling af psykiatriske lidelser er placeret i regionerne. Behandlingen varetages på forskellige organisatoriske niveauer afhængig af sværhedsgrad og kompleksitet.

Almen praksis varetager initial undersøgelse og i nogle tilfælde også behandling af psykiatriske patienter samt henvisning af psykiatriske patienter til behandling i speciallægepraksis eller i sygehusvæsenet.
Almen praksis varetager selv et bredt spektrum af psykiske lidelser fx i nogle tilfælde let til moderat angst og depression og opfølgning af stabile patienter med sværere psykiske lidelser inden for det affektive og det psykotiske spektrum. Praktiserende speciallæger, som er meget ujævnt fordelt over landet, varetager primært moderate sygdomstilfælde hvor der ikke er behov for en bred tværfaglig eller tværsektoriel indsats.

Praktiserende læge, vagthavende læge eller praktiserende speciallæge kan henvise til psykiatrien bl.a. ved mistanke om psykiatrisk lidelse.

Patienter med behov for længerevarende forløb og med behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats varetages typisk i distriktspsykiatrien eller andre ambulante sygehusbaserede tilbud ofte i samarbejde med socialpsykiatriske tilbud.

Døgnfunktionen med akutfunktioner og indlæggelser varetages hhv. af de psykiatriske akutmodtagelser/skadestuer og de psykiatriske sengeafdelinger. Der vil typisk ved de psykiatriske akutmodtagelser være mulighed for observation i timer til et døgn. Der er ca. 38.000 akutte indlæggelser årligt svarende til knap 90 % af samtlige indlæggelser i voksenpsykiatrien.

De psykiatriske patienter henvises typisk via praktiserende læge, vagtlæge, speciallæge eller distriktspsykiatrien. Der er dog også en, del der henvender sig efter råd fra kommunen samt et stort antal selvhenvendere. Derudover bliver nogle psykiatriske patienter indbragt ved politiets hjælp, herunder ved tvangsindlæggelser.

I den akutte modtagefunktion vurderes patienterne og der foretages en visitation som kan have følgende udfald:

- Afslutning til hjemmet med underretning til egen læge
- Viderevisitation til ambulant psykiatri herunder distriktspsykiatrisk enhed eller opsøgende teams
- Observation i skadestue/ akut modtagelse med eller uden indlæggelse
- Indlæggelse på sengeafdeling

Den konkrete akutte psykiatriske indsats afgøres af den pågældende patients sygdoms- og funktionsgrad samt af det akutte diagnosticerings- og behandlingsbehov. Militærpersonale kan afvises som alle øvrige borgere eller henvises til eksempelvis praktiserende læge, praktiserende speciallæge.

For patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, er der mulighed for at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Formålet er at sikre sammenhæng mellem indsatsen i psykiatrien/ sygehusvæsenet og indsatsen i socialpsykiatrien samt øvrige relevante sociale tilbud.

Det er den psykiatriske afdelings ansvar, at en sådan aftale/plan udarbejdes i relevante tilfælde.

Hovedparten af sygehusfunktionen varetages på hovedfunktionsniveau. Særligt sjældne, komplicerede eller ressourcetunge behandlinger varetages på specialfunktionsniveau. Specialfunktioner fastsættes af Sundhedsstyrelsen som også godkender placeringen af disse funktioner i styrelsens specialevejledning for psykiatri. Specialfunktionerne omfatter både såkaldte regionsfunktioner og højtspecialiserede funktioner.

I relation til den nye specialeplanlægning er der i specialevejledningen vedr. psykiatri fastsat en række nye specialfunktioner. Der er to regionsfunktioner som har relevans her:

- Komplicerede angst og tvangslidelser, herunder PTSD
- Traumatiserede flygtninge, som oftest omhandler PTSD

Det betyder, at der i alle 5 regioner er specialiseret tilbud til traumatiserede flygtninge, endvidere er et specialiseret tilbud vedr. angstlidelser under etablering i de enkelte regioner. For begge tilbud er der aktuelt et misforhold mellem behovet og kapaciteten.

Derudover varetager Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København (Rigshospitalet) den højt specialiserede landsfunktion vedr.

katastrofepsykiatri som er en opgave af beredskabsmæssig og koordinerende karakter. På dette center er de funktioner der varetages for forsvaret vedr. tjenesterelaterede psykiske lidelser tilknyttet denne højt specialiserede funktion.

3.4 De regionale tilbud

Specialiserede regionale behandlingscentre for traumatiserede flygtninge findes i alle regioner. Disse varetager behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre.

I de almen psykiatriske afdelinger er der tilbud til patienter med PTSD, angst og depression på forskellige lokaliteter i regionen. Afdelingerne tilbyder behandling til personer med militær baggrund og tjenesterelateret PTSD og/eller anden psykisk lidelse på lige fod med alle andre patienter, som falder inden for psykiatriens målgruppe.

Det har ikke været muligt at angive et tal på hvor mange henvendelser om behandling og ydelser afdelingerne og centrene i løbet af de sidste 3 år har haft fra veteraner, men alle regioner oplyser, at de fleste afdelinger og centre har haft kontakt med personer med militær baggrund og traumeproblematik. Generelt angives dog, at det drejer sig om få tilfælde.

3.5 Højt specialiserede tilbud i København

Det specialiserede tilbud Krise- og Katastrofepsykiatrisk Center er en del af Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København, beliggende på Rigshospitalet.

Medio 2010 var der 74 personer registreret som tilknyttet KKC, heraf 15 personer som ikke er i ”aktiv” behandling (f.eks. på grund af udeblivelser eller fordi kontakten pauserer).

Der er endvidere på Psykiatrisk Center København etableret et præhospitalt og koordinerende kriseterapeutisk beredskab. Repræsentant herfra deltager bl.a. i Udenrigsministeriets Internationale Operative Stab sammen med Sundhedsstyrelsen ved krisesituationer i udlandet hvor staben er aktiveret. Der er endvidere tilknyttet et landsdækkende telefonvagtberedskab, hvor andre regioner kan hente råd og vejledning ved større hændelser.

3.6 De kommunale tilbud

Kommunerne er ansvarlig for at levere sociale tilbud til personer med psykiske vanskeligheder, der har behov for en social indsats i tilknytning til den behandling, de modtager i sundhedsvæsenet. Kommunerne er ligeledes ansvarlige for at levere sociale tilbud til personer med psykiske vanskeligheder, som er færdigbehandlede i sundhedsvæsenet, men som har behov for en social indsats. Den sociale indsats har til formål at forbedre den enkeltes sociale og personlige funktioner samt udviklingsmuligheder og kan også have en forebyggende karakter. Den sociale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder omfatter indsatser fra kultur-, uddannelses- og arbejdsmarkedsområdet samt indsatsen i socialpsykiatrien.

Socialpsykiatrien samarbejder med psykiatrien i sygehusvæsenet om patienter, der har behov for støtte og omsorg efter udskrivning eller parallelt med et ambulant behandlingsforløb. Socialpsykiatrien samarbejder desuden med den kommunale hjemmepleje.

Kommuner og regioner skal i henhold til Sundhedsloven indgå sundhedsaftaler med henblik på at sikre forpligtende koordinering og samarbejde på tværs af sektorer.

4 Behandlingsmuligheder

Diagnostik og behandling bør tage udgangspunkt i foreliggende viden og erfaringer.

Næsten alle randomiserede kliniske studier over PTSD-behandling har alene undersøgt komponenter af kognitiv adfærdsterapi og virkningen af ét medikament af gangen. Cirka 50 % af patienterne i effektstudierne opfylder stadig PTSD-kriterierne efter afsluttet behandling og ved follow-up undersøgelserne (Bradley et al. 2005). Ud over værdifulde teknikker, der ikke mindst er udviklet inden for den kognitive adfærdsterapi, peger forskningen på vigtigheden af en fokusering på en klar beskrivelse af relationen mellem terapeut og patient som ressourceopbyggende. Opbygningen og tilstedeværelsen af et vist niveau af relationelle affektregulatoriske ressourcer er en forudsætning for at kunne anvende de mere kognitive traumefokuserede teknikker – ikke mindst, når patientens erindringer og uregulerede følelser om traumerne dukker op (Foa et al. 2009; Shiromani et al. 2009).

Nedenfor beskrives de væsentligste kilder som kan danne grundlag for den konkrete tilrettelæggelse af behandlingstilbuddene (se i øvrigt bilag 3).

4.1 NICE rapport om PTSD

National Institute for Clinical Excellence (NICE) udgav i 2005 guideline nr. 26 om PTSD. NICE rapporten indgår som en af en række guidelines udviklet af NICE med henblik på at ”hjælpe klinikere og patienter i behandlingsmæssige beslutningsprocesser”.

Det synes godtgjort i guidelinen, at en psykologisk behandling, der fokuserer på traumet samt på den mening det efterfølgende har fået i individets liv er væsentlig. Dvs. uspecifik støtteterapi, rådgivning mv. ikke er tilstrækkelig. Kognitiv adfærdsterapi er i denne sammenhæng bedst undersøgt. Det understreges, at terapeuterne skal være uddannede i terapiformen og modtage supervision.

Guidelinen konkluderer, at man skal sikre god følelsesmæssig, praktisk og social støtte til alle efter en traumatisk hændelse, med henblik på at lindre den umiddelbare lidelse, men at en for intensiv intervention, der lægger vægt på at reproducere erindringer om traumet i detaljer på et for tidligt tidspunkt, utilsigtet kan hæmme de helende processer.

Det konkluderes endvidere, at den følelsesmæssige, praktiske og sociale støtte skal opretholdes i op til en måned og at man skal opretholde opmærksomheden på højrisikogrupper. Guidelinen anbefaler således i forhold til militært personale, at der bør være en særlig opmærksomhed ikke mindst i almen praksis, idet gruppen er i høj-risiko for at udvikle PTSD.

4.2 Referenceprogram for angstlidelser hos voksne

Sundhedsstyrelsen udgav i 2007 referenceprogrammet for angstlidelser hos voksne. Referenceprogrammet søger at kortlægge, hvad der er ”god klinisk praksis” i patientbehandlingen. PTSD hører ind under diagnosekategorien angstlidelser.

Af referenceprogrammet fremgår det, at angstlidelser har et varierende forløb med tendens til at blive kroniske. Flere undersøgelser har vist, at angstlidelser starter tidligt i livet, og at der hyppigt opstår psykiatrisk komorbiditet, som forværrer

prognosen for samtlige angstlidelser. I referenceprogrammet fremgår det af et studie fra USA, at for mænd var de traumer der hyppigst var forbundet med PTSD krigsbegivenheder.

Det konkluderes i referenceprogrammet, at der er behov for en intensiveret behandlingsindsats over for angsttilstande generelt i form af kvalificeret kognitiv adfærdsterapi, relevant farmakologisk behandling eller en kombination af disse metoder. Derudover er det vigtigt, at faggrupperne har kvalificeret træning i psykopatologisk vurdering og diagnostik.

Referenceprogrammet konkluderer, at der generelt er behov for efter- og videreuddannelse af relevante faggrupper inden for diagnostik, kognitiv adfærdsterapi og psykofarmakologisk behandling af angsttilstande.

Specifikt vedr. PTSD, konkluderer referenceprogrammet at der ikke foreligger nogen sammenlignende undersøgelser af virkningen af farmaka og psykoterapi ved PTSD, men metaanalyser tyder på højere effektstørrelser af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi end af psykofarmaka med SSRI præparater.

4.3 Region Syddanmarks MTV om behandling og rehabilitering af PTSD

I Region Syddanmark er der i 2008 udarbejdet en medicinsk teknologi vurdering (MTV) om behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge.
En af hovedkonklusionerne bag en række konkrete anbefalinger i MTV'en er, at det ikke i første omgang er symptomerne eller den symptombaserede PTSD-diagnose men de hyppige komorbide diagnoser, der bør være retningsgivende for en differentieret og systematisk behandlingsindsats. En person med PTSD bør ifølge MTV'en udredes med afklaring af de biopsykosociale relationelle ressourcer som retningsgivende for valg af den bedste type behandlingsindsats

MTV’en anbefaler, at patienterne inddeles i tre grupper afhængig af deres biopsykosociale ressourcer, og at behandlingstilbuddet tilrettelægges med baggrund heri. Gruppen af patienter med høje biopsykosociale ressourcer bør med udgangspunkt i MTV’en primært tilbydes individuel behandling. For gruppen af patienter med mellem biopsykosociale ressourcer anbefales gruppebehandling og for den gruppe af patienter med de laveste biopsykosociale ressoucer tilbydes opsøgende og støttende indsats med henblik på videre støtte i det sociale system.

Der er i Region Syddanmark med baggrund i evidensen fra MTV'en og erfaringerne med implementeringen af MTV’en i regionens centre for traumatiserede torturofre, foretaget en faglig begrundet metodeudvikling og behandlingsomlægning. Gruppebehandlingen til en veldefineret gruppe af patienterne med PTSD har bevirket en væsentlig forøget behandlingskapacitet i regionen ved, at der behandles flere patienter ad gangen, med et drastisk fald i ventelisterne i Region Syddanmark til følge.

4.4 Elementer i et specialiseret behandlingstilbud i sygehusvæsenet til veteraner med svære og/eller komplicerede tilstand med PTSD

På baggrund af de foranstående afsnit kan der skitseres et indhold i et højt specialiseret behandlingstilbud i sygehusvæsenet målrettet veteraner med sværere

psykiske lidelser, herunder tilfælde med komorbiditet. Udgangspunktet er svære og/eller komplicerede tilstande med PTSD, som ikke hensigtsmæssigt kan varetages på lavere specialiseret niveau eller i andre regier, dog under hensyn til en vis geografisk nærhed for målgruppen. Diagnostisk vil en afgrænsning typisk være veteraner med PTSD (F43.1) o.a. svære angsttilstande, depression (moderat til svær) og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse (F62.0).

Generelt bør tilbuddet baseres på evidensbaseret behandling med henblik på anvendelse af de mest effektive behandlingsformer og best practice i forhold til patientens symptomer og ressourcer. Der bør foreligge tydelige henvisnings- og visitationsprocedurer, som er kendt af henvisende instanser herunder almen praksis.

Behandlingen som er tværfaglig, kan bestå af psykologiske og psykoterapeutiske metoder samt evt. psykofarmakologisk behandling, suppleret med socialrådgivning og fysio- og ergoterapi ved behov. Behandling kan foregå som individuel eller gruppebehandling evt. suppleret med udgående behandling til gavn for den enkelte patient.

Tilrettelæggelsen af behandlingen kan tage udgangspunkt i viden fra den gennemførte MTV på området, som anbefaler, at patienterne inddeles i 3 grupper med hensyn til deres biopsykosociale ressourcer. Eventuel komorbiditet vil således blandt andet være medbestemmende for, hvilket behandlingstilbud, der konkret skal gives. Det er den foreløbige vurdering, at den overvejende del af hjemvendte danske soldater med behov for et specialiseret behandlingstilbud befinder sig i gruppen af patienter med mellem og lave biopsykosociale ressourcer.

Der bør i de enkelte tilfælde ud fra en udredning udarbejdes en behandlingsplan med klare mål herunder vedr.

- Bedring af psykisk, fysisk og social funktion, hvor behandlingen tilsigter en reduktion i psykiske og fysiske symptomer og et forbedret socialt funktionsniveau
- Etablering af forpligtende kontakt til relevant støtte og behandling fra henholdsvis kommune og evt. praktiserende læge

Indsatsen bør dokumenteres fx ved, at der før og efter patientforløbet udføres psykometriske tests for at følge udviklingen i patienternes psykiske og fysiske symptomer samt sociale funktionsniveau, herunder vurdering af det sociale relationelle funktionsmønster og -niveau. Mulige psykometriske tests vedrørende symptomer og patientens selvoplevede funktionsniveau kan være:

- Harvard Trauma Quistionaire (PTSD)
- Hopkins Symptom Checklist-25 (depression og angst)
- WHO-5 (livskvalitet)
- Sheehan Disability Scale (funktionsniveau, selvrating)

Derudover bør der være opmærksomhed på involvering af de pårørende.

Et forløb vil typisk sammensættes med tværfagligt personale og omfatte:

- Forsamtale ved psykolog elle psykiater – hvor det vurderes hvorvidt vedkommende tilhører målgruppen
- Udredning med henblik på at vurdere hvilket behandlingstilbud der vil være relevant.
- Psykologisk behandling – med henblik på at bearbejde traumatiske oplevelser og på at mestre nutiden.

- Gruppeprogrammer til opbygning af basale affektregulatoriske psykosociale ressourcer.
- Psykoedukation i grupper med henblik på at bekæmpe symptomer og at modvirke oplevelsen af at være alene med symptomerne.
- Psykofarmakologisk behandling - sigter mod at lindre patienternes psykiske symptomer samt bedre muligheden for at indgå i de øvrige behandlingstilbud.
- Fysio- og ergoterapeutisk behandling - med henblik på at dæmpe patientens arousalniveau, lindre evt. smertesymptomer og styrke aktuelle mestringsstrategier. Behandlingen vil i mange tilfælde med fordel kunne foregå i grupper med et psykoedukativt fokus på stresshåndtering (søvn, smerte og vrede o.a.).
- Involvering af socialrådgivere/kommunale sagsbehandlere - med henblik på rehabilitering generelt, herunder:
    - Støtte den enkelte i kontakten med kommune, a-kasse o.a. relevante instanser
    - Støtte til iværksættelse af aktiviteter, der har til formål at begrænse social isolation
    - Støtte til at fastholdelde/genetablere kontakt til arbejdsmarkedet
- Involvering af pårørende mv.

Behandlingsforløbet vil typisk være af flere måneders varighed med individuelle og/eller gruppesessioner afhængigt af patientens behov. Der vil være mulighed for supplering eller forlængelse efter en konkret klinisk vurdering.

Tæt samarbejde med kommunale instanser bør etableres – området kan relevant indtænkes og beskrives i sundhedsaftalerne.

5 Forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling

Nedenfor beskrives de igangværende undersøgelse på veteranområdet.

5.1.1 Selvmordsundersøgelse på veteranområdet

Forsvarets Sundhedstjeneste har iværksat et samarbejdsprojekt med Center for Selvmordsforskning med det formål at afdække, analysere og belyse belastende og beskyttende faktorer for selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker blandt tidligere udsendte danske soldater (perioden 1992- 2009). Undersøgelsen vil bl.a. blive baseret på spørgeskemaer som påtænkes udsendt i august 2010 til 3000 tilfældig udvalgte tidligere udsendte soldater. Derudover indgår der registerundersøgelser og interviews i undersøgelsen.

Projektet begyndte i 2009 og er planlagt til at vare til og med 2011.

5.1.2 Usper - projektet

IMP er engageret i forskningsprojektet som er et prospektivt kohortestudie hvor gruppen af soldater der var udsendt til Afghanistan fra januar 2009 til august 2009 (hold 7) er fulgt.
Formålet er at undersøge i hvilken udstrækning danske soldater efter en mission til Afghanistan udvikler psykiske problemer samt hvilke forhold der prædicerer udviklingen af evt. psykiske problemer. Det undersøges også hvad der påvirker de pårørende før, under og efter en udsendelse.

Hovedresultaterne af dette forskningsprojekt vil blive offentliggjort i begyndelsen af september.

5.1.3 Opfølgningsundersøgelsen

Formålet med opfølgningsundersøgelsen er dels at indsamle viden om soldaternes psykiske tilstand, sociale netværk og subjektive oplevelse af udsendelse 6 måneder efter hjemkomst, samt at screene for hvorvidt den enkelte soldat skønnes at have behov for hjælp. Opfølgningsundersøgelsen består af et spørgeskema udviklet af IMP.

Hvis det viser sig, at soldaten har brug for støtte i en eller anden form, kontaktes soldaten og tilbydes denne støtte.

Opfølgningsundersøgelsen er systematisk blevet sendt til alle soldater der har været udsendt siden 1996.

5.1.4 Danske hjemvendte soldater

Undersøgelsen er et samarbejdsprojekt mellem IMP og Socialforskningsinstituttet.

Projektets formål er at undersøge konsekvenserne af udsendelse for alle danske soldater der har været udsendt med forsvaret. Dette drejer sig om ca. 26.000 soldater som en eller flere gange har været udsendt. De centrale emner der søges afdækket gennem de danske registre er; demografi, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, helbred og sygdomsbehandling, død og dødsårsag.

Projektet forventes afsluttet ved udgangen af 2011.

5.2 Behov for mere viden

På baggrund af de nævnte undersøgelser, referenceprogrammer og en MTV der operationaliserer området i forhold til den daglige udredning og behandling af personer med PTSD, er der skabt et vist grundlag for viden på området. Men der er stadigvæk meget vi ikke ved, og der er således fortsat et behov for mere viden og forskning om effekten af udredning, behandling og rehabilitering for patienter med PTSD uanset baggrund. Der er endvidere behov for bedre dokumentation og ensartet registrering samt kliniske retningslinjer for udredning og behandling på området.

Der er derfor vigtigt, at de kommende undersøgelser i regi i forsvaret tænkes ind i også i en generel ramme med henblik på det videre udviklingsarbejde på området i sundhedsvæsenet.

Det er samtidig vigtigt, at de eventuelle særlige problemstillinger som er knyttet til de forskellige patientgrupper belyses ved en systematisk erfarings- og vidensindhentning og efterfølgende formidling fx ved et videnscenter, med henblik på den mest hensigtsmæssige organisatoriske og faglige tilrettelæggelse af tilbuddene.

5.3 Uddannelse af personale

For personale på psykiatriske afdelinger er det væsentligt for at kunne behandle PTSD hos veteraner udover at have viden om PTSD også at opnå viden om militærpersoners uddannelse før udsendelse i internationale missioner, såvel i fredsbevarende mission som krigsmission, samt hvilke vilkår det militære personale er underlagt ved udsendelse, herunder også information om det særlige samarbejde (”korpsånd”) under udsendelse og indsatsens karakter samt traumernes karakter, herunder livsfaremomentet.

Undervisning om PTSD indeholder information om symptomer, udredning, prognose samt komorbiditet samt behandlingsformer bl.a. psykoedukation, evidensbaserede psykoterapeutiske behandlingsformer samt relevant psykofarmakologisk behandling. Jævnfør referenceprogrammet for angstlidelser hos voksne, er der et generelt behov for en øget uddannelsesindsats på området.

Underviserne i relation til de særlige problematikker vedrørende soldater bør være psykologer og psykiatere, der har erfaring med behandling af militærpersoner.

Uddannelse inden for området kan foregå både som mono- og tværfaglig undervisning på flere forskellige niveauer. Undervisningen om PTSD kan tænkes yderligere ind i specialuddannelsen i psykiatrisk sygepleje samt i speciallægeuddannelsen i psykiatri og den kommende uddannelse af specialpsykologer i psykiatrien. Derudover kan undervisningen eventuelt indgå som delelement i de specialespecifikke kurser og efteruddannelseskurser for relevante faggrupper.

5.4 Information og oplysning

Soldater kan både før, under og efter udsendelsen søge støtte, rådgivning og vejledning hos forsvarets socialrådgivere, der er placeret på lokale tjenestesteder og som kan kontaktes direkte i dagtimerne. Derudover kan der etableres kontakt til en af forsvarets socialrådgivere via ”Pårørendetelefonen”. Information og oplysning om reaktioner ved psykiske belastninger er som tidligere refereret en del af forberedelsen af soldaterne inden udsendelse, herunder information til familie og pårørende. Derudover kunne det indgå hvordan sundhedsvæsenets tilbud fungerer.

For så vidt angår sundhedsvæsenets indsats findes der information om psykiatriens tilbud på regionernes hjemmeside og Psykinfo-siderne. Det vil være naturligt, at der her blev gjort opmærksom på de specialiserede tilbud til veteraner.

Sundhedsstyrelsen har i øvrigt som tidligere nævnt informeret regioner og kommuner om den relative nye patientgruppe af tidligere og nuværende soldater, som personalet i kommuner og regioner skal være opmærksomme på.

6 Arbejdsgruppens konklusioner og anbefalinger

6.1 Forekomst

Forekomsten af behandlingskrævende psykiatriske lidelser blandt veteraner er usikkert, men det antages i disse år at udgøre ca. 5-10 % af de udsendte på baggrund af foreliggende erfaringer. Aktuelt antages, at ca. 100 veteraner årligt vil have behov for et behandlingstilbud i forskelligt omfang og niveau, med udgangspunkt i de ca. 70 erkendte tilfælde i 2009 med et psykiatrisk behandlingsbehov. Det må antages, at der findes en vis ophobning af tilfælde fra tidligere missioner i 1990'erne, hvor der umiddelbart ikke var samme opmærksomhed omkring risikoen for psykiske reaktioner og nogle af disse har formentlig ikke en relevant kontakt med behandlingssystemet.

De i forsvarets regi etablerede forebyggende, identificerende og behandlingsmæssige tilbud må antages i høj grad nu at opfange hovedparten af de personer der viser tegn på psykiske reaktioner inden for 3 måneder efter udsendelse. Da der samtidig tidligt tilbydes psykologisk behandling, må det forventes at færre udvikler svær psykiatrisk sygdom. Samtidigt må det konstateres at de senere års missioner udgør en væsentligt hårdere belastning, hvilket kan medføre at en større andel er i risiko for at udvikle den psykiatriske lidelse PTSD.

Som udgangspunkt må det antages, at soldater efter gennemgået session og værnepligt sandsynligvis har et noget bedre helbred, herunder en lidt lavere risiko for udvikling af forskellige psykiske lidelser end den gennemsnitlige befolkning.

6.2 Tilrettelæggelse af udredning og behandling

Almindelige psykiske lidelser også hos tidligere udsendte soldater skal som udgangspunkt behandles på tilsvarende vis og i tilsvarende regier som øvrige psykiatriske patienter. De særlige tilbud til denne relative nye patientgruppe der foreslås nedenfor, tager således udgangspunkt i, at der foreligger en særlig sundhedsfaglig problematik i forbindelse med de tjenesterelaterede belastninger og at dette tilsiger at vanskeligere tilfælde samles efter princippet om at "øvelse gør mester"- med udgangspunkt i antallet af patienter og kravene til rutine og erfaring.

De i forsvarets regi etablerede forebyggende, identificerende og behandlingsmæssige tilbud anses for yderst hensigtsmæssige og i en lang række tilfælde vil disse være tilstrækkelige. Det må anses for vigtigt og afgørende at disse fastholdes.

Arbejdsgruppen anbefaler, at de eksisterende tilbud i forsvarets regi til målgruppen fastholdes.

Der foreligger i alle regioner en etableret faglig erfaring med behandling af traumatiserede flygtninge med PTSD og andre psykiske og somatiske følgetilstande til traumatiserende oplevelser i relation til behandlingsenhederne for gruppen af traumatiserede flygtninge. Disse vil imidlertid ikke uden videre kunne anvendes i relation til veteraner med tjenesterelateret PTSD. Dels fordi tilbuddet er specifikt målrettet flygtningegrupperne og tilrettelagt i forhold til deres særlige behov og dels fordi kapaciteten på området er så anstrengt, at der er en betydelig ventetid.

Det er imidlertid muligt at trække på den eksisterende faglige viden og erfaring vedr. PTSD mv. som findes i regionerne på baggrund af erfaringer og viden fra behandlingsindsatsen vedr. traumatiserede flygtninge i forbindelse med etablering af eventuelle særlige tilbud målrettet gruppen af veteraner med psykisk sygdom på baggrund af traumatiserende oplevelser.

Arbejdsgruppen anbefaler, at ved etablering af et specialiseret tilbud til militært personale, anvendes den viden og ekspertise der eksisterer i regionerne fra behandlingsindsatsen vedr. traumatiserede flygtninge.

I ikke komplicerede tilfælde vil gruppen af veteraner med PTSD evt. kunne tilbydes behandling ved de kommende regionsklinikker for angst og tvangslidelser. Hovedindsatsen i disse regionsfunktioner vil imidlertid være fokuseret på de store grupper af patienter med angstlidelser herunder OCD og det må vurderes, at der ikke umiddelbart vil være kapacitet eller specifik ekspertise til også at varetage gruppen af soldater med PTSD. Forsvarets tilbud om behandling ved netværkspsykologer mv. vil til de ikke komplicerede tilfælde generelt være mere hensigtsmæssigt, fordi det er specifikt målrettet veterangruppen og uden ventetid.

Tilfælde hvor der er behov for et mere intensivt tilbud samt behov for vurdering ved specialkyndig psykiater forekommer tilsyneladende så sjældent, at der ikke er volumen til opbygning af specifik erfaring på regionsniveau, men alene på højtspecialiseret niveau i sygehusvæsenet.

Samtidig er der behov for, at et højt specialiseret tilbud for sværere PTSD til gruppen er let tilgængeligt med en vis geografisk nærhed for patienterne, det vil derfor sandsynligvis ikke være hensigtsmæssigt alene at udbygge den eksisterende funktion på Rigshospitalet.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der etableres et højt specialiseret tilbud i sygehusvæsenet målrettet patienter med psykiatrisk lidelser, primært svær PTSD med eller uden komorbiditet på baggrund af tjenesterelaterede belastninger i relation til militærtjeneste, primært udsendelse.

Disse specialiserede funktioner varetager tværfaglig diagnostik og behandling af sværere tilfælde af PTSD, herunder PTSD med anden psykiatrisk komorbiditet når behandling mest hensigtsmæssigt bør foretages ved en højt specialiseret funktion.

Der foreslås etableret tre højt specialiserede enheder placeret i henholdsvis Region Hovedstaden i relation til den eksisterende højt specialiserede funktion ved KKC på Rigshospitalet, Region Midtjylland og Region Syddanmark i relation til i forvejen beliggende multidisciplinære psykiatriske specialiserede funktioner.

De tre højtspecialiserede enheder kan eventuelt oprettes med lidt forskellig profil og eventuelt i et etableret formaliseret samarbejde.

Ved behov for indlæggelse herunder forårsaget af komorbiditet med anden psykiatrisk lidelse fx psykotisk sygdom indlægges patienterne primært på afdelinger med ekspertise i den sygdom som er den dominerende årsag til indlæggelsen. Rådgivning og bistand til indlæggende afdeling kan i givet fald leveres fra en af de tre specialfunktioner.

Behovet for senge specifikt rettet mod PTSD problematikken anses for meget lille, men nogle få senge placeret i relation til (en af) de pågældende højtspecialiserede enheder kan evt. overvejes, hvis der skulle vise sig behov herfor.

Der er generelt behov for øget viden på området såvel med hensyn til diagnostik, behandling samt ikke mindst rehabilitering. Etablering af et videnscenter for PTSD lidelser uanset baggrund, som kan indsamle og formidle viden, vil således være hensigtsmæssigt. Videnscenterfunktionen bør placeres i tilknytning til én af de højt specialiserede funktioner. Det er vigtigt i den forbindelse, at der etableres forskningssamarbejde herunder med de initiativer der foretages i forsvarets regi.

Arbejdsgruppen anbefaler, at enhederne samarbejder om udvikling af kliniske retningslinjer for udredning og behandling, samt opsamling og formidling af viden og erfaringer på området og herunder den praktiske håndtering af problemstillinger relateret til sygdommene.

Både i relation til den nuværende varetagelse af behandling af PTSD men også i relation til den fremtidige specialiserede funktion, er der enighed om, at det nuværende samarbejde med den kommunale sektor bør intensiveres og videreudvikles. Især for den gruppe af patienter med de laveste biopsykosociale ressourcer er der behov for et tæt samarbejde mellem psykiatrien og den kommunale sektor. Ligeledes er der behov for at inddrage pårørende- og brugererfaringer dels generelt og dels i de konkrete forløb.

Udvikling og etablering af de foreslåede højtspecialiserede enheder forudsætter at der sikres ressourcer hertil. Der er tale om en relativ ny patientgruppe, der i dag ikke får et højt specialiseret tilbud med det faglige indhold, der anbefales etableret tre steder i landet.

7 Referenceliste

Bradley R. et al. A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry 2005; 162, no. 2: 214-227.

Dohrenwend B.P. et al. The psychological risks of Vietnam for U.S. Veterans: A revisit with new data and Methods. Science 2006; 313: 979-82.

Foa E.B. et al. Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines for the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, London the Guilford Press, 2009

Hoge et al. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. New England Journal of Medicine 2008; 358: 453-63.

Hotopf et al. The health of UK military personnel deployed to the 2003 Iraq war: A cohort study. The Lancet 2006; 367: 1731-41.

Høier-Madsen et al. Skader og død hos udsendte danske soldater. Ugeskrift for Læger 2010; 172(2): 128-132.

Ikin et al. War-related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans of the 1991 Gulf War. British Journal of Psychiatry 2004; 185: 116-126.

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

National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder, The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care, National Clinical Practice Guideline Number 26, 2005.

Referenceprogram for angstlidelser hos voksne, Sundhedsstyrelsen, 2007.

Shiromani P.J. Post-Traumatic Stress Disorder. Basic Science, and Clinical Practice. New York, Humana Press/Springer Science, 2009.

Smith et al. New onset and persistent symptoms and post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: Prospective population based US military cohort study. BMJ 2008; 336: 366-71.

Stretch et al. Post-traumatic stress disorder symptoms among Gulf War veterans. Military Medicine 1996; 161: 407-410.

Weisaeth L. Stress reactions to an industrial disaster. Oslo, Universitetsforlaget, 1984.

Bilag 1 Sundhedsvæsenets tilbud

Region Hovedstaden
I Region Hovedstaden sker behandling af personer med PTSD dels i almenpsykiatrien og dels i de specialiserede enheder, herunder KKC (se afsnit 3.5).

De almenpsykiatriske afdelinger
Akutte psykiatriske patienter kan henvende sig til en af regionens skadestuer hvoraf disse er døgnåbne på Psykiatrisk Center København, Hvidovre, Ballerup, Glostrup, Nordsjælland, og åbne i dag og aftentimerne på Gentofte Hospital, Amager Hospital og Frederiksberg Hospital. Herfra kan de på linje med andre patienter efter vurdering visiteres til et ambulantforløb, sengeafsnit eller distriktspsykiatri.
På Psykiatrisk Center Gentofte er etableret en traumeklinik for personer med flygtningebaggrund, hvor der tilbydes ambulant behandling i veldefinerede behandlingsforløb. Regionen har desuden driftsoverenskomst med OASIS (rehabiliteringscenter for flygtninge) samt med RCT (rehabiliterings- og forskningscenter for torturofre).

Psykiatrien i Region Hovedstaden har i 2009 for ICD-10 diagnosekoderne F43.0 Akut belastningsreaktion, F.43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion og F.62 Non-organisk personlighedsændring haft kontakt med 1198 patienter.

Region Sjælland
I Region Sjælland sker behandling af personer med PTSD dels i de specialiserede behandlingscentre for traumatiserede flygtninge og dels i almenpsykiatrien.

Specialiseret regionale behandlingscenter for traumatiserede flygtninge findes i Vordingborg, Klinik for Traumatiserede Flygtninge. Tilbuddet er målrettet Traumatiserede Flygtninge, og regionen har ikke noget specielt tilbud til veteraner.

De almenpsykiatriske afdelinger modtager visiterede patienter fra almen-praktiserende læger, praktiserende speciallæger, sygehuslæger eller fra socialcentrene (jobcentrene). Akutte tilfælde kan desuden henvende sig i en af de to psykiatriske skadestuer i henholdsvis Roskilde og Vordingborg, som efter vurdering ved behov har mulighed for at viderehenvise eller indlægge patienten.

De almenpsykiatriske afdelinger har i 2009 for ICD-10 diagnosekoderne F43.0 Akut belastningsreaktion, F.43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion og F.62 Non-organisk personlighedsændring haft 93 indlagte patienter, heraf ingen fra Klinik for Traumatiserede Flygtninge. Desuden er 333 patienter behandlet ambulant, heraf 91 patienter fra Klinik for Traumatiserede Flygtninge.

Region Syddanmark
I Region Syddanmark sker behandling af personer med PTSD dels i de specialiserede behandlingscentre for traumatiserede flygtninge og dels i almenpsykiatrien.

Specialiserede regionale behandlingscentre for traumatiserede flygtninge findes i Vejle, Center for Traume- og Torturoverlevere (CETT) og i Odense, Rehabiliteringscenter for torturoverlevere og traumatiserede flygtninge (RCT Fyn), som i øjeblikket primært varetager behandling af traumatiserede flygtninge og torturofre. Herudover har Region Syddanmark en driftsoverenskomst med

Rehabiliteringscenter for Torturofre Jylland (RCT-Jylland) i Haderslev. RCT Jylland er en selvstændig institution med egen bestyrelse. De tre centre indgår i et tæt og konstruktivt samarbejde med henblik på at samordne og udvikle systematisk diagnostik, udredning, differentierede behandlingstilbud og organisering af behandlingstilbuddene.

De tre behandlingscentre har i 2009 tilsammen behandlet og afsluttet 317 patienter med PTSD.
Det har ikke været muligt at angive et tal på hvor mange henvendelser om behandling og ydelser centrene i løbet af de sidste 3 år har haft fra veteraner, men alle centre har haft kontakt med veteraner. De to af centrene for torturoverlevere har måtte afvise henvendelserne med henvisning til målgruppeafgrænsningen for centrene.

De almenpsykiatriske afdelinger tilbyder behandling til personer med militær baggrund og tjenesterelateret PTSD og/eller anden psykisk lidelse på lige fod med alle andre patienter, som falder inden for psykiatriens målgruppe. Psykiatrien i Region Syddanmark har 8 almenpsykiatriske afdelinger, som hver især varetager behandlingen enten ambulant via de distriktspsykiatriske centre eller via døgnsengene. Afdelingerne har haft et meget varierende antal henvendelser fra veteraner, nogle afdelinger har således ikke haft kontakt med veteraner, mens andre vurderer at have haft kontakt med 20-30 personer.

Psykiatrien i Region Syddanmark behandlede i 2009:

- Akut belastningsreaktion: 71 ambulante patienter og 53 indlagte patienter
- Posttraumatisk belastningsreaktion: 299 ambulante patienter og 31 indlagte patienter
- Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse: 16 ambulante patienter og 2 indlagte patienter

Fremadrettet vil regionen videreudvikle tilbuddet til mennesker med PTSD. I disse bestræbelser indgår ønske om etablering af en højt specialiseret funktion, som kan understøtte og udvikle den udredning og behandling, som foretages på hovedfunktionsniveau i de almenpsykiatriske afdelinger og traumecentrene. Ved etablering af et samarbejde mellem Region Syddanmarks almenpsykiatriske universitetsafdeling i Odense og CETT i Vejle, vil det være muligt at kombinere psykiatriske og psykoterapeutiske metoder med den viden og ekspertise omkring behandling af PTSD, som allerede findes. Behandlingen vil bl.a. tage udgangspunkt i viden fra den gennemførte MTV på området.

En højt specialiseret funktion i regionen vil udover at varetage udredning og patientbehandling af kompliceret og sværere PTSD ligeledes forudsættes at kunne fungere som kompetencecenter for behandling af PTSD i hele Region Syddanmark.

Region Midtjylland
I Region Midtjylland sker behandling af personer med PTSD dels i de specialiserede klinikker for traumatiserede flygtninge og dels i almenpsykiatrien.

Specialiserede regionale klinikker for traumatiserede flygtninge findes i Holstebro og i Århus med tre underafdelinger. Klinikkerne dækker tilsammen den samlede region. Klinikkerne har en tværfaglig personalesammensætning (speciallæger i psykiatri, psykologer, fysioterapeuter, socialrådgivere, pædagoger, sekretærer og kulturmedarbejdere). Flere af psykologerne har erfaring med behandling af danske soldater fra egen praksis.

Behandlingen involverer en bredspektret indsats og der arbejdes ud fra en shared care model med tæt samarbejde med kommunal sagsbehandler og egen læge. Diagnostisk er målgruppen afgrænset til PTSD, personlighedsændring efter katastrofeoplevelse og svær depression. En del af patienterne har psykoselignende tilstande, ligesom mange lider af stressrelaterede fysiske lidelser og skader efter tortur.

Behandlingen består af en grundpakke der typisk afvikles over 4 måneder med 2 sessioner ugentligt. Grundpakken indeholder 3 hovedelementer:

- Psykologisk behandling
- Fysioterapeutisk behandling
- Medicinsk behandling.

Før og efter patientforløbet udføres psykometriske test for at følge udviklingen i patientens psykiske og fysiske symptomer samt sociale funktionsniveau.

I *de almen psykiatriske afdelinger* er der tilbud til patienter med PTSD, angst og depression på forskellige lokaliteter i regionen. De psykiatriske afdelinger har behandlet et antal soldater. Der kan dog ikke gives et estimat over antallet eller hvilke lidelser de behandledes for.

Psykiatrien i Region Midtjylland behandlede i 2009 i alt 971 patienter fordelt på diagnoserne:

- Akut belastningsreaktion: 207 patienter
- Posttraumatisk belastningsreaktion: 725 patienter
- Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse: 39 patienter

Heraf er 376 patienter behandlet på regionens klinikker for traumatiserede flygtninge.

Det er ikke ud fra tallene muligt at angive, hvor stor en del der udgøres af militære personer.

Region Nordjylland

I Region Nordjylland sker behandling af personer med PTSD dels i det specialiserede regionale behandlingscenter for traumatiserede flygtninge og dels i almenpsykiatrien. Der er ikke etableret specialiserede tilbud til militærpersonale, idet det er diagnosen, der er afgørende for behandlingstilbuddet.

Det specialiserede regionale rehabiliteringscenter for traumatiserede flygtninge er beliggende i Aalborg. Rehabiliteringscentret yder specialiseret, tværfaglig og helhedsorienteret behandling til traumatiserede flygtninge med alvorlige psykosociale og helbredsmæssige problemer. Patientmålgruppen er defineret som:

- Personer, som i et andet land har været udsat for en traumatisk hændelse i form af rædselsoplevelser under krig, borgerkrig og politisk forfølgelse, tortur og andre former for organiseret vold, som yderligere kan have medført tab af nærtstående personer, hus og hjem, hjemland m.m., der har ført til alvorlige psykiske, fysiske og sociale problemer.
- Personer, som lever sammen med en primært traumatiseret person, således at relationen i sig selv truer personernes psykiske, fysiske og sociale integritet.

Rehabiliteringscentret samarbejder med de praktiserende læger og sundhedssystemet i Region Nordjylland. Derudover samarbejder centret med alle

kommuner i regionen, idet det er kommunerne, der kan henvise til og bevilge alle de øvrige ydelser.

Rehabiliteringscenter for flygtninge i Region Nordjylland har i 2009 behandlet 90 patienter med PTSD, hvoraf 55 patienter blev afsluttet i løbet af 2009. Fra 2008 til 2009 har der været en stigning på ca. 38 % i antallet af henvisninger af patienter med PTSD.

I *de almen psykiatriske afdelinger* er der tilbud til borgere fra og med 18 år med sindslidelse. Afdelingerne varetager behandling og den dertil knyttede observation, udredning, diagnostik, behandling og pleje af patienter med sindslidelse.

Den psykiatriske akutmodtagelse, der er beliggende på Aalborg Psykiatriske Sygehus, har mulighed for akut modtagelse af borgere i alle aldre døgnet rundt alle dage. Adgangen til den psykiatriske akutmodtagelse er visiteret. Patienter, der i forvejen er i behandling i Psykiatrien eller har været det indenfor det seneste år, har uvisiteret adgang til den psykiatriske akutmodtagelse. Der er hele døgnet mulighed for akut indlæggelse primært i den psykiatriske akutmodtagelse og de intensive sengeafsnit.

Generelt har psykiatrien i Region Nordjylland i 2009 i alt behandlet:

- Posttraumatisk belastningsreaktion: 151 patienter (200 forløb)
- Akut belastningsreaktion 131 patienter (161 forløb)
- Der var ingen forløb vedr. vedvarende patienter med personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

Det har ikke været muligt at opgøre, hvor mange patienter, der har en militær baggrund, men det vurderes at være meget få patienter.

Bilag 2 Støtte til og anerkendelse af udsendte, pårørende og tidligere udsendte soldater

Tiltag over for den udsendte

- Allerede inden en soldat udsendes, udpeges der en kontaktofficer ved soldatens tjenestested. Kontaktofficeren er bindeled mellem soldaten og dennes pårørende både før, under og efter udsendelsen – også ved tilskadekomst og dødsfald. Kontaktofficeren er typisk de pårørendes indgangsvinkel til resten af forsvarets støttetilbud og kan kontaktes døgnet rundt. Kontaktofficeren arrangerer bl.a. pårørendearrangementer før, under og efter udsendelsen.
- Såfremt en udsendt soldat kommer hjem fra missionsområdet før tid, vil kontaktofficeren være til rådighed for soldaten og de pårørende. Kontaktofficeren kan bl.a. være behjælpelig med transport efter behov og kontakt til forsvarets øvrige tilbud om støtte, samt almindelig rådgivning og opfølgning i forhold til midlertidigt eller permanent ophold i Danmark.
- Alt personel orienteres før udsendelsen om kriseforebyggende foranstaltninger, evt. reaktioner ved psykiske belastninger og mulige værktøjer herimod. Orienteringerne forestås af tjenestestedets lokale socialrådgivere.
- Chefer og førere uddannes ved forsvarets psykologer i forebyggelse og håndtering af belastende hændelser, bl.a. under den generelle føreruddannelse og under chefkursus. Endvidere orienteres soldaterne omkring hjælp til selvhjælp samt kammeratstøtte.
- En kontaktpsykolog fra forsvaret tilknyttes enheden. Kontaktpsykologen arbejder tæt sammen med chefer i missionsområdet, den udsendte feltpræst og læge. Lægen og feltpræsten kan sammen med cheferne yde en vis støtte i missionsområdet.
- Ved alvorlige hændelser sendes forsvarets krisepsykologer til missionsområdet. Desuden foretager psykologerne ”battlemind debriefinger” i Afghanistan for kampsoldater og andre soldater ved behov.
- Før hjemtagningen og under afviklingen orienteres de udsendte generelt om mulige efterreaktioner og mulighederne for støtte.
- Ultimo 2008 startede et pilotprojekt med ”Akklimatisering og Reintegration” for soldater fra den hjemvendte kampunderafdeling fra Afghanistan (fra Hærens reaktionsstyrkeuddannelse - HRU). I det pilotprojekt forblev kompagniet samlet i en 3 måneders periode, hvorved soldaterne havde mulighed for langsomt at bearbejde oplevelserne med ligestillede (den psykologiske del af dette projekt kaldes ”Fra Battlemind til Homemind”), samt at vænne sig til overgangen til en civil tilværelse igen. Soldaterne fik endvidere gennem projektet mulighed for at afdække egne kompetencer og på baggrund af disse søge et civilt job, en uddannelse eller en stilling i forsvaret, før enheden blev opløst. Forsøgsordningen er fortsat for efterfølgende hold, og ordningen er løbende blevet udvidet til også at omfatte HRU-soldater fra andre dele af holdet, der vender hjem fra Afghanistan. Således kører projektet på nuværende tidspunkt ved flere af landets regimenter.
- Udsendte fra hårde missioner er efter hjemkomsten til Danmark forpligtiget til at deltage i en samtale med en psykolog for at afklare umiddelbart støttebehov. For nogen afvikles samtaler i forbindelse med afviklingen af holdet, for andre i forbindelse med reintegrationsforløbene.

- 3 måneder efter hjemkomst samles de udsendte enheder med henblik på socialt samvær, information og opfølgning. Deltagelse er pligtig for tjenestegørende personel og frivillig for hjemsendte soldater.
- 6 måneder efter hjemkomst udsendes spørgeskema til alle udsendte om oplevelser og reaktioner. Psykologerne retter henvendelse til soldater, der viser indikationer på støttebehov (med mindre soldaten aktivt frabeder sig at blive kontaktet).
- For hårdt belastede missioner, afholdes der 7 måneder efter hjemkomst et arrangement som et supplement til det obligatoriske 3 måneder arrangement. Deltagelse er pligtig for tjenestegørende personel og frivillig for hjemsendte soldater.
- Forsvaret tilbyder psykologbistand til alle ansatte, som under en international mission har været udsat for traumatiserende hændelser eller har problemer med at tilpasse sig igen efter en udsendelse. Der er ingen "forældelsesfrist" for henvendelser på baggrund af oplevelser under en udsendelse.
- Forsvarets psykologer kan kontaktes i daglig arbejdstid og på udvalgte tidsrum aften, weekends og helligdage via telefon. Derudover kan der søges råd og vejledning ved forsvarets psykologer direkte via internetportalen www.forsvaretspsykologer.dk. Soldater kan efter en samtale med en af forsvarets psykologer blive henvist til en netværkspsykolog i lokalområdet, hvor soldaten bor.
- Der kan både før, under og efter udsendelsen søges støtte, rådgivning og vejledning hos forsvarets socialrådgivere, der er placeret på lokale tjenestesteder og som kan kontaktes direkte i dagtimerne. Derudover kan der etableres kontakt til en af forsvarets socialrådgivere via "Pårørendetelefonen" (72 16 18 18), der er åben alle ugens aftener fra kl. 19-22 og på hverdage i dagtimerne fra kl. 8-15.
- "Kammeratstøtteordningen" i regi af den danske internationale veteranorganisation "De blå baretter" muliggør, at veteranerne kan tale med ligesindede via telefonlinje, e-mail og samvær i øvrigt.
- Pjecerne "Når du udsendes", "Mens I er væk fra hinanden" og "Når du kommer hjem" uddeles til alle.

Tiltag over for den udsendtes pårørende

- De pårørende støttes af kontaktofficeren som beskrevet under "tiltag over for den udsendte".
- I forbindelse med udsendelse af enheder, afholder tjenestestedet en række orienteringer om den forestående mission og de forhold, man som pårørende skal være opmærksom på. Disse orienteringer er forankret ved tjenestestedets kontaktofficer og omfatter som minimum:
    1. "Pårørendearrangement før udsendelse", som afholdes ca. 2 måneder før enheden udsendes. Her møder de pårørende tjenestestedets kontaktofficer, som giver en orientering om kontaktofficerens rolle. Ved dette arrangement orienteres de pårørende endvidere om psykiske reaktioner, støttemuligheder, familienetværk og kontaktmuligheder. Under "Kammeratstøtteordningen" er der etableret "Familienetværket", som er et netværk for pårørende til udsendte – under arrangementet søges det at danne et sådant netværk. Pjecerne "Når du sendes ud" og "Mens I er væk fra hinanden" uddeles under arrangementet, ligesom børnefamilier også får børnebogen "Min far er soldat". En del andre skriftlige materialer vil være til rådighed, herunder et særligt informationsmateriale om børn og unge til udsendte, møntet på børn, unge og deres omgangskreds. Det drejer sig om hæfterne "Ungt bagland", "Børnene i baglandet" og "Professionel i baglandet", der er udviklet af forsvarets psykologer. Endvidere har

forsvaret udgivet scrap- og opgavebogen ”Missionen går til…”, hvor familien gennem arbejdet med bogen kan få ideer til, hvordan de kan hjælpe og støtte hinanden i forhold til udsendelsen.
2. Udsendelsesparade. Pårørende inviteres til overværelse af paraden.
3. ”Midtvejsarrangement for pårørende”, som afholdes midtvejs i udsendelsesforløbet. Under dette arrangement vil der normalt være deltagelse af en repræsentant for den udsendte enhed. Ved udsendelser af kortere varighed end 6 måneder, kan dette arrangement blive undladt.
4. ”Pårørendearrangement i forbindelse med hjemkomst”, som afholdes umiddelbart før eller i forbindelse med, at enheden kommer hjem.
5. Hjemkomst til lufthavn/havn, hvor en repræsentant for Chefen for Hærens Operative Kommando byder velkommen hjem.
6. Hjemkomstparade. Pårørende inviteres til at overvære paraden.

- Soldater der udsendes som enkeltpersoner (fx i regi af FN) tilknyttes tjenestestedets kontaktofficer på lige fod med soldater, der udsendes med enheder. Samme forhold gør sig gældende for personel der ikke udsendes samtidig med den øvrige styrke. Ovennævnte arrangementer for pårørende kan i visse tilfælde bortfalde for dette personel, men kontaktofficeren på tjenestestedet tilsikrer i hvert enkelt tilfælde, at de pårørende er orienteret om forsvarets tilbud.
- De pårørende kan, ud over at anvende den tilknyttede kontaktofficer, finde relevant information om alle forsvarets tilbud om rådgivning og støtte samt diverse pjecer og foldere på ”Pårørendeportalen” (www.forsvaret.dk/paarorendeportalen). Via ”Pårørendetelefonen” (72 16 18 18) kan de ved et opkald komme i kontakt med en socialrådgiver fra forsvaret, der kan hjælpe med rådgivning, og evt. guide den pågældende videre til et af forsvarets øvrige støttetilbud. Familien kan fx støttes med socialrådgiverbistand eller psykologhjælp fra forsvaret (bl.a. via www.forsvaretspsykologer.dk).
- August 2009 blev der iværksat et pilotprojekt vedrørende støttegrupper for børn eller mindre søskende af tidligere, nuværende og kommende udsendte. Forsøgsvis er der oprettet støttegrupper på kasernerne i Holstebro, Varde og Høvelte. I hver gruppe indgår børn i alderen 8-14 år samt 2 af forsvarets socialrådgivere.
- Når soldaten er kommet hjem kan han/hun eller dennes pårørende til enhver tid rette henvendelse til tjenestestedets kontaktofficer, såfremt der måtte være behov for yderligere støtte.

Økonomisk tryghed

- Ved hjemkomsten orienteres om job- og uddannelsesmuligheder. Der er tillige mulighed for personlige enkeltkonsultationer ved job- og uddannelsesrådgiveren. Nogle får fast ansættelse i forsvaret.
- Hvis den ansatte får fysiske eller psykiske skader og rammes af nedsat arbejdsevne, vil forsvaret gøre en stor indsats for at placere den enkelte i en relevant stilling, som den ansatte kan varetage.
- Forsvaret tilbyder bl.a. omskoling og efteruddannelse, så den sårede kan få en god og meningsfuld tilværelse i forsvaret efterfølgende – måske som soldat, måske som civil.
- Økonomisk er forsvarets personel omfattet af Lov om arbejdsskadesikring, der dækker arbejdsskader. Herudover er personel i internationale operationer bl.a. omfattet af forsvarets særlige erstatnings- og godtgørelsesordning samt fritidsulykkesforsikring. Erstatnings- og godtgørelsesbeløbene blev fordoblet pr. 1. maj 2007, således at de i dag udgør 3.653.500 kr. ved en méngrad på 100

%, 2.436.000 kr. ved tab af forsørger og 1.216.500 kr. ved tab af ikke-forsørger (erstatning til boet).

- Erstatningssatserne for dødsfald og tilskadekomst under eller som følge af den udsendtes tjeneste omfatter også fritiden i forbindelse med opholdet, også når dødsfald skyldes en naturlig død.
- Udsendte, der bliver repatrieret som følge af sygdom eller tilskadekomst forårsaget af tjenesten, opretholder det udetillægslignende tillæg indtil det tidspunkt, hvor den repatrierede planlagt skulle være hjemroteret. Såfremt repatrieringen sker på grund af anden sygdom eller som følge af graviditet, oppebæres tillægget i 90 kalenderdage – dog maksimalt til det tidspunkt, hvor den repatrierede planlagt skulle være hjemroteret. Ved repatriering af andre årsager udbetales tillægget til og med dagen for ankomsten til Danmark.

Markering og anerkendelse af indsatsen

- Regeringen har nedsat en komité, der skal sætte rammerne for et monument, hvor deltagere i internationale missioner kan blive mindet og hædret.
- Regeringen har i 2009 indført den 5. september som officiel flagdag for Danmarks udsendte. På den første flagdag i 2009 blev der gennemført en officiel højtideligholdelse, som blandt andet indebar en mindegudstjeneste for omkomne udsendte i Holmens Kirke samt en parade og reception for årets udsendte på Christiansborg. Det er planen, at der også fremover skal være en officiel højtideligholdelse på flagdagen for Danmarks udsendte.
- Der nedsættes april 2010 en tværministeriel arbejdsgruppe med det formål at udarbejde forslag til en officiel dansk veteranpolitik, som skal foreligge medio 2010. Arbejdsgruppen forankres i Forsvarsministeriet og vil i forbindelse med udarbejdelsen af selve politikken dels undersøge mulighederne for generelt i samfundet at øge støtten til udsendte soldater og deres pårørende før, under og efter udsendelsen, dels undersøge mulighederne for at øge anerkendelsen af deres indsats. Relevante ministerier, myndigheder og organisationer inddrages i arbejdsgruppens arbejde.
- Veteranpolitikken vil beskrive den vifte af muligheder, der er for hjælp og støtte til håndtering af mulige psykiske og sociale belastninger samt fysiske skader som følge af udsendelsen. Endelig vil politikken tage højde for, at den udsendtes indsats skal værdsættes, og at samfundets ansvar herfor skal tydeliggøres.

Koordination af indsatsen

- Forsvarsministeriet har nedsat en gruppe (”veterangruppen”), der skal sørge for, at støtten til nuværende og tidligere udsendte soldater og deres pårørende koordineres bedst muligt.
- Forsvaret yder gennem tjenestestedets kontaktofficer den ansatte og de nærmeste pårørende størst mulig hjælp ved tilskadekomst i tjenesten. Kontaktofficeren koordinerer forsvarets støtte til tilskadekomne og sårede soldater samt deres pårørende, ligesom kontaktofficeren vil blive tilknyttet de nærmeste pårørende, såfremt en soldat omkommer under international tjeneste.
- Såfremt en soldat såres eller kommer alvorligt til skade med alvorlige men til følge, kan forsvarets kontaktofficerer, og dermed den tilskadekomne soldat, støttes af forsvarets rehabiliteringsenhed. Enheden har til formål at sikre den varigt skadede medarbejder de bedst mulige vilkår for at kunne leve et fuldgyldigt liv, på trods af sin funktionsnedsættelse, herunder omstille tilskadekomne soldater fra hidtidig jobfunktion til ny jobfunktion.
- Tilskadekomne og sårede ansatte behandles medicinsk i det offentlige sygehusvæsen. Rigshospitalet er det primære modtagesygehus, da forsvaret har ønsket at oparbejde en høj rutine og ekspertise ved modtagelse og behandling

af syge og sårede. Ved behandling i det offentlige sygehusvæsen vil kontaktofficeren og den fra forsvaret tilknyttede kontaktlæge først og fremmest selv være til stede, og samtidigt sørge for, at nærmeste pårørende er til stede, når soldaten ankommer fra missionsområdet (hvis ønsket). Kontaktofficeren vil herefter støtte soldaten og de nærmeste pårørende efter behov og inddrage relevante samarbejdspartnere fra det øvrige forsvar (fx kontaktlæge, socialrådgiver, psykolog, job- og uddannelseskonsulent og rehabiliteringsenheden).

Bilag 3 Forskning og dokumentation

NICE nr. 26: Post-traumatic stress disorder
National Institute for Clinical Excellence (NICE) udgav i 2005 guideline nr. 26 om PTSD.
NICE rapporten indgår som en af en række guidelines udviklet af NICE med henblik på at hjælpe klinikere og patienter i behandlingsmæssige beslutningsprocesser. Arbejdet er udført af et tværfagligt team af sundhedspersoner sammen med patienter lidende af PTSD (PTSD sufferers), deres pårørende samt professionelle trænet i den særlige metodologi, der er udviklet til at fremstille guidelines. Guidelinen omfatter tilstande der rammer såvel voksne som børn. Det understreges indledningsvist at traumer rammer såvel familier som lokalsamfund. Guidelinen inkluderer PTSD som defineret i ICD 10 (F43.1). Dvs. der skal foreligge en stressende begivenhed af en exceptionel truende eller katastrofeagtig karakter, som vil medføre gennemgribende lidelse (distress) hos næsten alle. Og der skal efterfølgende være en række definerede symptomer herunder generindring.

Der arbejdes med fire evidensniveauer: A, B, C og GPP (general practise points). Guidelinen omfatter den behandling der ydes inden for sundhedsvæsenet, såvel primært som sekundært, med følgende særlige mål:

- Evaluere specifikke psykologiske interventioner
- Evaluere specifikke farmakologiske interventioner
- Evaluere tidlig intervention
- Adressere principper for diagnosticering, identifikation og brug af screeningsinstrumenter for høj- risiko populationer
- Udarbejde kriterier for audit af implementeringen af guidelines

Der er oplistet fem typer af psykologiske interventionsformer:

- Traumefokuseret CBT (kognitiv –adfærdsterapi)
- EMDR(eye movement desentisation and reprocessing)
- stress-management
- Andre terapier (som inkluderer psykodynamisk terapi, relaxation og hypnose)
- CBT i grupper.

Traumefokuseret CBT er bedst undersøgt og har ved metaanalyser, overfor en række forskellige traumetyper, vist sig effektiv. EMDR har ligeledes vist sig effektiv, omend det diskuteres hvilke dele af terapiformer, der er effektiv. Evidensbasering er ikke så stærk som ved CBT.
Begge terapiformer adresserer PTSD patienternes erindringer om traumet, den personlige mening der er knyttet til det, samt de konsekvenser det har fået.
Andre terapiformer er kun i ringe omfang undersøgt ved evidensbaserede metoder.
Længden af terapi varierer mellem 4 og 18 sessioner.

Det synes godtgjort i guidelinen, at en psykologisk behandling, der fokuserer på traumet, samt på den mening det efterfølgende har fået i individets liv, er væsentlig. Dvs. uspecifik støtteterapi, rådgivning mv. ikke er tilstrækkelig. Kognitiv adfærdsterapi er i denne sammenhæng bedst undersøgt. Det understreges at terapeuterne skal være uddannede i terapiformen og modtage supervision.

Det er indtrykket, at psykofarmakologi, især antidepressiva ofte anvendes i sundhedssektoren som behandling af PTSD. Imidlertid er antallet af randomiserede kontrollerede studier begrænsede. Af de præparater der er undersøgt

i guidelinen synes kun Paroxetine og Mirtazapine at have dokumenteret effekt. Olanzepine anbefales tilføjet hvis der ikke er primær effekt.

Der findes kun få sammenlignende studier mellem psykologisk og medikamentel behandling. Medicin skal ikke anvendes som rutine, og aldrig som første valg, med mindre patienten udtrykkeligt frabeder sig psykologisk behandling. Hvis den traumefokuserede psykologiske behandling ikke har effekt, kan anbefales at tilføje antidepressiva.

Ønsket om at kunne forebygge PTSD ved tidlig intervention, dvs. før lidelsen opstår, er baggrunden for en række behandlingsstrategier, der tilstræber at behandle alle, ved hjælp af psykologiske interventioner efter en traumatisk begivenhed. Der er flere risici forbundet hermed. For det første er der en stor spontan remission efter en traume, under forudsætning af den psykosociale støtte, samt det private netværk fungerer. Det kan derfor anses for en uhensigtsmæssig brug af ressourcer at tilbyde alle en specifik terapeutisk intervention. For det andet synes der at være tegn til at en for intensiv intervention, der lægger vægt på at reproducere erindringen om traumet i detaljer på et for tidligt tidspunkt, kan hæmme de naturlige helende processer. Imidlertid findes der kun få RCT studier på dette område.
Guidelinen konkluderer, at man skal sikre god følelsesmæssig, praktisk og social støtte til alle efter en traumatisk hændelse, med henblik på at lindre den umiddelbare lidelse. At denne form for støtte skal opretholdes i op til en måned, at man skal opretholde opmærksomheden på højrisikogrupper.

Guidelinen anbefaler i forhold til veteraner, at der bør være en særlig opmærksomhed ikke mindst i almen praksis, idet gruppen er i højrisiko for at udvikle PTSD.

Referenceprogram for angstlidelser hos voksne
Formålet med referenceprogrammet er at sammenfatte og stille den seneste faglige viden/evidens og erfaring til rådighed for sundhedsvæsenet. Referenceprogrammet søger således at kortlægge, hvad der er ”god klinisk praksis” i patientbehandlingen, så denne viden kan indgå som pejlemærker og beslutningsstøtte i planlægning og tilrettelæggelsen af indsatsen for voksne med angstlidelser.
Angsttilstande er afgrænset til fobiske angsttilstande (F40), panikangst og generaliseret angst (F41), obsessiv-kompulsive tilstande (F42) og posttraumatisk belastningsreaktion hos voksne (F43.1).

Af referenceprogrammet fremgår det, at angstlidelser har et varierende forløb med tendens til at blive kroniske. Flere undersøgelser har vist, at angstlidelser starter tidligt i livet, og at der hyppigt opstår psykiatrisk komorbiditet, som forværrer prognosen for samtlige angstlidelser.

I referenceprogrammet fremgår det af et studie fra USA, at for mænd var de traumer der hyppigst var forbundet med PTSD krigsbegivenheder.

<u>Anbefalinger i referenceprogrammet vedr. PTSD</u>
Valg af behandling:

- Patienter med PTSD bør have tilbud om virksom behandling i form af KAT (kognitiv adfærdsterapi), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), psykologisk stresskontrolbehandling eller farmakologisk behandling med SSRI (A).
- Patienter med PTSD bør så vidt muligt tilbydes traumefokuseret KAT som første behandling (B).

Farmakologisk behandling:

- Førstevalgspræparater ved PTSD er antidepressiva af SSRI-typen (fluoxetin, sertralin og paroxetin) (A).
- Fortsættelsesbehandling med antidepressiva bør ved effekt normalt vare i 6-12 måneder efter den initiale fase af behandlingen (C).
- Ved manglende effekt kan man i første omgang øge doseringen, og efter 6-8 uger kan man overveje at skifte præparat eller at give supplerende KAT (B).

Psykoterapi:

- Psykologisk debriefing umiddelbart efter den traumatiske hændelse bør ikke anvendes for at forebygge senere PTSD (A).
- Patienter med klinisk signifikante symptomer i den første måned efter den traumatiske hændelse bør have tilbud om KAT for at forebygge senere PTSD (B).
- Ved PTSD bør tilbydes behandling med KAT, EMDR eller psykologisk stresskontrolbehandling (A), men primært traumefokuseret KAT (B).
- Man bør være tilbageholdende med at anvende omfattende eksponering i behandlingen, hvis patienten er for psykisk skrøbelig (fx ved svær dissociation eller borderline-personlighedsforstyrrelse), hvis han eller hun befinder sig i en presset social situation, eller hvis behandlingen foregår umiddelbart efter den traumatiske hændelse (D¸).
- Ved sværere symptomer i den første måned efter den traumatiske hændelse vil behandling med KAT normalt skulle forløbe over 5-10 sessioner (C).
- Ved PTSD vil behandling med KAT eller EMDR normalt skulle forløbe over 8-12 sessioner (B), evt. længere ved svære eller gentagne traumer eller ved samtidige, komorbide lidelser (C).

Kombinationsbehandling:

- Ved manglende effekt af farmakologisk behandling bør behandling med traumefokuseret KAT tilbydes (B).
- Ved manglende effekt af behandling med KAT udført ”lege artis” kan behandling med SSRI forsøges (C).

Region Syddanmarks implementering af MTV om behandling og rehabilitering af PTSD

I Region Syddanmark er der udarbejdet en medicinsk teknologi vurdering (MTV) om behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge. Målet med MTV’en var at skabe et dokumenteret grundlag for hvilke behandlingsformer, der bør tilbydes patientgruppen for derigennem at kunne målrette og strømline indsatsen.

En af hovedkonklusionerne bag en række konkrete anbefalinger i MTV'en er, at det ikke i første omgang er symptomerne eller den symptombaserede PTSD-diagnose med de hyppige komorbide diagnoser, der bør være retningsgivende for en differentieret og systematisk behandlingsindsats. En person med PTSD bør ifølge MTV'en udredes med afklaring af de biopsykosociale relationelle ressourcer som retningsgivende for valg af den bedste type behandlingsindsats:
MTV’en anbefaler, at patienterne inddeles i tre gruppe alt efter sværhedsgraden af deres lidelse, hvor

- Gruppe 1 er patienter med høje bio-psyko-sociale ressourcer
- Gruppe 2 er patienter med mellem bio-psyko-sociale ressourcer

- Gruppe 3 er patienter med lave bio-psyko-sociale ressourcer

Patienter med PTSD og høje biopsykosociale ressourcer anbefales tilbudt traumefokuseret mentaliseringsbaseret terapi. Denne behandlingsform er sammen med nogle få andre (ifølge MTV'en) evidensbaseret effektfuld for denne patientgruppe.

Konceptet består blandt andet af tværfaglige kliniske retningslinjer for udredning og visitation og differentierede manualer for behandlingstilbud til patienter fra hver af grupperne. Patienter med høje bio-psyko-sociale ressourcer bør primært tilbydes individuel ambulant psykologisk traumeeksponerende behandling.
Patienter med mellem bio-psyko-sociale ressourcer tilbydes primært behandling i grupper, hvor fokus er på den psykosociale ressource opbygning og ingen eller lavere traumefokuseret eksponering.
Patienter med lave bio-psyko-sociale ressourcer tilbydes psykoedukation og støttende tiltag eventuelt i form af behandling i hjemmet med inddragelse af familie og støttepersoner. Behandlingstilbuddet følges op af en mere vedvarende edukativ og støttende indsats i det kommunale system.

I MTV'en fremhæves, at en stor del af patientgruppen i Region Syddanmark besidder mellemhøje biopsykosociale ressourcer. De bør derfor med MTV'en anbefalinger tilbydes gruppeterapi. Strukturen bør være klar og velbeskrevet, og med mentaliseringsbaseret psykoedukation i de første sessioner. Derefter bør indholdet mere rettes imod individerne i gruppen og omhandlende symptombekæmpelse og -mestring. Hovedindholdet er således emotionsregulerende og mentaliseringsbaseret behandling af PTSD. Patientens emotionsdysregulering er den underliggende "sygdom" bag de plagsomme symptomer. Ændringer i evnen til emotionsregulering og mentalisering kan operationaliseres og danne grundlag for måling af behandlingseffekt. Dette ud over patientens selvrapportering om selve den oplevede symptomreduktion, der fremmes af opbygningen af de relationelle ressourcer.

MTV'en gennemgår endvidere den nyeste evidens for psykofarmakologisk behandling af PTSD og fremkommer med en række anbefalinger. Der anbefales en ofte samtidig psykofarmakologisk (SSRI) og psykosocial behandling ved sværere og komplekse PTSD lidelser, hvor personen besidder mellem eller lave relationelle ressourcer, defineret ved relationsniveau og –mønster. Det er derfor væsentligt at have fokus på den enkeltes forhistorie, herunder komorbiditet og ressourcer, når behandlingen planlægges, idet mindre ressourcestærke personer normalt ikke vil kunne profitere af en høj grad af traumefokuseret eksponering. Her vil en mere støttende behandling være indiceret.

Den evidens, MTV'en fremlægger, peger på en differentieret behandling som løsningsmulighed:

1. Individuel behandling til PTSD-patienter med høje ressourcer på ét til to år.
2. Gruppebehandling til PTSD-patienter med mellemhøje ressourcer på i alt ét år (inkl. opfølgning)
3. Gruppe- og hjemmebehandling fra Regionscentrene til PTSD-patienter med lave ressourcer i 2-4 måneder, efterfulgt af behandling/støtte i kommunalt regi/distriktspsykiatrien i en længere periode, eventuelt flere år

Det har i Region Syddanmark vist sig, med baggrund i evidensen fra MTV'en og erfaringerne med implementeringen af MTV'en i regionens centre for

traumatiserede torturofre, at selve behandlingstiderne ikke bør reduceres væsentligt eller slet ikke reduceres. Den evidensbaserede metodeudvikling i udredning og behandling har derimod forårsaget en faglig begrundet metodeudvikling og behandlingsomlægning, hvor gruppebehandling til en veldefineret gruppe af patienterne med PTSD har bevirket en væsentlig forøget behandlingskapacitet i regionen. Patienterne får ikke tildelt kortere behandlingsforløb, men der behandles flere patienter ad gangen, hvilket har betydet et drastisk fald i ventelisterne i Region Syddanmark.

Eksempel på udredning og behandling af PTSD i Region Syddanmark:

Hvis patientens symptomatologi og ressourceniveau gennem udredningens operationaliserede test og personlighedsstrukturelle interviews er vurderet til at tilhøre gruppen med mellemhøje ressourcer:

Patienten tilbydes gruppebehandling med ugentlig session á 2x1 time. Patienten tilbydes først 10 sessioner med mentaliseringsbaseret psykoedukation og derefter 10 sessioner med et indhold der er mere rettet imod individerne i gruppen og omhandler symptombekæmpelse og -mestring. Efter disse 20 gruppesessioner, der strækker sig over et halvt år, tilbydes patienterne gruppesessioner efter tre og seks måneder. Eventuelt hertil individuelle behandlingssessioner efter ønske og vurderet behov.

Erfaringen med konceptet vedrørende gruppebehandling til denne patientgruppe har vist et stort fremmøde og et meget lille frafald. I gruppebehandlingen opbygges en række kapaciteter til symptom- og emotionsregulering: Kapaciteter til autoregulering (når personer er sig selv, alene) og kapaciteter til interaktiv emotionsregulering (når personen søger interaktion, social støtte i svære perioder). Disse behandlingskomponenter opbygges ikke i samme grad ved individuel samtalebehandling. I grupperne dannes bånd og regulatoriske kapaciteter, som er specifikke og kraftfulde kurative faktorer.

Sammensætningen af grupperne hviler på 1) Aktuel symptomatologi. 2) Aktuelt relationelt funktionsniveau. 3) Aktuelt relationelt funktionsmønster. Herudover viser det sig, at faktorer som nationalitet/sprog/kultur/traumebaggrund mv. vigtig for at fremme identifikationsmuligheder, genkendelighed, sammenhold og tryghed..

Derudover tilbydes specialiseret fysioterapeutisk behandling, hvor der er behov fx ofte smertebehandling. Der tilbydes endvidere specialiseret socialrådgiver bistand og psykiatrisk bistand efter behov.

Videnskabelige undersøgelser på veteranområdet

Selvmordsundersøgelse

Selvmord og selvmordsforsøg blandt tidligere soldater er et internationalt alvorligt problem, som medierne har haft fokus på. Der er kun sparsom og ældre forskning vedrørende selvmordsadfærd blandt dansk militærpersonel. Den eneste danske undersøgelse af soldater og selvmord er ti år gammel. Undersøgelsen var et mindre ”pilot-studie” blandt udsendte soldater i perioden 1995-97. Konklusionen var, at der dengang ikke var en overrepræsentation af selvmord, men at der var behov for en større opfølgningsundersøgelse.

Andre lande rapporterer et stigende antal selvmord blandt soldater udsendte til Irak eller Afghanistan. Der eksisterer ikke lignende aktuelle danske opgørelser af soldater udsendte til disse områder. Forsvarets Sundhedstjeneste har derfor iværksat et samarbejdsprojekt med Center for Selvmordsforskning.

Formålet med projektet er at afdække, analysere og belyse belastende og beskyttende faktorer for selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker blandt tidligere udsendte danske soldater (perioden 1992- 2009).
Projektet er designet triangulært og indeholder en:

- Registerbaseret undersøgelse
- Spørgeskemaundersøgelse (3000 spørgeskemaer)
- Interviewundersøgelse

Designet vil sikre, at såvel personer, hvis selvmordsforsøg er registreret i Register over selvmordsforsøg, som personer, hvis forsøg ikke er registreret i nævnte register, indgår i projektet:

- Det i Danmark er muligt at lave registerbaserede undersøgelser på CPR-numre
- Det er muligt at samkøre registre
- Der er et forebyggende aspekt i projektet, som hviler på forskningsbaseret viden

Projektet begyndte i 2009 og er planlagt til at vare til og med 2011. Projektet gennemføres ved Center for Selvmordsforskning, som har de fornødne rettigheder og kompetencer til at gennemføre en valid undersøgelse.

<u>Status for projektet:</u>

- Registerundersøgelse:

Indledende dataoplysninger vedr. udsendt personel (1992-2009) er indhentet og rensning og databehandling er påbegyndt. Endelig samkøring af forsvarets data og data fra Danmarks Statistik påregnes at ske i 2. halvår 2010 og analyse vil finde sted i 2011.

- Spørgeskemaundersøgelse:

Spørgsmål og skemaer er udarbejdet, så disse har sammenhænge med interview delen. Skemaer påtænkes udsendt i august 2010 til 3000 tilfældig udvalgte tidligere udsendte soldater. Analyse og behandling vil ske i slutningen af 2010 og i starten af 2011.

- Interviews:

Pr. ultimo april 2010 har der været afholdt i alt 18 interviews. Der har været annonceret i forsvarets tidsskrifter, personel- og andre organisationstidsskrifter med henblik på deltager hvervning. Der påregnes op til 40 personer indgår i interviewdelen.

Usper

Usper – projektet er et prospektivt kohortestudie hvor man har fulgt gruppen af soldater der var udsendt til Afghanistan med hold 7 fra januar 2009 til august 2009. Formålet er at undersøge i hvilken udstrækning danske soldater efter en mission til Afghanistan udvikler psykiske problemer samt hvilke forhold der prædicerer udviklingen af evt. psykiske problemer.

De udsendte soldater er nøje udredt ved baseline inden afrejse til Afghanistan, under udsendelsen omkring deres leaveperiode, umiddelbart efter hjemkomst, 3 måneder efter hjemkomst og endelig 6 måneder efter hjemkomst.
Der er brugt en lang række validerede test og spørgeskemaer i undersøgelsen hvoraf de vigtigste er: BDI (Beck Depression Inventory II), PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), NEO (Personality Inventory), SCL-90-R (Symptom Checklist).

Desuden er indhentet demografiske oplysninger, oplysninger om tidligere udsendelser, IQ ved sessionsprøve, sundhedsdata fra FSU vedr. soldatens helbred inden udsendelsen og efter hjemkomst.

Der er mulighed for at data kan holdes op i mod objektive beskrivelser af alle militære hændelser under udsendelsen. Endelig undersøges også hvad der påvirker de pårørende før, under og efter en udsendelse.

Hovedresultaterne af dette forskningsprojekt vil blive offentliggjort i begyndelsen af september 2010. Der arbejdes på at opnå finansiering til at følge gruppen af soldater på længere sigt.

Opfølgningsundersøgelsen
Formålet med opfølgningsundersøgelsen er dels at indsamle viden om soldaternes psykiske tilstand, sociale netværk og subjektive oplevelse af udsendelse 6 måneder efter hjemkomst, samt at screene for hvorvidt den enkelte soldat skønnes at have behov for hjælp.

Opfølgningsundersøgelsen består af et spørgeskema udviklet af IMP. På baggrund heraf udregnes hvorvidt hver enkelt soldat opnår en kritisk score indenfor områderne; depression, dissociation, somatisering, aggression, arousal, socialitet, undgåelse og søvnproblemer. Hvis dette er tilfældet kontaktes soldaten og tilbydes støtte.

Opfølgningsundersøgelsen er systematisk blevet sendt til alle soldater der har været udsendt siden 1996 og svarprocenten har igennem årene ligget stabilt omkring de 70 %.

Danske hjemvendte soldater
Undersøgelsen af de danske hjemvendte soldater er et samarbejdsprojekt med Socialforskningsinstituttet.

Projektets formål er at undersøge konsekvenserne af udsendelse for alle danske soldater der har været udsendt med forsvaret. Dette drejer sig om ca. 26.000 soldater som en eller flere gange har været udsendt.
De centrale emner der søges afdækket gennem de danske registrer er; demografi, uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, helbred og sygdomsbehandling, død og dødsårsag.

Der konstrueres en kontrolgruppe af soldater der har gennemgået træning til udsendelse, men som af forskellige årsager aldrig er endt med at blive udsendt. Data sammenholdes med resultater for de kritiske scorer fra IMP´s opfølgningsundersøgelse.

Projektet forventes afsluttet ved udgangen af 2011.